

L'actualité

L'Actualité, no. Vol: 26 No: 10
15 juin 2001, p. 29

Santé

Le retour des médecins à domicile?

Barbeau, Éric

Pour désengorger les hôpitaux, faut-il réhabiliter le bon médecin de famille qui visite ses patients à la maison? Pendant que le gouvernement tergiverse, le privé prend le relais...

L'homme de 80 ans est alité chez lui depuis des mois. Et ces derniers jours, une douleur au bas-ventre le fait terriblement souffrir. Pas moyen d'obtenir qu'un médecin du CLSC lui rende visite avant la semaine prochaine. Désespérée, sa fille appelle le Dr Réjean Ouellette, au (514) DOCTEUR. Quelques heures plus tard, le médecin est là. En cette fin d'après-midi hivernal, la lumière dans la chambre est tamisée et l'ambiance, quasi mortuaire. Après un examen de routine, le Dr Ouellette constate qu'il ne s'agit finalement que d'une infection urinaire. Un problème urgent mais bénin. À peine 15 minutes après son arrivée, le médecin est déjà en train de remettre son manteau, a prescrit des antibiotiques et empoché ses 80 dollars comptants.

De la routine pour le Dr Ouellette. Depuis 23 ans, cet omnipraticien a son bureau dans sa voiture, ne fait pas de clinique et n'est jamais de garde dans un hôpital. C'est lui qui visite les malades.

Un type de médecine en voie de disparition au Québec. Le bon médecin de famille itinérant, si populaire au Québec dans les années 50, a disparu avec l'arrivée du régime d'assurance-maladie, en 1969. Au début des années 80, les omnipraticiens effectuaient certes encore plus d'un million de consultations à domicile par année, mais 20 ans plus tard, ils n'en font plus que 643 000. Or, les besoins augmentent, et plus encore à mesure que la population vieillit. Seuls 10 des 7 115 médecins généralistes du Québec consacrent la majeure partie de leur temps à visiter les malades chez eux. En 1999, plus de la moitié des "omnis" ne se sont pas déplacés, ne serait-ce qu'une fois. Même les médecins des CLSC, dont une partie du mandat consiste pourtant à soigner à domicile, le font très peu.

Sauf peut-être dans certaines régions, comme celle de Jonquière, où la contribution financière des habitants, notamment, a permis la création d'un service de médecins à domicile (voir l'encadré "Toubibs ambulants"). Ou comme dans la région de Québec, où il se fait plus de visites à domicile qu'ailleurs, sans que les autorités parviennent cependant à expliquer pourquoi.

S'il est si difficile de trouver au Québec des médecins qui acceptent de soigner les malades à la maison, c'est que la majorité d'entre eux trouvent cette pratique plus exigeante qu'en clinique et sous-payée. En outre, les jeunes praticiens s'estiment bien mal préparés à poser des diagnostics à domicile. Puis l'État a ses priorités: il faut contrôler les coûts, tout en demandant aux médecins, des entrepreneurs indépendants, de voir les malades âgés chez eux.

Michel Clair a présidé récemment la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Son mandat: trouver des façons de mieux organiser les services de première ligne. Le Québec, a-t-il conclu, n'a plus les moyens de tout s'offrir et doit faire des choix. Selon lui, il faut que les visites à domicile continuent d'être consacrées au suivi des personnes âgées en perte d'autonomie majeure - les cas "lourds", dans le jargon médical.

De leur côté, les médecins soutiennent que s'ils se rendent très peu chez les malades, cas lourds ou pas, c'est d'abord à cause de la faible rémunération. "Voir les patients à la maison est encore très important, mais ce n'est plus assez payant", dit le Dr Harold Dion, du Collège québécois des médecins de famille.

La plupart des généralistes québécois reçoivent une somme fixe pour chaque consultation, qu'elle dure cinq minutes ou 25. C'est ce que l'on appelle la "rémunération à l'acte". Il existe des dizaines et des dizaines d'actes différents, chacun avec son tarif. Une consultation à la maison du malade, par exemple, donne 35,10\$, et une

consultation simple en clinique privée, 14,10\$.

C'est la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le syndicat donc, qui depuis 1995 décide de la valeur de chaque acte, à partir de l'enveloppe globale négociée avec Québec (plus de 918 millions de dollars en 1999). Si la Fédération augmente le tarif des visites à domicile, elle doit réduire ailleurs. Or, la FMOQ, tenue de faire des choix, satisfait aux exigences du plus grand nombre de ses membres. Ces arbitrages internes ont presque autant de répercussions sur le réseau de la santé que les volontés du Ministère.

C'est ainsi que la rémunération de base pour une consultation à domicile au Québec n'a pas bougé depuis... 1979. Seules les visites aux personnes de plus de 70 ans et en perte d'autonomie majeure ont été augmentées, en 1990 puis en 1998, pour atteindre aujourd'hui 65 dollars. Mais on y a mis des conditions: ce tarif n'est valable que si la visite dure plus de 45 minutes et si le médecin prend le temps de remplir divers formulaires destinés à la Régie régionale de la santé, au CLSC et à la FMOQ. Il doit de plus laisser des notes au chevet du malade, pour que les proches - ou un autre médecin - connaissent la nature exacte de son intervention. Ces contraintes, imposées par la FMOQ, n'ont rien pour encourager les médecins. Certains nous ont même confié qu'ils préféreraient facturer le tarif de base pour ne pas avoir à se préoccuper de ces tracasseries administratives.

Ce que confirme Jean Rodrigue, porte-parole de la Fédération. Il affirme du même souffle que ces règles de procédure ne se voulaient pas dissuasives. Il s'agit plutôt d'une erreur du syndicat, qui n'avait pas prévu pareille **réaction**. "C'est un exemple d'une réforme qui n'a pas répondu aux attentes de nos membres", reconnaît-il. Le syndicat étudie actuellement la question avec ses vis-à-vis du gouvernement.

Le Dr Réjean Ouellette, lui, en a eu assez des contraintes de toutes sortes: en 1991, il a cessé de participer au régime d'assurance-maladie. Il continue de faire ce qu'il a toujours fait, mais demande désormais 80 dollars à tous ses clients, peu importe leur âge ou leur condition physique. "Quatre-vingt dollars, c'est quand même moins cher que le tarif d'un accordeur de pianos!" dit-il en plaisantant.

Ces honoraires n'empêchent pas de 10 à 15 personnes d'appeler quotidiennement (514) DOCTEUR, sept jours sur sept. Des malades assurés de voir le médecin dans les heures qui suivent.

Le Dr Ouellette a les allures d'un père Noël aux cheveux bruns. De midi à 20 h, il se rend dans sa Mercedes dorée chez des malades, dont il griffonne les adresses sur un bout de carton à mesure que les appels font retentir son téléphone cellulaire. Rebelle jusqu'à la moelle, il fume des gitanes entre deux rendez-vous. Sa belle-fille, une omnipraticienne de 28 ans, s'est jointe à lui récemment et fait des consultations de 8 h à 16 h. Le fils du Dr Ouellette administre l'entreprise, gère les appels et s'occupe de la publicité. Leur chiffre d'affaires oscille autour de 250 000 dollars par année, mais n'est pas soumis au plafond de revenu qu'impose le gouvernement aux médecins qui participent au régime. Les trois associés croient fermement au potentiel illimité de leur entreprise. "On n'a pas de compétition dans le domaine", dit le Dr Ouellette.

"Si on nous dit de faire des visites à domicile pour 30% de moins que ce qu'on gagnerait en restant assis en clinique, que faut-il comprendre? Qu'on doit y aller, ou non? Il est clair que les soins à domicile ne sont pas jugés prioritaires", dit la Dre Geneviève Dechêne, spécialisée en soins palliatifs à domicile et coauteur du Précis pratique de soins médicaux à domicile, un livre technique paru l'an dernier.

Les soins à domicile - dont fait partie la médecine à domicile - étaient pourtant la pierre angulaire du virage ambulatoire des années 90. À l'époque, le Conseil pour la protection des malades avait même appuyé la réforme Rochon, en promettant à ses membres qu'il y aurait toujours des professionnels pour s'occuper d'eux à la maison. "Ce n'est pas du tout ce qui est arrivé, déplore aujourd'hui Paul Brunet, président du groupe de pression. C'est scandaleux! On a trompé la population."

Avec la réforme Rochon, ce sont les centres locaux de services communautaires (CLSC) qui avaient le mandat de déterminer les besoins des patients. Ils devaient aussi coordonner leurs effectifs pour que les soins puissent être prodigués chez le malade si nécessaire. Sept ans plus tard, les CLSC ne fournissent toujours pas à la tâche. "Certains ne comptent même pas de médecin parmi leur personnel. Et quand il y en a un, les visites se font selon son bon vouloir", dit Michèle Vigeoz, conseillère aux programmes de l'Association des CLSC et des CHSLD (les centres d'hébergement de soins de longue durée) du Québec.

"Oui, le suivi de cas lourds à domicile est une priorité, poursuit-elle. Mais la réalité, c'est qu'il est tellement

difficile de recruter des médecins qu'on ne peut pas leur imposer des conditions de pratique, même s'ils sont à salaire. Ils ont le gros bout du bâton."

La pénurie de médecins dans les CLSC est considérable: il en faudrait des centaines de plus. Encore une fois, la rémunération est en cause: les quelque 1 000 généralistes à temps plein (selon les données de 1997) y gagnent généralement moins que s'ils travaillaient en clinique privée. Les médecins diversifient donc leur pratique: plutôt que d'accepter un poste à temps plein dans un CLSC, ils y vont deux jours par semaine, font une demi-journée à l'hôpital, trois jours en clinique "La convention collective des médecins est une des plus compliquées à gérer, dit Michèle Vigeoz. On dit souvent pour blaguer qu'il y a autant de clauses particulières qu'il y a de médecins au Québec."

Le pouvoir discrétionnaire laissé aux généralistes depuis la création du régime d'assurance-maladie cause aujourd'hui d'énormes maux de tête aux administrateurs du réseau de la santé. "On ne peut pas gérer une business de 16 milliards et n'avoir aucune autorité sur les employés qui fournissent les services. Quand la liberté de pratique signifie "je fais ce que je veux, quand je veux, où je veux", on a un sérieux problème", dit Michel Y. Pelletier, directeur des affaires professionnelles à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

Paul Brunet, président du Conseil pour la protection des malades, est encore plus tranchant: "Pourquoi ne pourrions-nous pas, nous, puisque nous leur assurons leur salaire, leur dire là où ils vont aller travailler? Ça prend du courage politique."

Michel Clair, pour sa part, ne blâme pas les médecins. Mais il soutient qu'il faut revoir leur mode de rémunération. Le système à l'acte, instauré pour convaincre les praticiens d'adhérer au régime public, n'est plus pertinent. À son avis, ils sont aujourd'hui trop nombreux à ne pratiquer que dans des cliniques sans rendez-vous. Les consultations y sont rapides, les problèmes urgents et précis, il n'y a pas de longs dossiers à consulter. C'est ce qui, avec le mode de rémunération à l'acte, s'avère le plus payant. Cette médecine sans réel suivi ne fait toutefois pas l'affaire de tout le monde. "Les gens nous ont dit qu'ils veulent plutôt être pris en charge par leur médecin, dit Michel Clair. C'est ce que nous préconisons."

Or, si l'on veut que les médecins prennent des patients en charge, il faut intégrer au système des incitations financières.

Michel Clair propose que chaque citoyen s'inscrive auprès d'un médecin de famille (et de son équipe d'une douzaine de praticiens) pour avoir accès à des services en tout temps. Les cas lourds pourraient ainsi être pris en charge et vus à domicile si nécessaire. La rémunération serait "à forfait", en fonction du nombre de patients inscrits auprès du groupe et de la "lourdeur" de la clientèle (de 1 000 à 2 000 patients par médecin). Ce mécanisme, appelé capitation, est déjà utilisé en Grande-Bretagne et est à l'essai en Ontario. Un pourcentage de paiement à l'acte serait par ailleurs maintenu.

Selon la formule Clair, les médecins ne pourraient refuser d'assurer des soins à domicile aux malades âgés en perte d'autonomie, puisque la somme forfaitaire qu'ils auraient reçue tiendrait compte de la lourdeur des cas. La famille du bébé fiévreux ou du malade dans la trentaine affligé d'une "grippe d'homme" aurait fort à faire, par contre, pour convaincre "son" médecin de se déplacer.

Michel Clair estime que l'État ne doit pas encourager les omnipraticiens à faire de la médecine "fast-food", comme celle du Dr Ouellette. "Si c'est l'équivalent d'une clinique sans rendez-vous ambulante, on ne règle pas le problème, dit-il. Des médecins qui vont à tel ou tel endroit, selon le répartiteur, voir des patients dont ils ne connaissent rien, puis qui ramassent 80 dollars - qu'ils soient payés par l'État ou par le patient -, ce n'est vraiment pas ce qu'on veut. Ce qu'on veut, c'est que chaque Québécois ait un médecin de famille attiré."

Le Dr Réjean Ouellette nous assure qu'il refuse de visiter les "patients qui appellent pour rien". Mais lorsque nous l'accompagnons, un après-midi de janvier, nous constatons que ses visites sont parfois loin d'être vitales. Comme dans le cas de cette sexagénaire de Laval, souffrant d'une bronchite, qui trouve que "c'est bien rassurant, un médecin sur la route". Ou encore dans celui de cette dame fortunée d'Outremont dont la rechute de labyrinthite est sans graves conséquences

"Si les gens veulent payer pour ce genre de visite, je n'ai rien contre. Mais c'est de la médecine de luxe", dit la Dre Geneviève Dechêne. De la médecine "complémentaire", dit le Dr Réjean Ouellette. "Un système à deux

vitesse est souhaitable, explique-t-il, puisqu'il libère de l'argent et du personnel dans le réseau public pour ceux qui ne peuvent pas payer."

Michel Clair va plus loin: l'État pourrait décider de ne plus payer les médecins qui visitent des patients en mesure de se rendre à l'hôpital ou dans une clinique, et permettre aux compagnies d'assurances de rembourser de tels services - ce qu'elles n'ont actuellement pas le droit de faire. "Pourquoi pas, dit-il, si elles jugent qu'il s'agit d'un marché intéressant?"

N'empêche que les interventions du Dr Ouellette auprès de personnes âgées font parfois économiser des centaines de dollars au réseau de la santé, en évitant les visites à l'hôpital. En fait, même des besoins prioritaires sont actuellement comblés, en partie, par son entreprise.

Ainsi, en janvier dernier, le Dr Ouellette se rendait chez un octogénaire du quartier Côte-des-Neiges. L'homme, souffrant de la maladie d'Alzheimer, n'avait rien pu avaler depuis près de trois semaines. En consultation, le Dr Ouellette repère, au ventre, un mélanome de la grosseur d'un poing. Le vieil homme doit être hospitalisé tout de suite. "Son cancer se développe depuis peut-être un an et pourrait dégénérer rapidement", dira le médecin en sortant du modeste appartement.

Au CLSC, on avait expliqué à la compagne du malade qu'il faudrait plusieurs semaines avant qu'on puisse s'occuper de lui. Et on avait suggéré à la dame d'appeler au (514) DOCTEUR en attendant. Ironie de la chose, elle a dû payer 80 dollars pour apprendre que son conjoint était en phase terminale. L'homme est mort d'un cancer de l'intestin un mois plus tard...

Après plusieurs démarches entreprises en vue de ce reportage, force est de constater que de nombreux CLSC de la région de Montréal, en mal de ressources, se tournent vers le système privé de (514) DOCTEUR. "Ce sont des CLSC débrouillards!" dit Geneviève Dechêne, elle-même en poste dans un tel centre à Verdun. "Ici, nous avons la plus importante équipe de médecine à domicile [six médecins pour 200 patients inscrits] et on ne pourvoit qu'à 30% des besoins. Que font les autres CLSC?"

Soigner une personne âgée en perte d'autonomie nécessite souvent les services de nombreux professionnels: médecins, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, etc. "Suivre les cas lourds à domicile, comme le souhaite le gouvernement, c'est devenu de plus en plus complexe et les médecins hésitent à travailler seuls, dit Jean Rodrigue, de la FMOQ. L'époque du bon Dr Welby, qui pouvait tout faire, c'est fini."

La formation des médecins serait aussi en cause. "Il faut leur apprendre à établir des diagnostics sans tout l'appareillage technique des hôpitaux", dit la Dre Agathe Blanchette, responsable du Service de médecine familiale du Centre hospitalier de St. Mary, à Montréal, rattaché à l'Université McGill.

Missionnaire du "maintien à domicile" depuis 20 ans, la Dre Blanchette a créé de toutes pièces un des rares programmes au Québec dans lequel les résidents doivent obligatoirement suivre, pendant les deux ans de leur stage en hôpital, trois patients à domicile. "La majorité des diplômés ne seront jamais confrontés à cette réalité", déplore-t-elle.

De l'avis de cette omnipraticienne salariée, membre de la Coalition des médecins pour une justice sociale, l'enjeu est fondamental: il faut mettre en place une médecine à domicile répandue et gratuite. "J'inspecte systématiquement le frigo de mes malades et, la plupart du temps, il contient moins de trois aliments. S'ils souffrent de malnutrition, les malades ne paieront sûrement pas 80 dollars pour une visite!"

La Dre Blanchette a mis sur pied une petite équipe de soins à domicile au Centre hospitalier de St. Mary. Une soixantaine de patients sont vus régulièrement. Ce matin-là, dans les rues du quartier Côte-des-Neiges, elle tempête contre le manque de places de stationnement. "Rien pour encourager les visites à domicile", dit-elle en sortant de sa petite Honda, une grosse valise à la main et un volumineux dossier sous le bras.

La femme à qui elle rend visite a des antécédents psychiatriques. La Dre Blanchette l'écoute longuement parler des tourments que son fils lui fait subir, en discute avec elle. Son approche est autant psychologique et sociale que médicale. On est ici bien loin de la médecine express. Les consultations durent souvent plus de 45 minutes.

Pour la Dre Blanchette, l'avenir de la médecine à domicile passe à la fois par la formation, la sensibilisation et la

rémunération. "Si 10% des étudiants de toutes les facultés du Québec acquièrent le goût d'en faire, on aura franchi un grand pas", dit-elle.

La Dre Geneviève Dechêne, elle, soutient que les jeunes médecins aiment faire des visites à domicile, malgré certaines craintes au début. "Je les rassure en leur disant que ce n'est pas plus compliqué que d'aller hospitaliser un patient."

Un intérêt pour des connaissances accrues dans le domaine se fait déjà sentir dans la profession médicale. À preuve, le Précis pratique de soins médicaux à domicile, écrit en partie par la Dre Geneviève Dechêne, s'est vendu à 1 000 exemplaires, un phénomène rare pour un livre qui n'est pas au programme des facultés. "Les médecins et les infirmières ont vraiment envie d'en apprendre plus", croit l'auteur.

LE CROISÉ DU STÉTHOSCOPE

Depuis six ans, le Dr Jacques Chaoulli tente de faire reconnaître sa vision de la médecine à domicile par le gouvernement. Il s'est même adressé à la Cour suprême!

Le Dr Jacques Chaoulli est un cas à part. Cet omnipraticien formé en France ne jure que par la médecine d'urgence à domicile. Dans les années 90, il s'était même muni d'un véhicule avec sirène et gyrophare pour faire ses visites sur la Rive-Sud, en face de Montréal. Et il s'accommodait très bien des tarifs payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Mais il a tout de même remis son véhicule. Il s'est joint à une clinique privée de l'est de Montréal et ne voit presque plus de malades à la maison.

Ses déboires ont commencé en 1995, la Régie de l'assurance-maladie lui réclamant 50 000 dollars, 30% de ses honoraires: cette année-là, il n'avait fait que des visites à domicile. Or, les médecins comptant moins de 10 ans de pratique doivent consacrer plus de 12 heures par semaine à des actes médicaux prioritaires, principalement dans les salles d'urgences.

Le Dr Chaoulli se défend alors en soutenant que la médecine d'urgence à domicile doit être considérée comme une activité médicale prioritaire. Mais malgré une grève de la faim de plusieurs jours devant l'Assemblée nationale, il doit rembourser la somme. Il conteste la pénalité devant les tribunaux, en vain.

Il cesse dès lors de participer au régime d'assurance-maladie et facture 35 dollars aux patients. Mais il déchant vite: "Soit les malades se saignaient pour payer, soit c'étaient les gens plus favorisés qui bénéficiaient du service."

Il entreprend alors une autre grande bataille: il poursuit le gouvernement du Québec pour que celui-ci permette le remboursement d'actes médicaux par les compagnies d'assurances. Ce que la Loi canadienne sur la santé, dont les provinces sont les mandataires, interdit. Nouvel échec.

Le Dr Jacques Chaoulli réintègre le régime d'assurance-maladie en 1997. Mais il tente tout de même une autre poursuite, cette fois contre son syndicat (la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec), pour contester l'adhésion obligatoire des médecins à l'organisme. Il déplore la mainmise du syndicat sur l'administration de la rémunération de ses membres.

Débouté par tous les tribunaux inférieurs, le don Quichotte de la médecine à domicile n'a pas rendu les armes pour autant. Il s'est récemment adressé à la Cour suprême du Canada pour que les magistrats tranchent ses griefs une fois pour toutes. Le plus haut tribunal du pays a cependant décidé à la mi-février de ne pas entendre sa cause.

TOUBIBS AMBULANTS

Depuis 20 ans, à Jonquière, des médecins font des visites à domicile et soignent les patients gratuitement.

Pas question pour Mirtha Domenack, travailleuse sociale résidant à Jonquière, d'aller au boulot: ses jumelles de deux ans ont vomi toute la nuit et elle n'a pas fermé l'oeil. Ce matin, elles font encore 40° de fièvre. Il faut voir un médecin. Les urgences pédiatriques de l'hôpital sont débordées, lui a-t-on dit au téléphone, et le médecin de famille ne peut recevoir les fillettes avant deux semaines. Mais il y a Jonquière-Médecin. Un coup de fil et un médecin sera chez elles dans l'après-midi. Sans que Mirtha Domenack ait à payer un sou. "Un excellent service",

dit cette Péruvienne arrivée au Saguenay il y a six ans.

Près de 75 malades, en grande majorité des enfants ou des personnes âgées, sont ainsi soignés chaque jour à la maison par un médecin de Jonquière-Médic. "Des gens confinés à la maison, surtout l'hiver", dit Ghislain Bouchard, administrateur du service.

Jonquière-Médic a vu le jour en 1982, après que la municipalité, les habitants, certains médecins et le Club Lions eurent décidé de doter la ville d'un service de visites médicales à domicile, pour compenser le petit nombre de cliniques privées dans la région. "Un service unique au Canada", selon Ghislain Bouchard.

Les 14 médecins de Jonquière-Médic pratiquent tous ailleurs, mais assurent chacun une période de garde par semaine. Ils sont payés à l'acte, aux tarifs en vigueur, mais remettent 15% de leurs honoraires à l'organisme. Un "don" d'environ 80 000 dollars par année. La Ville fournit des locaux et un véhicule, l'équivalent de 40 000 dollars. Et le Club Lions organise une campagne annuelle de financement, qui recueille en moyenne 70 000 dollars. Ce qui permet à Jonquière-Médic d'avoir quatre employés permanents (un directeur général, deux assistants médicaux et une secrétaire) ainsi que deux employés à temps partiel.

La collaboration avec les autorités municipales est cruciale. Les malades contactent d'abord le poste de police, qui transfère l'appel à Jonquière-Médic, à moins qu'il ne s'agisse d'une urgence nécessitant un transport par ambulance.

Aucun cas n'est refusé, 99 heures par semaine, de 12 à 15 heures par jour, sept jours sur sept. Quelque 12 500 personnes appellent ainsi chaque année. En 2000, les 14 médecins du groupe ont à eux seuls fait 30% des 42 147 visites à domicile au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

La Dre Monica Meisels sortait de l'Université Laval, il y a cinq ans, quand on l'a recrutée pour faire partie de l'équipe. Au début, la perspective de travailler seule chez les gens, sans la présence de collègues plus expérimentés, l'inquiétait. Mais elle s'est vite rendu compte qu'il s'agissait d'une pratique unique et plus complète, appréciée des gens. "Quand on connaît l'environnement dans lequel le malade vit, on a une meilleure vue d'ensemble. Des patients âgés qui appellent pour une simple toux sont souvent beaucoup plus malades. On constate aussi parfois que personne ne s'occupe d'eux ou qu'ils ne prennent pas leurs médicaments."

Bien que la Dre Meisels habite désormais à Québec, où elle travaille dans un CLSC, elle continue d'assurer quelques périodes de garde à Jonquière-Médic les fins de semaine. Car l'organisme sans but lucratif a du mal à recruter des médecins. Toutefois, il ne s'agit pas de bénévolat: "Verser 15% de mes honoraires, ça compense le fait que je n'ai pas de frais de bureau à payer."

À la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean, on reconnaît les vertus de Jonquière-Médic, mais pas question de participer à son développement ni d'en financer une partie. "Pour nous, c'est comme une clinique privée. Notre rôle n'est pas de financer les cliniques privées", dit Pierre Laflamme, directeur de la coordination des services à la Régie.

À Jonquière-Médic, où la structure unique est précaire, on trouve anormal de ne pas avoir davantage de soutien de la part de la Régie régionale. "Soixante pour cent de nos patients se rendraient aux urgences si Jonquière-Médic n'existait pas. On permet au système de réaliser des économies", dit Ghislain Bouchard.

Jonquière-Médic mène chaque année un sondage auprès de ses malades. "Tous se disent enchantés du service, souligne Ghislain Bouchard. Certains ajoutent même qu'ils seraient prêts à payer et nous suggèrent de leur facturer une partie des frais."