



Les omnipraticiens sont-ils assez rémunérés ?

des données troublantes

Photo : SuperStock

Emmanuèle Garnier

Au cours du congrès syndical de la FMOQ intitulé L'omnipraticien au cœur de la santé, la question de la rémunération concurrentielle des généralistes québécois a été abordée. Les chiffres sont troublants.

LES OMNIPRATICIENS gagnent-ils suffisamment par rapport aux spécialistes ? L'écart de revenu entre les deux groupes ne cesse de se creuser. En 2009, les généralistes gagneront 55,7 % de moins que leurs collègues spécialistes, et même 73,3 % de moins si l'on tient compte des frais de pratique en cabinet.

Ces données sont issues du Service des affaires économiques de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). « Nous avons procédé à une analyse comparative dans le cadre de *L'Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* qui comprenait trois axes : la formation, l'organisation des soins et une rémunération concurrentielle. Nous avons déjà comparé la rétribution des omnipraticiens québécois à celle de leurs collègues des autres provinces et maintenant nous faisons le même exercice avec les spécialistes québécois », explique **M. Denis Blanchette**, directeur du service.

Pour parvenir à un écart brut de 55,7 % et à un écart net de 73,3 %, l'économiste s'est servi des statistiques de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Afin d'avoir un portrait juste de la situation, il n'a utilisé

que les données des médecins vraiment actifs. Il a ainsi éliminé celles des 20 % de médecins qui gagnaient le moins, tant chez les omnipraticiens que chez les spécialistes (*encadré*). À partir de ces chiffres, il a calculé qu'à la fin de l'année 2009-2010, la rémunération brute des omnipraticiens actifs s'élèvera à 230 161 \$ et celle des spécialistes actifs à 358 373 \$, ce qui constitue un écart de 55,7 %.

L'écart de rémunération entre généralistes et

Encadré.

Écart de revenus entre omnipraticiens et spécialistes selon la méthode de calcul

Groupe retenu	Ensemble des médecins (omnipraticiens et spécialistes)	80 % de ceux qui gagnent le plus	50 % de ceux qui gagnent le plus
Écart de rémunération en 2007	50,8 %	52,5 %	54,0 %

L'écart de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes demeure similaire, que l'on prenne les données de l'ensemble des médecins, de 80 % ou de 50 % de ceux qui sont les plus actifs et gagnent le plus.



« Notre analyse chiffre ce qu'on entendait sur le terrain. Les omnipraticiens nous disaient que l'écart avec les spécialistes commençait à s'accroître. Les médecins se côtoient et comparent leurs revenus. »

— M. Denis Blanchette

spécialistes n'a cessé de croître depuis la création de l'assurance maladie. En 1975, il n'était que de 20,5 %, quand on considérait l'ensemble des médecins gagnant un dollar et plus (*graphique*). Que s'est-il donc passé ? La différence s'est d'abord lentement accrue au fil des années. De 1983 à 1997, elle est restée en moyenne de 39,5 %. Puis, en 1998, l'écart a commencé son ascension. En 2007, la différence de revenus entre les omnipraticiens et les spécialistes gagnant un dollar et plus atteignait 50,8 %, pour s'élever à près de 55 % en 2009. En 2015, la différence de revenus bruts entre les deux groupes devrait atteindre 62,6 %.

« Cette analyse chiffre ce qu'on entendait sur le terrain, explique M. Blanchette. Les omnipraticiens nous disaient que l'écart avec les spécialistes commençait à s'accroître. Les médecins se côtoient et comparent leurs revenus. On constate, par ailleurs, que des postes de résidence en médecine familiale restent vacants. Les étudiants en médecine perdent de l'intérêt pour l'omnipraticien. »

Les coûteux frais de pratique

La différence de traitement entre omnipraticiens et

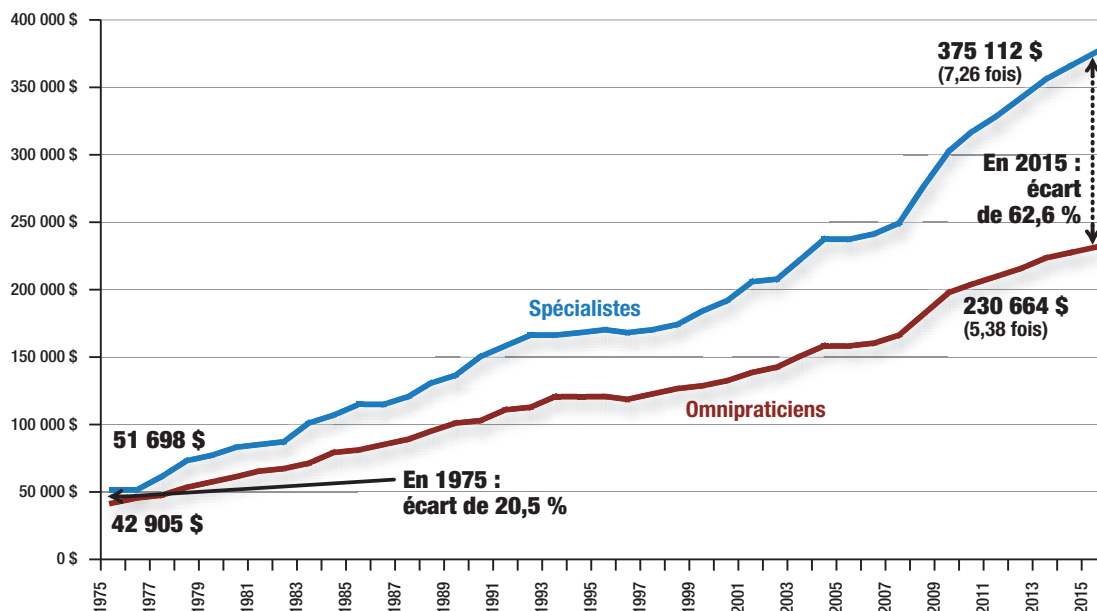
spécialistes devient carrément vertigineuse quand on ajoute à l'équation un autre facteur : les frais de pratique. Ils grugent 35 % du revenu des généralistes en clinique privée. « C'est un élément important parce que la moitié des omnipraticiens travaillent en cabinet privé », explique M. Blanchette. Les spécialistes, par contre, sont beaucoup moins nombreux à y exercer. Les frais de pratique transforment donc l'écart de revenus bruts, qui était de 52,5 % en 2007 entre les omnipraticiens et les spécialistes les plus actifs (80 % d'entre eux), en une différence de 69,7 %. Et selon les projections, en 2009, cet écart net s'élèvera à 73,3 % et en 2015 à 83,0 % (*tableau*).

On peut voir l'ampleur du problème des frais de pratique en comparant la part qui leur est consacrée dans les enveloppes des omnipraticiens et des spécialistes. Dans la masse facturée de 1,3 milliard de dollars des généralistes, ces frais accaparent 620 millions, alors que dans la masse monétaire de 2,1 milliards des spécialistes, ils représentent 357 millions.

Des données sur la différence de traitements entre

Graphique.**Évolution de l'écart de rémunération de 1975 à 2015**

Données de la RAMQ concernant l'ensemble des omnipraticiens et des spécialistes gagnant un dollar et plus



omnipraticiens et spécialistes ont déjà été diffusées. Récemment, l'Institut canadien d'information sur la santé publiait dans son document *Les médecins au Canada : paiements à l'acte brut moyens, 2005-2006*, des chiffres sur la rétribution des deux groupes pour toutes les provinces. Au Québec, l'écart serait de 25 %. Mais cette donnée a une faiblesse : elle ne tient compte que de la rémunération à l'acte. « On ne peut plus comparer seulement les revenus venant des actes médicaux, soutient M. Blanchette. C'est une forme de rétribution qui diminue d'année en année au profit d'autres formes comme les forfaits, le salaire, le tarif horaire, les contrats, la capitation, etc. »

Dans d'autres provinces, soit en Ontario et, plus récemment, en Colombie-Britannique, les omnipraticiens ont également contesté leur écart de revenus avec les spécialistes. En 2007, le BC College of Family Physicians estimait qu'en moyenne les revenus des médecins de famille étaient de 40 % inférieurs à ceux des spécialistes et que cet écart ne cessait de croître. L'organisme s'est d'ailleurs servi de cette donnée dans un arbitrage contre les spécialistes.

Tableau.**Écarts de revenus bruts et nets entre les omnipraticiens et les spécialistes les plus actifs***

Année	Écart brut	Écart net (sans les frais de pratique en cabinet)
2007	52,5 %	69,7 %
2009 (projection)	55,7 %	73,3 %
2015 (projection)	64,5 %	83,0 %

* Aux fins de l'analyse, les médecins considérés comme « actifs » sont les 80 % dont les revenus sont les plus élevés. Les données utilisées pour les calculs viennent de la RAMQ et des ententes générales signées par la FMOQ et la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Au Québec, la différence est encore plus importante. Cette situation a peut-être des répercussions à l'heure où la médecine familiale semble moins attirer les étudiants en médecine et où les omnipraticiens ne sont pas assez nombreux pour répondre à la demande.

Voir également l'éditorial L'écart de rémunération entre omnipraticiens et spécialistes est-il acceptable ? Les chiffres disent que non..., à la p. 13. 📖

(Suite à la page 15) >>>

Hommage aux médecins bâtisseurs

Francine Fiore

Au cours du congrès syndical *L'omnipraticien au cœur de la santé*, qui avait lieu les 28 et 29 mai, la FMOQ a décerné le *Prix du Médecin Bâtisseur* à cinq généralistes, qui ont été des piliers de leur association. Ces syndicalistes de la première heure ont contribué à faire de leur association des organisations fortes et dynamiques vouées à la défense des intérêts des omnipraticiens.

Le D^r Jean-Pierre Chagnon Un homme de parole



Aujourd'hui âgé de 80 ans, le D^r Jean-Pierre Chagnon possède une feuille de route syndicale bien remplie. Il a ainsi été l'un des premiers présidents de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Ouest du Québec (AMOOQ) créée en 1963.

De 1964 à 1984, le D^r Chagnon a été élu tour à tour président, vice-président et administrateur de l'AMOOQ. Au cours de ces 20 ans, il a également été délégué de l'association au Conseil de la FMOQ,

administrateur au Bureau et deuxième vice-président de la Fédération.

En 1973, le D^r Chagnon a ouvert la première polyclinique de l'Outaouais, le Centre médical d'Aylmer. Il pratiquait également à l'Hôpital de Hull où il a été élu président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, alors qu'aucun omnipraticien n'occupait un tel poste à l'époque dans un hôpital important. Après avoir quitté la pratique active, en 1986, le D^r Chagnon est devenu directeur des services professionnels de l'hôpital de Buckingham, jusqu'en 1991.

« J'ai toujours été très fier d'être omnipraticien, dit le médecin. Notre fierté, nous l'avons manifestée en nous regroupant et en nous imposant à l'égard du Collège des médecins du Québec et des spécialistes. »

Aux yeux du D^r Chagnon, l'un des apports importants de son Association et de la FMOQ a été la mise sur pied de la formation médicale continue en français. « Ce fut pour nous une révélation, affirme-t-il. Cela a revalorisé l'omnipraticien et a permis aux médecins de se tenir à jour. »

Le D^r Robert Turgeon, aujourd'hui âgé de 68 ans et médecin évaluateur à la Société de l'assurance automobile du Québec, a été un proche collaborateur du D^r Chagnon. « Nous nous échangeons la présidence, se rappelle-t-il. Lorsque l'un était fatigué, l'autre prenait la relève. »

Le D^r Turgeon se souvient de son confrère comme d'un travailleur acharné et surtout d'un homme sur lequel on pouvait compter. « Lorsqu'il disait quelque chose, il le faisait », assure-t-il. Le médecin souligne également que le D^r Chagnon a défendu avec énergie les droits des omnipraticiens. Sa plus grande réussite a été de contribuer à imposer le respect pour les généralistes. « Pour les jeunes médecins, il est un modèle à suivre. »

Le D^r Bernard Côté Un rassembleur



Recevant le *Prix du Médecin Bâtisseur* avec beaucoup d'émotion, le D^r Bernard Côté, maintenant âgé de 71 ans, est étonné que l'on pense encore à lui après tant d'années. « Cela fait quand même plus de quarante ans », dit-il.

C'était le 12 mai 1966 que le D^r Côté a participé à l'assemblée de fondation de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie (AMOE). C'est son plus beau souvenir syndical. Il a ensuite été vice-président et président de l'AMOE

et délégué de l'Association de l'Estrie au Conseil de la FMOQ.

Sur le plan des réalisations syndicales, le D^r Côté se souvient qu'avec ses collègues d'alors, il est parvenu à réunir les médecins. « Plusieurs étaient habitués à travailler en solo. Il fallait donc les convaincre d'assister à nos réunions. Ce n'était pas toujours facile d'obtenir l'accord de tout le monde. On leur a même demandé de fermer leur cabinet lors de journées de protestation contre le gouvernement. Les omnipraticiens avaient des revendications, notamment en ce qui concerne leur rémunération et leurs conditions de travail lors de l'arrivée de l'assurance maladie du Québec. » Le D^r Côté souhaite que l'on conserve de lui l'image d'une personne qui tentait de défendre les droits de ses collègues.

Médecin bâtisseur est un titre qui convient bien au D^r Côté, estime son collègue, le D^r Pierre Reny qui a pratiqué à ses côtés jusqu'en 1991. Le D^r Reny a, en outre, été vice-président de l'association et l'un des fondateurs, entre autres avec le D^r Côté, de la première clinique multidisciplinaire de l'Estrie, la Clinique familiale Saint-Vincent, à Sherbrooke. « Le D^r Côté était très engagé dans l'organisation de l'Association, dit-il. C'était un rassembleur. Ce furent de très belles années. Nous étions une équipe très soudée. »

Le D^r Yves St-Pierre, de son côté, a collaboré pendant près de 25 ans avec le D^r Côté. Maintenant âgé de 74 ans, il pratique encore à temps partiel au CLSC de Weedon. « Le D^r Côté se donnait beaucoup, tant comme syndicaliste que comme médecin. C'était un homme généreux. Je l'ai bien connu, car il acceptait d'accoucher mes patientes puisque j'étais à Weedon, loin de l'hôpital de Sherbrooke. »

Le D^r Guy Laporte *Un chef de file charismatique*



Président-fondateur de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), créée en 1961, le D^r Guy Laporte fait incontestablement partie des pionniers du syndicalisme médical au Québec. Il a également été l'un des piliers de la FMOQ.

Âgé de 85 ans, le D^r Laporte, maintenant à la retraite, a pratiqué la médecine générale pendant une quinzaine d'années avant de devenir anesthésiste. Il est extrêmement honoré de

l'hommage que lui rendent ses pairs. « Je ne m'attendais pas à ce que l'on se souvienne de moi », lance-t-il joyeusement.

Outre son travail de médecin, sa grande fierté est le mouvement syndical qu'il a contribué à lancer afin d'améliorer les conditions de pratique des généralistes de l'époque. « Je voulais que les omnipraticiens puissent pratiquer à l'hôpital et faire des accouchements, ce qu'on leur refusait à l'époque », rappelle-t-il. Il désirait également qu'un département de médecine générale soit créé dans tous les hôpitaux et permette aux omnipraticiens de pratiquer une médecine conforme aux normes.

En plus de fonder l'AMOM, qu'il considère comme étant sa plus grande réussite, le D^r Laporte a été président du comité provisoire qui a créé la FMOQ. « Une fédération est comme un prisme capable d'absorber les différentes teintes régionales que reflète chaque association afin de les transformer en une lumière blanche et puissante capable d'éclairer la destinée de la médecine générale », dit-il.

Le D^r Laporte croit avoir atteint ses objectifs et pense que les omnipraticiens sont satisfaits des services rendus par la Fédération et ses associations régionales respectives. Son souhait le plus cher est que les jeunes médecins profitent des efforts de leurs prédécesseurs afin de bien pratiquer la médecine générale d'aujourd'hui, qui, à ses yeux, est très agréable.

Selon le D^r Georges Desrosiers, médecin spécialiste en santé publique à la retraite, le D^r Laporte est un chef de file charismatique. Il était à ses côtés comme secrétaire lors de la fondation de l'AMOM et a été témoin de son engagement. « Le D^r Laporte possédait le don de susciter de l'enthousiasme pour la cause. Il était un bâtisseur et un rassembleur-né. » ☞

Le D^r Paul Leblanc *Un vrai médecin gaspésien !*



Heureux de recevoir le *Prix du Médecin Bâtisseur*, le D^r Paul Leblanc voit avant tout dans cette distinction la reconnaissance de ses pairs pour son engagement syndical.

Natif de New Richmond, en Gaspésie, le D^r Leblanc est un vrai Gaspésien. Aujourd'hui âgé de 73 ans, il travaille toujours autant. S'il ne pratique plus à l'hôpital depuis deux ans, il voit régulièrement ses patients à son cabinet privé, situé dans sa maison.

Le D^r Leblanc est l'un des fondateurs de l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie, créée en avril 1966. Fier de cette contribution, il la considère comme sa plus grande réalisation syndicale. « Quand nous avons fondé l'association, nous étions seulement une dizaine de médecins, mais nous avons communiqué avec tous les omnipraticiens de la Gaspésie pour qu'ils en deviennent membres, dit-il. Tout le monde s'est engagé allègrement. Nous formions un groupe ayant une voix forte afin de faire valoir nos droits. Ce fut une très bonne expérience, car j'avais toujours pratiqué seul auparavant. »

C'est avec un réel plaisir que le D^r Leblanc, qui a fait la promotion du syndicalisme dans sa région, se remémore le passé. « Tous les médecins pratiquaient dans des endroits différents en Gaspésie. Nous avions donc choisi Chandler comme lieu de rencontre, à mi-chemin pour tous. »

Arrivé à Matapédia en février 1966, le D^r Leblanc était seul et touchait à tout. Consultations au cabinet, anesthésie, accouchements et autres activités de médecin de famille composaient son quotidien. Il avait même une pharmacie à son cabinet, car il n'y en avait pas sur place. Et puisqu'il n'y avait pas de dentiste non plus, il devait extraire des dents. « On m'appelait de jour comme de nuit. Je ne comptais pas mes heures. L'hôpital le plus proche était situé à 25 km. »

Le D^r Leblanc tient à rendre hommage à la FMOQ. « La Fédération a réussi à faire reconnaître les régions éloignées comme des régions défavorisées. De plus, elle a obtenu pour nous de bonnes conditions de travail, dont des forfaits pour la formation médicale ainsi qu'un pourcentage plus élevé pour les actes médicaux, ce qui motive beaucoup à demeurer dans une région éloignée. » ☞

Le D^r Yves Mathieu Un syndicaliste modéré



À la fois surpris et fier, le D^r Yves Mathieu reçoit le *Prix du Médecin Bâtitseur* de la FMOQ avec un immense plaisir. « Il est toujours agréable d'être reconnu par ses pairs », affirme-t-il.

Retraité, le D^r Mathieu, âgé de 76 ans, a commencé sa carrière à Mont-Rolland, dans les Laurentides. Il s'est ensuite installé à Saint-Jérôme, où l'attendait une nouvelle mission : aider les personnes souffrant d'alcoolisme, à la clinique Domrémy. Il fut le directeur médical de ce centre pendant une dizaine d'années, en plus d'avoir une pratique en médecine familiale.

C'est grâce à sa rencontre avec le D^r Gérard Hamel, alors président de la FMOQ, que le D^r Mathieu s'est engagé dans le syndicalisme. Ainsi, en 1962, il a été l'un des fondateurs de l'Association des médecins omnipraticiens des Laurentides/Lanaudière. Au cours des décennies suivantes, le D^r Mathieu y a occupé les postes de secrétaire, de directeur, de vice-président et de président, alternant à la présidence avec le regretté et coloré D^r Sylvain Laporte, de Joliette. Le D^r Mathieu a aussi été très longtemps délégué de son association au Conseil de la FMOQ.

Le D^r Mathieu estime que sa plus grande réalisation en syndicalisme est sa participation de plus de vingt ans au bureau de son association. « Ce fut une période intense faite de travail fructueux et des plus agréables », dit-il. Sans hésiter, il conseille aux jeunes médecins de s'engager dans leur milieu et d'être polyvalents dans leur pratique.

Collègue du D^r Mathieu pendant plus de 40 ans, le D^r Gilles Aubin, aujourd'hui âgé de 75 ans, pratique dans un établissement de soins de longue durée. Il se souvient du D^r Mathieu comme d'un homme calme et réservé. « Il faisait souvent preuve de pondération lors des prises de décision dans cette association souvent revendicatrice. »

Selon le D^r Aubin, le syndicalisme a facilité l'organisation des soins de première ligne à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, où il a été chef de service pendant 25 ans. « Les médecins de l'époque, dorénavant regroupés, se sont battus pour assurer la continuité des soins et faire reconnaître la médecine générale en milieu hospitalier. »

Prix Gilles-des Rosiers au D^r Rafik Habib

Emmanuèle Garnier

Le prix Gilles-des Rosiers pour l'année 2008 a été décerné au D^r Rafik Habib au cours du Congrès de pédiatrie de la FMOQ, au début de mai. L'omnipraticien, qui a été fondateur et directeur du Centre cardiovasculaire de Laval ainsi que professeur de médecine familiale à l'Université de Montréal, a entre autres conçu des programmes de formation en cardiologie.

« Le prix Gilles-des Rosiers souligne l'engagement soutenu et diversifié d'un médecin en formation continue à titre de formateur ou d'organisateur de formation continue », a indiqué le D^r Louis Godin, président de la Fédération, qui a remis le prix au D^r Habib.

Le lauréat a eu une carrière bien remplie. Il a été mandataire du consensus canadien sur les lipides et chercheur principal de plusieurs études cliniques sur l'hypercholestérolémie, la réduction du taux de lipides, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Auteurs d'articles de formation en cardiologie et conférencier, il a également fait partie d'une équipe de conception d'ateliers approuvés par la FMOQ et été directeur scientifique du congrès de cardiologie de la Fédération, en 2006.

Le D^r Habib a été très ému par l'hommage. « C'est un honneur pour moi de recevoir ce prix de reconnaissance pour un travail que j'ai accompli au sein d'une carrière que j'ai aimée passionnément, a-t-il affirmé. Tout ce que j'ai fait, je l'ai fait par passion. »



Le D^r Rafik Habib a reçu le prix des mains du D^r Louis Godin

Photo : Emmanuèle Garnier

Réunion du Conseil GMF, DSQ et autres dossiers

Emmanuelle Garnier

Photos : Emmanuelle Garnier



D^r Louis Godin

Le 2 mai, le Conseil général de la FMOQ s'est réuni pour se pencher sur plusieurs dossiers. Le sort des groupes de médecine de famille (GMF) a entre autres retenu son attention. Certains sont en train de renouveler leur contrat avec leur agence de santé et de services sociaux, et le Conseil estime qu'il est du devoir de la Fédération de les aider et de les représenter à cette étape critique.

Quel est le cœur du problème ? L'entente sur les GMF prévoit que le gouvernement négocie avec la Fédération certains aspects financiers comme le forfait pour l'inscription des patients, la banque d'heures pour les activités médicoadministratives, etc. Toutefois, d'autres aspects ne sont déterminés

que par le MSSS, comme les objectifs que doivent réaliser les GMF pour obtenir certains avantages tels que l'aide d'infirmières, le soutien administratif, etc. Le ministère fixe ainsi seul le nombre minimal de médecins participants, l'offre de services, le nombre de patients à inscrire, etc. Les groupes doivent alors discuter de ces questions seul à seul avec le gouvernement. Pour éviter cette situation, le Conseil a estimé qu'il faudrait que tous ces aspects du dossier des GMF soient considérés comme conventionnels et fassent l'objet de négociations entre la Fédération et le MSSS.

La question est devenue particulièrement aiguë avec le renouvellement des contrats des premiers GMF, qui a commencé l'hiver dernier. La situation est épineuse : beaucoup de groupes n'ont pas réussi à atteindre le rapport de 1500 patients inscrits par médecin qu'a fixé le MSSS. Que va-t-il arriver à ces GMF ? « Sous prétexte d'équité, le gouvernement songe à diminuer le soutien technique qu'il leur accorde. Il estime que les GMF qui ont moins de patients devraient avoir moins de ressources que ceux qui ont atteint les objectifs », a expliqué le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, dans son rapport au Conseil. Le président souhaite plutôt que, pour respecter l'équité, le gouvernement augmente les sommes accordées aux GMF qui ont réussi à recruter suffisamment de patients.



Conseil de la FMOQ

La Fédération désire, par ailleurs, que les critères d'évaluation, comme le nombre de patients inscrits, correspondent à la réalité et tiennent compte de la lourdeur de la clientèle. La FMOQ remet en question le nombre de 1500 patients par médecin. Est-ce vraiment un ratio réaliste ? Ne faudrait-il pas aussi tenir compte du type de patients ? Ainsi, 1500 patients vulnérables n'équivalent pas à 1500 personnes en bonne santé. « Le problème, c'est qu'il s'agit d'un volet qui n'est pas négocié par la Fédération. On va donc aller chercher des mandats en bonne et due forme auprès des médecins de GMF », a affirmé le D^r Godin.

Diminution de la cotisation pour l'assurance responsabilité

Le rapport du D^r Godin comportait de bonnes nouvelles pour les omnipraticiens : leur coût net pour l'assurance responsabilité professionnelle de 2009 est réduit de 191 dollars (*tableau*).

Une portion de l'enveloppe des omnipraticiens est réservée au remboursement de l'assurance responsabilité. « Il y a eu un surplus de 4 millions de dollars pour l'année en cours dans le budget de l'assurance responsabilité professionnelle. Le MSSS est d'accord pour y laisser cette somme et a proposé deux voies pour l'utiliser : le programme AMPRO et une diminution de la cotisation de l'assurance responsabilité professionnelle », a expliqué le président.

Une somme de 1,4 million de dollars sera ainsi employée à augmenter le remboursement des cotisations de 2009 de l'ensemble des omnipraticiens. L'écart entre les sommes

maximales et minimales que peuvent payer les médecins sera maintenu à 347 \$.

Le reste des 2,6 millions de dollars sera utilisé pour rémunérer la participation des omnipraticiens des unités d'obstétrique au programme de formation *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO^{OB}). Il s'agit d'une mesure non récurrente qui s'étendra sur cinq ans. Les médecins qui suivront ce programme en 2009 recevront un forfait de 293,63 \$ par demi-journée de formation tandis que les médecins formateurs obtiendront 880,95 \$ par journée de sept heures (*pour plus de détails, voir Le Médecin du Québec, avril 2009, p. 14*).

Nouvel acte en santé et en sécurité au travail

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, la FMOQ a négocié un nouvel acte pour rémunérer la prise en charge des lésions musculosquelettiques touchant les tissus mous. Les blessures visées concernent les articulations périphériques et excluent les lombalgies, les fractures et les amputations.

Que devra faire le médecin ? Après avoir effectué l'examen clinique, il aura à remplir un formulaire d'une page pour décrire l'état du patient au moment où il le prend en charge. Il devra entre autres indiquer la présence d'éléments pouvant rendre la lésion chronique. L'omnipraticien recevra 50 \$ pour ce rapport qui sera envoyé à la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le formulaire ne pourra être rempli qu'une seule fois par un même médecin pour la lésion d'un travailleur.

Tableau.
Entente sur l'assurance responsabilité professionnelle

Activités	Part du médecin en 2008	Part du médecin en 2009	Différence
Médecine familiale, excluant l'anesthésie, l'obstétrique, la chirurgie et l'urgence	1337 \$	1146 \$	- 191 \$
Médecine familiale principalement, comprenant du travail à l'urgence	1480 \$	1289 \$	- 191 \$
Médecine familiale comprenant l'urgence, l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie	1684 \$	1493 \$	- 191 \$
Médecine d'urgence	1684 \$	1493 \$	- 191 \$



Photo : Emmanuèle Garnier

Délégués du Conseil de la FMOQ

« C'est une mesure qui est comparable à celle qu'ont eue les spécialistes pour leur rapport de l'évaluation des problèmes musculosquelettiques. La dépense prévue pour cet acte sera, tout comme pour les spécialistes, de 1,4 million de dollars l'an prochain », a précisé le D^r Godin.

Dossier de santé du Québec

La deuxième phase du projet expérimental du Dossier de santé du Québec (DSQ) devrait bientôt commencer. Une vingtaine de médecins de Québec travaillant au CLSC de la Basse-Ville, à la Clinique médicale Pasteur et au GMF Saint-Vallier y participeront. Ils emploieront alors le DSQ en présence de leurs patients pendant les consultations.

La FMOQ se prépare à la dernière étape du projet, lorsque le MSSS étendra l'utilisation du DSQ à toute la province. « Nous allons

entreprendre des négociations pour parvenir à une entente sur la participation, les coûts et le financement des actifs informationnels et de la gestion du changement. Il faut absolument parvenir à un accord avant le déploiement du projet », a expliqué le D^r Godin.

Sur le plan juridique, plusieurs problèmes qu'avaient indiqués les médecins sont en train d'être réglés. Un décret récent, qui constitue un avis d'intention du ministre, indique par exemple que le personnel du médecin peut maintenant avoir accès au DSQ. En outre, il sera possible de récupérer les données antérieures d'un patient qui a d'abord refusé de participer au DSQ, puis qui a changé d'avis.

Ces corrections devront toutefois être insérées dans un projet de loi modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* avant l'utilisation généralisée du DSQ dans tout le Québec. Trois autres problèmes devront également être réglés par ces modifications législatives. Ces dernières devront garantir que la participation des médecins au DSQ restera volontaire, abolir les pénalités qui avaient été prévues pour les cliniciens qui n'alimentent pas le dossier en données et, pour finir, permettre dans des cas précis, la divulgation du DSQ à des tiers avec le consentement du patient.

Par ailleurs, un dossier médical électronique pourrait venir compléter l'arsenal informatique du clinicien. Contrairement au DSQ, qui comprend surtout des données sur les médicaments, les résultats d'examen de laboratoire et d'imagerie, le dossier électronique serait l'équivalent d'un dossier papier et renfermerait les notes du médecin. Un comité mixte FMOQ/MSSS se penche sur cet outil.

« La question est de savoir qui paiera le dossier médical électronique et de quelle manière », a expliqué le D^r Godin. Le programme fédéral *Infoway Canada* pourrait en financer une partie. Une enveloppe de 113 millions de dollars est prévue pour le Québec pendant un an pour l'informatisation de sa première ligne de soins. L'une des conditions est cependant que le gouvernement provincial investisse la même somme. La FMOQ va donc suivre de près la situation.

Recherche en médecine familiale

Une somme de 600 000 \$ va être accordée à la recherche en médecine familiale. Cet argent viendra de la partie non dépensée de l'enveloppe des omnipraticiens, puis du budget du plan d'accès à un médecin de famille. « Cette somme n'est pas assez élevée. Il faudrait que la recherche bénéficie d'un financement distinct de l'enveloppe de rémunération des omnipraticiens », a soutenu le D^r Godin.

La somme de 600 000 dollars permettra aux universités de disposer d'une banque d'heures pour rémunérer des chercheurs en médecine familiale travaillant à temps plein ou partiel. Cette subvention, qui servira à compléter leurs revenus, ne pourra dépasser 129 000 dollars par médecin.

Table de concertation

Le D^r Godin a également fait un compte rendu des discussions de la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne, qui a eu lieu le 17 avril dernier. La FMOQ y a participé, comme tous les intervenants du milieu, dont les agences de santé et de services sociaux, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, etc. « Les participants sont parvenus à un consensus sur certains constats et sur l'urgence d'agir. Le diagnostic est posé. On est maintenant à l'étape de voir ce qu'on fait et comment. »

Trois groupes de travail ont été formés à la suite de cette réunion : un sur l'attractivité et la valorisation de la médecine familiale, un autre sur l'organisation des soins et des ressources et un dernier sur les pratiques cliniques et la prestation des services médicaux. « Ces comités doivent se mettre rapidement au travail et rédiger un rapport. La prochaine rencontre de la Table aura lieu à l'automne. »

La réunion de mai du Conseil a ainsi permis de faire le point sur différents dossiers. La prochaine rencontre, qui aura lieu en septembre, portera sur les différentes propositions que pourra contenir le cahier des demandes que déposera la FMOQ pour le renouvellement de son Entente générale. La Fédération se fondera entre autres sur les conclusions du Congrès syndical des 28 et 29 mai dernier. 🍷

Valorisation de la médecine familiale

la FMOQ rencontre des étudiants en médecine

Emmanuèle Garnier

Pour mieux faire connaître la médecine familiale, un représentant de la FMOQ a commencé à rencontrer des étudiants en médecine. Le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation, a déjà vu trois groupes d'étudiants de deuxième année de l'Université McGill, en avril et en mai. Il va également se rendre à l'Université de Montréal, à l'Université de Sherbrooke et à l'Université Laval.

Après avoir brossé aux futurs médecins un tableau réaliste de la situation de l'omnipraticien au Québec, le D^r Dulude leur parle du plan de valorisation de la médecine familiale de la Fédération. Il en explique les trois volets : la formation, moment clé pour intéresser les étudiants à la médecine générale, l'organisation des



Photo : Emmanuèle Garnier

Rencontre du D^r Serge Dulude avec des étudiants en médecine de deuxième année à l'Université McGill

soins, qui doit être améliorée par diverses mesures, et la rémunération des omnipraticiens, qu'il faut accroître. « La FMOQ veut rehausser le statut de la médecine familiale », précise le médecin.

Le directeur de la Planification et de la Régionalisation présente également les différents modèles d'organisation susceptibles d'intéresser les futurs généralistes. Il y a évidemment les groupes de médecine de famille, « un excellent modèle de services médicaux de première ligne ». Les cliniques-réseau sont également très attrayantes : les médecins peuvent compter sur des infirmières de liaison et y ont un accès privilégié au plateau technique et aux spécialistes. Mais le plus magique ce sont les cliniques-réseau intégrées, ces supercliniques, qui vont disposer non seulement de dossiers médicaux électroniques, mais aussi « de plus d'infirmières, de plus de professionnels de la santé divers, de plus d'équipement et de plus de personnel. »

Pour finir, le D^r Dulude démythifie les activités médicales particulières et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). « Seulement 5 % des jeunes médecins changent de région après un an ou deux », explique-t-il. C'est le signe que la plupart ont trouvé un endroit qui leur convienne, malgré les contraintes qu'imposent les PREM. À la fin de l'exposé, les étudiants posent beaucoup de questions, entre autres sur ce sujet. Certaines inquiétudes percent.

« Le but de ces rencontres est, d'une part, d'informer les étudiants en médecine de ce qu'est la médecine familiale et du cadre dans lequel les omnipraticiens pratiquent et, d'autre part, d'être à l'écoute de leurs préoccupations, de leurs interrogations et de prendre le pouls de ces groupes », estime le D^r Dulude.

Ces conférences, qui ont lieu pendant l'heure du dîner, semblent susciter beaucoup d'intérêt parmi les étudiants. Au cours des trois premières, une soixantaine d'entre eux sont, chaque fois, venus y assister. 🍷

Médecine familiale inquiétude concernant la relève

Emmanuèle Garnier

Les résultats du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) sont tombés comme une douche froide. Au Québec, 72 postes de résidence en médecine familiale n'ont pas été pourvus cette année, soit 19 % des 381 places offertes. C'est la troisième fois qu'une telle situation se produit. L'an dernier, 13 % des postes étaient restés vacants, et l'année d'avant, 22 % (tableau 1).

« Naturellement, nous sommes déçus de ces résultats, mais nous ne sommes pas surpris, explique le D^r Louis Godin, président de la FMOQ. Nous sommes conscients de tout le problème de l'attractivité de la médecine familiale. On ne peut pas s'attendre à attirer plus d'étudiants tant que les conditions de pratique et de rémunération ne s'amélioreront pas. On voit que 38 % des résidents deviendront des médecins de famille alors qu'il en faudrait au moins 50 % ».

Du côté de la médecine spécialisée, la situation est tout à fait différente. Ainsi, 95 % des 465 postes disponibles ont été pourvus. Les années précédentes

Tableau 1.
Médecine familiale

Année	Nombre d'étudiants admis	Nombre de places offertes	Pourcentage
2009-2010	309	381	81,1 %
2008-2009	300	346	86,7 %
2007-2008	234	300	78,0 %

Tableau 2.
Médecine spécialisée

Année	Nombre d'étudiants admis	Nombre de places offertes	Pourcentage
2009-2010	443	465	95,3 %
2008-2009	411	422	97,4 %
2007-2008	401	420	95,5 %

ont été tout aussi fructueuses pour les spécialistes (tableau 2).

Toutefois, en ce qui concerne les résidences à l'extérieur du Québec, un peu moins de futurs omnipraticiens se sont laissé tenter cette année. Le solde migratoire est de - 8 en 2009-2010, alors qu'il était de - 19 depuis deux ans. Pour la médecine spécialisée, les données sont plus dramatiques : le solde migratoire, qui reste élevé, atteint - 34 cette année.

Et pour ce qui est des médecins diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis ? Un peu de renfort arrive. Cette année, 32 médecins étrangers ont été acceptés en médecine familiale et 20 en médecine spécialisée. Ces candidats ne représentent toutefois que 36 % de ceux qui ont fait une demande d'admission. ☞

Prix IMS Canada

Emmanuèle Garnier

Les Prix IMS Canada de la catégorie *Médecins omnipraticiens* ont été décernés, cette année, aux **D^{rs} Caroline Dostie** et **Michel Lapierre** pour leurs articles publiés dans *Le Médecin du Québec*. IMS Health Canada récompense, par ses distinctions, des médecins et des pharmaciens qui ont rédigé des textes sur la consommation appropriée de médicaments et contribué ainsi à la formation continue de leurs collègues.

La D^{re} Dostie, qui pratique au Centre hospitalier

régional de Trois-Rivières, a signé l'article « La démence vous rend confus ? » (mars 2008) avec la pharmacienne **Marie Carrier**. Le texte traite des inhibiteurs de la cholinestérase et de la mémantine (Ebixa), de leurs effets, des réactions indésirables et des précautions à prendre.

Pour sa part, le D^r Lapierre, des groupes de médecine familiale de Lorraine et Cité de la Santé de Laval, était le coauteur du texte « Traiter la goutte sans être débordé » (août 2008). L'article, rédigé en collaboration avec la pharmacienne **Hélène Demers**, portait sur les différentes options thérapeutiques pour traiter et prévenir les crises de goutte aiguë. Le texte expliquait l'emploi adéquat de l'allopurinol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, de la colchicine et des corticostéroïdes.

IMS Health Canada a également récompensé des médecins spécialistes, les **D^{rs} Benoît Bailey** et **Sam Daniel**, pour des articles publiés dans des revues spécialisées. Dans la catégorie *Pharmaciens*, les lauréates ont été M^{mes} **Nancy Légaré** et **Josée Bergeron**.

Le jury était formé de membres de la FMOQ, de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, de l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires et de chacune des facultés universitaires de médecine et de pharmacie de la province.

IMS a, par ailleurs, remis des bourses aux étudiants en médecine qui ont obtenu les meilleures notes en pharmacologie et aux meilleurs étudiants de chacune des facultés de pharmacie. ☞



La D^{re} Caroline Dostie et le D^r Louis Godin, président de la FMOQ, qui a remis le prix



Les D^{rs} Michel Lapierre et Louis Godin

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Une horloge pour découvrir les troubles anxieux

Pour découvrir si un enfant ou un adolescent souffre d'un trouble anxieux, on peut utiliser la « technique de l'horloge ». On s'assoit avec lui, puis on dessine sur une feuille une horloge et on fait le tour du cadran en lui demandant de nous décrire une journée type.

Cette technique permet de trouver des éléments que l'on n'obtiendrait pas avec le questionnaire habituel, explique la **D^{re} Carolyne Sirois**, omnipraticienne du CSSS de Vallée-de-la-Batiscan, qui a appris ce truc dans une formation en pédopsychiatrie. « Cet outil m'a permis de découvrir, par exemple, qu'une adolescente perdait deux ou trois heures le matin à se préparer ou qu'un garçon ne dînait pas à la cafétéria par phobie sociale. Cette méthode permet de voir les habitudes de vie du jeune et de s'intéresser à ce qu'il fait. »

On peut employer la technique de l'horloge quand un enfant ou un adolescent présente des symptômes dépressifs, semble souffrir d'anxiété ou que l'origine de son problème pourrait être de nature psychologique ou psychiatrique. On peut, par exemple, recourir à cette méthode pour un patient qui se plaint de maux de tête ou de maux de ventre, alors que rien sur le plan physique n'explique ses douleurs. EG

Comment apprivoiser un bébé

Avant d'examiner un bébé, il faut l'amadouer. « On a souvent tendance à s'adresser à la mère et à ne s'occuper du bébé qu'au moment de l'examen. Par conséquent, dès qu'on prend l'enfant, il pleure », explique le **D^r Richard Boulé**, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke.

Que doit-on faire ? On recommande de créer rapidement un contact avec le bébé. Après avoir salué la mère et l'avoir installée confortablement avec l'enfant, on s'occupe de ce dernier. « On peut prendre le bébé, lui dire bonjour, l'appeler par son nom pour qu'il entende notre voix et sente notre contact. Après, on le rend à la mère pour remplir le questionnaire. » Quand arrive le moment de l'examen, le médecin peut commencer par examiner l'enfant sur la mère en lui parlant, avant de le mettre sur la table.

« Il y a des bébés qui se collent sur leur maman et qui ne veulent pas qu'on les approche. Il faut respecter cela, dit le D^r Boulé. Dans ces cas, on peut parler avec la mère et, au cours de l'entrevue, intervenir lentement quand l'enfant établit un contact visuel avec nous. S'il ne nous regarde pas, on peut attirer son attention avec une babiole. » Ces trucs, qui viennent de recherches, fonctionnent en général bien. « Les mères me disent souvent : "Avec vous, Docteur, le bébé ne pleure pas. C'est étonnant." » EG

Il ne faut pas confondre tous les « docteurs » !

Au Québec, bien des professionnels et des thérapeutes sont appelés « docteur ». On a alors l'impression, parfois à tort, qu'il s'agit de médecins. Qui a vraiment le droit de porter le titre de « docteur » ?

« Au Québec, en vertu du *Code des professions*, seuls les médecins, les dentistes et les vétérinaires peuvent utiliser sans condition le titre de docteur. Le but est de protéger le public contre tous ceux qui seraient tentés de le tromper en s'appropriant illégalement ce titre », explique **M^e Pierre Belzile**, directeur du Service juridique à la FMOQ.

Certains professionnels peuvent cependant porter le titre de docteur sans être médecins, dentistes ou vétérinaires, mais le *Code des professions* leur impose des conditions. Ainsi, un chiropraticien peut se présenter comme le **D^r Jean Tremblay, chiropraticien**, mais non comme le **D^r Jean Tremblay**. Les professionnels qui doivent détenir un doctorat pour pratiquer leur métier ont le droit de placer le mot docteur devant leur nom, mais doivent ensuite ajouter le titre réservé aux membres de leur ordre.

D'autres règles s'appliquent à une personne titulaire d'un doctorat, mais dont la profession ne nécessite pas ce diplôme. On peut prendre comme exemple le cas de **M. Pierre Lafortune, docteur en histoire**. Cette personne a le droit de porter le titre de docteur, mais elle doit l'indiquer après son nom et inscrire ensuite la discipline dans laquelle elle détient un doctorat. EG

Les devoirs et les leçons


De Marie-Claude Béliveau



Comment faire pour que la période des devoirs ne se transforme pas en bataille rangée ? Orthopédagogue et psychoéducatrice au CHU Sainte-Justine, **M^{me} Marie-Claude Béliveau** offre aux parents des solutions dans un petit livre de la collection *Questions-réponses pour les parents*.

L'auteure aide les parents à définir leur rôle auprès de leur enfant. Leur mission, explique-t-elle, est d'abord d'encourager l'enfant à découvrir ses propres façons d'apprendre, de l'aider à planifier ses actions avant de commencer, de l'inciter à chercher ses propres solutions, puis de vérifier son travail lorsqu'il a terminé.

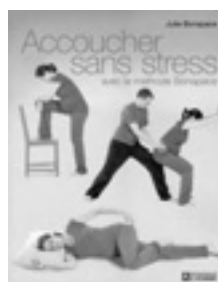
M^{me} Béliveau explique également les différents modes d'apprentissage et les diverses techniques à connaître. On peut apprendre par les yeux, les oreilles, le corps. L'information peut être traitée de manière simultanée ou en séquences.

L'orthopédagogue s'intéresse également aux enfants qui ont des besoins particuliers. Que faire si l'enfant a un trouble d'apprentissage ? Comment l'aider s'il présente un déficit d'attention avec ou sans hyperactivité ? Le livret apporte de précieux conseils. 

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2009, 80 pages, 9,95 \$.

Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace

De Julie Bonapace



L'accouchement est une expérience que bien des couples anticipent avec un mélange de joie et d'appréhension. Dans un beau livre à l'allure zen, **M^{me} Julie Bonapace** leur explique la méthode de préparation à la naissance qu'elle a créée en 1989. Elle enseigne sa technique non seulement au Québec, mais aussi dans le monde entier. L'Hôpital Saint-Luc, du CHUM, l'utilise d'ailleurs depuis neuf ans.

La méthode Bonapace est une technique de préparation à l'accouchement qui permet au couple de vivre ensemble la naissance de l'enfant. Dans son ouvrage très bien illustré, l'auteure montre comment la femme enceinte, aidée de son partenaire, peut relâcher, renforcer ou soulager son corps par différents massages et diverses postures. Pour permettre d'apprivoiser la douleur qui accompagnera l'accouchement, M^{me} Bonapace explique ensuite en quoi elle consiste et décrit les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques pour la réduire. L'auteure présente entre autres des techniques comme la stimulation de la zone douloureuse et le contrôle par la pensée.

Le livre décrit également toutes les étapes de l'accouchement et propose différentes postures que peut prendre la parturiente, avec l'aide de son conjoint, pendant le travail. Des chapitres sont par ailleurs consacrés aux respirations, aux massages, à la relaxation et à l'imagerie mentale.

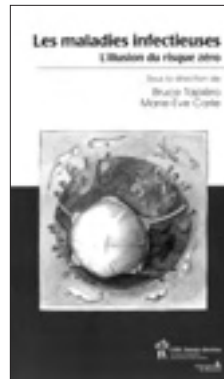
La méthode Bonapace est-elle vraiment efficace ? Selon des études faites à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, cette technique permettrait de réduire la douleur de 45 % de plus que les autres méthodes de préparation à l'accouchement. ☞

Les Éditions de l'Homme, Montréal, 2009, 128 pages, 24,95 \$.

Les maladies infectieuses

L'illusion du risque zéro

*Sous la direction de Bruce Tapiéro
et de Marie-Ève Carle*



À l'heure de la grippe A (H1N1), ce livre rappelle une réalité importante au sujet des maladies infectieuses : le combat contre les microorganismes ne sera jamais gagné. Le risque zéro est une utopie.

Signé par des médecins, des sexologues, des anthropologues et d'autres professionnels, cet ouvrage québécois souligne le fait que les maladies infectieuses font partie de l'histoire

de l'humanité. On n'a qu'à penser à la peste, à la lèpre, à la syphilis, au sida, etc. Le livre met également en lumière les relations entre les sociétés et les maladies infectieuses et montre comment la notion de risque, une donnée maintenant centrale dans notre civilisation, s'est imposée.

Une section du livre est réservée à la tuberculose : sa prise en charge chez les enfants et sa présence chez certains immigrants. L'ouvrage collectif se penche également sur les maladies transmissibles sexuellement, dont le sida. On y aborde la question des jeunes et la réaction mondiale à l'épidémie d'infections à VIH.

Pour finir, des auteurs discutent de la vaccination et de l'opposition qu'elle peut susciter. L'un d'eux, le **D' Yves Robert**, estime qu'à « chaque controverse soulevée, il faut répondre de façon méthodique, scientifique et rigoureuse. » Des spécialistes abordent ensuite les liens entre les repères culturels communautaires et la promotion de la vaccination. Le dernier chapitre tire des leçons de l'échec de la vaccination contre l'hépatite B en France. ☞

Éditions du CHU Saint-Justine, Montréal, 2009, 272 pages, 34,95 \$.