

« La formation médicale continue a été essentielle pour la Fédération », indique le



D^r Clément Richer

D^r Clément Richer qui en a été le président de 1981 à 1995. Ayant commencé à pratiquer à la fin des années 1950, il a lui-même suivi des formations données par des spécialistes dans les hôpitaux. « On s'est vite rendu compte qu'il fallait s'organiser nous-mêmes. Nous avons besoin de cours conçus par des omnipraticiens pour des omnipraticiens, avec bien sûr la participation des spécialistes. »

À l'unanimité, les omnipraticiens d'hier et d'aujourd'hui

reconnaissent que le père de la formation médicale continue à la FMOQ a bel et bien été le regretté **D^r Gilles des Rosiers**.

Mais avant lui, son frère aîné, le **D^r Georges Desrosiers**, de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal,

avait semé les premières graines menant à l'éclosion de la formation médicale continue.

Ce médecin, qui a ensuite été secrétaire général de la FMOQ et président du Comité des études dans les années 1960, était persuadé que la formation était un élément indissociable de la valorisation de la médecine familiale et essentiel à la fonction syndicale.

Le D^r Gilles des Rosiers a repris le flambeau. « C'est lui qui était responsable du dossier de la formation, indique le D^r Georges Desrosiers qui écrit son nom différemment de celui de son frère. Gilles l'a mené à bien durant tout

le temps qu'il a passé à la FMOQ. Il était un homme travaillant, assidu, à qui la formation tenait vraiment à cœur et il était reconnu par ses confrères. »

« Le D^r Gilles des Rosiers était un visionnaire, se souvient le **D^r Jean-Maurice Turgeon** qui l'a côtoyé. Il était convaincu de la valeur des omnipraticiens. Il mettait tout en œuvre pour l'affirmer. C'était un homme inspirant qui a su prendre des initiatives pour organiser la formation médicale continue de la FMOQ. »



D^r Jean-Maurice Turgeon

La FMC, essentielle

Les choses tournaient rondement avec le D^r Gilles des Rosiers. En 1968, lors de la réunion annuelle de la FMOQ, il présente les activités de son comité de formation à la Fédération.

La liste est impressionnante : participation à l'organisation des cours de perfectionnement intensifs organisés par l'Université de Montréal, enregistrement des heures d'étude suivies par les omnipraticiens, présence de la FMOQ aux comités d'enseignement postuniversitaire des universités de Montréal, de Québec et de Sherbrooke ainsi que de l'Association des médecins de langue française du Canada et préparation d'un programme de résidence en médecine générale. Il faudra vingt-cinq ans avant que

la résidence en médecine familiale passe à deux ans, comme le souhaitait le D^r des Rosiers.

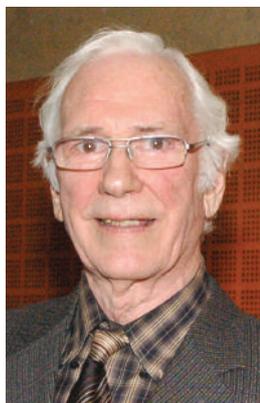
Selon le D^r Richer, la formation médicale continue a joué un rôle fondamental en augmentant l'estime de soi des omnipraticiens. Les médecins de famille étaient formés

« Le D^r Gilles des Rosiers était un visionnaire. C'était un homme inspirant qui a su prendre des initiatives pour organiser la formation médicale continue de la FMOQ. »

– D^r Jean-Maurice Turgeon



D^r Gilles des Rosiers



D^r Georges Desrosiers

par d'autres omnipraticiens pour améliorer leurs connaissances en médecine familiale. « Nos cours se donnaient toujours à guichet fermé, il ne restait jamais une place de libre, et on refusait des gens dans les congrès, se rappelle l'ancien président. La raison de ce succès était et est toujours le contenu. »

La FMOQ a su très tôt qu'elle avait fait un bon choix. « La formation continue a occupé une place importante dans l'essor du syndicalisme et dans la quête du respect souhaité par les omnipraticiens, raconte le D^r Jean-Maurice Turgeon, qui a été le premier président du Comité de rédaction scientifique du *Médecin du Québec* de 1985 à 1996 et directeur de la Formation professionnelle.

Pendant longtemps, les médecins omnipraticiens avaient été ignorés, exclus et même parfois méprisés par leurs collègues spécialistes parce que, contrairement à aujourd'hui, ils n'avaient pas de formation dans leur champ de pratique. « Au mieux, ils étaient des cliniciens de statut inférieur. » Avec les années, la situation a changé. Les mentalités aussi, mais trop lentement. Pour remédier à la situation, le D^r Turgeon s'est assuré de l'excellence du contenu scientifique offert par la Fédération. C'était aussi une bonne stratégie sur le plan syndical. « Si les médecins ne sont pas compétents, ils ne peuvent espérer un traitement juste de la part du gouvernement, indique-t-il. C'était là, la pensée même du D^r Gilles des Rosiers. Selon lui, nous devons devenir des entrepreneurs responsables et faire valoir nos besoins. »

Le Médecin du Québec

En 1965, soit deux ans après sa création, la FMOQ a décidé de lancer *Le Médecin du Québec*. La publication est fondée par le D^r Gérard Hamel, président de la FMOQ de l'époque, le D^r Jean-Pierre Forget, qui en a été le premier rédacteur en chef et le D^r Georges Boileau qui a dirigé

la revue de 1968 à 1997. « *Le Médecin du Québec* a connu une excellente évolution depuis le tout début, en répondant aux besoins des omnipraticiens. Ce fut un vrai travail d'équipe », souligne le D^r Boileau qui a également été directeur des Communications à la FMOQ de 1973 à 1996.

Il était primordial d'offrir aux omnipraticiens une formation adaptée à leurs besoins afin qu'ils occupent la place à laquelle ils avaient droit dans la profession médicale, estimait le D^r Boileau. « Il fallait leur donner les outils nécessaires et *Le Médecin du Québec* en était un. »

La section de formation médicale continue de la publication constituait un complément aux congrès.

Au début, *Le Médecin du Québec* était avant tout une revue syndicale. Ce n'était qu'occasionnellement que des articles médicaux étaient publiés. « Dans la majorité des cas, il s'agissait de textes proposés par des médecins spécialistes qui trouvaient là un véhicule pour leurs articles », se souvient le D^r Turgeon. C'est à la suite de la création du Comité de rédaction scientifique, en 1985, que

Le Médecin du Québec s'est vraiment transformé en un outil de formation médicale continue. « À partir de ce moment-là, la section scientifique est devenue le cœur de la revue, dit le D^r Turgeon. Et elle l'est toujours. » (voir *La petite histoire d'une belle et longue odyssée*, p. 14).

L'un des grands défis du D^r Turgeon a été de faire écrire les omnipraticiens. « Ils avaient envie de communiquer, en étaient pleinement capables, mais ne savaient pas toujours comment. Il a fallu élaborer une méthode et assurer un encadrement par le Comité de rédaction scientifique. On a décidé de recourir à des ateliers pour former les responsables de thème et on a instauré la formation des formateurs. »

« Il fallait donner aux omnipraticiens les outils nécessaires à leur formation professionnelle continue, et *Le Médecin du Québec* en était un. »

– D^r Georges Boileau

Cependant, déjà au début des années 1970, *Le Médecin du Québec* publiait des schémas thérapeutiques, qui étaient des fiches pratiques détachables sur différents sujets médicaux. Le D^r Gilles des Rosiers, appuyé par le Comité d'enseignement médical, en était le responsable.



D^r Pierre Raïche

La formation médicale continue du *Médecin du Québec* ne remplaçait pas les congrès. « Mais comme on continuait d'y refuser des gens, on s'est dit que si on faisait une section de formation médicale continue dans *Le Médecin du Québec*, cela serait satisfaisant pour certains médecins qui vivaient plus loin,

en région ou qui ne pouvaient simplement pas assister à nos congrès », explique le D^r Richer. C'est d'ailleurs pendant sa présidence que fut fondée, en 1983, la direction de la Formation professionnelle. Le premier à la diriger a évidemment été le D^r Gilles des Rosiers.

Le D^r Jacques Houde lui a succédé. Le D^r Jean-Maurice Turgeon a, pour sa part, été à la tête de la Formation professionnelle de 1996 à 2001.

L'autoapprentissage

En 2001, le D^r Pierre Raïche devient le nouveau directeur de la Formation professionnelle. Il apporte un regard neuf sur le perfectionnement médical. Il estime que les activités de formation continue des médecins doivent englober plus que les connaissances médicales. Il faut aussi permettre aux omnipraticiens d'améliorer leur capacité, notamment à communiquer, à gérer et à collaborer avec d'autres professionnels de la santé. « L'élargissement de la vision que l'on a des compétences des médecins de famille était déjà envisagé dans les années 1970 », indique-t-il. Dans les années 2000, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a d'ailleurs adopté le modèle initialement conçu à la fin de la décennie 1990 par des médecins de famille ontariens, soit le concept des compétences transversales CanMEDS (*Canadian Medical Education Directions for Specialists*).

Mais le fait d'armes le plus important du D^r Raïche et de son équipe a été l'outil PADPC-FMOQ, qui est un « plan d'autogestion du développement professionnel continu » créé pour répondre aux exigences du Collège des médecins du Québec. Ce dernier voulait que ses membres maintiennent leur compétence par une approche réflexive reposant sur un plan d'autogestion de leur perfectionnement. Le PADPC-FMOQ est donc l'un des instruments disponibles pour permettre aux médecins d'être autonomes dans leur formation médicale continue.



D^r Claude Guimond

Le D^r Raïche s'est également penché sur les produits dérivés que l'on pouvait tirer des congrès de formation. Il a ainsi demandé que certaines conférences soient filmées pour être ensuite mises sur le site Web de la Fédération. Selon l'ex-directeur, qui participait aux négociations avec le gouvernement, le perfectionnement est, par ailleurs, un atout précieux pour négocier. « La formation est la clé de voûte de notre crédibilité à la table de négociations. »

Vers l'avenir

Le perfectionnement professionnel dans un monde virtuel n'est pas de la science-fiction. C'est au D^r Claude Guimond, actuel directeur de la Formation professionnelle, que l'on doit le grand virage technologique du perfectionnement médical continu de la Fédération. « Au rythme où évolue la technologie, la FMOQ doit explorer différents moyens de permettre à ses membres de profiter des plus récentes avancées en informatique. »

Dans un avenir peut-être pas si éloigné, le médecin pourra suivre un colloque où qu'il soit par l'entremise du Web. Actuellement, plus de quatre-vingt conférences des congrès de la FMOQ sont mises en ligne sur la plateforme de formation Caducée. Dans un an, plus de 175 heures

de formation y seront offertes. « Cette plateforme permet au médecin d'être actif dans son apprentissage. Ce dernier peut voir et entendre le conférencier, regarder les diapositives, revenir sur des sections plus complexes et terminer le tout par une autoévaluation sous forme de post-test », indique le D^r Guimond. Des capsules vidéo portant sur différents sujets, par exemple sur certaines interventions médicales, s'ajouteront aussi.

Bientôt, la direction de la Formation professionnelle fournira également un code QR pour chacune des conférences de ses congrès. Ces petits dessins graphiques mèneront les participants qui les photographieront avec leur cellulaire ou leur tablette à des pages précises sur Internet. « Les médecins pourront ainsi remplir le formulaire d'évaluation de la conférence en ligne. Un autre lien les dirigera directement sur leur PADPC-FMOQ, s'ils le désirent. Ils décideront alors s'ils ont besoin d'une lecture ou d'une formation complémentaire », explique le D^r Guimond.

La formation médicale continue de la FMOQ est donc entrée dans une autre ère. D'ici peu, les médecins auront entre autres la possibilité d'interagir pendant les congrès grâce aux médias sociaux. « Il y aura beaucoup plus d'interactions en temps réel durant les conférences, précise le directeur de la Formation professionnelle. En Europe, au cours de certains grands congrès, des discussions et des interventions ont lieu sur Facebook et Twitter. À la FMOQ, il y aura certainement un virage afin d'utiliser et d'intégrer les médias sociaux lors d'activités de formation. On aimerait que pendant la période de questions, les médecins qui ne sont pas à l'aise d'aller au micro puissent recourir à Twitter. »

Ce virage technologique arrive en parallèle avec l'ère de l'interprofessionnalisme. Un domaine en pleine évolution. La direction de la Formation professionnelle vient d'ailleurs de publier un guide pratique sur l'élaboration d'activités

de perfectionnement interprofessionnel continu. Ces activités, centrées sur le patient, reposent sur la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe de soins. « Les médecins sont prêts à faire équipe avec les autres professionnels, comme le montrent bien les deux cohortes d'Accès adapté, précise le D^r Guimond. Bien sûr, la FMOQ ne fera pas de formation continue uniquement pour les infirmières ou les pharmaciens, mais on n'est peut-être pas

si loin de colloques offrant certaines bases communes comprenant des conférences destinées aux autres professionnels de la santé. Il faut être ouvert et penser à cela. »

La direction de la Formation professionnelle s'est également lancée dans les forums de discussion. Elle en a créé un pour tous les responsables de formation continue de son réseau et un autre pour les médecins qui s'intéressent à l'Accès adapté (gestion proactive des rendez-vous). Son forum sur l'emploi de l'iPad en pratique médicale, lui, regroupe plus de 600 personnes. « Bientôt,

nous en mettrons un autre sur pied pour les médecins exerçant en santé publique. »

Ainsi, de grands changements se préparent. « Dans cinq ans, la formation médicale continue ne sera plus la même, affirme le D^r Guimond. L'expérience de la formation en ligne sur Caducée, par exemple, nous permettra entre autres d'obtenir les données démographiques des participants. On pourra ainsi analyser leur profil pour mieux adapter les cours. Grâce à la technologie, on pourra peut-être aussi mesurer l'effet d'une formation sur la santé de la population... » 

« Dans cinq ans, la formation médicale continue ne sera plus la même qu'aujourd'hui. Grâce à la technologie, on pourra peut-être mesurer l'effet d'une formation sur la santé de la population. »

– D^r Claude Guimond

Bibliographie

- Asselin MA. *De praticiens à spécialistes en médecine de famille : Histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (1963–2013)*. Westmount : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ; 2013. 504 p.
- Asselin MA. *La petite histoire d'une grande association : histoire de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal*. Montréal : AMOM ; 2011. 352 p.

La petite histoire d'une belle et longue odyssée

la section scientifique du Médecin du Québec

Jean-Maurice Turgeon

Après plus de 25 années, je fais appel à votre indulgence, car mes souvenirs sur les circonstances de la naissance de la section scientifique du *Médecin du Québec* se sont estompés quelque peu. Toutefois, lorsque je creuse ma mémoire embrumée, des jalons déterminants s'illuminent à nouveau.

En début d'année 1985, j'étais fortement engagé dans l'enseignement universitaire de la médecine familiale et dans la formation continue tant à l'échelle locale que régionale. De plus, je comptais plusieurs années de participation au sein du comité d'enseignement médical, devenu ultérieurement le comité de formation de la FMOQ.

Dans le contexte évoqué précédemment, le regretté **D^r Gilles des Rosiers**, alors directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ, fut pour moi un mentor des plus inspirants. J'ai retenu de lui l'exhortation qu'il n'a jamais cessé d'adresser aux médecins omnipraticiens et qui consistait à délaisser les rôles de spectateur et de consultant dans lesquels ils avaient été confinés en matière de formation continue pour devenir des entrepreneurs responsables. Son appel était devenu pour moi une sorte de mantra.

Lui et moi partageons aussi une prémisse selon laquelle la compétence des médecins omnipraticiens est un préalable à la négociation de leurs conditions de travail¹. L'offre par eux de meilleurs services à la population ne peut que renforcer ultimement leur droit de réclamer un meilleur traitement.

Nous entretenions, en outre, l'intime conviction que la formation universitaire ne peut et ne pourra jamais être exhaustive. De plus, en médecine au moins autant qu'ailleurs, certains dogmes persistent durablement à l'occasion. Il importe donc de favoriser davantage l'acquisition et l'affinement

du sens critique afin de susciter, par extension, un désir insatiable d'apprendre sous réserve d'une évaluation périodique des acquis au chapitre des connaissances, des habiletés et des attitudes.

Les congrès scientifiques de la FMOQ gagnent en popularité. Les directeurs scientifiques recevront bientôt une formation pour les préparer aux rôles qu'ils seront appelés à jouer et bénéficieront du soutien possible d'un tuteur pédagogique au besoin. Les programmes éducatifs offerts se distingueront par l'énoncé d'objectifs précis et par de nombreux processus d'évaluation et de rétroaction, et j'en passe.

Les améliorations qualitatives apportées n'excluaient pourtant pas diverses contraintes. En effet, la participation aux congrès présuppose une disponibilité nécessaire qui peut être compromise de multiples façons. De plus, la teneur de l'information livrée devient rapidement périmée à cause de l'explosion des connaissances et des améliorations successives apportées aux méthodes diagnostiques et thérapeutiques. Bref, une constante émerge : il faut sans cesse tout recommencer !

Plusieurs enquêtes successives révélaient à l'époque que la lecture constituait le mode privilégié de formation des médecins, malgré les occasions avantageuses de socialisation que recèlent les congrès. Je présume, à tort ou à raison, qu'il en est toujours ainsi, sauf que le mode de lecture a probablement changé et emprunte désormais une voie électronique.

Pourtant, les participants, dont j'étais, au 4^e colloque du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec, quelles qu'aient été leur discipline et leur origine, partageaient une impression commune : celle d'éprouver de sérieuses difficultés à satisfaire leurs besoins de formation, même après avoir parcouru plusieurs revues médicales. Ce colloque dudit Conseil, devenu le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins, a été tenu à Québec les 25 et 26 avril 1985.

Ce constat ne me surprenait guère. De fait, les impératifs auxquels doivent répondre les publications scientifiques sont, souvent, plus pressants que les besoins des lecteurs.

Considérons, de façon non limitative, les exigences propres à une carrière universitaire (*publish or perish*), le prestige personnel, la qualification pour les subventions de recherche et combien d'autres facteurs. De surcroît, une pléthore de revues non sollicitées et dépourvues d'un mécanisme de révision scientifique « contaminait » alors l'environnement du médecin. *Le Médecin du Québec* avait bel et bien publié dans ses pages, entre août 1972 et mars 1975, trente fiches pratiques détachables sous le vocable de schémas thérapeutiques, mais à l'évidence, c'était insuffisant.



D'autres conclusions s'imposaient graduellement à mon esprit. Parmi les principaux avantages de l'écrit, je reconnaissais une accessibilité universelle et une meilleure conciliation possible avec les contingences de l'utilisateur, ainsi qu'une proximité par rapport à ce dernier. Pour accentuer ces avantages et pour pallier l'inévitable recommencement, il fallait planifier des thèmes selon un cycle renouvelable de vingt-quatre mois et préconiser une approche par problèmes. De plus, le comité inciterait les auteurs recrutés à subordonner leurs intérêts propres à ceux des lecteurs, à atteindre prioritairement les objectifs fixés et à renoncer à l'exhaustivité à tout crin de leurs articles.

Cette conjoncture a servi de catalyseur à l'élaboration d'un projet d'une rare audace : celui d'offrir aux médecins omnipraticiens du Québec un moyen d'expression scientifique en langue française, adapté à leurs besoins d'apprentissage et affirmant leur identité distincte. J'ai soumis modestement ce concept aux membres du comité de formation, alors présidé par le **D^r Jean-Louis Brochu**, lors d'une réunion tenue le 31 mai 1985 à l'Auberge des Trois Tilleuls, à Saint-Marc-sur-le-Richelieu. Ce projet a été accueilli avec un mélange d'appréhension et d'enthousiasme, puis révisé et peaufiné, avant d'être présenté le même jour aux membres du comité éditorial, soit les **D^{rs} Georges Boileau, Renald Dutil et Jean Rodrigue**. Le défi résidait, alors, dans l'absence d'une tradition d'écriture scientifique chez les médecins omnipraticiens, mais il pouvait être relevé comme bien d'autres qui surgiraient par la suite.

Le Bureau de la FMOQ a donné suite à la

recommandation commune des deux comités, a d'emblée formé le comité de rédaction scientifique et m'en a confié la présidence. Les **D^{rs} Marquis Fortin, Jean Rodrigue** et moi-même avons étoffé davantage le projet à la première réunion du 19 août 1985.

Le **D^r Michel Pagé** s'est vu confier la responsabilité du premier numéro portant sur l'obstétrique, publié en mars 1996. La suite a été communiquée dans des articles du *Médecin du Québec* parus au fil des années. Le jugement rétrospectif appartient aux lecteurs eux-mêmes, surtout aux plus assidus. Cependant, je ne peux clore ce retour en arrière sans réitérer mes remerciements les plus sincères à tous ceux, médecins, membres du personnel de la FMOQ et autres collaborateurs en tous genres, qui m'ont accompagné dans cet accès contagieux de folie, qui m'ont ensuite succédé et qui ont fait de la section scientifique du *Médecin du Québec* un bien patrimonial précieux²⁻⁷.

Références

1. Asselin MA. *De praticiens à spécialistes en médecine de famille : Histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (1963 – 2013)*. Westmount : Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ; 2013. p. 116.
2. Turgeon JM. Une odyssée dans le monde de la formation médicale continue. *Le Médecin du Québec* 1992 ; 27 (1) 14-6 [éditorial].
3. Aumont JG. La grande aventure de la formation continue (1986 – 2005). *Le Médecin du Québec* 2005 ; 40 (6) ; 85-101.
4. Roy L. Les dessous d'une réussite – Apprendre à écrire pour ses collègues. *Le Médecin du Québec* 2005 ; 40 (6) ; 103-6.
5. Roy L. Pour une autogestion du perfectionnement professionnel des omnipraticiens. *Le Médecin du Québec* 2006 ; 41 (7) ; 13-4 [éditorial].
6. Labelle M. 25 ans de formation continue. *Le Médecin du Québec* 2011 ; 46 (2) : 7.
7. Raïche P. 25^e anniversaire de la section de formation continue. *Le Médecin du Québec* 2011 ; 46 (2) : 22.

Tournoi des fédérations médicales

117 000 \$ pour le PAMQ

Le tournoi de golf des fédérations médicales, qui a eu lieu au Club de golf Le Mirage le 29 juillet dernier, a permis de recueillir 117 000 \$ pour la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). C'est un peu moins que l'an dernier, où 130 000 \$ avaient été amassés. L'événement, organisé par la FMOQ, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ), a réuni 124 joueurs.

La somme récoltée constitue environ 5 % du budget total du PAMQ. Depuis l'an dernier, l'organisme dispose d'ailleurs, en plus des cotisations habituelles des médecins, d'une contribution annuelle d'un million de dollars provenant à la fois de la FMOQ et de la FMSQ. « Cela nous a entre autres permis d'avoir un médecin-conseil à Québec trois jours par semaine », affirme la **D^{re} Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ. Le Programme, qui a une équipe

à Montréal, offre aussi ses services à Sherbrooke.

En 2012-2013, le PAMQ a reçu 541 nouvelles demandes d'aide. Un nombre moins élevé que les 663 de 2011-2012, qui avait été une année record. « Les données de cette année sont semblables à celles d'il y a deux ans », indique la **D^{re} Magnan**. En 2012-2013, quelque 125 médecins de famille ont téléphoné au programme d'aide pour la première fois. Cela a également été le cas de 124 résidents. Les spécialistes, quant à eux, ont été quatre-vingt-dix à commencer à utiliser les services du PAMQ. En ce qui concerne les étudiants, 17 ont appelé le Programme pour la première fois cette année.

Le PAMQ aide non seulement des médecins qui font une première demande, mais aussi des cliniciens qui ont de nouveau besoin de ses services, des familles ou des collègues de médecins en difficulté et des groupes de médecins. « L'ensemble du travail continue à augmenter », note la **D^{re} Magnan**. À cause des nombreuses demandes de l'an dernier, le PAMQ est intervenu en 2012-2013 auprès de 1369 personnes en tout, un sommet. « Habituellement, nos interventions s'échelonnent sur un an ou deux », précise la directrice.

Le PAMQ fait également de la prévention. Il se penche actuellement sur la difficulté des médecins à avoir leur propre médecin de famille ou à voir un

psychiatre. Le Programme est également préoccupé par les répercussions dévastatrices qu'ont les plaintes sur les médecins. L'organisme désire changer la manière dont les accidents médicaux sont considérés. « Généralement, il n'y a pas un coupable, mais une série d'événements qui font que le problème s'est produit. » Le PAMQ consacre environ 6 % de son budget à la prévention et quelque 60 % à l'intervention directe auprès des médecins. **EG**



Photo : studio Judith Gauthier Photographie

Le **D^r Christopher Lemieux**, délégué sortant de la FMEQ, le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, le **D^r William Barakett**, président de la Fondation du PAMQ, le **D^r Joseph Dahine**, président de la FMRQ, et le **D^r Gaétan Barrette**, président de la FMSQ.

Bonne nouvelle en Gaspésie davantage de médecins de famille

Emmanuelle Garnier



Dr Robert Benguerel

La Gaspésie compte maintenant un plus grand nombre de médecins de famille qui suivent des patients. La proportion de médecins équivalents temps plein* travaillant en première ligne est passée de 41 % en 2006-2007 à 49 % en 2010-2011. Et cela se voit.

« Certaines cliniques ont un, deux ou trois médecins de plus. À Carleton, par exemple, il y a actuellement cinq médecins qui travaillent à la clinique, grâce à l'arrivée de trois jeunes omnipraticiens. À Chandler, le nouveau GMF a aussi recruté de nouveaux cliniciens », explique le **Dr Robert Benguerel**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Gaspésie (AMOG).

Le Dr Benguerel est très content de ce changement. « Il était anormal que 60 % des tâches des médecins généralistes soient en deuxième ligne. » Maintenant, dans la péninsule, il y a autant de médecins équivalents temps plein en première ligne qu'en deuxième. Mais la Gaspésie n'a pas encore rattrapé le reste du Québec où la proportion est de 62 % en première ligne contre 38 % en deuxième¹.

Le pourcentage de la pratique des cliniciens gaspésiens en deuxième ligne a, par ailleurs, baissé de 10 % de 2006-2007 à 2010-2011, passant de 59 % à 49 %. Mais les établissements de soins ne semblent pas en avoir souffert grâce à l'accroissement global

* Un médecin « équivalent temps plein » (ETP) correspond à l'équivalent d'un médecin travaillant à temps plein dont le revenu annuel se situe entre le 40^e et le 60^e percentile.

1. Paré, I. *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-11*. Montréal : FMOQ ; 2013. 60 p.

du nombre d'omnipraticiens. Les effectifs médicaux se sont gonflés de presque 10 % de 2006-2007 à 2010-2011. Ainsi, le nombre de médecins équivalents temps plein qui était de 157 a grimpé à 172.

« Comme les postes étaient déjà remplis en deuxième ligne, quand de nouveaux omnipraticiens arrivaient, on ne mettait pas plus d'omnipraticiens à l'urgence, dans les tournées hospitalières ou aux soins de longue durée. Les jeunes médecins sont donc allés pratiquer en première ligne », explique le Dr Benguerel. Les données du guichet des clientèles sans médecin de famille sont par ailleurs trop récentes pour indiquer si l'arrivée de ces nouveaux médecins a réduit de manière importante la liste d'attente.

Les omnipraticiens se sentent dorénavant moins surchargés, estime le président de l'AMOG. « Plus il y a de médecins dans un sous-territoire et plus ils ont une qualité de vie dite normale. » Depuis quelques années, la Gaspésie séduit d'ailleurs les jeunes médecins. En 2013, non seulement le département régional de médecine générale a rempli ses douze postes, mais il a dû faire, pour la première fois, une sélection de candidats. Un progrès incroyable par rapport à il y a dix ans. Le Dr Benguerel se souvient encore de l'époque où la Gaspésie avait droit à quatorze places et arrivait à peine à en pourvoir une.

Il y a cependant encore une région où une pénurie de médecins sévit : Sainte-Anne-des-Monts. Mais il y a de la lumière au bout du tunnel : il y a deux mois, un médecin est venu s'y installer et, déjà, plusieurs candidats ont manifesté leur désir d'y pratiquer l'an prochain. 🍷



Entrevue avec la D^{re} Josée Bouchard

les effets néfastes des AMP mixtes dans certaines régions



Photo : Emmanuelle Garnier

D^{re} Josée Bouchard

Les médecins seraient plus efficaces s'ils avaient une infirmière pour les aider.

M.Q. – Dans certaines municipalités régionales de comté (MRC) de votre région, les AMP mixtes causent des problèmes ?

J.B. – Les activités médicales particulières (AMP) mixtes sont une mesure qui a arrangé énormément les grandes villes, mais qui a défavorisé les petits milieux. Dans notre région, par exemple, il n'y a pas de grosses équipes dans les hôpitaux. Prenons une équipe d'une vingtaine de médecins dans laquelle tout le monde pratique un petit peu à l'urgence, un petit peu dans les unités de soins, aux soins prolongés et en obstétrique. Tout est relativement bien couvert. C'est limite, mais ça fonctionne. Et là, tout d'un coup, un médecin décide de diminuer ses AMP en établissement et, à la place, de pratiquer davantage dans son cabinet. Il demande donc de faire moins de gardes à l'urgence et dans les unités de soins. Le responsable du département de médecine générale refuse pour ne pas découvrir ces secteurs. Donc, dans certaines MRC, les gens n'étaient pas très contents de la création d'AMP mixtes.

Dans les grands centres comme Montréal et Québec, la situation est différente. Les médecins ne savent plus où aller pour faire leurs activités médicales particulières. Il n'y a plus de place dans les urgences, et les équipes d'hospitalisation sont complètes en général.

Par contre, dans les petits milieux comme le nôtre, on n'a pas ce problème. Il y a plus de quarts de travail que les cliniciens veulent en faire. Mais si les omnipraticiens décident d'aller faire des AMP mixtes dans leur cabinet, ils vont alors travailler moins à l'hôpital. Les autres médecins qui pratiquent à l'hôpital en font déjà pas mal. Ils ne veulent pas y travailler encore plus parce que certains de leurs collègues désirent pratiquer davantage au cabinet. On ne peut cependant pas leur refuser les AMP mixtes, parce que c'est une mesure négociée dans la dernière entente.

M.Q. – Quelles conséquences est-ce que cela a eues ?

J.B. – La question des AMP mixtes a été une des raisons pour laquelle plusieurs médecins ont quitté la région l'année dernière. Vingt médecins ont quitté le territoire, ce qui est une hémorragie. Bon an mal an, on gagnait toujours un, deux, voire trois omnipraticiens certaines années. Il y en avait toujours dix, douze qui arrivaient et huit, neuf qui partaient. Au fil des dix dernières années, on avait réussi à avoir un bilan positif. Et, tout d'un coup, il y en a vingt qui s'en vont en un an. C'est comme si on avait perdu de nombreuses années de recrutement.

Et la raison pour laquelle plusieurs de ces médecins-là sont partis, c'est qu'on n'a pas voulu diminuer leur tâche à l'hôpital. On a refusé de réduire leur semaine de travail dans les unités de soins ou de diminuer leur nombre de gardes à l'urgence. Les AMP mixtes au cabinet étaient reconnues par le département régional de médecine générale (DRMG), mais l'établissement de soins n'a pas accepté de diminuer leur travail hospitalier. Les médecins ont alors dit qu'ils allaient partir à Québec ou à Montréal, se rapprocher de leur famille et faire une semaine de soins hospitaliers toutes les dix semaines. Le reste du temps, ils iraient pratiquer dans une clinique, et ce travail serait reconnu comme une AMP. C'est ça le problème.

M.Q. – Quelles ont été les répercussions de ces vingt départs ?

J.B. – Chaque milieu est débordé. On a de la broue dans le toupet. On essaie de garder la tête hors de l'eau pour ne pas se noyer. Quand il y a des médecins qui partent, il y a des gardes à l'urgence qui sont à découvert, il y a des semaines d'hospitalisation où il n'y a personne.

Il faut alors que ceux qui restent en place en fassent plus. Ils n'ont pas le choix. Dans ces situations-là, l'activité qui écope, c'est toujours le suivi de patients en cabinet. On en fait moins, on n'a pas le choix. Il faut se taper plus de semaines d'hospitalisation et plus de gardes à l'urgence.

M.Q. – En ce qui concerne la prochaine Entente, quelles sont vos demandes ?

J.B. – Dans les prochaines négociations, il faut aborder la question de la collaboration interprofessionnelle. La FMOQ travaille déjà là-dessus. Il faut avoir des infirmières qui vont travailler avec nous. Si on veut devenir plus accessibles, plus efficaces, on ne peut tout faire tout seul. Il va falloir changer le ratio du nombre de médecins par rapport au nombre d'infirmières.

M.Q. – Vous voudriez que l'on fournisse aux médecins de cabinet une infirmière comme dans les groupes de médecine de famille (GMF) ?

J.B. – Exactement. Moi-même, si je quitte le CLSC où je travaille, c'est parce qu'on n'y a aucune aide. On n'a pas d'infirmière. J'en ai assez. Je vais ouvrir mon cabinet. Je vais avoir une infirmière et une secrétaire, les journées où je vais être là. Je les engage moi-même.

M.Q. – Quelle est votre situation actuellement ?

J.B. – Je dois tout faire. Je ne sais pas si c'est le cas dans tous les CLSC du Québec, mais, dans le mien, je dois m'occuper moi-même d'avoir tout le matériel nécessaire dans mon cabinet. J'examine une patiente, j'ouvre le tiroir, oups... je n'ai plus de spéculum. Je dois descendre à l'urgence en chercher un et remonter finir mon examen. Il faut que je remplisse mes demandes d'examens moi-même, tout comme mes formulaires d'assurances. Je fais mes photocopies moi-même. Cela n'a aucun bon sens. Si un patient vient dans mon cabinet pour avoir les résultats des examens qu'il a passés il y a trois semaines et qu'ils ne sont pas dans son dossier, il faut que je descende voir l'archiviste pour lui demander de les trouver. Je perds un temps énorme à faire des choses qui pourraient être faites par un employé.

J'ai demandé à mon centre de santé et de services sociaux (CSSS) de me fournir une infirmière auxiliaire. Les responsables m'ont répondu qu'ils n'ont pas d'argent pour cela et que lorsque le CLSC sera un GMF, on en aura une. J'ai donc décidé de me faire un cadeau et d'embaucher une infirmière. Je ne suis pas convaincue que cela va être financièrement rentable, mais je me dis que pour les quinze prochaines années qui me restent, je veux que ma pratique fonctionne à mon goût. Et avoir mon propre cabinet est la seule façon d'y parvenir.

M.Q. – Votre CLSC n'est pas un GMF ?

J.B. – On a essayé de faire un projet GMF. Cela fait trois ans que la demande traîne. Comme on n'a même pas 5000 patients dans le village, on ne pouvait pas être un GMF progressif. On n'a finalement jamais eu de nouvelle de notre demande. Le projet est en suspens. Il a franchi les étapes locales. Il a été recommandé par le DRMG. Mais à l'agence, à Rimouski, je n'ai jamais eu de nouvelles. Est-ce que c'est accepté ? Est-ce que c'est refusé ? Est-ce qu'il y a encore quelqu'un qui chapeaute le dossier ? C'est le silence total. Alors après trois ans, j'ai assumé que cela avait été refusé. Je trouve la situation déplorable.

M.Q. – Vous avez donc réglé le problème en ouvrant votre propre cabinet.

J.B. – Je pense qu'il va falloir convaincre les médecins que l'avenir de la médecine est dans des cabinets médicaux gérés par les médecins. Il faut qu'on s'occupe nous-mêmes d'engager notre personnel. Nos employés feront ce qu'on désire qu'ils fassent. Dans les GMF, les infirmières n'effectuent pas nécessairement les tâches que l'on souhaite. Ce sont des employées prêtées par les CSSS.

M.Q. – Vous voulez donc que la prochaine entente règle ce problème ?

J.B. – Oui, et il va falloir que les médecins y trouvent leur compte. Cela doit être rentable. C'est bien d'engager du personnel, d'être plus performants, de voir plus de patients, mais il ne faut pas que l'on perde d'argent à la fin de l'année en rendant un meilleur service. Je pense que l'avenir de la médecine est là. 🍷

La présidence du D^r Clément Richer

Une importante lutte pour l'autonomie professionnelle



En 1991, le D^r Clément Richer, alors président de la FMOQ depuis presque dix ans, mène une lutte cruciale pour l'avenir de la profession médicale. En décembre 1990, M. Marc-Yvan Côté, ministre de la Santé et des Services sociaux, a déposé un livre blanc accompagné du projet de loi 120. Il s'apprêtait à faire des changements profonds dans le système de santé.

« Marc-Yvan Côté désirait faire du système de santé une énorme machine administrative où les fonctionnaires pourraient gérer les activités médicales. Il voulait avoir la mainmise complète sur la profession médicale. Dans les hôpitaux, par exemple, les médecins auraient été sous l'autorité des directeurs généraux. Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens n'aurait plus été qu'un organisme consultatif. Le projet de loi 120 était très large et modifiait en profondeur à peu près toute l'organisation des soins de santé au Québec », se rappelle le D^r Richer.

Les médecins sont révoltés. La FMOQ fulmine. Le livre blanc remettait d'ailleurs en question sa représentativité et celle des autres fédérations médicales pour les négociations. Le D^r Richer prend les choses en main : il organise un front commun avec les fédérations des spécialistes, des résidents et des étudiants en médecine. Ensemble, ils se mobilisent : campagne de publicité, conférences de presse, journées d'étude.

Les cliniciens savent que la population va les appuyer. Dans les journaux, les éditorialistes les soutiennent. « Nous étions d'autant mieux placés qu'il n'était pas question d'argent, mais uniquement de l'aspect administratif de la médecine. Avec la loi 120, le gouvernement voulait faire des médecins des fonctionnaires. »

Le D^r Richer multiplie les rencontres avec le ministre pour trouver une solution. Peine perdue. La lutte se poursuit donc. Les présidents des quatre fédérations nolisent un avion et font la tournée du Québec pour consulter leurs membres. Ils visitent une dizaine de villes en quatre jours.

Le mouvement culmine le 29 mai 1991. Ce jour-là, à Québec, 4000 médecins marchent sur la Colline parlementaire. « On défilait en sarrau et en silence. C'était très calme, mais très impressionnant », se souvient le D^r Richer.

Une victoire importante, mais pas totale

Finalement, à la mi-juin, le premier ministre, M. Robert Bourassa, rencontre les présidents des quatre fédérations. « À la fin de la réunion, il a simplement dit au ministre Côté qui était également présent : "Il m'apparaît raisonnable de renoncer pour le moment aux articles qui concernent les médecins dans la loi. On va faire adopter tout le reste et vous continuerez à négocier avec eux durant l'été." » Les sections de la loi 120 touchant les médecins ont alors été réécrites par les avocats des fédérations médicales. Et l'Assemblée nationale les a adoptées.



D^r Clément Richer

C'était une importante victoire. Mais elle n'était pas totale. La loi 120 créait une nouvelle obligation pour les cliniciens : les activités médicales particulières (AMP). Pendant les dix premières années de leur pratique, les jeunes médecins al-

laient devoir pratiquer au moins douze heures par semaine dans un hôpital.

Mais les AMP étaient un moindre mal par rapport au « billing number » qui commençait à apparaître dans le Canada anglais. « Avec ce système, vous deviez obtenir un numéro pour être rémunéré par la régie provinciale et vous ne le receviez que si vous répondiez aux critères formulés par les politiciens », explique le D^r Richer.

La Fédération s'était battue. Elle avait réussi à limiter le nombre d'heures d'AMP, mais pas à les faire disparaître. « On ne peut pas toujours tout gagner à la table de négociations », indique le D^r Richer. Il avait néanmoins remporté la bataille la plus importante : la préservation de l'autonomie professionnelle des médecins. Quatre ans plus tard, il prenait sa retraite. **EG**

Gestion de la liste nominative des membres de la FMOQ

Avis aux médecins

La FMOQ reçoit parfois des demandes ayant pour objet la communication de la liste nominative de ses membres. Dans certains cas, ces demandes proviennent d'organismes désireux d'effectuer de la prospection commerciale ou philanthropique.

En vertu d'une politique bien établie à la Fédération, la plupart de ces demandes sont refusées. Seules celles qui sont de nature à servir nos membres ou une cause endossée par la FMOQ peuvent, après évaluation, être acceptées. De façon générale, c'est l'adresse du lieu principal de pratique qui est communiquée. Depuis peu, dans le cas de partenaires privilégiés comme les Fonds d'investissement FMOQ, il est possible que ce soit votre adresse et votre numéro de téléphone personnels, de même que votre adresse courriel, qui soient utilisés.

La Fédération est soucieuse de respecter la vie privée de ses membres et les lois et règlements qui régissent l'utilisation des listes nominatives. Elle vous permet donc à tout moment de lui indiquer que vous ne voulez pas que vos coordonnées personnelles ou professionnelles soient utilisées par un tiers à des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

Si vous souhaitez que votre nom soit retiré de la liste que la FMOQ pourrait communiquer à un tiers en vertu des principes précédemment évoqués, nous vous invitons à communiquer avec M^{me} Mireille Beaulne à la Fédération afin de nous en aviser.



Fédération des médecins
omnipraticiens du Québec

2, Place Alexis Nihon
2000-3500, boul. de Maisonneuve Ouest
Westmount (Québec) H3Z 3C1

Téléphone : 514 878-1911

Télécopie : 514 878-4455

Courriel : mbeaulne@fmoq.org

Transmission des coordonnées personnelles

Pour quelle raison la Fédération transmettrait-elle à des organismes le numéro de téléphone et l'adresse personnels de ses membres ? Pour l'instant, elle n'envisage de les communiquer qu'à une seule société : Conseil et Investissement Fonds FMOQ.

« La sollicitation n'est pas permise dans les « établissements de santé », et les cabinets médicaux sont considérés comme entrant dans cette catégorie. Cela signifie que, pour bien des organismes, l'adresse et le numéro de téléphone du lieu de pratique sont largement inutiles. Conseil et Investissement Fonds FMOQ nous a donc demandé d'avoir ceux du domicile », explique le **D^r Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Les médecins peuvent évidemment refuser que leurs coordonnées personnelles soient divulguées à quel qu'organisme que ce soit. Ils doivent pour ce faire communiquer avec la Fédération (voir Gestion de la liste nominative des membres de la FMOQ). **EG**

Lac-Mégantic soutien de la FMOQ

À la suite de l'explosion du train qui s'est produite à Lac-Mégantic, la FMOQ a fait parvenir un don de 5000 \$ à la Croix-Rouge pour aider les citoyens touchés par la tragédie. La Fédération s'est également offerte à apporter d'autres types de contribution si les médecins de la région, les autorités locales ou gouvernementales lui en faisaient la demande. Elle a, par ailleurs, invité les omnipraticiens ainsi que ses dix-neuf associations affiliées à participer eux aussi au fonds Soutien Lac-Mégantic de la Croix-Rouge.

Le président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin**, compatit avec les victimes de la catastrophe. « La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec offre ses plus sincères condoléances aux gens de Lac-Mégantic qui ont perdu un proche dans la terrible explosion qui les a frappés samedi dernier. Nos pensées accompagnent tous ceux qui ont été directement touchés par ce drame, tant sur les plans humain que matériel », a-t-il écrit dans l'Infolettre électronique de la Fédération. **EG**