

## Conseil de la FMOQ

# Négociations et bilans

En 2002-2003 et en 2003-2004, les enveloppes budgétaires autorisées pour la rémunération des omnipraticiens n'ont pas été totalement dépensées. « L'utilisation de cette non-atteinte est l'un des principaux dossiers de négociation auquel travaille la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) », a expliqué le D<sup>r</sup> Renald Dutil, président de la FMOQ, au cours de la réunion du Conseil, qui avait lieu le 2 octobre dernier.

La Fédération étudie actuellement plusieurs avenues avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les deux parties ont chacune fait plusieurs propositions. La Fédération, pour sa part, tient à ce que tous les secteurs de pratique soient traités équitablement.

Par ailleurs, en ce qui concerne le renouvellement de l'Entente générale, les discussions progressent peu. Le Ministère n'a pas encore déposé ses orientations générales à la table de négociation, mais devrait le faire au cours de l'automne.

### Les forfaits pour le suivi des patients vulnérables

Comment mieux rémunérer la pratique des médecins qui ont une importante clientèle de patients vulnérables? Le Conseil avait voté en mai dernier une résolution demandant au Bureau de la FMOQ de se pencher sur la question et d'examiner les possibilités qu'offrait le programme de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables.



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Renald Dutil

Le D<sup>r</sup> Louis Godin, premier vice-président de la Fédération, a présenté les réflexions du comité chargé du dossier. Le groupe a analysé différentes données. Il semble clair que bien des médecins se sont prévalus du forfait réservé au suivi des clientèles vulnérables. « Soixante-sept pour cent des omnipraticiens admissibles en ont facturé au moins un », a précisé le D<sup>r</sup> Godin.

Le nombre de forfaits versés par patient participant au programme a été en moyenne de 3,6 par année. « Les médecins qui tirent le plus de bénéfices du programme sont ceux qui ont inscrit le plus de patients », a constaté le D<sup>r</sup> Godin.

Les données montrent étonnamment que le nombre de forfaits demandés par patient augmente avec le nombre de participants.

Nombre de patients participants	Nombre de forfaits par patient
Moins de 200	3,1
200-399	3,7
400 et plus	3,9

Le groupe de travail recommande de maintenir la demande de bonification de la rémunération de la prise en charge et du suivi des patients vulnérables que compte faire la FMOQ au prochain renouvellement de l'Entente générale. Le forfait lié à la visite du patient vulnérable devrait ainsi être haussé. Le tarif de son examen pourrait également être exclu du calcul des

D<sup>r</sup> Louis GodinD<sup>r</sup> Jean Rodrigue

plafonds. On pourrait aussi allonger la liste des affections permettant de réclamer un forfait. « L'effet de cette dernière mesure serait toutefois difficile à évaluer. Les nouveaux problèmes de santé que l'on ajouterait pourraient par ailleurs concerner des patients dont une maladie donne déjà droit au supplément. »

2

### **Premier bilan des AMP**

Cela fait maintenant un an que l'entente particulière sur les activités médicales particulières (AMP) est entrée en vigueur. Quel est le bilan ? « Les médecins avaient initialement beaucoup d'inquiétudes, mais des solutions acceptables ont été trouvées pour la plupart des cas où il y avait un problème », a indiqué le **D<sup>r</sup> Jean Rodrigue**, directeur de la planification et de la régionalisation à la FMOQ.

Le bilan n'est encore que préliminaire, la dernière cohorte d'omnipraticiens n'a commencé à s'inscrire à des AMP que le 1<sup>er</sup> septembre dernier. Et les deux premiers groupes ont obtenu un délai supplémentaire de trois mois qui s'ajoutait aux six mois qu'ils avaient déjà eu.

Les données préliminaires montrent que les nouvelles AMP semblent faire effet. Elles ont permis de combler le manque d'effectifs de certaines unités dans des hôpitaux. Les services de maintien à domicile ont également pu être accrus dans plusieurs régions, en particulier grâce à une augmentation des gardes en disponibilité. Mais ces mesures ont une contrepartie : elles ont des répercussions sur la première ligne dont on ignore encore l'ampleur.

En dehors de l'urgence, des soins hospitaliers, des services médicaux comprenant une garde en disponibilité et de l'obstétrique, (secteurs I à IV), certaines activités ont été acceptées comme AMP. Plusieurs médecins ont ainsi eu droit à celles du secteur V, qui consistent dans le suivi des patients vulnérables :

- des omnipraticiens s'occupant de clientèles jugées



Délégués au Conseil de la FMOQ

prioritaires : les autochtones, les immigrants sans visa et les résidents des milieux ruraux ;

- des cliniciens qui devaient compléter leur nombre d'heures d'AMP, qui n'avaient pas exercé en milieu hospitalier depuis longtemps ou encore qui comptaient 19 ans de pratique.

En ce qui concerne le secteur VI, qui regroupe les activités préautorisées par le ministre et recommandées



Délégués au Conseil de la FMOQ

par le DRMG, un nombre d'heures limité a été accordé pour des activités précises. Ainsi, des AMP ont été accordées pour la pratique dans :

- les réseaux d'accessibilité. Chaque point de service a pu répartir 44 heures d'AMP par semaine entre ses médecins.
- urgences-santé. Ils disposaient de 168 heures par semaine à distribuer.
- les CLSC, dans les domaines de la santé mentale, de l'enfance-famille-jeunesse et des interruptions volontaires de grossesse.
- la Santé publique, dans le secteur des maladies infectieuses, de l'environnement et de la santé au travail.
- les unités de médecine familiale. Chaque milieu a eu droit à 12 ou à 24 heures par semaine pour son équipe.
- les centres de réadaptation.
- les centres jeunesse.
- la garde en disponibilité pour les victimes d'agression sexuelle.

### Les gagnants et les perdants des PREM

Entrés en vigueur en janvier dernier, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) commencent à faire sentir leurs effets. « Certaines régions ont bénéficié d'un recrutement inégalé depuis longtemps », souligne le D<sup>r</sup> Rodrigue. Les nouveaux plans ont ainsi permis à des régions comme la Mauricie d'attirer 30 nouveaux médecins.

Les nouveaux PREM ont été bénéfiques pour la plupart des régions périphériques et intermédiaires : les Laurentides, Chaudière-Appalaches, la Montérégie, etc. Mais il y a des exceptions, comme l'Outaouais qui n'a recruté que deux nouveaux facturants sur les 16 auxquels elle avait droit.

Certaines régions, comme Montréal et Laval, ont facilement atteint le quota qui leur avait été accordé. À l'opposé, les territoires éloignés n'ont réussi à obtenir qu'une fraction du nombre de nouveaux facturants auxquels ils étaient autorisés. « Les objectifs de la nouvelle répartition sont équitables, mais ils n'ont pas été atteints entre autres dans les régions en pénurie », résume le D<sup>r</sup> Rodrigue. Le problème viendrait du fait que le nombre de nouveaux médecins a été moins élevé que prévu. ❧

(Suite à la page 10) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

## Régions éloignées stratégies pour retenir les médecins

**Second d'une série de deux (voir numéro de septembre), cet article se penche sur des solutions explorées dans un rapport de l'Institut national de la recherche scientifique.**

À la fin du contrat qui les liait, certains sont restés, d'autres sont repartis.

Ce sont 45 de ces généralistes que M<sup>me</sup> Myriam Simard, professeure à l'Institut national de recherche scientifique de l'Université du Québec, et son collaborateur, M. Nicolas van Schendel, ont interrogés dans le cadre d'une recherche. Que proposent ces cliniciens ?

« Ce qui ressort surtout, sur le plan de la pratique médicale, est la nécessité de renforcer les effectifs médicaux en place. Il faut éviter que les médecins s'épuisent et décident de quitter la région », explique M<sup>me</sup> Simard. Comment ? « Au lieu de saupoudrer les effectifs, il faut renforcer les équipes médicales par l'ajout de nouveaux médecins de sorte que les conditions de travail s'améliorent, qu'il n'y ait plus de surcharge de travail ni de longues heures de garde. »

L'un des généralistes interrogés, un boursier parti à la fin de son contrat, critique la politique actuelle. « Au nombre de nouveaux médecins qui arrivent, tout ce qu'ils font c'est du saupoudrage dans une région sans réellement améliorer un milieu pour que tout le monde se sente confortable puis décide de rester là [...]. Ils seraient mieux d'augmenter leur masse critique, puis de les rendre très fonctionnels à tour de rôle. »

Selon la chercheuse, il faut permettre aux nouveaux arrivants d'avoir une vie équilibrée. Une priorité pour les jeunes praticiens. « Cette

met en garde M<sup>me</sup> Simard.

Une proposition originale est lancée dans le rapport des deux chercheurs. «

L'arrivée

« en gang » d'un groupe de jeunes médecins se

connaissant déjà et partageant les mêmes affinités

serait une formule gagnante et viendrait dynamiser l'équipe de base », explique le document intitulé *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : processus d'insertion globale et facteurs de rétention*. Mais cette solution a aussi ses dangers. « Les risques subsistent que des départs en groupe puissent aussi se produire, subséquemment, s'il y a une trop lourde tâche de travail. »

### L'attente des médecins étrangers

Et pour les médecins immigrants ? Leur trajectoire est différente de celle des boursiers. Et leurs priorités aussi. Plus âgés, les médecins étrangers de l'étude ont attendu en moyenne huit ans avant de pouvoir exercer à nouveau la médecine. « Ils ont eu peur d'être évincés du réseau médical, alors ils sont très contents



M<sup>me</sup> Myriam Simard, actuellement en Écosse, étudie là-bas aussi les problèmes qu'ont les régions éloignées à attirer et à retenir les médecins

d'arriver en région et de pouvoir enfin pratiquer », précise M<sup>me</sup> Simard. Depuis 2003, ces cliniciens n'ont toutefois plus à signer de contrat d'engagement et sont simplement soumis aux plans régionaux d'effectifs médicaux.

Le cœur du problème, pour ces généralistes immigrants, est la longue période de suspens avant de pouvoir exercer au Québec. « La première recommandation à faire est d'accélérer le processus d'obtention de l'équivalence des études médicales. Si le diplôme de ces médecins était reconnu plus rapidement, ils s'inséreraient plus tôt dans le réseau, pourraient suivre les cours de recyclage, faire leur résidence et arriver plus rapidement en région », souligne la chercheuse.

La longue période d'attente a des effets pernicieux. Elle rend l'intégration dans une nouvelle région plus difficile. En effet, pendant l'attente, le médecin immigrant et sa famille prennent racine dans la ville où ils habitent. Il leur devient ensuite plus ardu de s'arracher encore une fois à leur milieu pour recommencer une nouvelle vie ailleurs.

La situation se serait toutefois améliorée depuis les années 1980 et 1990, période où les médecins interviewés sont arrivés au Québec. « Le temps pour obtenir une équivalence de diplôme du

venant de l'extérieur qui réussissent les examens est maintenant bien plus élevé. En 2004-2005, 33 médecins entrèrent en résidence familiale alors qu'il n'y en avait que cinq en 1998-1999 », explique M<sup>me</sup> Lise Caron, coordonnatrice de Recrutement Santé Québec, au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Entre autres, les ateliers préparatoires pour aider les médecins immigrants à réussir leurs examens, mis sur pied par le ministère des Relations avec les citoyens-Immigration en collaboration avec le MSSS, porteraient leurs fruits.

### Un mécanisme d'accueil

Moment critique pour les médecins boursiers et immigrants : l'arrivée en région éloignée. Les omnipraticiens interrogés ont souligné l'importance de l'accueil et du suivi des nouveaux venus. Certains se sont eux-mêmes sentis isolés. Tant les cliniciens déjà sur place que l'ensemble de la collectivité peuvent contribuer à l'intégration des nouveaux praticiens.

« À titre de recommandation, je conseillerais que toutes les régions mettent sur pied un mécanisme d'accueil personnalisé, dit M<sup>me</sup> Simard. Pas juste pour le médecin, mais aussi pour sa famille et sa femme. La conjointe est très importante. L'un des facteurs de départ est la non-satisfaction de la femme sur le plan professionnel et social. Il est donc important de miser sur son intégration. »

Mais quelle est l'efficacité des incitatifs financiers et des mesures de ressourcement professionnel accordés dans les régions éloignées pour attirer et retenir les généralistes ? Ils ont leur effet, mais aussi leurs limites. « Vous ne garderez pas du monde 10 ans pour de l'argent », a fait remarquer un ancien boursier qui est parti.



M<sup>me</sup> Lise Caron

Collège des médecins du Québec semble beaucoup plus court. Le nombre de médecins



## Les régions gagnent à être connues

L'intérêt pour les régions éloignées doit être stimulé dès le début de la formation médicale, pensent les cliniciens interrogés. Davantage de cours donnés par des omnipraticiens des zones éloignées, plus de témoignages de ces médecins et, surtout, des stages organisés dès les premières années d'études. « On reçoit des étudiants en quatrième année de médecine, ou des résidents qui sont à trois mois de finir. Ils ont déjà des engagements de travail. Vous ne pourrez jamais attirer ces gens-là », mentionne l'un des médecins de l'étude qui, lui, s'est installé dans une région éloignée.

Il faut également dissiper les idées préconçues que peuvent entretenir étudiants et résidents. « Ils ne doivent pas aller en région comme s'ils allaient en mission, mais s'y rendre pour pratiquer de façon différente, après avoir été préparés par des professeurs qui viennent des régions », estime M<sup>me</sup> Simard.

12

La formule des stages semble particulièrement prometteuse. « Toutes les études montrent que plus un étudiant connaît les régions éloignées et y a fait des stages, plus il a de chance de s'y installer. C'est à peu près la seule mesure dont on est capable d'évaluer l'effet, explique celui qui a commandé pour le MSSS l'étude sur les médecins immigrants, **M. Michel Clermont**, conseiller en recherche à la Direction de la main-d'œuvre médicale. Je pense que pour le Ministère cela va être une priorité de développer de plus en plus le programme de formation en régions éloignées. »

### Un séjour obligatoire pour les finissants ?

Et si quelques années de pratique en région étaient obligatoires à la fin des études ? Dossier délicat. Étrangement, presque la moitié des médecins de l'étude ont tenu à s'exprimer sur ce point. « Un consensus quasi général émerge : il faut obliger tous les nouveaux finissants, immigrants ou pas, à aller faire un séjour d'une durée raisonnable dans les régions en pénurie d'effectifs médicaux », indique le rapport. De combien de temps ? Peut-être de deux à quatre ans. Mais certaines balises doivent protéger les jeunes médecins, estiment

les omnipraticiens interrogés. Le finissant doit être autorisé, par exemple, à aller dans la région éloignée de son choix et avoir l'assurance de pouvoir ensuite revenir en ville dans le lieu de pratique qu'il désire.

Les nouveaux médecins ne seraient pas perdants. Un ancien boursier confiait aux chercheurs : « Ça m'a tellement appris, ces années en région, que je ne peux pas faire autrement que de recommander cette expérience. Dans mon esprit, ça devrait être une obligation pour tout médecin qui sort de l'école [...]. Sur le coup, si on m'avait obligé, probablement que j'aurais été affecté par cette obligation [...] mais j'aurais par la suite dit c'est vrai, [le gouvernement] avait raison. Peut-être pas sur le coup, mais après. »

### Une politique de développement régional

Mais pour retenir les médecins, les régions devront offrir plus qu'une vie équilibrée et de bonnes conditions de pratique. Il leur faut aussi constituer un milieu de vie stimulant où les conjoints peuvent se réaliser professionnellement, les enfants faire de bonnes études et la famille profiter d'activités intéressantes. « Les médecins ont les mêmes exigences de qualité pour la vie en région que pour leur vie personnelle. Ils veulent avoir une qualité de vie sur tous les plans : économique, social, éducatif, communautaire et aussi culturel, un aspect qui est souvent négligé dans les régions. Les médecins connaissent la vie à Montréal avec son foisonnement d'activités culturelles et ils font des comparaisons. Il faut une politique de développement régional qui agisse dans tous ces domaines », estime M<sup>me</sup> Simard, qui travaille sur la question de l'immigration en région depuis plus de 12 ans. « En filigrane se retrouve toute la problématique du développement des régions au Québec et la nécessité d'une politique vigoureuse de développement régional global », résume le rapport.



M. Michel Clermont

Pour consulter le rapport *Les médecins immigrants et non immigrants en régions éloignées au Québec : processus d'insertion globale et facteurs de rétention*, allez au [www.inrs-ucs.quebec.ca](http://www.inrs-ucs.quebec.ca). ☞

*Au tableau d'honneur*

## **La D<sup>re</sup> Vania Jimenez reçoit la Médaille du mérite 2004 de l'AMLFC**

*par Francine Fiore*

Reconnaissant son apport fondamental à la médecine et à la santé, l'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC) a remis la *Médaille du mérite 2004* à la **D<sup>re</sup> Vania Jimenez**, médecin de famille au CLSC Côte-des-Neiges, au cours du dîner-gala clôturant son congrès annuel en octobre dernier.

Clinique, accouchement, enseignement, recherche et même dépannage sur la Côte-Nord composent le quotidien de ce médecin également écrivain, épouse et mère de sept enfants, son plus beau rôle. Mais face à une telle récompense, la D<sup>re</sup> Jimenez se demande : « Pourquoi moi, je ne comprends vraiment pas ? »

Pourtant ce n'est pas la première fois qu'on lui rend hommage. Elle a reçu entre autres le prix Reg L. Perkins du médecin de famille canadien 1999. « Bien sûr je suis très honorée, dit-elle, mais je ne suis qu'un maillon d'une chaîne. Tellement de gens avant moi ont préparé le terrain afin que je devienne ce que je

suis aujourd'hui. »

D'origine arménienne, la D<sup>re</sup> Jimenez est née au Caire, en Égypte, et a fait ses études de médecine à l'Université McGill, à Montréal. « Je porte en moi le multiculturalisme », dit-elle. Et cela



D<sup>re</sup> Vania Jimenez

s'est confirmé au fil des ans. D'ailleurs, après avoir pratiqué pendant douze ans à Saint-Ours, sur les bords du Richelieu, elle se retrouve maintenant à Côte-des-Neiges, où elle voit des patients d'environ 150 pays différents.

Pour la D<sup>re</sup> Jimenez, les contacts avec des gens de cultures différentes constituent une richesse inépuisable. C'est que son grand intérêt porte sur tout ce qui concerne la communication et la relation médecin-patient, dont le secret est l'écoute des autres.

« Les problèmes de communication ne sont pas seulement une histoire de langue et de couleur de peau. La communication s'établit bien lorsque je suis tout à fait dans le moment présent. Nous avons tellement de chance d'être médecin et nous devons exprimer notre reconnaissance à tous nos patients, car c'est d'eux qu'on apprend. »

Ainsi, à l'instar de sa pratique, sa recherche s'oriente vers la communication interculturelle. Dans l'un des projets qu'elle mène actuellement, la D<sup>re</sup> Jimenez tente d'établir comment les femmes, dans le cadre de leur maternité, et les intervenants (médecins et infirmières) qui s'en occupent se perçoivent mutuellement. Un deuxième projet évaluera les effets d'une éventuelle ouverture de la médecine d'ici à celle des autres cultures. « Peut-être que cela transformera le médecin en quelqu'un de beaucoup plus efficace avec ses patients. »

Dynamique et infatigable, cette femme aux trois passions, la famille, la médecine et bien sûr l'écriture, poursuit sa voie. Publié en 2004, son premier roman, *Le Seigneur de l'oreille*, décrivait le travail et la vie d'une femme médecin qui lui ressemble, œuvrant justement en milieu multiculturel. Au printemps prochain, il sera suivi par un deuxième portant cette fois sur l'apport des communautés religieuses au Québec dans les orphelinats et un troisième est déjà en route. « Si je n'écrivais pas, je n'aurais pas le temps d'accomplir tout le reste, dit-elle. C'est comme l'huile dans le moteur ». ☞