

Colloque de la commission des présidents Nouvelles des négociations

RÉCEMMENT, LE PRÉSIDENT de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et les 19 présidents des associations affiliées se sont réunis pendant deux jours pour se pencher sur différents dossiers. L'un des plus cruciaux est celui des négociations avec le gouvernement au sujet du redressement de la rémunération des généralistes et du plan d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne (PAASPL).

Le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, a présenté au cours du colloque les modalités que la Fédération a proposées au gouvernement. La FMOQ désire que les médecins des différents secteurs bénéficient d'une hausse de rémunération équitable. Certains obtiendront davantage des mesures du PAASPL alors que d'autres auront un redressement tarifaire plus important.

1. Plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille

Allongement de la liste des clientèles vulnérables

La Fédération suggère d'ajouter à la liste actuelle des clientèles vulnérables donnant droit à un forfait les patients atteints de :

- ⊗ fibrillation auriculaire et maladies thrombo-emboliques nécessitant une anticoagulothérapie à vie et un suivi du RIN ;
- ⊗ diabète sans atteinte d'organe cible ;
- ⊗ insuffisance cardiaque ;
- ⊗ insuffisance rénale de modérée à grave ;
- ⊗ dépression majeure (premier épisode).

Obstétrique et périnatalité

Le ministère de la Santé et des

Services sociaux (MSSS) et la Fédération se sont entendus pour augmenter la rémunération des médecins qui effectuent l'examen de prise en charge d'une femme enceinte au cours du premier trimestre de grossesse. La FMOQ propose un forfait de 30 \$ pour les omnipraticiens pratiquant dans un CLSC et de 40 \$ pour ceux exerçant dans un cabinet privé, qui ont des frais d'exercices supplémentaires.

Les deux parties discutent, par ailleurs, de la possibilité d'établir un programme de mentorat en obstétrique. Les omnipraticiens qui supervisent un collègue commençant à pratiquer dans ce domaine pourraient être rémunérés pour les vingt premiers accouchements.

Sortie de l'hôpital

La FMOQ suggère que les généralistes travaillant dans les unités hospitalières de soins de courte durée reçoivent un supplément de 30 \$ pour rédiger la feuille sommaire au moment du retour à domicile du patient. Ce document serait au besoin transmis au médecin de famille par une infirmière de liaison.



Colloque de la commission des présidents

Prise en charge des patients sans médecin de famille

Les médecins des cabinets privés qui prendraient en charge des patients « orphelins » sortant de l'hôpital ou venant de la collectivité et dont le cas est jugé prioritaire pourraient avoir droit à un forfait de 50 \$ annuellement pendant deux ans, propose la FMOQ. Cette somme serait de 37,50 \$ pour les omnipraticiens des CLSC. Chaque omnipraticien pourrait prendre jusqu'à 25 patients sans médecin de famille.

Ces patients « orphelins » seraient sélectionnés, puis dirigés vers un médecin de famille grâce à un système de guichet unique mis sur pied par le nouveau « coordonnateur de réseau local ». Membre du département de médecine générale du centre de santé et de services sociaux (CSSS) et en lien avec le département régional de médecine générale, ce généraliste consacrerait une dizaine d'heures à la coordination des services médicaux du territoire de son CSSS.

Inscription générale

La FMOQ a proposé que les médecins des cabinets privés reçoivent 10 \$ par patient qu'ils inscrivent et ceux des CLSC, 7,50 \$. Cette inscription se ferait sur une base volontaire. Les forfaits s'ajouteraient à ceux qui sont déjà accordés pour l'inscription de patients vulnérables et pour celle des patients des groupes de médecine de famille.

Enseignement

La FMOQ et le MSSS désirent rémunérer les médecins qui enseignent aux étudiants et aux résidents dans tous les milieux de soins. Les généralistes enseignants, qui relèveraient du chef d'une unité de médecine familiale, pourraient recevoir un forfait par mois de stage d'un



Dr Louis Godin

résident 1 ou 2 ou d'un externe. Le montant de la rétribution, qui fait encore l'objet de négociations, serait plus élevé pour les omnipraticiens de cabinets privés afin de tenir compte de leurs frais inhérents.

2. Redressement tarifaire

Parallèlement au plan d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne, le gouvernement et la FMOQ discutent d'un redressement de la rémunération dans différents secteurs de soins

et divers milieux de pratique. La Fédération a proposé une hausse annuelle au 1^{er} avril 2008 et au 1^{er} avril 2009 de :

- a) 5 % des tarifs pour la pratique aux urgences en consultations externes, pour les soins intensifs et coronariens, pour l'anesthésie et pour les actes d'obstétrique ;
- b) 3 % du tarif horaire et des honoraires fixes parallèlement à l'abolition des échelles de rémunération ;
- c) 2 % du tarif des actes dans les cabinets privés ;
- d) 3 % pour le tarif des soins aux patients hospitalisés.

Les discussions entre la FMOQ et le ministère progressent rapidement. Une lettre d'entente pourrait être paraphée prochainement. ☞



Atelier du colloque de la commission des présidents

La détresse des médecins comment l'atténuer ?

Pourquoi un médecin en vient-il à se surcharger jusqu'à l'épuisement ? Il s'agit de l'une des énigmes que le **D^r Michel Vézina**, de l'Institut national de santé publique du Québec, et la **P^{re} Marie-France Maranda**, de l'Université Laval, ont tenté de résoudre. Les deux chercheurs présentaient aux présidents de la FMOQ et des associations les résultats de leurs travaux.

La pression que connaissent les cliniciens est très lourde, ont découvert les deux conférenciers. Pour effectuer leur recherche sur la détresse des médecins, ils ont rencontré treize omnipraticiens et spécialistes par l'entremise du Programme d'aide aux médecins du Québec. Ils ont constaté que les médecins, de nature perfectionniste, doivent non seulement répondre à leurs propres exigences, mais aussi à celles de leur profession, qui leur impose des normes de pratique élevées, et à celles de la société, dont les attentes sont très grandes.

Le médecin se trouve souvent ainsi dans une situation difficile. Il doit gérer l'hiatus entre la pratique optimale à laquelle il aspire et sa pratique réelle, limitée par les moyens dont il dispose. Les examens et les consultations avec des spécialistes sont difficiles à obtenir, les ressources manquent, la clientèle ne cesse de s'alourdir et, parallèlement, il faut suivre les progrès rapides de la médecine. La situation peut causer une « souffrance éthique ». Une douleur qu'éprouve le médecin qui ne peut pas faire tout ce qu'il devrait. « Quand on est dans un état de souffrance comme cela, on a des stratégies défensives », note le D^r Vézina.

Pour faire face à la situation, le médecin

commence à travailler davantage. Et ses collègues, aux prises avec des difficultés similaires, ont le même réflexe. C'est alors qu'une « hyperactivité » personnelle se transforme en un phénomène d'« hypertravail », c'est-à-dire en une norme sociale à laquelle tous doivent adhérer. « Cela devient une stratégie défensive collective », explique la P^{re} Maranda.

Le médecin qui fait 80 heures par semaine impressionne, a confié l'un des médecins interviewés par les chercheurs. « C'est ça, le modèle du médecin très performant, c'est encore très valorisé aujourd'hui. » Ceux qui s'épuisent, qui tombent au combat peuvent être vus comme des faibles. « C'est un mythe, dénonce la P^{re} Maranda. Chaque médecin est à risque. Les plus engagés, les plus consciencieux paraissent davantage menacés. »

Les solutions ? Entre autres, briser l'isolement. « Il faut permettre des espaces de parole pour penser le travail et panser les problèmes. C'est ce que les médecins que nous avons interrogés ont réclamé », dit la chercheuse. On doit mobiliser les jeunes médecins et les femmes, qui ont des valeurs différentes. Il faut aussi orienter l'action des associations.

À la suite de l'exposé du D^r Vézina et de la P^{re} Maranda, les présidents d'association se sont réunis en ateliers pour discuter de pistes d'action sur les plans individuel, collectif et syndical. Plusieurs avaient déjà vécu le suicide d'un collègue. « Un tel geste ébranle une communauté », a indiqué l'un d'eux.

Les participants ont proposé divers moyens, notamment des activités de formation sur la santé des médecins, un forum de discussion électronique anonyme pour aider les cliniciens en détresse, des rencontres permettant aux praticiens de parler de leurs problèmes et des séances d'information auprès des étudiants en médecine pour commencer à faire de la prévention dès l'université. ☞

(Suite à la page 12) >>>>



D^r Michel Vézina et P^{re} Marie-France Maranda

◀◀◀ (Suite de la page 3)

Rencontre avec M. Claude Castonguay le rôle des médecins



Photos : Emmanuèle Garnier

M. Claude Castonguay

M. Claude Castonguay, président du groupe de travail sur le financement du système de santé, était content de rencontrer les présidents de la FMOQ et des associations. « Vous pouvez jouer un rôle très important », leur a-t-il dit.

Le conférencier se préoccupe des suites qu'auront ses travaux.

« Je crois que chacun a une responsabilité pour que les propositions de notre rapport soient mises en application. Un tel document a un certain effet. Toutefois, si l'intérêt n'est pas maintenu par tous les intervenants, il y a un risque qu'il y ait un retour aux vieilles habitudes et que l'on essaie de passer outre. »

M. Castonguay a présenté les grandes lignes de son document « En avoir pour notre argent » qu'il a cosigné avec M^{me} Joanne Marcotte et M. Michel Venne, représentants des deux partis de l'opposition. Le diagnostic du groupe : le problème de fond du système de santé est son financement. Depuis dix ans, le coût des services de santé et des services sociaux a grimpé de 6,4 % par année, alors que l'économie a crû à un rythme de 4,8 % annuellement. En 2017-2018, l'écart pourrait atteindre sept milliards de dollars.

Le rapport fait différentes propositions pour tenter de régler le problème. Certaines touchent le rôle du ministère de la Santé et des Services sociaux, d'autres la place du secteur privé, la création d'un Institut national d'excellence en santé, le développement de la première ligne de soins, etc. « L'ensemble des propositions que nous avons formulées

visent à rendre tous les établissements, les cliniques et les intervenants beaucoup plus autonomes et à faire en sorte que le système soit plus souple et s'adapte plus facilement. »

Les enjeux sont importants. « Il y a, à mon avis, urgence d'agir parce que le problème du financement ne disparaîtra pas », avertit M. Castonguay. Il craint les périodes de contraction des revenus de l'État et les mauvaises décisions qui sont alors parfois prises, comme à l'ère du déficit zéro. « Il est important d'avoir un financement stable du système de santé et d'assurer sa survie. »

Voir aussi l'article « Rapport Castonguay : suites et réactions, en p. 126 ». 📄

Prix IMS Canada les meilleurs articles sur la consommation de médicaments

Les D^{rs} Michel Lapierre et Bérénice Mortézaï ont chacun reçu un prix IMS dans la catégorie « médecins omnipraticiens » pour un texte qu'ils ont publié dans *Le Médecin du Québec*. Cette distinction, qui souligne leur contribution à la formation de leurs collègues, est décernée pour récompenser un article sur la consommation appropriée de médicaments.

La D^r Mortézaï, est l'auteure de « La tuberculose est-elle encore présente chez les nouveaux arrivants ? », publié en février 2007. Cet article décrit les patients à risque, indique comment distinguer et évaluer la forme active et la forme latente de la maladie et traite de la chimioprophylaxie.

Le D^r Lapierre, lui, a été récompensé pour l'article « Un antidépresseur, c'est bien... mais deux est-ce mieux ? » qu'il signe avec M^{me} Hélène Demers, pharmacienne. Paru en octobre dernier, ce texte enseigne qu'en présence d'une dépression réfractaire le médecin a quatre choix : l'optimisation, la substitution, l'association et la

potentialisation. Le texte est enrichi de trois tableaux et d'un algorithme de traitement.

Dans la catégorie des médecins spécialistes, le **D^r Benoît Bailey** s'est distingué grâce à son article intitulé « Efficacy and Impact of Intravenous Morphine Before Surgical Consultation in Children With Right Lower Quadrant Pain Suggestive of Appendicitis: A Randomized Controlled Trial », publié en octobre 2007 dans *Annals of Emergency Medicine*. L'autre lauréat, le **D^r Pierre Ernst**, est l'auteur de « Inhaled Corticosteroid Use in Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Risk of Hospitalization for Pneumonia », paru l'an dernier dans l'*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Dans la catégorie « pharmaciens », les gagnantes sont **M^{mes} Ema Ferreira** et **Annie Lavoie**.

Pour finir, des bourses ont été remises aux étudiants en médecine qui ont obtenu les plus fortes notes en pharmacologie et aux étudiants en pharmacie qui ont présenté le meilleur rendement scolaire. 📄

Université de Montréal

Journée d'information sur la pratique médicale

Francine Fiore



Photo : Francine Fiore

M^{me} Amélie Foucault

Afin d'aider les étudiants en médecine dans l'orientation de leur future pratique, l'Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal (AEEMUM) a organisé une journée d'information le 31 mars dernier. Contrairement à la



Photo : Francine Fiore

Le D^r Jacques Ricard s'entretenant avec des étudiants

journée Carrière de la Fédération des médecins résidents du Québec, au cours de laquelle les établissements des régions offrent des postes aux résidents, cette rencontre était destinée aux étudiants en médecine de première et de deuxième année du niveau préclinique et de première année d'externat.

Des représentants du milieu de la médecine familiale et spécialisée étaient présents et avaient des stands installés dans le Hall d'honneur du Pavillon Roger-Gaudry de l'Université de Montréal. L'objectif était de faire connaître les différentes formes de pratique, la diversité du travail et, bien sûr, les aptitudes requises pour se diriger vers un domaine ou un autre.

« Je crois que c'est très efficace, indique l'organisatrice de la journée, **M^{me} Amélie Foucault**, étudiante en deuxième année et responsable préclinique des affaires académiques, à l'AEEMUM. Il est rare de pouvoir discuter face à face avec des personnes de différents milieux. Cela nous permet de déterminer si nous avons des affinités avec tel ou tel type de pratique. On peut aussi obtenir des renseignements sur les stages à options. Si l'on se fie au nombre d'étudiants présents, je crois que l'événement est vraiment apprécié. »

Présence de la FMOQ

La FMOQ était sur place. « C'est la deuxième année que nous sommes invités à participer à cette journée porte ouverte, précise le **D^r Jacques Ricard**, directeur de la Planification et de la Régionalisation et responsable des communications à la FMOQ.

Nous expliquons aux étudiants en quoi consiste la médecine familiale. Nous tentons également de démythifier les activités médicales particulières (AMP) qui font peur à plusieurs. Les étudiants ont souvent l'impression que ces activités vont régir leur pratique. En somme, cette journée permet à la FMOQ de faire la promotion de la médecine familiale. »

Il y a une méconnaissance de l'omnipraticque, a d'ailleurs constaté le D^r Ricard. « Dans certaines facultés, les étudiants ne sont en contact avec la médecine familiale que durant un mois seulement. Cela ne représente que 5 % des stages, ce qui est nettement insuffisant. Par ailleurs, la plupart des professeurs sont des spécialistes. Il est normal qu'ils prêchent pour leur paroisse. Il faudrait que les corps professoraux comportent plus d'omnipraticiens. »

Aux côtés du D^r Ricard, M^e **Pierre Belzile**, conseiller juridique à la FMOQ, a apporté des précisions concernant les différentes ententes signées par la Fédération au cours des années. « Nous expliquons aux étudiants les conséquences de ces ententes sur leur future vie de médecin. » L'avocat a également donné des informations sur les modes de rémunération, les bourses d'installation en région, etc.

Également sur place, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a renseigné les étudiants sur la médecine spécialisée. « Nous avons expliqué ce que sont les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les postes disponibles, indique le D^r **Serge Lenis**, directeur des Affaires professionnelles à la FMSQ. Nous leur avons brossé un tableau réaliste. Par exemple, deux postes par année sont offerts en chirurgie plastique. Si plus d'étudiants s'y intéressent, ils devront choisir autre chose. Il est important qu'ils soient au courant de la situation. » ☞

Projet de loi C-484 sur les enfants non encore nés

la FMOQ inquiète de la réouverture du débat sur les IVG

La FMOQ s'oppose au projet de loi C-484 destiné à criminaliser le fait de blesser ou de causer la mort d'un enfant non encore né. « Nous sommes très préoccupés par ce projet de loi qui risque de rouvrir le débat sur le libre accès aux interruptions volontaires de grossesse », affirme le D^r **Louis Godin**, président de la FMOQ.

Présenté à la Chambre des communes à la fin de 2007 par un député conservateur, **M. Ken Epp**, le projet de loi vise à ériger en crime l'acte de tuer ou de blesser un enfant au cours de son développement intra-utérin ou pendant sa naissance en perpétrant une infraction à l'égard de la mère.

Même si la loi ne s'appliquerait pas aux interruptions légales de grossesse, aux omissions ou actes faits de bonne foi pour préserver la vie de la mère ou de l'enfant, ni aux omissions ou actes commis par la mère elle-même, la FMOQ est inquiète. Elle craint, comme de nombreux observateurs, que ce projet de loi ne relance indirectement les discussions sur l'avortement.

« Nous, les médecins omnipraticiens, avons à intervenir régulièrement auprès de femmes qui désirent subir une interruption volontaire de grossesse. Nous ne voulons pas retourner à l'époque où il fallait justifier tous les cas. Ce débat a duré des années et il est maintenant derrière nous », estime le D^r Godin.

La FMOQ a envoyé des lettres aux quatre chefs des partis fédéraux, à M^{me} **Josée Verner**, ministre de la Condition féminine, et au président du Comité de la justice et des droits de la personne, **M. Art Hanger**, pour leur faire connaître sa position.

Voir également l'article « La FMSQ refuse la criminalisation de l'avortement » en p. 122. ☞

(Suite à la page 122) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 20)

Projet de loi C-484 sur les enfants non encore nés

la FMSQ refuse la criminalisation de l'avortement

Francine Fiore

Outrée devant l'attitude du gouvernement fédéral qu'elle qualifie de rétrograde, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) dénonce avec fermeté le projet de loi C-484 sur les enfants non encore nés victimes d'actes criminels. À son avis, il s'agit d'une façon détournée de criminaliser l'avortement.

Selon le président de la FMSQ, le **D^r Gaétan**

Barrette, ce projet de loi a officiellement pour but d'alourdir les sentences pour des crimes commis contre des femmes enceintes. « Bien sûr, on ne peut être contre cela, reconnaît-il. Toutefois, il s'agit également d'une ouverture pouvant conduire à la reconnaissance des droits du fœtus et à la reprise du débat sur la légalité de l'avortement. » Le D^r Barrette rappelle que le 28 janvier 1988, la Cour suprême du Canada a statué qu'une femme et son fœtus sont considérés comme une seule et même personne physique et que, par conséquent, le fœtus n'a aucun droit juridique. Selon le président, il est tout à fait possible d'imposer des sanctions plus importantes aux criminels s'attaquant à des femmes enceintes en apportant des amendements aux lois actuelles.

Inertie gouvernementale

Le D^r Barrette s'offusque, par ailleurs, du fait que le chef de l'opposition à la Chambre des communes

(Suite à la page 126) ▶▶▶



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Gaétan Barrette (Archives)

◀◀◀ (Suite de la page 122)

et chef du Parti libéral du Canada (PLC), **M. Stéphane Dion**, n'a pris aucune position officielle sur ce projet de loi passé en deuxième lecture, le 5 mars dernier. Les députés du Bloc québécois et du Nouveau Parti démocratique, eux, se sont prononcés majoritairement contre son adoption. Au PLC, certains députés ont, à l'opposé, voté en faveur du projet de loi, alors que d'autres, dont le chef Stéphane Dion, étaient absents lors de cet important vote. « M. Dion est un adepte de la clarté, voilà une bonne occasion de le prouver, lance le D^r Barrette. Nous l'enjoignons à prendre une position claire au nom de sa députation par un vote unanime contre le projet de loi C-484. »

Le président de la FMSQ refuse la perspective d'un recul de plusieurs décennies. « La FMSQ doit intervenir afin de protéger ses membres contre d'éventuelles poursuites, mais surtout dans l'intérêt des femmes afin d'éviter un retour aux avortements illégaux pratiqués dans les sous-sols et les garages avec des broches à tricoter, véritable désastre médical. Revenir à ces conditions-là, c'est du délire politique, c'est insensé. » La FMSQ invite toutes les personnes qui partagent son avis à le faire savoir à leurs élus par l'entremise de son site Internet au www.fmsq.org/c-484. ☎

Rapport Castonguay suites et réactions

Francine Fiore

Publié récemment, le rapport du groupe de travail sur le financement du système de santé, présidé par **M. Claude Castonguay**, accorde un rôle de premier plan aux médecins de famille et aux cabinets médicaux. Certaines recommandations devraient être appliquées dès cette année.

Cinq chantiers ont été créés à cette fin (*encadré*). Le premier vise l'accélération du déploiement de cliniques de santé afin que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille. Un deuxième permettra d'orienter dans trois régions (Capitale-Nationale, Estrie et Saguenay–Lac-Saint-Jean) dès cette année, les relations entre le

(Suite à la page 129) ▶▶▶

Encadré.

Les suites du rapport Castonguay

1. Accélérer le déploiement des cliniques de santé
2. Acheter des services aux établissements dans trois régions
3. Faire entrer la notion de coût de revient dans les établissements de soins pour remplacer les budgets traditionnels par l'achat de services
4. Créer des outils d'évaluation de l'efficacité des établissements de soins
5. Définir le mandat du nouvel Institut national d'excellence en santé

◀◀◀ (Suite de la page 126)

ministère de la Santé et des Services sociaux et les établissements de soins dans une perspective d'achat de services. Les premiers programmes concernés seront les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, les interventions chirurgicales et les tests diagnostiques d'imagerie médicale. Les régions bénéficieront d'une plus grande autonomie et seront complètement responsables de leur gestion.

Dans le même ordre d'idée, un chantier introduira la notion de coût de revient au sein de l'administration des établissements du réseau afin de remplacer les budgets traditionnels par l'achat de services. Par ailleurs, un quatrième chantier créera des outils permettant d'évaluer l'efficacité des établissements de soins des points de vue clinique et économique, ainsi que la satisfaction des patients à l'égard des services obtenus. Enfin, un dernier chantier, présidé par M. Castonguay, devra préciser le mandat de l'Institut national d'excellence en santé (INES). Ce nouvel organisme indépendant naîtra de la fusion de l'actuel Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). L'INES aura pour fonction d'évaluer les technologies de la santé, les modes d'intervention, l'efficacité clinique, le rapport coût-efficacité des nouveaux médicaments, l'élaboration des guides des protocoles sur l'utilisation des médicaments et la composition du panier de services. L'INES devra être en fonction le plus rapidement possible.

Selon le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, d'autres recommandations du rapport Castonguay sont à l'étude et devraient être appliquées prochainement. « Le ministère de la Santé et des Services sociaux est

(Suite à la page 145) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 129)

fermement engagé dans un processus de modernisation. »

Réactions de la FMOQ

La FMOQ s'est réjouie du rapport Castonguay qui reconnaît l'importance de la médecine de première ligne, tout en respectant des valeurs prônées par la Fédération. « Le rapport réitère les grands principes d'universalité, d'accessibilité et de qualité des soins de santé, a déclaré le nouveau président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin**. Dans son application, il rejoint l'objectif de la FMOQ de faire en sorte que tous les Québécois puissent avoir accès à un médecin de famille. »

Selon la Fédération, bien que les cabinets de médecins de famille représentent actuellement 80 % de l'offre de services en première ligne, leur situation demeure précaire. Par conséquent, la FMOQ voit d'un bon œil les recommandations sur les cliniques de santé qui proposent le regroupement de médecins omnipraticiens et le soutien à leur pratique par des équipes multidisciplinaires. Par ailleurs, le droit accordé à ces cliniques de percevoir une cotisation annuelle suscitera un engagement entre le citoyen et son médecin de famille et permettra le développement du réseau des cabinets médicaux, estime la FMOQ. Ce financement additionnel, réclamé depuis longtemps, est déjà accordé aux coopératives de santé.

La FMOQ est également favorable à la recommandation de reconnaître le droit d'un

médecin d'exercer à la fois dans les secteurs public et privé, à condition que les effectifs médicaux répondent aux demandes du système public. Cependant, dans le contexte actuel de la pénurie de médecins, il très peu probable qu'une pratique mixte soit bientôt permise au Québec.

La FMOQ s'inquiète toutefois de la proposition d'une entente contractuelle liant le médecin à un établissement. Déjà les omnipraticiens subissent d'énormes contraintes avec l'application des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et des activités médicales particulières (AMP). L'ajout de nouvelles obligations pourrait éloigner les futurs médecins de la médecine familiale, craint la Fédération.

Pour finir, la FMOQ est favorable à la recommandation de mettre d'abord sur pied le dossier patient électronique dans chacun des établissements et dans les cliniques de santé avant de mettre en œuvre le Dossier Santé Québec. Selon la Fédération, c'est le dossier patient local qui apportera le meilleur soutien aux professionnels de la santé dans le suivi de leurs patients. ☘