

Les piliers du réseau : les médecins pratiquant depuis 20 ans et plus

Les généralistes comptant au moins 20 ans de pratique tiennent à bout de bras le réseau de la santé. Ils sont essentiels dans la première ligne de soins et importants en deuxième ligne. Leurs jeunes confrères, eux, jouent un rôle crucial en deuxième ligne.

LES OMNIPRATICIENS EXERÇANT depuis 20 ans et plus sont les piliers du système de santé. Ils représentent 64 % des effectifs dans la première ligne de soins et 34 % dans la deuxième ligne (*figure 1*)*. Et ce sont eux qui, de loin, prennent en charge et suivent le plus de patients vulnérables.

À eux seuls, les généralistes comptant au moins 20 ans d'expérience forment un groupe imposant : ils constituent 52 % des effectifs en médecine générale. Ils sont deux fois plus nombreux que les jeunes omnipraticiens travaillant depuis 10 ans et moins. Leur présence est cruciale pour la première ligne, car ils y pratiquent dans une proportion de 75 %*. Partout, ils dominent par leur nombre : dans les groupes

**45 % des médecins
pratiquant depuis 20 ans
et plus comptent au moins
200 patients vulnérables
dans leur clientèle**

de médecine de famille (GMF), les cliniques-réseau, les CLSC et surtout les cabinets privés.

Le rôle de ces généralistes, pour la plupart dans la force de l'âge, est primordial. En particulier dans la prise en charge des patients vulnérables. Ainsi, 45 %

des médecins expérimentés comptent dans leur clientèle au moins 200 de ces personnes au suivi très lourd*.

Par comparaison, 68 % des jeunes omnipraticiens suivent 50 patients vulnérables et moins (*figure 2*)*.

Même s'ils constituent les pierres d'assise de la médecine de première ligne, les omnipraticiens plus âgés travaillent aussi en deuxième ligne. Ce qu'ils y font ? Presque la moitié des généralistes hospitaliers d'âge mûr traite les patients hospitalisés. L'urgence les attire peu : seuls 18 % y travaillent. Ces omnipraticiens constituent aussi 59 % des effectifs dans les soins de longue durée, 57 % au service de consultations externes, 56 % aux soins palliatifs et 38 % en gériatrie*.

« Beaucoup pensaient qu'après 20 ans de pratique, les omnipraticiens n'exerçaient plus dans les établissements de soins, mais nos données montrent le contraire »,

* Pourcentage de médecins ETP (équivalent temps plein).

Définition : « Les médecins dont le revenu annuel se situe entre le 40^e et le 60^e percentile de la distribution de revenu correspondent à un **équivalent temps plein (ETP)**. Les médecins ayant un revenu annuel inférieur au quarantième percentile se voient attribuer une fraction d'ETP équivalente à leur revenu divisé par le quarantième percentile. Quant au médecin ayant un revenu supérieur au soixantième percentile de la distribution de revenu, l'ETP se calcule ainsi : $1 + \ln(\text{revenu du médecin}/60^{\text{e}} \text{ percentile})$. » Paré I. *Le Profil de pratique des omnipraticiens 2006-2007*. FMOQ, 2008.

Photo : Emmanuelle Garnier

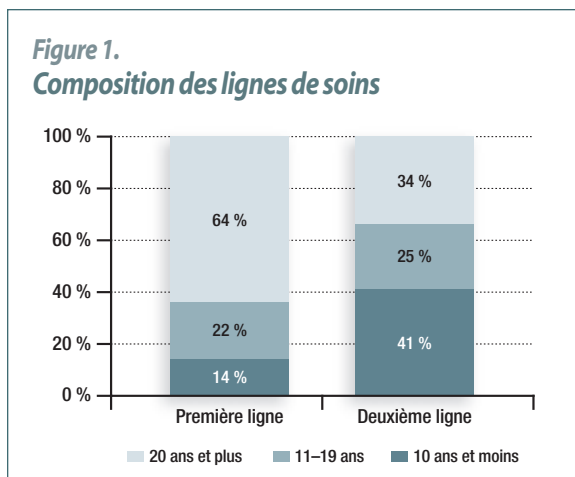


« *Beaucoup pensaient qu'après 20 ans de pratique, les omnipraticiens n'exerçaient plus dans les établissements de soins, mais nos données montrent le contraire.* »

— Isabelle Paré

indique M^{me} **Isabelle Paré**, conseillère en politiques de santé à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). La chercheuse vient de rédiger une analyse intitulée *Le Profil de pratique des omnipraticiens*. Pour effectuer ses travaux, elle

a utilisé les données de la FMOQ qui proviennent de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Elle s'est intéressée à tous les généralistes qui ont facturé au moins un dollar à la RAMQ entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007.



Les jeunes médecins

Les omnipraticiens ont un profil de pratique qui varie selon leur nombre d'années d'expérience, a constaté M^{me} Paré, docteure en science politique (figure 3). Si les médecins expérimentés règnent sur la première ligne de soins, la deuxième ligne est dominée par les généralistes qui exercent depuis 10 ans et moins. Ces derniers constituent 41 % des omnipraticiens dans les hôpitaux*. Leur présence massive s'explique facilement, selon la conseillère. « Ils ont baigné dans le milieu hospitalier tout au long de leur externat, puis de leur résidence. Ce n'est donc pas étonnant qu'ils soient attirés par

la deuxième ligne et qu'une forte proportion d'entre eux y reste. »

À quoi se consacrent les jeunes omnipraticiens hospitaliers ? Ils pratiquent dans une proportion de 54 % aux urgences. À eux seuls, ils constituent 60 % des généralistes exerçant dans ce service. « Ils trouvent cette pratique stimulante. C'est un défi à leur hauteur », explique la chercheuse. On les trouve également en grand nombre dans d'autres secteurs trépidants : les unités de soins coronariens et intensifs, où ils forment 43 % des effectifs.

Les activités médicales particulières (AMP) pourraient avoir une influence sur le type de pratique des jeunes médecins. La majorité fait d'ailleurs plus d'activités de deuxième ligne que ne l'exige l'entente particulière sur les AMP.

Et la première ligne ? Seulement 36 % des jeunes médecins y exercent*. Ils n'y constituent que 14 % des effectifs. Toutefois, ils ne sont pas attirés par les mêmes milieux de pratique que leurs aînés. Même si 44 % travaillent dans les cabinets privés comme les médecins plus âgés, ils sont plus nombreux à être séduits par les CLSC (34 %) ou les GMF (21 %). « C'est le reflet du type de pratique que souhaitent les jeunes médecins. Ils veulent travailler en groupe et collaborer avec d'autres professionnels de la santé », explique M^{me} Paré.

Entre jeunes omnipraticiens et généralistes expérimentés se profilent les médecins exerçant depuis de 11 à 19 ans. Une strate intermédiaire qui pourrait constituer la transition entre les deux groupes. Ils exercent plus en première ligne que leurs cadets et plus à l'hôpital que leurs aînés (figure 3). Pour ce qui est du suivi des patients vulnérables, ils sont à mi-chemin entre les deux groupes : 46 % en traitent entre 50 et 200*. « C'est tout à fait rassurant de voir le profil de pratique de ce groupe. Si la tendance se poursuit, les médecins de 11 à 19 ans d'expérience pourraient suivre le modèle de leurs aînés. On va voir si cela se confirme au fil du temps », explique M^{me} Paré.

Figure 2.
Nombre de patients vulnérables par groupes de médecins ETP

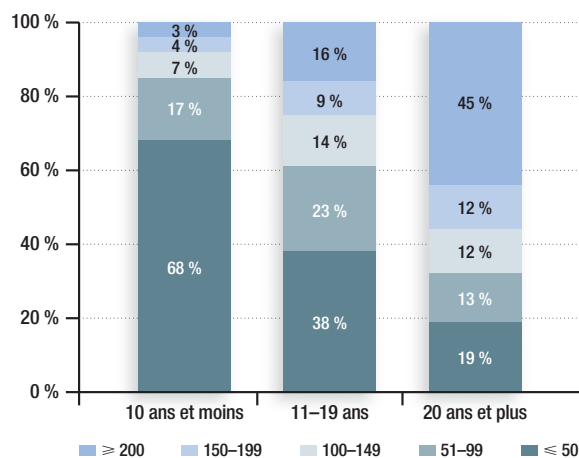
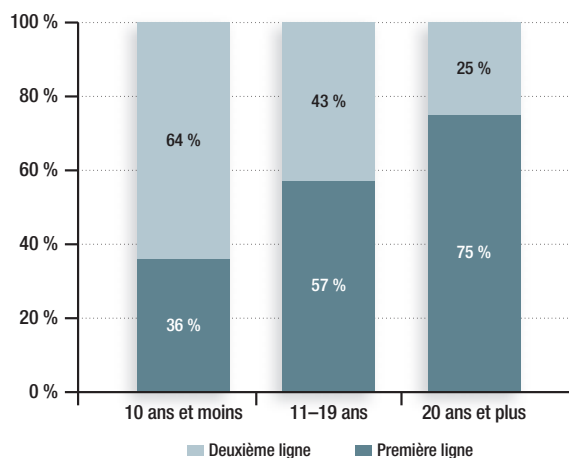


Figure 3.
Répartition des médecins ETP suivant les lignes de soins et les années de pratique



La première ligne menacée

Le sort de la première ligne de soins est préoccupant à la lumière des données de M^{me} Paré. Ses chiffres révèlent que 21 % des omnipraticiens pratiquent uniquement en deuxième ligne. Ce pourcentage grimpe à 36 % parmi les jeunes. En tout, 1600 omnipraticiens se cantonnent dans la pratique hospitalière. « Cette situation a des

(Suite à la page 13) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

répercussions. En effet, il y a encore moins de médecins qui prennent en charge et suivent des patients en première ligne. Déjà, une grande partie de la population québécoise n'a pas de médecin de famille », rappelle la conseillère en politiques de santé.

Le succès des AMP pourrait avoir eu une influence pernicieuse. L'obligation de pratiquer ces activités pousse les médecins à exercer dans des domaines qu'ils adoptent ensuite. Résultat : bien des omnipraticiens font plus d'AMP qu'il n'est obligatoire.

La situation n'est pas sans issue. Dans son document, M^{me} Paré explique que « des solutions telles que des AMP mixtes, partagées entre l'établissement et le cabinet, méritent une sérieuse considération. De plus, une réflexion sur l'impact de l'organisation de la médecine spécialisée sur les omnipraticiens s'impose parallèlement à la place des omnipraticiens en établissement. »

Mais une autre menace plane aussi sur le système de santé et la première ligne : le vieillissement des omnipraticiens. Leur moyenne d'âge : 48 ans. Les généralistes pratiquant depuis 20 ans forment une strate difficile à remplacer. « Sachant que ces médecins représentent 64 % des effectifs médicaux en première ligne, il est impératif d'assurer leur relève », prévient l'ouvrage.

Effectivement, qu'arrivera-t-il lorsque ces cliniciens qui ont un rôle primordial en première ligne et important en deuxième ligne cesseront de travailler ? « Le nombre d'omnipraticiens qui entrent en pratique est insuffisant. L'ajout net de 60 médecins dans la dernière cohorte ne change pas beaucoup la situation. Jusqu'à maintenant, on ne fait qu'assurer la stabilité des effectifs. Cependant, les admissions en médecine ont légèrement augmenté. Donc, on va voir au cours des prochaines années l'effet que cela aura sur le bassin des nouveaux facturants », dit Isabelle Paré. La conseillère estime que pour contrer la désaffection en médecine familiale et plus particulièrement en première ligne, il faut continuer à bonifier les conditions de pratique.

On pourra obtenir le document *Le Profil de pratique des omnipraticiens* cet automne dans le site de la FMOQ (www.fmoq.org). 📄

Dîner au profit de la Fondation OLO

9 octobre prochain

Le 9 octobre prochain, la Fondation OLO organisera, pour la cinquième année, un dîner gastronomique afin d'amasser des fonds. L'organisme aide les femmes enceintes démunies à bien se nourrir en leur permettant de consommer quotidiennement un œuf, un litre de lait, un verre de jus d'orange ainsi qu'un supplément de vitamines et de minéraux. Depuis 17 ans, la Fondation OLO a contribué de cette manière à la naissance de plus de 150 000 bébés en bonne santé.



« Tous les médecins de famille savent qu'une des grandes joies de notre profession est de mettre au monde un bébé en bonne santé. La Fondation OLO contribue à ce bel événement. Souscrire à OLO, c'est reconnaître l'importance de la mission de cet organisme et le soutenir. C'est aussi faire un geste concret pour aider nos patientes les plus démunies », rappelle le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ et membre du comité d'honneur de la Fondation OLO.

Informations et formulaires dans le site de la FMOQ (www.fmoq.org) et de la Fondation OLO (www.olo.ca).



Jeudi 9 octobre
Salle de bal de l'édifice du Marché Bonsecours
 350, rue Saint-Paul Est, Montréal
 Téléphone : 1 888 656-6372 ou 514 849-3656
 Billet : 225 \$ par personne

Tournoi de golf des fédérations médicales

130 000 dollars pour aider les médecins en détresse

Le Tournoi de golf des fédérations médicales a permis au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) de récolter 130 000 dollars. Pour la troisième année, 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) ont travaillé ensemble à la réussite de cet événement qui a réuni 159 joueurs de golf.

La somme récoltée permettra au PAMQ de continuer ses activités. L'organisme offre aux médecins, aux résidents et aux étudiants en médecine en détresse un appui par téléphone, des conseils et la possibilité de rencontrer un

médecin-conseil. « Cet argent est essentiel pour nous et nous permettra d'amorcer la prévention. Le financement du programme est encore très vulnérable », explique la directrice générale, la D^{re} Anne Magnan.

La tenue du tournoi de golf réjouit la D^{re} Magnan à plusieurs niveaux. « Au-delà de l'argent amassé, on voit que ce *happening* entre médecins se perpétue et se consolide. Sur le plan de la sensibilisation à la cause de la détresse des médecins et du changement de culture, c'est un événement très précieux. »

L'année 2007-2008 a été chargée pour le PAMQ. Le nombre total de dossiers traités a atteint un sommet de 879 (*figure*). Un chiffre qui ne cesse de progresser au fil des ans. « Cela traduit une détresse que l'on sent partout », souligne la D^{re} Magnan. Il y a eu 390 nouvelles demandes d'aide en 2007-2008. Encore un peu plus que l'an dernier. Les médecins-conseils du programme ont cependant commencé l'année avec 489 cas déjà en cours. Il y a deux ans seulement, ce chiffre n'était que de 240.

C'est que les dossiers deviennent plus complexes et plus longs à traiter. « Avant, il y avait davantage d'appels concernant des personnes. Maintenant, on nous demande aussi de l'aide pour des milieux de travail en détresse. Les médecins font appel à

Photo : Patricia Kéroack, FMSQ



D^r Martin Bernier, président de la FMRQ, D^r Gilles Hudon, de la FMSQ, D^r William Barakett, président de la Fondation du PAMQ, D^r Louis Godin, président de la FMOQ, et M^{me} Josée Larochelle, présidente de la FMEQ.

nous pour des conflits de travail, des difficultés, du harcèlement. Ce sont des situations qui touchent plusieurs personnes. Un médecin qui ne va pas bien peut causer des problèmes dans son milieu, et les gens nous appellent. »

Les omnipraticiens sont particulièrement touchés

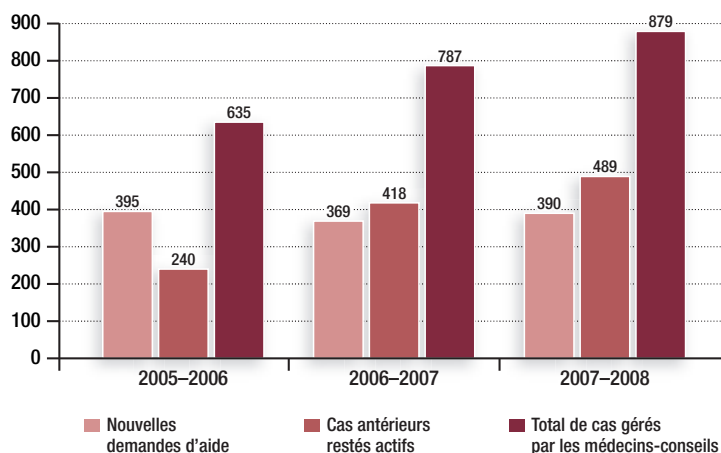
Les omnipraticiens semblent particulièrement frappés par la détresse. En 2007-2008, le PAMQ a traité 150 cas de généralistes par rapport à 71 de spécialistes. D'où vient cette différence ? Les spécialistes connaissent moins le PAMQ que les omnipraticiens. Mais il y a plus. « On a l'impression qu'il y a une plus grande détresse chez les omnipraticiens. Ils doivent davantage affronter un sentiment d'impuissance et une surcharge de travail. Ils sont au bout de la chaîne. Le spécialiste peut envoyer le patient au généraliste, mais ce dernier ne peut le renvoyer à personne », explique la D^{re} Magnan.

Les omnipraticiens pourraient également ressentir davantage de « souffrance éthique ». Cette douleur psychologique engendrée par le fait de ne pas pouvoir traiter un patient selon les normes de la médecine. « C'est excessivement douloureux de savoir qu'un patient aurait besoin d'un examen ou d'un traitement et qu'on n'arrive pas à l'obtenir. On devient un témoin impuissant. »

Parfois, le généraliste est déchiré entre sa santé et celle de patients. Il arrive que l'un d'eux le supplie d'accepter un proche dans sa clientèle. « Une dame peut demander à son médecin de suivre son mari qui vient de faire un infarctus ou qui a eu un important problème de santé. Aux yeux du médecin, déjà débordé, la demande de sa patiente est justifiée. Il serait important médicalement de suivre le conjoint. Alors, ou bien le médecin refuse et cela lui crève le cœur, ou il accepte et se sent encore plus comprimé. »

Beaucoup de résidents ressentent également de la détresse. Leurs demandes d'aide ont atteint le nombre de 106 en 2007-2008. Vingt de plus que l'année précédente. Qu'est-ce qui les affecte tant ? Selon un chercheur de l'Université Laval, **M. Yann**

Total des dossiers gérés par les médecins-conseils Comparaison entre les trois derniers exercices



Données du PAMQ

Le Bossé, le phénomène d'épuisement chez les résidents serait en fait la manifestation d'un problème de sursollicitation. Il serait causé par des facteurs structurels (comme le système québécois de gestion des effectifs), culturels (tels que la culture médicale), psychologiques (comme les traits de personnalité des résidents) et « expérientiels » (tels que le climat de travail ou le conflit travail-famille). Les résidents pourraient également subir un choc des valeurs. Les leurs contre celles de leurs aînés. « Pour les jeunes, l'équilibre entre le travail et la famille est important, rappelle la D^{re} Magnan. Pour eux, nous les médecins plus âgés ne sommes pas des modèles. Ils ne veulent pas se retrouver surchargés comme nous. Ils se demandent comment ils vont s'en sortir. »

Le PAMQ cherche maintenant à se tourner également vers la prévention. « On voudrait travailler du côté positif. Il faudrait commencer à parler de la santé des médecins et non uniquement de leur détresse. » Le Programme envisage des actions simples et peu coûteuses. « Dans les milieux de travail en détresse, des interventions peuvent aisément être faites sur le plan de la culture. Les médecins portent souvent des jugements sévères les uns sur les autres. Est-ce que l'on ne peut pas modifier cela ? Avoir une attitude plus positive envers nos collègues aurait un effet bénéfique rapide et réduirait la détresse dans le milieu. »

Entrevue avec le D^r Benoit Poulin

Il faut protéger les avantages des médecins rémunérés à honoraires fixes



D^r Benoit Poulin

Photo : Emmanuelle Garnier

Le D^r Benoit Poulin est le président de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques (AMOEP). Il s'inquiète de l'avenir des médecins rémunérés à honoraires fixes.

M.Q. – D^r Poulin, la question des assurances collectives des médecins rémunérés à honoraires fixes vous préoccupe beaucoup. Quelle est la situation actuelle ?

B.P. – Il s'agit d'un point extrêmement important pour ces médecins

qui exercent habituellement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CLSC, les milieux psychiatriques, en santé publique ou dans le domaine des soins palliatifs. Le problème est que le nombre de médecins rémunérés à honoraires fixes n'augmente pas. Au contraire, il diminue d'année en année. Cette situation, due au fait que les nouveaux médecins optent plutôt pour la rémunération à tarif horaire depuis quinze ans, cause un grand préjudice aux omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes. Leurs primes d'assurances vie, invalidité ou médicaments augmentent progressivement jusqu'à devenir prohibitives en raison du vieillissement du groupe. Qui dit vieillissement dit plus de réclamations. Or, toute la prime pour l'assurance médicaments est assumée par les médecins, et une très grande partie de celle pour les assurances invalidité et vie l'est également. Plus le temps passe, plus ces assurances grugent le revenu des médecins.

M.Q. – Que souhaitez-vous ?

B.P. – Si le nombre de médecins continue à diminuer, la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) devront aborder le problème de front. La situation actuelle découle de décisions prises antérieurement par les deux parties visant à permettre, puis à préférer et finalement à faire en sorte que les médecins exercent selon le mode du tarif horaire. Actuellement, l'augmentation des primes est assumée entièrement par les médecins, car la part du MSSS est limitée à 3 % de la rémunération du médecin. Cela ne comprend que l'assurance vie et l'assurance invalidité. L'entièreté des coûts de l'assurance médicaments est assumée par les médecins à honoraires fixes. Comme les parties négociantes ont favorisé le mode de rémunération à tarif horaire aux dépens du mode à honoraires fixes, elles ont une responsabilité, en particulier le Ministère. Je

pense donc que l'augmentation des coûts ne devrait pas être assumée uniquement par les omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes, mais principalement par le MSSS. Nous avons, en conséquence, fait des demandes à la Fédération afin que des actions soient prises en ce sens.

M.Q. – Actuellement, combien de médecins sont rémunérés à honoraires fixes ?

B.P. – Je dirais un peu plus de 800.

M.Q. – Mais pourquoi conserver la rémunération à honoraires fixes ?

B.P. – Certains des avantages du mode de rémunération à honoraires fixes n'apparaissent qu'à long terme. Les médecins qui ont opté pour ce mode ont fait un choix pour toute leur carrière et non pour une année ou deux. Si après cinq ou dix ans de pratique, la rémunération à honoraires fixes disparaissait et que les médecins devaient être payés à tarif horaire, ils seraient vraiment perdants, entre autres en ce qui concerne les assurances vie et invalidité et le régime de retraite. Il ne faut pas oublier que le coût des assurances n'est pas très élevé pour un jeune médecin rémunéré à tarif horaire, mais qu'il l'est beaucoup plus pour celui qui reçoit des honoraires fixes, même s'il est jeune. Normalement, ce dernier a une compensation en fin de carrière parce que les primes sont nivelées et n'augmentent pas avec l'âge. Le médecin payé à honoraires fixes serait également pénalisé si l'on changeait son mode de rétribution parce que tout d'un coup, il ne serait plus couvert. Il devrait trouver des assurances vie et surtout invalidité à l'âge de 50 ou de 60 ans, ce qui peut s'avérer très cher, surtout s'il a été malade.

M.Q. – Comment entrevoyez-vous l'avenir de la rémunération à honoraires fixes ?

B.P. – Je suis vraiment pessimiste à cet égard. Plus ça va, moins les médecins optent pour le mode de rémunération à honoraires fixes. La rémunération à tarif horaire est beaucoup plus souple, principalement du point de vue fiscal. De plus, les médecins payés à tarif horaire reçoivent en argent les avantages sociaux dont bénéficient les médecins rémunérés à honoraires fixes. Ainsi, ces avantages vont immédiatement dans leurs poches. Pour compliquer la situation, les médecins rémunérés à tarif horaire et à l'acte ont maintenant certains avantages sociaux, comme les congés parentaux et les mesures de perfectionnement, qui semblent creuser davantage l'écart entre les modes de rémunération. Cela reste à évaluer concrètement, ce qui est une de nos demandes.

M.Q. – Votre association représente seulement les médecins qui

exercent dans les milieux psychiatriques, ou tous ceux qui sont rémunérés à honoraires fixes ?

B.P. – Nous représentons tous les médecins qui exercent dans un milieu où sont prodigués des soins psychiatriques, quel que soit leur mode de rémunération. Toutefois, au cours des années, la majorité, sinon la totalité de nos membres ont été rémunérés selon le mode des honoraires fixes, que nous avons donc défendu. Nous défendons aussi la rémunération selon le tarif horaire, parce qu'il s'agit de vases communicants.

Nous existons parce que, en 1971, la FMOQ désirait représenter TOUS les médecins omnipraticiens. À cette époque, la Fédération a favorisé le regroupement des médecins alors salariés en deux associations, l'AMOIP (le « I » était pour « institutions ») et l'association regroupant les médecins exerçant en traitements de toxicomanie et alcoolisme et les maisons Domrémy (association aujourd'hui fusionnée à l'AMOEP). Plus tard, en 1975, s'est ajoutée l'association des médecins exerçant en CLSC.

M.Q. – En 2006, vous avez fait un sondage portant sur l'avenir de votre association.

B.P. – Nous avons réalisé ce sondage, car nous nous posons de nombreuses questions sur notre avenir et notre pertinence. J'ai donc demandé à nos membres si l'association était toujours nécessaire. Ils ont répondu un grand OUI ! Ils ne veulent pas qu'on les abandonne, car nous jouons un rôle de défense de leurs intérêts des plus précieux pour eux. Bien qu'elle semble relativement simple, la rémunération à honoraires fixes est beaucoup plus complexe que la rémunération à tarif horaire et aussi compliquée, sinon plus, que la rémunération à l'acte. Ainsi, la rémunération à honoraires fixes comporte de nombreuses clauses concernant les conditions d'exercice, les avantages sociaux, dont les divers congés, les assurances collectives, le régime de retraite et autres. Nous avons fini par avoir une certaine expertise dans ce domaine.

M.Q. – Est-ce que tous vos membres sont rémunérés à honoraires fixes ?

B.P. – La majorité de nos membres le sont, mais environ 20 % sont payés à tarif horaire. Certains sont rétribués à l'acte, mais très peu et surtout pour leur exercice en cabinet privé.

M.Q. – Votre association recrute peu de nouveaux membres ?

B.P. – En effet, et l'avenir nous apparaît extrêmement sombre. Il y a une dizaine d'années, nous avons connu une importante diminution du nombre de nos membres à la suite des retraites anticipées. De plus, les ressources consacrées aux malades psychiatriques ont éga-

lement diminué de façon importante. Auparavant, ces soins étaient concentrés dans les hôpitaux psychiatriques. Mais, depuis une vingtaine d'années, on trouve des ailes psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les médecins de ces établissements exercent un peu en milieu psychiatrique et beaucoup en milieu général, ce qui complique le travail de recrutement. La situation de notre association se détériore chaque année. C'est dommage, car qui va défendre la rémunération à honoraires fixes ?

M.Q. – Quel est le rôle de votre association sur le plan syndical ?

B.P. – La FMOQ est une fédération d'associations. L'action syndicale doit se faire au niveau des associations qui constituent la base de la fédération. Je pense que la Fédération a un rôle complémentaire au nôtre. C'est à nous de lui faire part des préoccupations et des problèmes de nos membres. Dans mon association, j'encourage les médecins à communiquer avec les membres du Bureau ou moi pour régler les problèmes qu'ils peuvent avoir avec la Régie de l'assurance maladie du Québec. Si les omnipraticiens de notre association constatent qu'il y a des choses à améliorer dans le système, c'est à nous de présenter leurs demandes à la Fédération, qui, éventuellement, négociera avec le gouvernement afin de corriger le problème.

M.Q. – Que pensez-vous du fait que l'on parle d'établir certaines mesures pour inciter les médecins plus âgés à poursuivre leur pratique ?

B.P. – Je suis tout à fait d'accord avec l'idée de telles mesures. Les médecins rémunérés à honoraires fixes envisagent une carrière sur une période de 25 à 35 ans. Comme tout le monde, après ces années de travail, ils souhaitent prendre leur retraite. S'il y avait une bonification, les généralistes seraient sans doute plus motivés à demeurer en pratique plus longtemps. Actuellement, le nombre maximal d'années de travail qui est avantageux est de 35 ans pour les omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes. Parce qu'après, même s'ils continuent à pratiquer, ils ne peuvent plus cotiser à leur régime de retraite. Si cette limite était changée, ce serait bien. À l'heure actuelle, les incitatifs, comme le départ progressif, qu'il ne faudrait pas abolir, sont au contraire favorables à la retraite. Les deux peuvent coexister et des primes de rétention pourraient même s'ajouter.

M.Q. – Et que peut-on faire d'autre ?

B.P. – D'autres améliorations sont possibles. Par exemple, la nouvelle prime de responsabilité, qui devrait correspondre à 10 % ou à 12 % de la rémunération du médecin, pourrait compter dans le régime de retraite, ce qui n'est pas le cas actuellement. De même, devrait-on tenir compte pour la retraite des revenus de la garde sur place lorsqu'elle est payée à honoraires fixes. ☺

Promouvoir la médecine familiale

une priorité de la FMRQ

Francine Fiore



Photo : Emmanuelle Garnier

Dr Martin Bernier

Sans être vraiment mal en point, la médecine familiale ne se porte pas très bien. Si rien n'est fait, la situation risque de s'aggraver. Par conséquent, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) a décidé d'agir afin de rétablir le prestige de ce domaine de la médecine.

La FMRQ sait que de nombreux étudiants en médecine préfèrent s'orienter vers les spécialités. « Il est de plus en plus difficile d'intéresser les jeunes médecins à la médecine de première ligne

et à la prise en charge du patient, fait remarquer le **Dr Martin Bernier**, président de la FMRQ. Quelque chose les rebute. On ne sait pas quoi exactement. Il faut examiner le problème. »

Dans un premier temps, des représentants de la FMRQ visiteront les unités de médecine familiale de la province afin de prendre le pouls de la situation et de cerner les raisons des problèmes de recrutement. « Nous voulons faire une tournée des unités de médecine familiale afin de rencontrer les étudiants dans leur milieu, de mieux leur faire connaître la discipline et de répondre aux questions qui les préoccupent », indique le Dr Bernier.

De plus, la FMRQ a nommé récemment un responsable de la médecine familiale. « Auparavant, une coordonnatrice s'occupait du dossier de médecine familiale et d'autres dossiers de spécialités. Mais celui de la médecine familiale devient prioritaire et complexe. Par conséquent,

nous avons dorénavant besoin d'une personne qui s'y consacre à plein temps et qui fera partie de la grande tournée. »

Des bâtons dans les roues

Selon le président de la FMRQ, les activités médicales particulières (AMP), la formation et même la rémunération seraient au nombre des éléments responsables de l'éloignement des jeunes médecins de la médecine familiale. « Après vingt ans d'AMP, nous nous demandons ce que cette activité obligatoire a vraiment apporté de positif. Avons-nous vraiment amélioré la pratique et la prise en charge du patient ? De l'avis de plusieurs, on n'a fait que mettre des bâtons dans les roues des jeunes médecins. » Le Dr Bernier souhaite donc que l'obligation de faire des AMP soit revue en profondeur et peut-être même éliminée.

Par ailleurs, le président de la FMRQ estime qu'il faut réévaluer la formation médicale dès le début. L'une des voies explorées est la révision du cours de médecine avant l'entrée en résidence. « On reconnaît qu'il existe des problèmes, dit-il. Sans prolonger la formation, il faudrait en revoir le contenu. Par exemple, les externes font des stages en pédiatrie, en psychiatrie, en obstétrique-gynécologie, etc. Toutefois, ces stages sont de courte durée. Celui en médecine familiale n'y échappe pas et ne dure qu'environ un mois. De plus, dans 90 % des cas, les professeurs sont des spécialistes. Bien sûr, certains omnipraticiens enseignent la médecine familiale, mais il s'agit d'une minorité. » À son avis, il serait bénéfique que les médecins de famille soient formés par des pairs.

La rémunération

La rémunération en médecine familiale pourrait également être un problème. « Évidemment, les gens se parlent dans les milieux universitaires, indique le Dr Bernier. Et les jeunes médecins sont au courant des différences de rémunération. Plusieurs se disent que pour quelques années d'études supplémentaires, le revenu sera beaucoup plus élevé en spécialité. Par ailleurs, alors que l'on

exige maintenant une résidence en médecine familiale, cette dernière ne devrait-elle pas être considérée au même titre que les autres spécialités et être rémunérée en conséquence ? La question se pose. »

La promotion de la médecine familiale constitue donc une priorité pour la FMRQ. En novembre dernier, l'association a tenu pour la deuxième année sa Journée de réflexion sur la médecine familiale. Puis, en avril, elle a participé à un forum sur le sujet organisé par le gouvernement du Québec. La FMOQ, des représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux et des membres des facultés de médecine étaient présents à cette table de concertation. Le but de cette rencontre : observer ce qui se passe en médecine familiale et définir le problème afin d'y apporter des solutions et attirer de nouvelles recrues. Un rapport de cette rencontre sera publié sous peu. 📧

Assurance supplémentaire pour les vaccins

Bonne nouvelle pour les médecins qui vaccinent leur clientèle. Une assurance supplémentaire abordable leur offrira une protection additionnelle en cas de perte de vaccins. La couverture complémentaire qui était jusque-là proposée contre les pertes de produits dues à un bris d'équipement avait des limites. Ainsi, les vaccins perdus à cause d'une panne de courant, de la porte du réfrigérateur restée ouverte ou du mauvais réglage de sa température n'étaient pas remboursés par les assureurs.

À la demande de la FMOQ, le courtier Dale-Parizeau a négocié une protection supplémentaire couvrant tous ces risques. En plus de leur assurance générale et de leur assurance complémentaire pour les pertes dues à un bris d'équipement, les médecins pourront bénéficier d'une protection additionnelle de 10 000 \$ à 25 000 \$ en plus de leur protection existante, moyennant une surprime de 25 \$ à 100 \$. 📧

Prix Pierre-Delva deux lauréats en Mauricie

Francine Fiore



D^r Réjean Duplain

Récemment, deux médecins de famille, les D^{rs} **Réjean Duplain** et **Patrick Houle**, ont reçu le Prix Pierre-Delva pour leur contribution exceptionnelle à l'enseignement de la médecine familiale en région.

« Lors de la création de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal à l'Université du Québec à Trois-Rivières, il fallait des gens pour

s'en occuper, précise le D^r **Pierre Martin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie. Les D^{rs} Duplain et Houle ont relevé ce défi avec brio. Ils sont d'excellents organisateurs et des *leaders* qui ont donné le goût aux autres d'en faire autant. »

Heureux de cet honneur, le D^r Duplain soutient que le médecin de famille est le mieux placé pour en former un autre. « C'est le fondement du renouveau de la formation en médecine familiale. Mais on manque d'effectifs à cette fin. »

Également lauréat du prix Pierre-Delva, le D^r Houle, médecin de famille et directeur de l'enseignement du CSSS de l'Énergie à Shawinigan, partage cet avis. « Les médecins de famille doivent être formés par leurs pairs. Sur ce plan, les unités de médecine familiale et les stages en région montrent aux futurs médecins combien il est intéressant de devenir un médecin de famille et de s'occuper autant d'un bébé de six mois que d'un vieillard. »

À la fois heureux et surpris de recevoir ce prix, le D^r Houle veut le partager avec ses collègues. « En réalité, ce prix récompense l'effort de tous les médecins qui ont contribué à la formation en médecine familiale dans la région. »



D^r Patrick Houle

Photo : Francine Fiore

Région	Nom du GMF	Nom du médecin responsable
Bas-Saint-Laurent	GMF de Matane	Docteure Diane Pinel-Tremblay
Capitale-Nationale	GMF Charlesbourg	Docteur Gilles Lafrance
	GMF Loretteville	Docteur Simon-Pierre Proulx
	GMF Neufchâtel	Docteur André Leclerc
	GMF La Source	Docteur Daniel Lamontagne
	GMF Portneuf Sud-Est	Docteur Jean-François Grenon
	GMF Portneuf Nord-Ouest	Docteure Louise Grenon
	GMF L'Ancienne-Lorette/Les Saules	Docteur Réal Larochelle
	GMF Clinique médicale Sainte-Foy	Docteur Michel Turgeon
	GMF Le Mesnil	Docteur Denis Drouin
Lanaudière	GMF Matawinie	Docteur Gaston Allard
Laurentides	GMF de La Lièvre	Docteur Luc Laurin
	GMF de la Polyclinique St-Eustache	Docteure Geneviève Caza
Laval	GMF Le Carrefour	Docteure Stéphanie Kochenburger-Bélanger
	GMF Médi+Centre Chomedey	Docteur Gilles Lalonde
Mauricie-Centre-du-Québec	GMF Bois-Francis 4	Docteur Louis Auger
Montérégie	GMF Champs et Jardins	Docteur Michel Brodeur
	GMF CLSC Richelieu	Docteure Linda Lanoue
Montréal	GMF 1851	Docteur Gérald Poirier
	GMF Médistat	Docteure Orly Hermon
Outaouais	GMF de Tourraine	Docteure Suzanne Fortin
Saguenay-Lac-Saint-Jean	GMF Lac-Saint-Jean Est	Docteur Marcel Fortin

NOUVEAUX GMF

Hormones au féminin **repensez votre santé**

De la D^{re} Sylvie Demers



La controverse qui a entouré les hormones féminines, il y a quelques années, a laissé une certaine méfiance à leur égard. Médecin, biologiste et chercheuse, la **D^{re} Sylvie Demers**, fondatrice du Centre ménopause-andropause Outaouais, a décidé de les réhabiliter.

S'appuyant sur de nombreuses observations cliniques ainsi que sur plus de mille articles scientifiques, l'auteure donne l'heure juste sur l'hormonothérapie de remplacement à la ménopause. Faisant le point sur l'étude américaine WHI (*Women's Health Initiative*), qui a suscité une importante réaction autant dans la communauté médicale que chez les femmes, la D^{re} Demers en dissèque les différents aspects et commente les résultats.

L'auteure, en outre, explique ce que sont les hormones féminines, leur rôle, les conséquences d'une chute de leur taux, les avantages de l'hormonothérapie de remplacement, etc. Toutefois, elle précise qu'il ne faut pas utiliser n'importe quoi, n'importe quand. Par conséquent, elle indique quelles hormones éviter, lesquelles employer, chez quelles femmes et à quelle dose.

À partir de nombreux exemples, l'omnipraticienne, spécialiste de la médecine au féminin, parle également de différentes affections dont les maladies cardiovasculaires, l'ostéoporose, la démence, l'anxiété, etc. Bien sûr, une place importante est accordée au cancer du sein, à l'origine de la grande peur de l'hormonothérapie de remplacement. Il est même question des propriétés anticancéreuses des hormones féminines. Dans ce livre de référence en hormonothérapie, médecins et patientes trouveront enfin les réponses à leurs questions. 📖

Les Éditions de l'Homme, Montréal, 2008, 256 pages, 26,95 \$.

Le cancer du col de l'utérus

De Roger Dachez



Bien qu'il puisse être enrayé par un vaccin, le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique. Voici un petit livre spécialisé de la collection *Que sais-je ?* qui fait le point sur les connaissances actuelles et les possibilités d'intervention dans ce domaine.

L'auteur, le **P^r Roger Dachez**, médecin gynécopathologiste, président de l'Institut Alfred-Fournier à Paris, se consacre au

cancer du col utérin depuis vingt ans. Dans ce livre, il expose les causes de la maladie, son évolution, son traitement ainsi que la façon de la prévenir.

Une première partie pose un regard sur l'anatomie de l'appareil génital de la femme et de ses transformations au cours de sa vie. Puis, l'auteur explique le rôle des papillomavirus humains (VPH) dans le développement du cancer du col de l'utérus. Il décrit les manifestations et l'évolution de l'infection, les risques et modalités de transmission, les lésions précancéreuses et les différentes formes et stades du cancer du col utérin.

Sur le plan diagnostique, le spécialiste rappelle l'histoire du dépistage cytologique, les développements dans ce domaine et décrit la colposcopie et le déroulement de l'examen. En outre, il explique le principe et les méthodes du dépistage du VPH basé sur la détection de l'ADN viral et indique comment en faire l'interprétation. Mentionnant les limites des techniques de dépistage actuelles, le spécialiste présente les nouveaux marqueurs diagnostiques ou pronostiques. Il décrit également les récents tests, dont le génotypage ainsi que la recherche de la protéine p16, fortement exprimée en présence d'un VPH de haut risque et complémentaire à la cytologie dont elle augmente la sensibilité. Bien sûr, il est question de la vaccination et du traitement. ☞

Presses Universitaires de France, Paris, 2008, 128 pages, 15,95 \$.

La manière de traiter les plaies

D'Ambroise Paré



Il était une fois un jeune chirurgien qui n'avait peur de rien, surtout pas d'innover. Son nom : **Ambroise Paré**, médecin du 16^e siècle. La reproduction du très beau livre qu'il a écrit en 1545 permet de mieux connaître son apport à la chirurgie. Rédigé en partie en vieux français, ce document raconte la médecine d'un autre temps.

Dans une longue préface, **M^{me} Marie-Madeleine Fragonard** nous présente l'homme et son œuvre. Né vers 1510 à

Laval, Ambroise Paré arrive à Paris vers 1530 comme apprenti barbier. Il suit sa formation à l'Hôtel-Dieu, qu'il qualifie d'enfer, les malades étant entassés à plusieurs par lit. Dès le début, sa vie professionnelle est marquée par une succession de guerres où il s'occupe des blessés. Médecin de terrain, il soigne aussi les nobles, dont les rois de France. Ainsi, il fut le chirurgien d'Henri II et de Charles IX ainsi que le médecin de Louis XIII dès la naissance de ce dernier.

Ambroise Paré doit inventer pour soulager les blessés. C'est que les nouvelles armes à feu causent des blessures inhabituelles et très graves. Afin de soigner ces lésions, il invente des techniques de soin, dont la ligature des artères. À cette époque, les instruments chirurgicaux ressemblent à des outils de torture. Ils prennent la forme de leviers, de pieds-de-biche, etc. Le chirurgien entreprend une miniaturisation de l'équipement en vogue afin de l'adapter à la fragilité des chairs et des crânes.

Non seulement cet ouvrage révèle-t-il la vie de celui qui est considéré comme le père de la chirurgie moderne, mais il éclaire le lecteur sur l'évolution de cette spécialité. Le livre est également enrichi de magnifiques gravures montrant des objets pour le moins effrayants, dont un dilatoire à ouvrir la bouche, une jambe de bois pour les vulgaires, une main de fer, un bras articulé et bien d'autres surprises. Un pur plaisir pour l'œil et l'esprit ! 📖

Presses Universitaires de France, Paris, 2007, 288 pages, 59,95 \$.

Que deviennent les très grands prématurés de 26 semaines et moins ?

**Des parents témoignent,
des médecins réagissent**

De Sylvie Louis



Minuscules et fragiles, les bébés nés entre 22 et 26 semaines de grossesse se situent aux limites de la viabilité. Heureusement, la médecine moderne en sauve la majorité. Dans cet ouvrage, qui s'adresse aux familles ainsi qu'aux professionnels concernés par la prématurité, **Sylvie Louis**, journaliste et auteure de livres destinés aux parents, présente certains de ces enfants nés trop tôt.

Grâce à la générosité des familles, le lecteur plonge dans l'intimité de la vie de très grands prématurés et de leurs proches. Ainsi, une vingtaine de parents racontent avec tendresse la naissance de leur enfant, le début de sa vie parfois mouvementé, sa croissance, ses progrès et parlent même des séquelles le cas échéant, et, bien sûr, de son état aujourd'hui. Ils abordent des questions comme le combat quotidien afin d'améliorer le sort de l'enfant, les conséquences de la présence d'un grand prématuré sur la vie familiale, sur le couple, les frustrations, les espérances, etc.

En outre, six médecins du Québec, de l'Ontario, de France et de Belgique, ainsi que deux membres d'associations pour les prématurés, commentent ces témoignages. Ces spécialistes insistent sur la prévention en néonatalogie, de même que sur le soutien qui doit être apporté aux parents et à l'enfant. Tous estiment que ces derniers doivent être accompagnés adéquatement non seulement à la naissance, mais aussi par la suite afin de rendre la prématurité extrême moins difficile à vivre. ☺

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2008, 208 pages, 15,95 \$.

Cryoablation for Cardiac Arrhythmias

*Sous la direction
des D^{rs} Paul Khairy et Marc Dubuc*



Apparue il y a plus de 25 ans, l'électrophysiologie d'intervention a révolutionné le traitement de l'arythmie cardiaque. Rapidement, les chercheurs ont mis au point des techniques avant-gardistes en utilisant différentes formes d'énergie. La cryoablation est de celles-là ! Les **D^{rs} Paul Khairy et Marc Dubuc**, deux cardiologues de l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) spécialisés dans le

traitement des arythmies cardiaques, présentent le premier grand livre de référence (*textbook*) sur le sujet.

Dix ans après la toute première cryoablation réalisée à l'ICM, ce livre enseigne tout ce qu'il faut savoir sur le sujet. Une trentaine de spécialistes internationaux ont participé à sa rédaction. S'appuyant sur de nombreux cas cliniques, ils expliquent la cryoablation de sa conception à son utilisation sur le patient. Ainsi, les auteurs dévoilent les principes de base de la technique, son évolution, ses applications médicales et ses possibilités dans la médecine de demain. Et comme le recours au froid en médecine ne date pas d'hier, ils offrent en prime une note historique qui remonte à son utilisation dans les temps anciens, soit aussi loin que 2600 ans av. J.-C.

Publié en anglais, le texte, à la fois concis et précis, est facile à consulter. Il est destiné aux cardiologues ainsi qu'aux étudiants faisant un post-doctorat, aux stagiaires et à tous les professionnels travaillant dans ce domaine. Le livre est distribué gratuitement par Chryocath Technologies Inc. On peut le commander par téléphone au 514 694-1212 ou par courriel à marcomm@cryocath.com. 📧

Éditions Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, 2008, 190 pages.