

Réunion du Conseil de la FMOQ des nouvelles du guichet d'accès



IL Y A DE BONNES nouvelles pour les Québécois sans médecin de famille. Créés depuis maintenant un an, les guichets d'accès pour les clientèles orphelines des centres de santé et de services sociaux fonctionnent bien. Au cours des dix premiers mois, ils ont permis à plus de 132 000 personnes de trouver un médecin de famille. Au moins 4700 omnipraticiens y participent et ont accepté en moyenne 28 patients chacun.

Mais il y a plus. Pendant cette même période, soit de novembre 2011 à septembre 2012, beaucoup de cliniciens ont pris en charge de nouveaux patients sans même passer par les guichets d'accès. Ainsi, presque 240 000 personnes se sont trouvé directement un médecin de famille.

Au total, 370 000 personnes de plus ont donc un médecin de famille. Maintenant, presque cinq millions de Québécois sont enregistrés auprès d'un clinicien de première ligne. Plus de 6300 omnipraticiens les ont pris en charge.

Le guichet semble donc remplir relativement bien son rôle. Toutefois, certains de ses aspects soulèvent quelques questions. En juin dernier, lors d'une rencontre entre les représentants de la Fédération

des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et les responsables des guichets d'accès, un constat troublant a émergé. « Le guichet a de la difficulté à trouver un médecin de famille à certains patients dont le cas est particulièrement lourd. Il va falloir faire quelque chose, parce que ces personnes sont celles qui ont le plus besoin d'un suivi médical », a expliqué le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération, au cours de la réunion du Conseil, le 29 septembre dernier.

Certains médecins se sont, par ailleurs, plaints à la Fédération que le processus par lequel ils peuvent « s'autoadresser » des patients en passant par le guichet d'accès était fastidieux. Ils devaient remplir un formulaire, communiquer avec le guichet, obtenir un numéro séquentiel, s'engager à prendre ensuite des patients vulnérables venant du guichet.



D^r Louis Godin

Photos : Emmanuèle Garnier

Nouveaux tarifs de la CSST concernant les principaux services

Libellé de l'acte	Code d'acte	Ancien tarif	Nouveau tarif
BEM – Supplément lorsque l'évaluation est faite en cabinet (nouvel acte)	9977	—	100 \$
Rapport d'évolution	9928	13,50 \$	19 \$
Attestation médicale	9926	19 \$	20,50 \$
Certificat d'assignation temporaire	9971	50 \$	59 \$
Rapport final	9930	21,50 \$	22 \$
Certificat de retrait préventif	9970	60 \$	70 \$
Évaluation médicale faite par le médecin qui a charge	9944	330 \$	360 \$
Avis du BEM – Après examen du travailleur	9939	500 \$	640 \$
Rapport d'évaluation médicale – Médecin désigné	9978	545 \$	740 \$
Considération en raison de la complexité (bilan médical)	9916	75 \$	90 \$
Considération en raison de la complexité (bilan médical)	9915	50 \$	60 \$
Considération en raison de la complexité (bilan médical)	9914	25 \$	30 \$
BEM – Avis donné au vu du dossier	9938	310 \$	350 \$
Étude de dossiers particuliers (décès, maladie : étude du dossier et rapport)	9942	210 \$	340 \$
Supplément pour certaines spécialités (neurologie, neurochirurgie, toxicologie)	9901	75 \$	85 \$
Production des tests audiologiques (nécessaires pour le REM à rédiger)	9919	75 \$	85 \$
Évaluation médicale d'urgence (1–5 jours à la demande de la CSST)	9946	560 \$	575 \$

BEM : Bureau d'évaluation médicale ; REM : Rapport d'évaluation médicale

Devant cette situation, le président de la FMOQ a décidé de consulter ses membres. « Nous allons profiter de la tournée des assemblées générales des associations affiliées pour rencontrer les médecins et leur expliquer la situation. On va les écouter, puis voir ce que l'on doit faire », a affirmé le D^r Godin aux délégués.

Dossiers de négociations

Sur le plan des négociations, le dossier de la nouvelle nomenclature dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés va se conclure sous peu. « On devrait parapher l'entente au début d'octobre. Les mesures devraient ensuite entrer en vigueur soixante jours plus tard », a précisé le D^r Godin. Cela touchera entre autres les unités de soins de courte durée, de gériatrie, de soins palliatifs, de toxicomanie, de soins intensifs et de soins coronariens.

La nomenclature dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée avance aussi. « Les

discussions avec le gouvernement concernant les libellés sont terminées. On en est à l'étape des simulations pour voir les répercussions financières des nouveaux tarifs. On va avoir besoin de vos avis », a expliqué le président aux délégués.

La FMOQ a, par ailleurs, conclu une nouvelle entente avec la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). L'enveloppe a été augmentée de 16,1 %. Les nouveaux tarifs devraient être appliqués au début de l'année 2013 (*encadré*). Comme l'entrée en vigueur des nouveaux prix a été fixée au 1^{er} avril 2012, les médecins recevront des paiements rétroactifs pour les actes faits à partir de cette date.

À l'heure du dossier médical électronique et de l'informatisation, la Fédération et la CSST désirent rendre possible la transmission des formulaires par voie électronique. Des discussions vont avoir lieu sur la manière de procéder. « On va aussi déterminer la compensation qui sera donnée aux médecins de famille qui utiliseront le nouveau

mode de communication », a mentionné le D^r Godin. Par ailleurs, dans la nouvelle entente, la CSST s'engage également à financer un programme de formation sur la rédaction des rapports d'évaluation médicale. Pour ce qui est des rapports de prise en charge des lombalgies et de suivis des lésions musculosquelettiques, ils sont conservés.

Une relève de plus en plus nombreuse

Qu'en est-il de la relève ? Les nouvelles sont également bonnes de ce côté. En 2012, 293 nouveaux médecins ont reçu un avis de conformité leur permettant de s'installer dans l'une des régions du Québec. En 2013, ils devraient être 320 à venir en renfort. Ce chiffre enthousiasmant est cependant brut. « Le nombre de nouveaux médecins nécessaires pour remplacer les départs

est de 150, ce qui nous fait prévoir un ajout net approximatif de 170 », a précisé le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ, au cours de la réunion du Conseil.

Cette arrivée de nouveaux médecins de famille permet d'atténuer la pénurie.

En 2011, il manquait

l'équivalent de 1129 omnipraticiens travaillant à temps plein, ce qui représentait un taux de 12,8 %. Cette année, ce pourcentage est descendu à 11,9 % et la pénurie à 1063 médecins de famille. L'an prochain, le nombre de médecins manquants pourrait tomber sous le seuil des 1000, et peut-être atteindre 980.

Sur le plan de l'organisation des soins, le nombre de groupes de médecine de famille (GMF) augmente lentement. Ils sont passés de 227, en 2011, à 243 en 2012, soit 16 de plus. Le nombre de cliniciens qui pratiquent dans les GMF atteint cette année 3781. « Il y a presque 300 médecins de plus que l'an dernier », a indiqué le D^r Dulude. Le nombre de patients inscrits dans un GMF, lui, a dépassé



Quelques délégués du Conseil

les trois millions. Parmi ces personnes, presque 38 % sont vulnérables.

Pour finir, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec changera-t-elle de nom ? Le sondage qu'a mené l'organisme n'a pas donné de résultats clairs. Aucune appellation ne s'est démarquée. Les deux qui sont arrivés en tête sont la « Fédération des médecins de famille du Québec » et le nom actuel. « On va poursuivre la réflexion et on va faire de cette question un sujet de discussion au congrès syndical », a dit le D^r Godin. Le colloque, dont le thème sera « Nous sommes PRÉSENT et AVENIR », aura lieu les 23 et 24 mai 2013, à Montréal. 📄

Photos : Emmanuelle Garnier



D^r Serge Dulude

Association du Saguenay–Lac-Saint-Jean

surveiller la réalisation des promesses électorales

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Louis Godin

LE 4 OCTOBRE DERNIER, le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ, est allé rencontrer les médecins de famille du Saguenay–Lac-Saint-Jean au cours de l'assemblée générale de leur association. Le **Dr Réjean Hébert** n'était alors que depuis peu à la tête du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « L'arrivée d'un nouveau ministre a des conséquences. Cela amène

une pause qui est tout à fait légitime, parce qu'il doit prendre connaissance de ses dossiers. Depuis environ un mois, rien n'a donc avancé sur le plan des négociations », a affirmé le président.

La Fédération va, par ailleurs, surveiller la réalisation des promesses électorales du nouveau gouvernement : plus de ressources pour les groupes de médecine de famille (GMF), amélioration des conditions de pratique des omnipraticiens, bonification de leur rémunération, etc. « On va suivre de près ce qui va se passer dans les prochaines semaines. On n'hésitera pas à talonner le ministre de la Santé pour qu'il tienne ses engagements. »

Le président a ensuite fait le point sur différents dossiers : nouvelle entente avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail et nomenclature dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Infirmières et dossiers électroniques

Pendant la période de questions, un médecin a suggéré une nouvelle manière de pratiquer en se fondant sur sa propre expérience. Depuis deux ans, il collabore avec une infirmière qu'il a engagée lui-même et qu'il paie. « C'est fantastique à quel point on peut travailler davantage et être plus efficace pour la collectivité. Cela met un brin de plaisir dans l'exercice de la médecine », a-t-il déclaré.

Depuis le début de sa tournée des associations, le D^r Godin avait entendu le récit d'autres omnipraticiens qui ont fait de telles expériences. Ils lui ont affirmé qu'ils arrivaient maintenant à prendre en charge plus de patients grâce à l'infirmière et que cette dernière allégeait leur travail. « Je trouve cela très intéressant. C'est vraiment la voie de l'avenir. La Fédération voudrait que l'Entente favorise encore davantage la collaboration avec une infirmière, mais aussi qu'elle permette au médecin de choisir lui-même sa collaboratrice. Je suis convaincu qu'il y a beaucoup d'infirmières qui sont prêtes à aller travailler dans des cabinets de médecin si on leur en donne l'occasion. Je ne pense pas que ce soit nécessaire de passer par les établissements de soins. »

Et qu'en est-il des dossiers médicaux électroniques dans les unités de médecine familiales (UMF) ?, s'est enquis l'un des participants. Lors de la conclusion de l'Entente destinée à favoriser l'adoption des dossiers médicaux électroniques (DME), la Fédération et le Ministère n'ont pas réussi à s'entendre au sujet des UMF, a indiqué le D^r Godin. Pour des raisons légales, il semblerait qu'il ne peut y avoir qu'un seul système de dossier médical électronique au sein d'un établissement de santé. « Ce que nous avons convenu dans une lettre d'entente avec le MSSS, c'est que ce dernier a 18 mois pour trouver une solution. S'il ne propose rien, on appliquera aux UMF, mais aussi aux CLSC, l'entente actuelle sur les DME. Le Ministère est, de toute façon, fort conscient qu'il est illogique que les UMF,



des endroits où l'on forme les étudiants, n'aient pas de dossiers électroniques alors qu'on veut en installer dans tous les autres milieux de soins. »

Des préoccupations régionales aussi ont surgi au cours de l'assemblée. « Quand les médecins du Saguenay vont-ils avoir les mêmes avantages que ceux du Lac-Saint-Jean en ce qui concerne les frais de ressourcement ? Quand on a une séance de formation à Québec, ce n'est pas parce qu'on vit à Chicoutimi qu'on va revenir le soir. C'est la même distance de Québec qu'Alma », a affirmé une omnipraticienne.

Il s'agit d'une demande de longue date des médecins du Saguenay. « On a un volet sur tout ce dossier, a répondu le D^r Godin. J'espère qu'on arrivera à obtenir la modification que vous souhaitez. »

L'AMOSL une association tournée vers les jeunes

Photos : Emmanuèle Garnier



D^r Mario Dubois

LE D^r MARIO DUBOIS, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean (AMOSL), est optimiste. Et ce, même s'il manque une cinquantaine de médecins de famille dans sa région. Le prochain plan régional d'effectifs médicaux devrait lui accorder environ 13 postes. « Ils vont tous être pourvus, j'en suis sûr », affirme-t-il.

La région du Saguenay-Lac-Saint-Jean commence à connaître un certain succès. « Les jeunes médecins frappent aux portes. L'an dernier, le Département régional de médecine générale a été obligé de faire des entrevues pour effectuer une sélection. C'est quand même quelque chose. Et j'ai l'impression que cette année la même situation va se reproduire », affirme le D^r Dubois. Les nouveaux facturants se bousculent surtout pour s'installer à Jonquière, à Chicoutimi et à Alma. Roberval et Dolbeau-Mistassini sont un peu moins populaires (*tableau*).

Les universités ont joué un grand rôle dans cette réussite qui est tangible depuis trois ans. L'Université de Sherbrooke a, dans la région, deux unités de médecine familiale (UMF) : l'une à Chicoutimi et l'autre à Alma. « Presque tout



Assemblée générale annuelle de l'AMOSL

Pourcentage d'atteinte des PREM (ETP)

Nombre de médecins équivalents temps plein présents dans une région sur le nombre de postes accordés par le DRMG

Territoire	2011	2012 (31 juillet)
La Baie	71 %	86 %
Chicoutimi	73 %	76 %
Jonquière	76 %	82 %
Alma	87 %	85 %
Roberval	65 %	69 %
Dolbeau-Mistassini	74 %	61 %

le recrutement à Alma a été fait à partir des résidents de l'UMF. Ceux qui y viennent restent souvent dans la région. »

De son côté, l'Université du Québec à Chicoutimi, en partenariat avec l'Université de Sherbrooke, propose depuis 2006 une formation complète aux étudiants en médecine. « Elles offrent le cours de la première année jusqu'à la résidence. Les étudiants arrivent donc dans la région, trouvent l'endroit intéressant, se font des amis, rencontrent un copain ou une copine et, automatiquement, continuent leur résidence ici, puis s'installent. »

Pour accueillir tous ces jeunes membres, l'Association va leur préparer une trousse d'accueil en format électronique qui contiendra des informations sur l'AMOSL et des conseils utiles pour la pratique. L'Association a également créé un comité des jeunes. « On l'a mis sur pied pour aller chercher les nouveaux médecins, avoir leur opinion, savoir comment ils fonctionnent, ce qu'ils veulent qu'on fasse », indique le président.

Le D^r Dubois est particulièrement fier qu'il y ait une majorité de jeunes, dont quatre femmes, au Bureau de son association. Le groupe est très dynamique. « Au lac-à-l'épaule que l'on a organisé récemment, deux jeunes médecins ont pris en main le site Web. Ils nous disaient qu'ils pouvaient faire ceci ou cela. Les idées fusaient ! »

Priorité aux communications

Les groupes de médecine de famille (GMF) semblent devenir de plus en plus populaires

auprès des médecins du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Même si un seul s’est ouvert l’an dernier, 35 nouveaux omnipraticiens pratiquent maintenant dans ces milieux. Un nombre important pour cette région de quelque 300 omnipraticiens. En ce qui concerne les patients qui fréquentent les GMF, leur nombre qui était de quelque 100 000, en 2011, atteint maintenant presque 136 000. L’avenir pourrait être encore meilleur : deux nouveaux GMF pourraient ouvrir à Saint-Félicien et à La Baie.

L’AMOSL a, par ailleurs, créé un comité d’implication et de mobilisation syndical. Il s’agit de la version régionale de celui qu’a récemment mis sur pied la FMOQ. « L’objectif est de mobiliser les médecins en vue des négociations de la prochaine entente. Si l’on ne s’y prend que trois mois avant le renouvellement de l’accord-cadre, ce ne sera pas facile de susciter leur intérêt », soutient le D^r Dubois. Le comité va cibler particulièrement les jeunes omnipraticiens. Il va entre autres tenter d’en recruter comme membres. Le nouveau groupe de travail va leur envoyer, ainsi qu’aux autres médecins de famille de la région, des courriels, des informations sur l’Entente générale et sur la facturation. Il va également les inciter à participer au forum de discussion de son site Internet.

L’Association compte d’ailleurs promouvoir davantage son site, amosl.ca, créé il y a

deux ans. « Dorénavant, cela va être notre moyen de communication privilégié », indique le D^r Dubois. L’Association va envoyer, à partir du site, ses courriels aux membres. Plusieurs messages vont les inviter à consulter des informations contenues dans certains onglets. « On va toujours passer par le site. Les médecins vont donc être obligés d’y aller. » Le site contiendra également un forum de discussion. De temps à autre, l’AMOSL fera parvenir aux omnipraticiens de la région une question par courriel et les invitera à y répondre dans le forum. Le site va, en outre, contenir un calendrier des activités de formation médicale de tout le territoire.

Les communications vont donc être l’une des priorités de l’Association cette année. Le D^r Dubois compte d’ailleurs faire une tournée de la région au printemps 2013. « C’est un exercice très enrichissant. On va rencontrer les médecins, leur parler. On pourra mettre un visage sur les noms. » Ces visites font partie du plan de mobilisation. « Les objectifs de la tournée ne sont pas encore établis, mais on pourrait consulter les médecins sur ce qui a été négocié et sur ce qui devrait l’être la prochaine fois. On pourrait également leur parler d’enjeux importants comme le guichet d’accès et les infirmières praticiennes spécialisées. »

À la fin de l’assemblée générale, les membres de l’Association ont réélu le président, le D^r Dubois, et presque tous les membres de son Bureau. Une nouvelle venue, la D^{re} **Marlène Landry**, est devenue directrice et représentante de Chicoutimi. **EG**



Entrevue avec le D^r Réjean Hébert

les priorités du ministre de la Santé et des Services sociaux



D^r Réjean Hébert

Le D^r Réjean Hébert, qui a entre autres été doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, est le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Au cours de la campagne électorale, il a fait plusieurs promesses et s'est prononcé sur plusieurs sujets concernant la médecine familiale.

M.Q. – Quel sera votre premier geste en tant que ministre de la Santé ?

R.H. – Mon premier geste sera de mettre en place une stratégie pour que chaque citoyen ait accès à un médecin de famille le plus rapidement possible. Pour cela, on va d'abord compléter le réseau de groupes de médecins de famille (GMF) de façon à couvrir l'ensemble du territoire québécois.

M.Q. – Combien en faudrait-il ?

R.H. – On pense qu'il en faudrait entre 300 et 350. Il faut cependant examiner la question pour le milieu rural. Quelle formule de GMF pourrions-nous implanter dans ces milieux pour qu'elle puisse s'appliquer à de petits noyaux de médecins qui ne réussissent pas à remplir les critères d'un GMF ou même d'un GMF progressif ? J'ai demandé qu'on travaille là-dessus au Ministère.

Ensuite, il faut voir comment on peut doter les groupes de médecins de famille d'autres professionnels de la santé. On parle beaucoup des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, mais il y a aussi les infirmières auxiliaires et d'autres professionnels comme les nutritionnistes, les travailleurs psychosociaux et les inhalothérapeutes.

M.Q. – Au cours de la campagne électorale, vous avez dit que vous ajouteriez trois ressources professionnelles par GMF.

R.H. – Oui, c'est ce qu'on avait avancé dans le cadre budgétaire. Je pense qu'il faudrait délocaliser un certain nombre de ressources qui sont déjà dans le réseau, mais qui ne fonctionnent pas autour des GMF. Ces ressources sont actuellement dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), mais pourraient être rame-

nées beaucoup plus près de l'action, c'est-à-dire du point d'entrée que sont les GMF.

Ce serait en fait la même formule que celle que l'on a actuellement avec les infirmières. Elles sont engagées par les CSSS et délocalisées dans les GMF. On pourrait utiliser cette formule-là pour des professionnels déjà en place dans les CSSS.

M.Q. – Selon vous, il faudrait un nouvel équilibre entre les tâches des omnipraticiens et celles des spécialistes. En quoi cela consisterait-il ?

R.H. – Avec la pénurie de médecins spécialistes depuis les dix dernières années, beaucoup de tâches qui étaient dévolues avant à ces derniers ont été faites par les médecins de famille pour pallier la pénurie. Maintenant que les pénuries se résorbent de plus en plus dans certaines spécialités, je pense qu'il faut qu'il y ait un retour des spécialistes à ces tâches pour libérer les médecins de famille afin qu'ils puissent se consacrer à la pratique en cabinet. Je suis inquiet de voir la croissance importante des hospitalistes, c'est-à-dire des médecins de famille qui ne pratiquent qu'à l'hôpital. Je pense que ces derniers doivent suivre leurs patients à l'hôpital, mais lorsqu'on en voit ne faire que de l'hospitalisation et faire en partie la prise en charge des patients pour des collègues spécialistes, là je pense qu'on va trop loin. Il faut, à mon avis, revenir à une prise en charge des patients hospitalisés par les spécialistes.

M.Q. – Y a-t-il d'autres tâches que les médecins de famille devraient redonner aux spécialistes ?

R.H. – Il y a une espèce de médecine spécialisée en médecine de famille qui, bien qu'elle puisse être appropriée dans certains cas, doit être remise en cause dans d'autres. Je pense qu'il faut que les spécialistes fassent leurs tâches et que les médecins de famille fassent la leur. On a demandé aux médecins de famille d'effectuer beaucoup de tâches hospitalières de deuxième et de troisième lignes et je pense qu'on doit procéder à un rééquilibrage, que ce soit en psychiatrie, en endocrinologie ou dans plusieurs autres spécialités.

M.Q. – Au cours de la campagne électorale, vous avez parlé de l'importance de la réduction de l'écart de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes.

R.H. – Ça, c'est à long terme, parce que les ententes qui ont été conclues vont jusqu'en 2016. Cela va donc être à long terme

puisque, évidemment, nous allons respecter les ententes qui ont été signées.

M.Q. – Mais par la suite ?

R.H. – Par la suite, je pense qu’il n’est pas acceptable qu’il y ait un écart de rémunération aussi grand entre les médecins de famille et le reste des spécialistes.

M.Q. – Et quel serait un écart acceptable pour vous ?

R.H. – Ça va faire l’objet de négociations. Je ne pense pas que je vais indiquer *a priori* ce que constitue un écart acceptable. On va cependant essayer de le réduire. Ce serait déjà un pas dans la bonne direction.

M.Q. – Vous êtes très favorable aux soins à domicile.

R.H. – Oui, c’est ma deuxième priorité. Il faut faire en sorte que les personnes âgées puissent avoir les services dont elles ont besoin, peu importe le milieu de vie qu’elles ont choisi. Pour cela, il faut donner priorité aux soins à domicile, investir dans ce domaine, mais également changer le mode de financement des services aux personnes âgées par la mise en place d’une assurance autonomie. Il s’agirait d’un financement public et universel pour les personnes âgées qui ont une perte d’autonomie afin que les soins et services qu’elles reçoivent – peu importe si elles vivent dans leur maison, dans une résidence privée d’hébergement ou dans un CHSLD – soient couverts par le public. L’assurance autonomie serait donc un mode de financement à l’activité pour les soins de longue durée. Ce système a été mis en place dans plusieurs pays européens et asiatiques, notamment au Japon, avec beaucoup de succès. Cela permet de réellement donner priorité aux soins à domicile.

M.Q. – Il y aurait un budget de 500 millions ?

R.H. – Oui, nous voulons investir 500 millions à terme, c’est-à-dire qu’au bout de quatre ans, il y aura 500 millions de plus récurrents dans les soins à domicile au Québec. C’est une mesure importante. Cependant, la mise en place de l’assurance autonomie fera en sorte de rassembler dans un même fonds l’ensemble des budgets consacrés aux soins de longue durée au Québec. Il y en a pour 3 milliards. Donc, si l’on rajoute les 500 millions de l’investissement aux soins à domicile, cela fait 3,5 milliards. On met le tout dans une caisse hermétique à l’abri des utilisations autres. Actuellement, dans plusieurs CSSS – ce n’est pas moi qui le dis, mais la protectrice du ci-

toyen –, il y a des budgets dévolus aux soins à domicile qui sont en fait utilisés pour d’autres missions. Si l’on veut vraiment que les budgets des soins à domicile et des soins à long terme soient consacrés aux personnes âgées en perte d’autonomie, il faut les consolider dans un fonds et faire en sorte que le financement soit ajusté aux besoins des personnes qui ont été évaluées.

M.Q. – Vous voulez, par ailleurs, élargir le rôle des pharmaciens et des infirmières ?

R.H. – Oui. Pour les pharmaciens, une loi votée à l’Assemblée nationale leur permet de prescrire ou de reprécrire des médicaments. Il va maintenant falloir faire en sorte que cette loi s’applique et rédiger les règlements. Un groupe de travail va déterminer les médicaments que les pharmaciens pourront prescrire ou dont ils pourront renouveler l’ordonnance et les maladies auxquelles cela s’appliquera. Pour les infirmières, les ordonnances collectives et le cadre réglementaire législatif nous permettent actuellement de leur donner plus de responsabilités dans le suivi des maladies chroniques. Elles peuvent effectuer des ajustements dans le cas du diabète ou des maladies respiratoires. Elles peuvent aussi faire des prescriptions dans des cas ciblés. Je pense aux infections urinaires, à certaines infections chez les enfants, etc.

Il y a donc un travail à réaliser pour donner plus d’autonomie aux professionnels – les pharmaciens et les infirmières –, pour faire en sorte qu’ils contribuent à améliorer l’accès à la première ligne.

M.Q. – Vous voulez également investir dans la prévention et la promotion de la santé ?

R.H. – La politique de prévention va être menée par ma collègue **Véronique Hivon**. Elle va avoir la charge d’élaborer une politique nationale sur la prévention de la maladie qui couvrira non seulement la promotion de saines habitudes de vie, comprenant la nutrition, l’exercice physique, la lutte contre le tabagisme, mais aussi la prévention au sens plus large en ce qui a trait à la détection précoce des cancers et des maladies chroniques. Cette politique va se pencher également sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang, ainsi que sur les risques liés, par exemple, à la pauvreté et aux mauvaises conditions de vie. Cette politique de prévention va être lancée assez rapidement. Le ministère en a déjà plusieurs éléments dans ses cartons. Il faudra rassembler autour de cette politique les autres ministères concernés pour la mettre en place au cours de l’année 2013. 📞

AMP mixte **les aspects importants** **que beaucoup ignorent**

Cela fait maintenant un an qu'une nouvelle catégorie d'activité médicale particulière (AMP), l'AMP mixte, a été créée. Cette récente mesure, qui permet de faire six heures de prise en charge de patients vulnérables et six heures d'un autre type d'AMP, semble cependant entourée d'un flou.

Résultat de cette incertitude : plusieurs départements régionaux de médecine générale (DRMG) tentent d'éclaircir la situation en créant leurs propres règles. Ainsi, certains décident de limiter l'AMP mixte à seulement une portion de leur territoire. D'autres acceptent ces activités uniquement pour la prise en charge de personnes venant du guichet d'accès des clientèles orphelines. D'autres encore fixent le nombre de patients vulnérables à suivre. Dans chacun de ces cas, les départements sont dans l'erreur.

« La seule chose que les DRMG peuvent exiger concernant la prise en charge des patients vulnérables dans le cadre de l'AMP mixte,

c'est six heures d'activité. Ils ne peuvent imposer d'autres conditions », explique M^{me} Marianne Casavant, conseillère en politiques de santé à la FMOQ.

Plusieurs peuvent considérer que les DRMG essayent de tirer le maximum des AMP pour répondre aux besoins de la population. « Certains le font cependant de façon comptable. La Fédération croit que les besoins de la population seront mieux servis si les médecins sont davantage traités en professionnels. »

Pour préciser les règles, la Fédération et le ministère de la Santé et des Services sociaux ont rédigé un document à partir des données de l'Entente sur les AMP : Le guide de gestion des activités médicales particulières.

Les règles de l'AMP mixte

On découvre dans le nouveau guide des particularités de l'AMP mixte que beaucoup ignorent. Ainsi, le DRMG doit rendre cette nouvelle activité disponible peu importe l'endroit du territoire où le médecin veut la pratiquer, ce qui n'est pas le cas des activités comme l'urgence, l'obstétrique, les soins aux patients hospitalisés ou les soins de longue durée. « Le DRMG pourrait décider que les soins aux patients hospitalisés constituent une AMP disponible uniquement dans un hôpital précis. Toutefois, il ne peut faire la même chose pour la portion "prise en charge" de l'AMP mixte », précise M^{me} Casavant.

L'activité médicale particulière mixte a, en outre, la même importance que les autres activités du bloc 2 (*encadré*). Normalement, elle devrait figurer d'emblée sur la liste des AMP que peut choisir un clinicien.

Certains DRMG fixent, par ailleurs, la deuxième activité que l'omnipraticien doit choisir pour accompagner la portion « prise en charge » dans une AMP mixte. Ils n'y sont toutefois pas autorisés. « Le DRMG ne peut dire au médecin qu'il doit faire de l'obstétrique dans tel établissement pour compléter son AMP mixte. Le clinicien a le droit de choisir l'autre partie de l'AMP mixte qui lui convient parmi la liste des activités disponibles dans la région. »



Photo : Emmanuèle Garnier

M^{me} Marianne Casavant

De la même manière, le DRMG ne peut imposer aux omnipraticiens la provenance des patients vulnérables qu'ils doivent suivre dans le cadre de leur AMP mixte. Il ne peut non plus les obliger à faire la prise en charge dans un sous-territoire ou un milieu de soins précis. Ce type de situation s'est déjà produit. Ainsi, un département n'accordait d'AMP mixtes que si le suivi des patients vulnérables avait lieu dans une clinique-réseau et un autre que si le suivi était effectué dans des sous-régions précises.

Le DRMG ne peut non plus décider du nombre de patients que doit suivre le praticien dans le cadre de son AMP mixte. Le calcul doit se faire en heures : jusqu'à six heures pour un médecin devant s'acquitter de 12 heures d'AMP. Auparavant, l'ancienne entente sur les AMP avait proposé, à titre d'essai, que la prise en charge de 400 patients vulnérables corresponde à 12 heures d'AMP. Certains responsables des DRMG ont alors pris l'habitude de lier la prise en charge à un nombre de patients.

Autres côtés moins connus des AMP

Le guide de gestion des AMP explique, par ailleurs, d'autres aspects moins connus des activités médicales particulières. Ainsi, peu d'omnipraticiens savent que même s'ils ont un avis de conformité leur permettant de pratiquer dans une région, ils peuvent faire leurs AMP dans une autre. Par exemple, si un médecin déménage dans une région voisine, il peut continuer à faire ses activités médicales particulières dans l'hôpital où il pratiquait. Les responsables de son nouveau DRMG, même s'ils en sont un peu ennuyés, ne peuvent s'y opposer.

Il y a cependant une restriction à respecter. Le clinicien ne peut choisir des AMP dans une région voisine qui ne sont pas admissibles dans la sienne. Par exemple, s'il ne peut avoir comme activité particulière douze heures de prise en charge de patients vulnérables dans sa région (bloc 3), il ne peut aller dans une autre région pour l'obtenir.

Le document rédigé par la Fédération et le Ministère apporte ainsi de nombreuses

Les trois blocs d'AMP et leurs catégories respectives

1^{er} bloc :

- I. Prodigation de services médicaux à l'urgence.

2^e bloc :

- II. Prodigation de services médicaux auprès des patients hospitalisés dans les établissements de soins de courte durée, avec garde en disponibilité ;
- III. Prodigation de soins impliquant une garde en disponibilité dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de réadaptation ou le maintien à domicile ;
- IV. Prodigation de soins dans un service d'obstétrique ;
- V. Prise en charge et suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou dans une unité de médecine familiale (UMF), jumelée à l'une des activités du premier ou du deuxième bloc.

3^e bloc :

- VI. Prise en charge et suivi de patients vulnérables en cabinet, à domicile, en CLSC ou en UMF ;
- VII. Toute autre activité autorisée par le ministre.

Source : *Le guide de gestion des activités médicales particulières*. Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec ; 2012.

précisions pour éclairer les médecins, mais surtout les départements. « Ce guide va être accompagné d'une tournée. Les membres de la direction de la Planification et de la Régionalisation de la FMOQ iront rencontrer les DRMG dans chaque région pour le leur faire connaître », indique M^{me} Casavant. **EG**

Précision

Dans l'article intitulé : « Prise en charge de plus de patients : comment une infirmière auxiliaire peut vous aider », du numéro d'octobre 2012 du *Médecin du Québec*, la dernière citation de la D^{re} Isabelle Descoteaux, « J'aime mieux avoir une infirmière qui m'aide à faire mon travail qu'une infirmière clinicienne qui fait mon travail à ma place » (p. 17), ne reflétait pas exactement la pensée de l'omnipraticienne. Dès la sortie du numéro, elle nous a joints pour apporter des précisions : « Je voulais dire que j'aime mieux avoir une infirmière qui m'aide à faire mon travail qu'une infirmière praticienne spécialisée. Par ailleurs, j'apprécie beaucoup le travail d'enseignement et d'évaluation que font les infirmières cliniciennes, que ce soit dans notre GMF, en CHSLD ou dans le cadre du suivi systématique des maladies chroniques. »

Nouvelles publicités de la FMOQ

le médecin de famille est près de ses patients

Photo : Emmanuelle Garnier



M. Jean-Pierre Dion

Depuis quelques semaines, quatre nouvelles publicités de la FMOQ sont apparues à la télévision aux heures de grande écoute. Elles diffusent toutes le même message : « En tout lieu, le médecin de famille est l'allié de votre santé ». Dans des clips de 15 secondes, on voit un omnipraticien prendre soin d'une vieille dame à domicile, soigner un homme aux urgences, ou encore une omnipraticienne s'occuper d'une femme enceinte dans

un service d'obstétrique ou examiner un jeune garçon dans un cabinet médical.

« On voulait montrer différents milieux de pratique des médecins de famille et indiquer que ces derniers ne travaillent pas exclusivement dans des cabinets médicaux. Pratiquement 40 % de leur travail se déroule dans un milieu hospitalier. On voulait également souligner le fait que les médecins de famille sont près de leurs patients », explique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications à la FMOQ.

Cette campagne publicitaire, qui a commencé

le 15 octobre, se terminera à la fin de novembre. Les vidéos sont diffusées au cours d'émissions populaires comme Tout le monde en parle, Les enfants de la télé, etc. « On va avoir la possibilité de rediffuser ces publicités lors des derniers épisodes de la saison en décembre », précise M. Dion.

Les publicités ont été conçues par l'agence BCP. L'approche retenue vise à toucher les gens dans leur quotidien. On présente des situations vécues, sur un ton calme avec une musique apaisante.

Mais pourquoi une campagne de publicité maintenant ? « Il ne faut pas être présent dans le débat public seulement quand il y a des négociations. On doit y être tout le temps. On sait que la place de la médecine familiale et le rôle du médecin de famille sont désormais des questions importantes pour la société québécoise. Ils ont constitué l'un des enjeux de la dernière campagne électorale. Je pense qu'il est important de montrer le travail du médecin de famille, l'étendue de ses tâches et de ses responsabilités pour que l'on puisse avoir un débat public éclairé », indique M. Dion. **EG**



Des nouvelles des associations...

Prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ

Mauricie

Mercredi
7 novembre
Hôtel des Gouverneurs
1100, promenade du Saint-Maurice
Shawinigan (QC) G9N 1L8
819 537-6000

Yamaska

Jeudi
8 novembre
17 h 30
Club de golf de Saint-Hyacinthe
3840, boul. Laurier Ouest
Saint-Hyacinthe (QC) J2S 7B2
450 773-8579 ou 514 336-1401

Estrie

Vendredi
9 novembre
16 h
Musée de la nature
et des sciences de Sherbrooke
225, rue Frontenac
Sherbrooke (QC) J1H 1K1
819 564-3200

Laurentides-Lanaudière

Mercredi
14 novembre
17 h
Best Western
420, boul. Monseigneur Dubois
Saint-Jérôme (QC) J7Y 3L8
450 438-1155

Laval

Vendredi
16 novembre
16 h 30
Club de Golf de Rosemère
282, boul. Labelle
Rosemère (QC) J7A 2H6
450 437-7555

Sud-Ouest

Jeudi
22 novembre
Fin d'après-midi
Hôtel Delta
40, av. du Centenaire
Salaberry-de-Valleyfield (QC) J6S 3L6
450 373-1990

Montréal

Vendredi
23 novembre
13 h 30
Hyatt Regency Montréal
1255, rue Jeanne-Mance
Montréal (QC) H5B 1E5
514 982-1234



Conférences en ligne les plus récentes

La fièvre chez l'enfant

- D^{re} Marisol Sanchez, pédiatre,
Centre hospitalier Sainte-Justine, à Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation des opioïdes contre la douleur (NOUGG)

- D^r André Bélanger, médecin de famille,
Clinique médicale Valcartier, à Courcellette
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Sédation procédurale

- D^r Christian Malo, résident en médecine
d'urgence, Université Laval, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

L'activité physique et la santé cardiovasculaire

- D^r Paul Poirier, cardiologue – interniste,
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Le sel et la santé

- D^r Paul Poirier, cardiologue – interniste,
Institut universitaire de cardiologie
et de pneumologie de Québec, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Lombalgie et sténose spinale

- D^{re} Josée Fortier, spécialiste en médecine physique
et en réadaptation, Clinique de rhumatologie et
physiatrie du Centre-du-Québec, à Trois-Rivières
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

www.fmoq.org