

par Emmanuèle Garnier

Contrat d'engagement et changement du statut du médecin des propositions inacceptables



Le D^r Yves Dugré.



Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Renald Dutil.



Photo : J.-G.A./Le Médecin du Québec.

Le D^r Stéphane Ahern.

La révolution envisagée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a créé une onde de choc dans les trois fédérations de médecins. Omnipraticiens,

spécialistes et résidents se sont insurgés contre les amendements législatifs que projetait le gouvernement. Au programme ministériel : modification du statut du médecin, contrat d'engagement, nouvelles contraintes et, pour les récalcitrants, lourdes pénalités.

Dans un document de travail remis aux fédérations, le Ministère proposait que les médecins signent un contrat pour avoir le droit de facturer à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ). Le MSSS profitait de l'occasion pour imposer à tous les médecins la participation aux activités médicales particulières (AMP) et le respect des plans d'effectifs régionaux (PREM). Les rebelles s'exposeraient à perdre leurs privilèges de pratique et leur droit de facturer à la RAMQ.

Devant cette menace, les trois fédérations de médecins ont sonné l'alarme dans les médias et le public. « Modifier de cette façon le statut professionnel du

SYNDIGRAPHIES CE MOIS-CI

Contrat d'engagement et changement du statut du médecin
des propositions inacceptables 1

La FMOQ à la WONCA
les moments chaudières de la carrière d'un omnipraticien ... 3

Améliorer le régime de retraite et d'assurances
des médecins payés à honoraires fixes
entretien avec le D^r Benoît Poulin 11

sommaire de la revue, page 5

médecin aura des effets pervers très importants », a averti le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec dans *La Presse*. « On ne parle que d'obligations pour les médecins, mais pas d'obligation pour les hôpitaux à fournir de l'équipement, du personnel ou des salles d'opération », a dénoncé pour sa part le **D^r Yves Dugré**, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) dans un autre quotidien. Le **D^r Stéphane Ahern**, qui dirige la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), a affirmé, quant à lui, que ses membres se sentaient « pris en otage ».

Informer les médecins

Le jour même de leur opération médiatique, les fédérations communiquaient avec leurs membres. Au début de septembre, tous les généralistes ont reçu une copie du document de travail du MSSS, accompagnée d'une lettre. « Vous comprendrez à la lecture de ce document que le ministre Legault recherche la conscription des médecins dans toutes les régions du Québec, contrat d'engagement individuel et « *billing number* » en prime ! », y expliquait le **D^r Dutil**.

Les spécialistes, eux, ont eu un tableau de ce qui les attendrait si étaient entérinées les modifications législatives du ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. François Legault**, car des mesures particulières les concernent. « Oubliez l'idée d'exercer dans les régions universitaires. Le MSSS a annoncé son intention de fermer la porte d'entrée dans ces régions, sauf pour les retours de *fellowship* et les médecins étrangers. Vous voulez exercer dans une région périphérique ? Oubliez les besoins de la population, car le MSSS a décidé de ne pas combler les pénuries dans ces régions mais de stabiliser les effectifs seulement. Vous voulez exercer dans une région intermédiaire ou éloignée ? Allez-y, mais sachez que vous ne pourrez peut-être pas en sortir de sitôt », a écrit le **D^r Dugré** à ses confrères.

Le **D^r Ahern**, lui, a fait connaître la position de sa fédération par la voie d'un communiqué de presse. « Les médecins résidents sont inquiets d'une telle approche et de l'attitude du gouvernement, qui multiplie les mesures coercitives dans un contexte où la pénurie d'effectifs est devenue endémique, et ce, pas seulement chez les médecins, mais également chez les autres professionnels du réseau, dont les infirmières. »

Des obligations mais pas de protection

À la fin d'août, les fédérations ont été interloquées quand elles ont pris connaissance du projet de mesures coercitives qu'envisageait le ministre. Les négociations entre le MSSS et les médecins étaient alors toujours en cours. Les généralistes, par exemple, tentaient de régler avec le Ministère la question des AMP et des PREM. Tant les omnipraticiens que les spécialistes affirment avoir soumis, dans le cadre du renouvellement de leur entente générale, des propositions qui permettraient d'atteindre les objectifs que s'était fixés le gouvernement... La scène ressemble étrangement à la reprise d'une autre encore récente : l'adoption de la loi 114 pour régler le problème des urgences. Une blessure toujours fraîche.

Le document de travail du Ministère semble par ailleurs peu s'embarrasser de limites. Il précise, par exemple, que le médecin doit se conformer « aux exigences de la garde pour tous les secteurs de l'établissement, y compris la nécessité d'augmenter sa participation en cas de problèmes de disponibilité médicale et en tenant compte du soutien à apporter au service d'urgence ». Jusqu'où va cette obligation ? « On ne le sait pas, reconnaît le **D^r Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. Dans les faits, c'est un contrat qui n'a que des obligations et pas de limites. Il est inacceptable, tant dans le fond que dans la forme. »

Il y a maintenant une nouvelle définition du contrevenant, ironise pour sa part le **D^r Dugré**. « Le médecin travaillant dans un hôpital en pénurie qui fait autant de gardes qu'il en est capable, mais n'en fait pas autant que quelqu'un en a décidé, est maintenant un contrevenant. On pénalise le médecin comme s'il était responsable de la pénurie actuelle. » Le président de la FMSQ craint par ailleurs que l'éventuelle loi n'accroisse encore davantage l'exode des médecins spécialistes. Le Québec est déjà la province qui en perd le plus.

Les résidents, de leur côté, sont révoltés. « Tout ce qui arrive maintenant – la pénurie de médecins, le manque d'infirmières, les problèmes dans le système de santé – est dû essentiellement à la planification du MSSS. Il voudrait maintenant nous faire porter l'odieux de ses erreurs en n'en assumant aucune », dénonce le **D^r Ahern**. Les jeunes médecins se sentent également découragés. Qu'arrivera-t-il à ceux dont le conjoint

travaille dans une grande ville et ne pourra les suivre dans la région éloignée où ils seront obligés d'exercer ?

Les trois fédérations, qui font front commun, vont tenter de convaincre le ministre d'abandonner la voie de la coercition et de reprendre celle de la négociation. Si le MSSS restait sur ses positions, d'autres avenues seraient alors envisagées, ont indiqué les représentants des médecins. La FMOQ et la FMSQ vont d'ailleurs convoquer leur Commission des présidents et rencontrer leurs délégués. ☞

La FMOQ à la WONCA **les moments charnières de la** **carrière d'un omnipraticien**



Il existe des tournants dans la vie professionnelle d'un omnipraticien. Vers le milieu de la quarantaine, entre autres, puis au début de la soixantaine, montre une recherche réalisée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) à partir de données sur l'ensemble des généralistes québécois.

« La diminution de l'éventail des activités médicales commence dès les premières années de pratique des

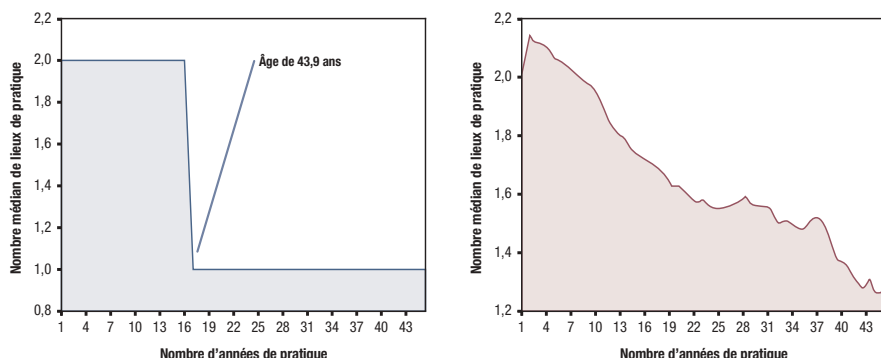
omnipraticiens. Cependant, ce n'est qu'après 17 ans d'exercice que cette réduction devient particulièrement marquée. Les médecins ont alors en moyenne 44 ans (*figure*). Le volume des services rendus par les omnipraticiens reste par contre essentiellement le même à tous les âges, sauf après 60 ans où les médecins réduisent leur activité », a expliqué le **D^r Renald Dutil** devant une salle bondée de Londres. Le président de la FMOQ présentait les résultats de l'étude au congrès de la section européenne de la World Organization of National Certification Academy (WONCA), un organisme international regroupant les médecins de famille.

Et l'influence des activités médicales particulières (AMP) sur la carrière d'un médecin de famille ? Elle ne serait pas aussi déterminante qu'on l'avait cru. « On pensait que les médecins cessaient de travailler à l'hôpital dès la fin de la période obligatoire de 10 ans d'AMP. Or, ce n'est que vers leur quinzième année d'exercice, soit vers 44 ans, un âge qui correspond à une certaine époque de la vie, que les cliniciens limitent leur champ d'activité », commente le **D^r Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la Régionalisation de la FMOQ, qui a supervisé la recherche.

Les répercussions de ces données sont importantes pour les planificateurs. « Comme les choix de carrière d'un omnipraticien semblent surtout tenir à des facteurs liés à un plan de vie, des moyens comme les AMP ne suffisent pas à les influencer », ajoute **M^{me} Isabelle Savard**, conseillère en politique de santé, qui a réalisé l'étude.

FIGURE

Évolution du nombre de champs de pratique selon le nombre d'années d'exercice



Vieillesse et réduction des activités

Comment se dessine la pratique des omnipraticiens au fil du temps ? Pendant les premières années, la majorité des jeunes généralistes exercent dans un hôpital tout en pratiquant des activités de première ligne dans un cabinet privé ou un CLSC. Avec les années, le nombre de ceux qui travaillent dans un centre hospitalier diminue

Suite page 11

Améliorer le régime de retraite et d'assurances des médecins payés à honoraires fixes

Entretien avec le D^r Benoît Poulin, président de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques (AMOEP)

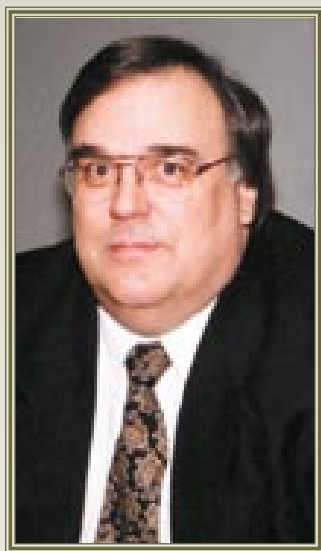


Photo : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Benoît Poulin.

S'INTÉRESSANT À LA FOIS AUX régimes de retraite et d'assurances des omnipraticiens, le D^r Poulin nous livre ses réflexions sur ces questions qui pourraient constituer des enjeux importants des négociations avec le gouvernement dans le cadre du renouvellement de l'entente générale.

M.Q. – La négociation de la prochaine entente générale s'amorce avec le gouvernement. Que souhaitez obtenir votre association ?

B.P. – L'AMOEP considère primordial que les gains obtenus par les médecins rémunérés à honoraires fixes et à tarif horaire dans le dernier accord-cadre soient consolidés. La parité entre leur rétribution et celle des médecins fonctionnaires évaluateurs doit ainsi demeurer. Il ne faut plus prendre de retard. Nous ne voulons pas avoir à mener à nouveau les mêmes batailles.

Nous voulons également que l'équivalence actuarielle soit maintenue entre les différents modes de rémunération : à l'acte, à honoraires fixes et à tarif horaire. Cela signifie que si des avantages tels que des congés de maternité, des congés pour adoption, des congés de perfectionnement et autres sont accordés aux omnipraticiens payés selon un mode de rémunération, des compensations devront être données aux généralistes payés selon les autres mode de rémunération.

Enfin, une attention particulière de-

vra être apportée aux clauses concernant le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) et les régimes collectifs d'assurances.

M.Q. – Et que souhaitez-vous en ce qui concerne le RREGOP auquel participent les médecins payés à honoraires fixes ?

B.P. – Un point doit être corrigé de toute urgence. Il s'agit du fait que l'État ne contribue plus au RREGOP de l'omnipraticien une fois que la rémunération de ce dernier atteint quelque 99 000 \$. Le médecin perd alors le versement gouvernemental pour la partie de son revenu qui excède ce seuil. Comme la contribution de l'État au RREGOP est d'environ 5 à 6 % (cela varie selon les années), la rétribution du médecin pour le montant gagné au-delà de 99 000 \$ est donc diminuée de 5 à 6 %. Le clinicien devrait donc bénéficier d'une compensation. Actuellement, environ 100 médecins, surtout des omnipraticiens exerçant dans les régions éloignées, sont touchés par ce problème. Mais tous le seront à

Suite de la page 3

progressivement pour grossir les rangs des praticiens de première ligne. Ceux qui continuent à exercer à l'hôpital y conservent cependant le même niveau d'activité.

En règle générale, le cabinet privé est le lieu d'exercice préféré des omnipraticiens. Leur pratique s'y accroît pendant les 20 premières années, puis se stabilise. L'omnipraticien, même s'il en vient à restreindre ses activités dans la quarantaine, reste très actif jusque vers l'âge de 60 ans. Il réduit ensuite son rythme de travail pendant quatre à cinq ans, puis prend sa retraite.

L'analyse de certaines données projette toutefois une lumière inquiétante sur l'avenir.

« Le vieillissement de la population médicale associé à la réduction du champ de pratique pourrait mener à de graves problèmes d'accès dans plusieurs secteurs de la médecine générale. Certaines pénuries de médecins dans les urgences pourraient ainsi être dues en partie au vieillissement de la main-d'œuvre », a indiqué le D^r Dutil dans la conclusion de sa conférence.

Études sur les femmes et sur les jeunes médecins

Deux autres études de la Fédération ont été présentées au congrès de la WONCA, dont une sur la présence des femmes en médecine. « La féminisation n'est pas un problème. C'est un fait », a affirmé M^{me} Savard dans sa conférence. Depuis 1990, plus de 50 % des nouveaux

plus ou moins longue échéance. Il est impératif de corriger rétroactivement ce problème. Il s'agit d'une question d'équité.

M.Q. – Le RREGOP lui-même vous satisfait-il ?

B.P. – À la demande de l'assemblée générale de l'AMOEP, la FMOQ étudie s'il ne serait pas plus avantageux pour les médecins rémunérés à honoraires fixes de quitter le RREGOP et d'adhérer à un fonds de pension similaire plus adapté à leurs besoins.

L'idée n'est pas neuve. En 1997, les cadres du gouvernement ont obtenu la création de leur propre fonds de pension, le Régime de retraite du personnel d'encadrement. Le syndicat des professionnels à l'emploi du gouvernement réclame lui aussi la même mesure et est prêt à recourir à des journées d'étude pour l'obtenir.

Le problème pour les médecins en ce qui concerne le RREGOP vient du fait que ce dernier regroupe des employés du gouvernement aux profils de carrière et de rémunération hétérogènes. Le conseil d'administration de ce fonds de pension est composé de représentants de l'employeur et des employés. Cependant, les

grandes centrales syndicales sont les seules représentées, et seuls les besoins de leurs mandants sont considérés. Ceux des petits regroupements aux profils particuliers, comme le nôtre, sont négligés. Par conséquent, nos cotisations servent souvent à financer les bénéfices accordés aux autres membres. Ainsi, la majorité des travailleurs commencent à travailler vers l'âge de 20 ans et, parvenus à 55 ans, désirent prendre leur retraite le plus vite possible. Cela est très onéreux pour le régime. Les médecins rémunérés à honoraires fixes, par contre, commencent rarement leur carrière avant 26 ans. Ils paient donc pour les autres. Évidemment, ils gagnent davantage, mais je ne pense pas que ce soit le rôle d'un régime de pension de redistribuer la richesse. Il faudra que des démarches soient faites pour modifier la situation.

M.Q. – Vous voudriez également que la prochaine négociation se penche sur le problème du régime d'assurances des médecins rémunérés à honoraires fixes.

B.P. – Je m'intéresse à cette question comme membre du comité paritaire sur les régimes d'assurances collectives créé en vertu de l'entente entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Je suis très inquiet de l'avenir

du régime d'assurance-invalidité et d'assurance-vie destiné aux médecins rémunérés à honoraires fixes. Les coûts s'accroissent chaque année et il faut de toute urgence trouver une solution pour les freiner sans que cela soit préjudiciable aux médecins omnipraticiens.

Actuellement, les coûts des régimes d'assurance-invalidité et d'assurance-vie sont partagés entre le gouvernement et les médecins. La Régie de l'assurance-maladie du Québec verse 1,65 % du montant de la rémunération des omnipraticiens, et l'excédent de la facture doit être payé par les généralistes eux-mêmes. Or, à cause du vieillissement du groupe, mais surtout du grand nombre de personnes atteintes d'invalidité permanente, l'assureur, dont le but est évidemment de réaliser des profits, se retrouve déficitaire d'année en année. Il cherche donc à combler ses pertes et augmente les primes.

Les intervenants concernés, qu'ils soient de la FMOQ ou du gouvernement, devront entreprendre des discussions pour stabiliser la situation et garantir aux médecins le maintien de ces bénéfices qui sont partie intégrante de leur rémunération. Quelle est la solution ? Il est trop tôt pour le dire. ❧

médecins au Québec sont des femmes. « Les omnipraticiennes cherchent un meilleur équilibre entre la vie familiale et les activités professionnelles. Nous devons trouver des mesures pour les aider à atteindre ce but. Il faut dorénavant tenir compte du profil de pratique des femmes dans la planification de la main-d'œuvre médicale. »

Le D^r Rodrigue, de son côté, a présenté un exposé sur les jeunes médecins. Au Québec, la croissance des effectifs ne repose que sur eux. « Ils travaillent massivement dans les établissements de soins et privilégient des valeurs différentes de celles des générations précédentes. Ce n'est pas sans répercussions sur la couverture

des services médicaux généraux. »

Le directeur de la Planification et de la Régionalisation a en outre animé un atelier sur l'évaluation des effectifs médicaux en médecine générale. L'échange avec les praticiens européens a été enrichissant. « Nous nous sommes aperçus que nous vivions les mêmes problèmes. En Angleterre, en France et en Espagne, les cliniciens voient leur tâche s'alourdir. Des problèmes d'effectifs médicaux sévissent aussi en Europe. Par ailleurs, les médecins y réduisent tout comme au Québec leurs champs de pratique. La féminisation de la main-d'œuvre médicale, par contre, n'est pas aussi prononcée que dans notre province. » ❧