

# Les médecins de famille de nouveau sous la loupe

## sondage sur la transformation du réseau et les conditions d'exercice et de rémunération

*Isabelle Savard, Stéphanie Gaucher,  
Jean Rodrigue, Renée Dubé et Paul Villeneuve*

**D**EPUIS PLUSIEURS ANNÉES, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) interroge ses membres sur plusieurs aspects touchant leur pratique professionnelle à l'aide de sondages, de groupes de discussion et d'études de profils de pratique. Actuellement, les omnipraticiens du Québec évoluent dans un contexte où des changements structurels importants sont annoncés, notamment avec la création des centres de santé et de services sociaux et la mise sur pied des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Une grande partie des omnipraticiens travaillent déjà en collaboration avec d'autres professionnels de la santé, mais cette situation deviendra encore plus fréquente, notamment avec l'élargissement du rôle des infirmières. Par ailleurs, les conditions d'exercice et de rémunération des médecins omnipraticiens sont de plus en plus appelées à changer pour s'adapter à la nouvelle réalité de la pratique médicale de première ligne dans les cabinets et les CLSC, que ce soit dans un groupe de médecine de famille (GMF) ou non.

Nous avons voulu savoir ce que pensaient les médecins omnipraticiens de la transformation du réseau et de l'élargissement du rôle des infirmières et

s'ils croyaient que des modifications devraient être apportées à certaines de leurs conditions d'exercice et de rémunération.

### *Methodologie du sondage*

Un questionnaire a été élaboré par la société Zins Beausnesne et associés, membre du Groupe SECOR. Il comprenait deux volets : le premier explorait la perception des médecins omnipraticiens envers la transformation du réseau ; le second visait à recueillir les opinions de ces derniers en ce qui a trait aux conditions d'exercice et de rémunération de la médecine familiale. Le questionnaire comportait 22 questions.

Afin de permettre une analyse fine des données recueillies, 12 sous-groupes de médecins omnipraticiens ont été déterminés en fonction du type de pratique et de la région de pratique des médecins (adresse officielle). Les régions ont été divisées en quatre catégories : universitaires (Québec, Estrie, Montréal-Centre), périphériques (Chaudière-Appalaches, Laval, Montérégie), intermédiaires (Mauricie-Centre-du-Québec, Outaouais, Lanaudière, Laurentides) et éloignées (Bas-Saint-Laurent, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Le type de pratique était établi en fonction du revenu attribuable à l'une ou l'autre des activités suivantes :

- ☉ Pratique principale dans un cabinet (correspond à au moins 70 % du revenu) ;
- ☉ Pratique principale en CLSC (correspond à au moins 70 % du revenu dans les régions universitaires et périphériques et à au moins 60 % dans les régions intermédiaires et éloignées) ;

*M<sup>me</sup> Isabelle Savard est conseillère en politiques de santé à la Direction de la planification et de la régionalisation de la FMOQ. M<sup>me</sup> Stéphanie Gaucher est conseillère en communication au sein de la même direction. Le D<sup>r</sup> Jean Rodrigue en est le directeur. M<sup>me</sup> Renée Dubé est associée chez Zins Beausnesne et associés. M. Paul Villeneuve est directeur chez Zins Beausnesne et associés.*

**Tableau I****Caractéristiques de l'échantillon obtenu (n = 501)****Régions de pratique**

Régions universitaires	38,3 %
Régions périphériques	26,3 %
Régions intermédiaires	23,0 %
Régions éloignées	12,4 %

**Type principal de pratique en première ligne**

Cabinet	47,5 %
CLSC	19,2 %
Mixte	33,3 %

**Sexe**

Masculin	59,9 %
Féminin	40,1 %

**Année d'obtention du permis d'exercice**

Depuis 1990	25,5 %
Entre 1980 et 1989	36,1 %
Avant 1980	38,3 %

☉ Pratique mixte (deux types de pratique de première ligne [CLSC et cabinet] qui correspondent à une proportion du revenu variant entre 30 % et 70 %).

À partir de la base de données de la FMOQ, un échantillon de base a été constitué parmi les 5057 médecins omnipraticiens du Québec qui avaient gagné au moins 35 000 \$ en cabinet, en CLSC ou en combinant les deux types de pratique durant l'exercice financier 2002-2003, excluant les médecins pratiquant principalement en milieu hospitalier et en CHSLD. Nous avons donc sélectionné les omnipraticiens dont une part importante de la pratique était en première ligne. Nous avons ensuite envoyé un questionnaire à 1200 des 5057 médecins sélectionnés. Cette enquête postale s'est déroulée entre le 21 juin et le 13 août 2004.

Au total, 501 questionnaires ont été remplis, pour un taux de réponses de 42 %. Les résultats présentés dans cet article sont représentatifs de la population étudiée. La marge d'erreur associée aux proportions est de  $\pm 4,1$  % avec un intervalle de confiance de

95 %. Compte tenu de l'excellente représentativité de l'échantillon obtenu par rapport à la population étudiée, aucune procédure de pondération n'a été nécessaire et les résultats d'analyses obtenus étaient statistiquement significatifs selon les principales caractéristiques de la population, soit la répartition par région de pratique, le principal type de pratique, le sexe et l'année d'obtention du permis d'exercice. Le *tableau I* présente les principales caractéristiques de l'échantillon obtenu.

Les données recueillies ont été saisies sur support informatique et traitées à l'aide du logiciel STAT-XP. Des analyses bivariées (tableaux croisés en bannière) ont été réalisées pour tester les différences entre certains sous-groupes.

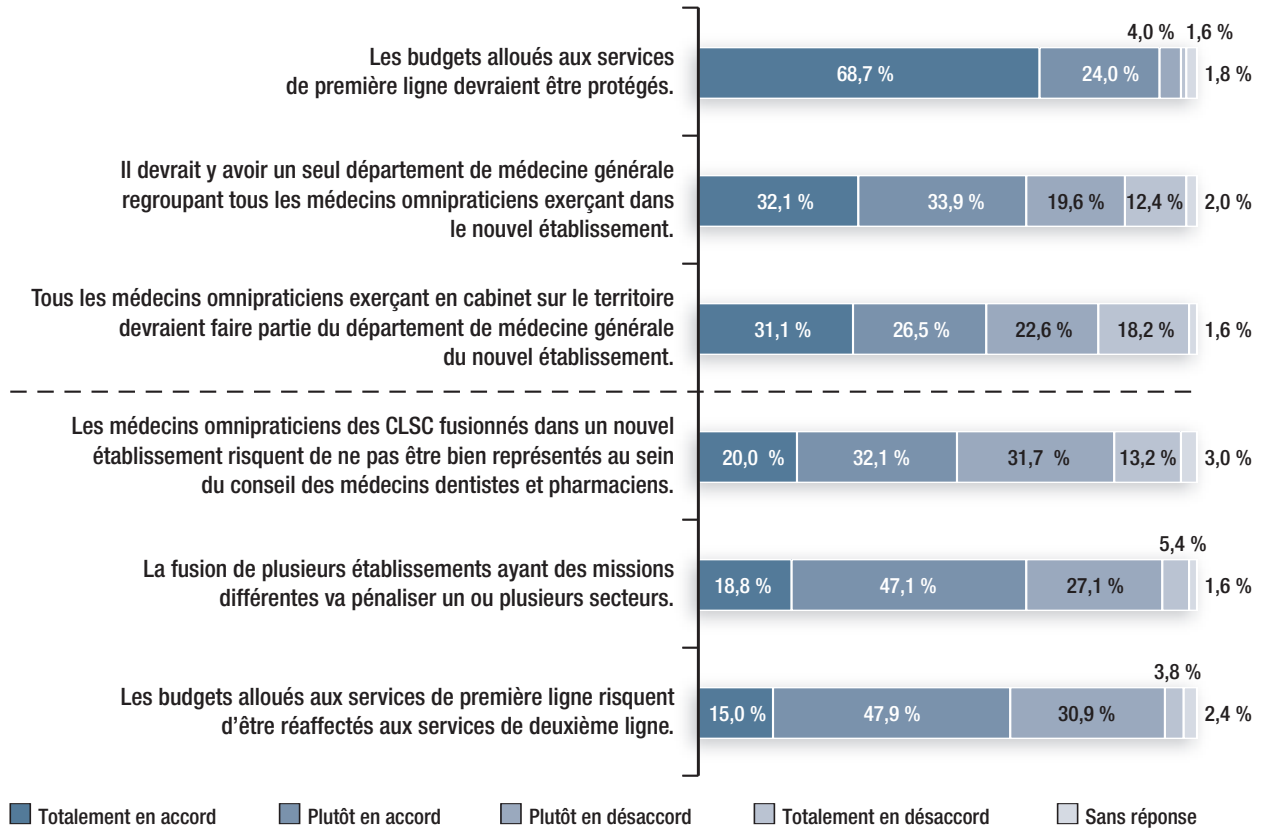
**Résultats**

Les omnipraticiens interrogés pratiquaient principalement en cabinet dans une proportion de 47,5 % alors que 19,2 % d'entre eux exerçaient surtout en CLSC et 33,3 % avaient une pratique principale mixte, combinant des activités en CLSC et en cabinet pour la majorité de leur revenu (*tableau I*). Quatre-vingt-dix pour cent des omnipraticiens se considèrent d'abord et avant tout comme des médecins de famille. Qu'ils pratiquent majoritairement en cabinet, en CLSC ou qu'ils aient une pratique mixte, le résultat est comparable. Cette proportion est un peu plus faible (84,4 %) chez les médecins ayant obtenu leur permis d'exercice avant 1980.

Avec la Loi 25, les établissements d'un même territoire – CH, CHSLD et CLSC – seront fusionnés en un seul établissement comportant un conseil d'administration et un seul conseil des médecins, dentistes et pharmaciens. Le nouvel établissement, nommé centre de santé et de services sociaux (CSSS), sera chargé d'assurer la mission de chacun des établissements fusionnés en plus de coordonner les activités et services du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) d'un territoire donné. Chaque territoire regroupera le nouveau centre de santé et de services sociaux ainsi que des médecins pratiquant en cabinet, des pharmaciens d'officine et d'autres ressources en santé. Le réseau devra notamment « assurer à la population de son territoire l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux de première ligne... ». À cette fin, le

Figure 1

## Niveau d'accord des répondants sur différents énoncés concernant les CSSS



CSSS pourra conclure des ententes avec ses partenaires du réseau, dont les médecins en cabinet. Quelle analyse les médecins omnipraticiens œuvrant majoritairement en première ligne font-ils de ces nouvelles structures ?

Les médecins omnipraticiens ont une opinion partagée quant à l'utilité des CSSS pour eux. Au total, 9,4 % les perçoivent comme très utiles, 41,5 % comme plutôt utiles, 40,1 % comme plutôt inutiles et 7,0 % comme très inutiles.

Une majorité de répondants croit que les CSSS auront peu d'effet sur le niveau de coordination des services de première ligne. En effet, 52,7 % des répondants croient que la coordination ressemblera à celle qui a cours actuellement. Les réserves sont encore plus fortes dans les régions universitaires.

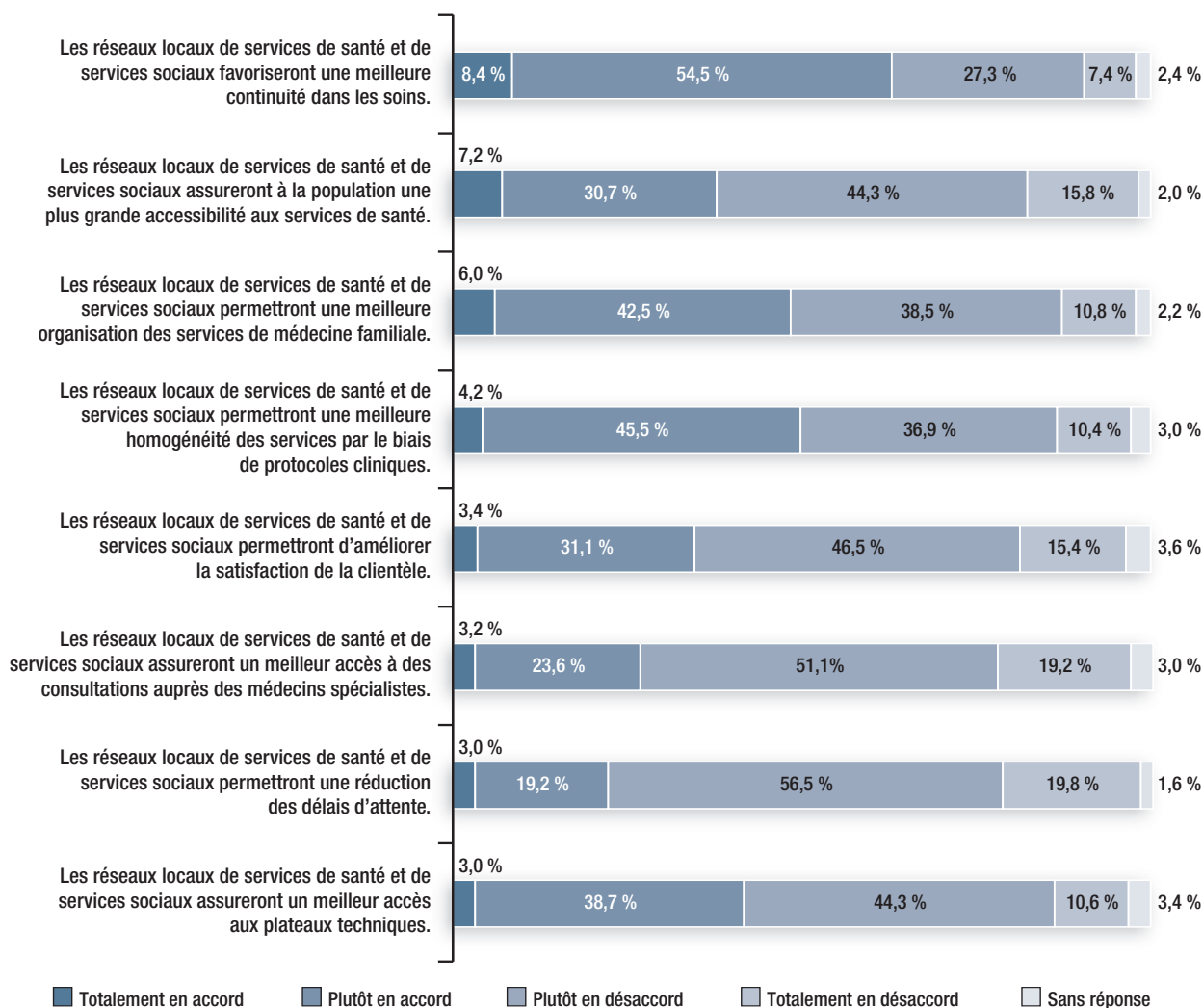
Nous avons voulu connaître le niveau d'accord de nos répondants quant à différents énoncés concernant les nouveaux centres de santé (figure 1).

Les médecins omnipraticiens interrogés étaient majoritairement d'accord pour dire que la fusion de plusieurs établissements ayant des missions différentes allait pénaliser un ou plusieurs secteurs (65,9 %) et que les budgets alloués aux services de première ligne risquaient d'être réaffectés aux services de deuxième ligne (62,9 %). Une majorité d'entre eux pensaient également que les omnipraticiens des CLSC fusionnés dans le cadre de la création d'un nouvel établissement risquaient de ne pas être bien représentés au sein du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (52,1 %). Ces craintes étaient particulièrement fortes chez les médecins omnipraticiens exerçant principalement en CLSC.

Au total, les répondants croient, dans une proportion de 92,7 %, que les budgets alloués aux services de première ligne devraient être protégés. Ils croient également, à 66 %, qu'il ne devrait y avoir qu'un seul département de médecine générale regroupant tous

**Figure 2**

**Niveau d'accord des répondants sur l'effet probable des RLSSSS**



les médecins omnipraticiens exerçant dans le nouvel établissement. Les répondants sont nombreux (57,5 %) à croire que tous les omnipraticiens exerçant en cabinet sur le territoire devraient faire partie du département de médecine générale du nouvel établissement. Cette position est moins claire chez les omnipraticiens pratiquant principalement en cabinet, 49,5 % d'entre eux étant totalement ou plutôt en désaccord avec cette dernière affirmation.

Les médecins omnipraticiens œuvrant principalement en première ligne sont-ils prêts à adhérer aux nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSSS) ? Plus de la moitié

(61,6 %) de ceux qui ont été interrogés seraient prêts à le faire, dont 36,3 % à certaines conditions. Les médecins omnipraticiens pratiquant surtout en cabinet sont plus réticents. D'ailleurs, 47,9 % d'entre eux disent qu'ils ne sont pas du tout prêts à le faire. De plus, la très grande majorité des répondants (71,4 %) s'opposent à une adhésion sous forme d'engagement écrit.

Quelle analyse les répondants font-ils des vertus possibles des nouveaux réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ? Les répondants étaient invités à indiquer dans quelle mesure ils étaient d'accord ou non avec une série d'énoncés.

**Tableau II****Activités auxquelles les médecins omnipraticiens accepteraient de participer dans le cadre des RLSSSS**

	Oui	Non	Sans réponse
Participation à des activités médicales déterminées par le DRMG	53,5 %	41,7 %	4,8 %
Participation à un réseau d'accessibilité à des services de médecine familiale sans rendez-vous pour la population du territoire	50,5 %	46,7 %	2,8 %
Prise en charge d'un plus grand nombre de clientèles vulnérables en acceptant personnellement quelques nouveaux patients sans médecin de famille	47,5 %	49,5 %	3,0 %
Suivi à votre bureau de certains patients conjointement avec l'équipe multidisciplinaire du nouveau CSSS	63,5 %	33,5 %	3,0 %
Participation à un réseau informatique de transmission de données (pour les résultats d'examens de laboratoire, par exemple)	78,6 %	18,6 %	2,8 %

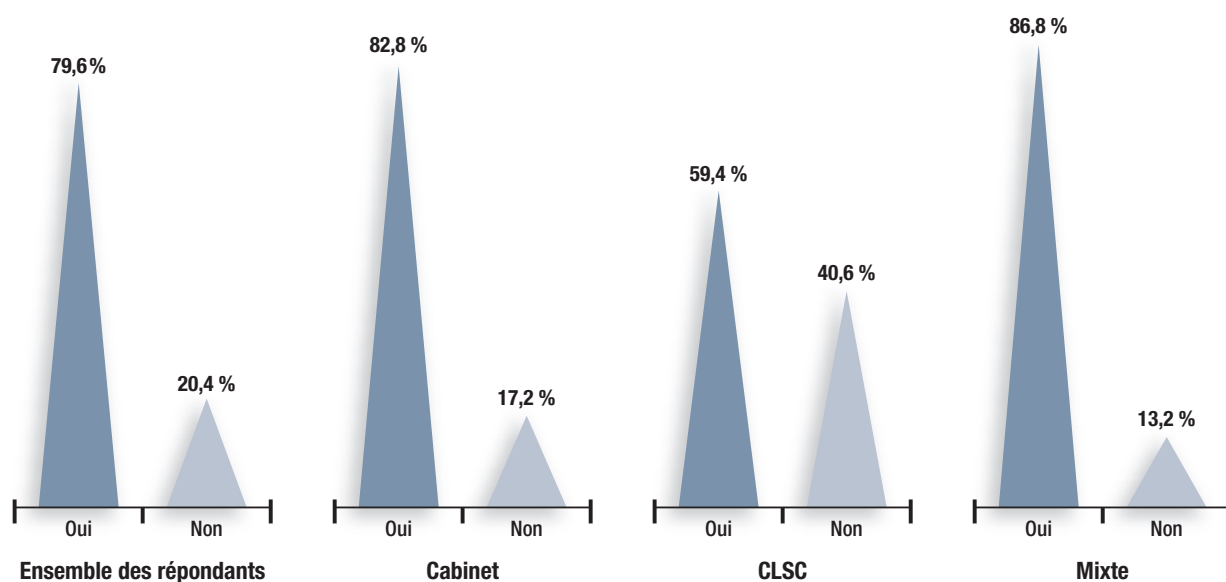
Les avis des médecins omnipraticiens sont partagés en ce qui concerne l'effet des RLSSSS sur l'amélioration de l'organisation des services (*figure 2*). De plus, une majorité d'entre eux croit peu ou pas du tout aux bienfaits des RLSSSS sur l'accessibilité, la diminution des délais d'attente, la satisfaction de la clientèle, l'amélioration de l'accès aux plateaux techniques et l'amélioration de l'accès aux consultations des spécialistes. Par contre, une bonne majorité d'entre eux pense que la continuité en sera améliorée (62,9 %).

La mise sur pied de ces réseaux locaux suppose une participation active de tous les médecins omnipraticiens. Nous avons voulu savoir quelles seraient les activités auxquelles les omnipraticiens accepteraient de participer dans le cadre des RLSSSS. C'est la participation à un réseau informatique de transmission de données qui suscite le plus d'intérêt de la part des répondants, soit 78,6 % (*tableau II*). Le suivi en cabinet de certains patients conjointement avec l'équipe multidisciplinaire du nouveau centre de santé et de services sociaux semble acceptable pour 63,5 % des répondants. La participation à des activités médicales suggérées par le DRMG (53,5 %) et celle à un réseau d'accessibilité à des services de médecine familiale sans rendez-vous pour la population du territoire (50,5 %) a l'assentiment d'une majorité. La prise en charge d'un plus grand nombre de clientèles vulnérables, en acceptant personnellement quelques nouveaux patients sans médecin

de famille, n'obtient la faveur que de 47,5 % des omnipraticiens interrogés. Les médecins exerçant principalement en cabinet étaient généralement moins enclins à vouloir participer à ces activités que les médecins exerçant principalement en CLSC ou ayant une pratique mixte.

En première ligne, on s'entend généralement pour dire que les services de médecine familiale comprennent le diagnostic et le traitement des problèmes de santé courants, des urgences usuelles et de la plupart des maladies chroniques, ainsi que la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Le médecin de famille est habituellement le premier médecin que consulte une personne ayant un problème de santé. Il prend cette personne en charge et assure le suivi des soins requis, seul, avec ses collègues omnipraticiens ou avec d'autres professionnels de la santé. Quel est le degré de satisfaction des omnipraticiens à l'égard de leurs modes de rémunération actuels pour leurs activités de médecine familiale de première ligne ? Quelles sont les préférences des médecins omnipraticiens quant à de nouvelles modalités de rémunération ?

Depuis janvier 2003, une nouvelle modalité de rémunération a été mise en place dans le but de reconnaître la prise en charge des clientèles vulnérables par les médecins de famille. Cette modalité de rémunération, qu'on a appelé le *forfait de prise en charge*, prévoyait l'identification par le patient vulnérable de son médecin de famille. Quel est le

**Figure 3****Répondants ayant bénéficié du forfait de prise en charge depuis son entrée en vigueur**

degré de satisfaction des médecins omnipraticiens à l'égard de ce forfait de prise en charge et de suivi et du mode d'identification du médecin ?

Au total, 79,6 % des médecins omnipraticiens interrogés ont bénéficié de ce forfait, principalement ceux exerçant en cabinet ou ayant une pratique mixte (figure 3). En effet, 40,6 % des médecins pratiquant principalement en CLSC n'en ont pas bénéficié. Une bonne part de ceux qui s'en sont prévalus (61,1 %) se disent, d'un point de vue global, très ou assez satisfaits. Ils sont également majoritairement satisfaits du tarif du forfait (50,3 %) et du mode d'identification du patient (55,4 %). À tous les niveaux, les médecins les plus satisfaits sont ceux qui exercent en cabinet et ceux qui ont une pratique mixte. Il faut souligner que la satisfaction globale à l'égard du forfait chez les médecins de CLSC est faible, 66,7 % d'entre eux se déclarant « pas du tout satisfait » ou « un peu satisfait ». Il en est de même par rapport au mode d'identification du médecin de famille ; 68,5 % des médecins en CLSC s'étant prévalus du forfait se disent « pas du tout satisfait » ou « peu satisfait ».

Quels sont les modes actuels de rémunération pour les activités de médecine familiale en première ligne ? La majorité des médecins répondants, soit

64,5 %, sont rémunérés uniquement à l'acte. Il s'agit principalement de médecins pratiquant en cabinet. De plus, 18,6 % des médecins reçoivent une rémunération mixte, essentiellement ceux exerçant en CLSC ou ayant une pratique mixte.

Quel est le degré de satisfaction des médecins omnipraticiens à l'égard de leur mode de rémunération pour leurs activités de médecine familiale en première ligne ? Près des trois quarts (70,3 %) se disent satisfaits de leur mode actuel de rémunération pour la médecine familiale de première ligne, quoique 10 % des médecins de famille en cabinet n'en sont pas du tout satisfaits.

Les omnipraticiens sont-ils favorables à un changement de mode de rémunération pour les activités de médecine familiale en première ligne ? Sur ce sujet, les opinions sont partagées ; 53,1 % s'y opposent, contre 42,9 % qui sont d'accord, tous lieux de pratique confondus.

Comment les médecins omnipraticiens aimeraient-ils être rémunérés pour leurs activités de médecine familiale de première ligne ? Les médecins interrogés se sont prononcés en majorité en faveur du maintien de leurs modes de rémunération actuels. Le forfait quotidien pour l'ensemble des activités avec un pourcentage du tarif des actes posés récoltait une forte ad-

**Tableau III****Intérêt des répondants envers un mode mixte de rémunération incluant une composante de rémunération par capitation**

	Tout à fait favorable	Plutôt favorable	Plutôt défavorable	Tout à fait défavorable	Sans réponse
Cabinet	4,6 %	23,1 %	31,9 %	37,0 %	3,4 %
CLSC	3,1 %	27,1 %	35,4 %	27,1 %	7,3 %
Mixte	6,0 %	24,6 %	37,7 %	30,5 %	1,2 %
Total	4,8 %	24,4 %	34,5 %	32,9 %	3,4 %

hésion chez les médecins omnipraticiens ayant une pratique mixte en première ligne (35,9 %).

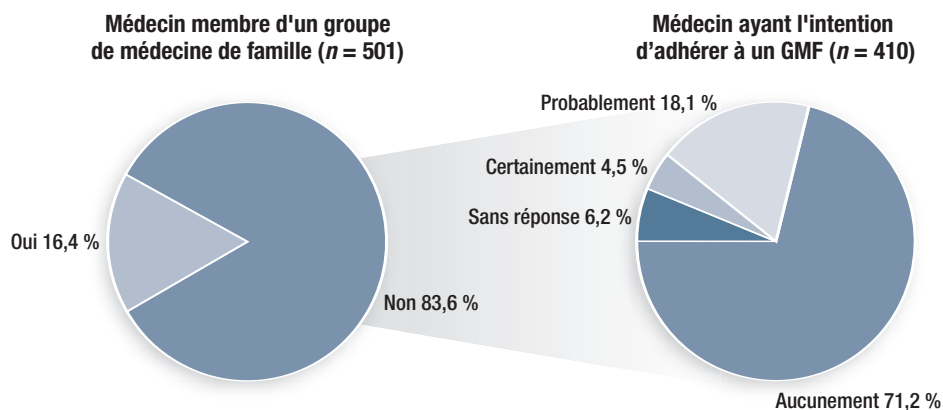
Le gouvernement réfléchit actuellement à un nouveau mode mixte de rémunération qui combinerait une composante de rémunération par capitation (forfait annuel par patient inscrit auprès de ce médecin, ajusté selon l'état de santé, peu importe le nombre de visites), à laquelle s'ajouterait une proportion du tarif des actes posés. D'autres activités pourraient être rémunérées à tarif horaire, à l'acte ou autrement. Ces travaux ministériels s'effectuent dans le cadre du renouvellement de l'entente particulière relative aux GMF (groupes de médecine de famille). Quel est le degré d'intérêt des médecins omnipraticiens envers un tel scénario pour leur pratique régulière en médecine familiale? Les médecins omnipraticiens sont défavorables (67,4 %) à un tel

mode de rémunération, peu importe leur lieu principal d'exercice (*tableau III*).

Une série de questions du sondage abordaient la pratique en GMF. Ces questions nous ont servi autant à mesurer le niveau d'adhésion des médecins omnipraticiens à ce modèle de pratique qu'à sonder leurs intentions d'y adhérer à court terme.

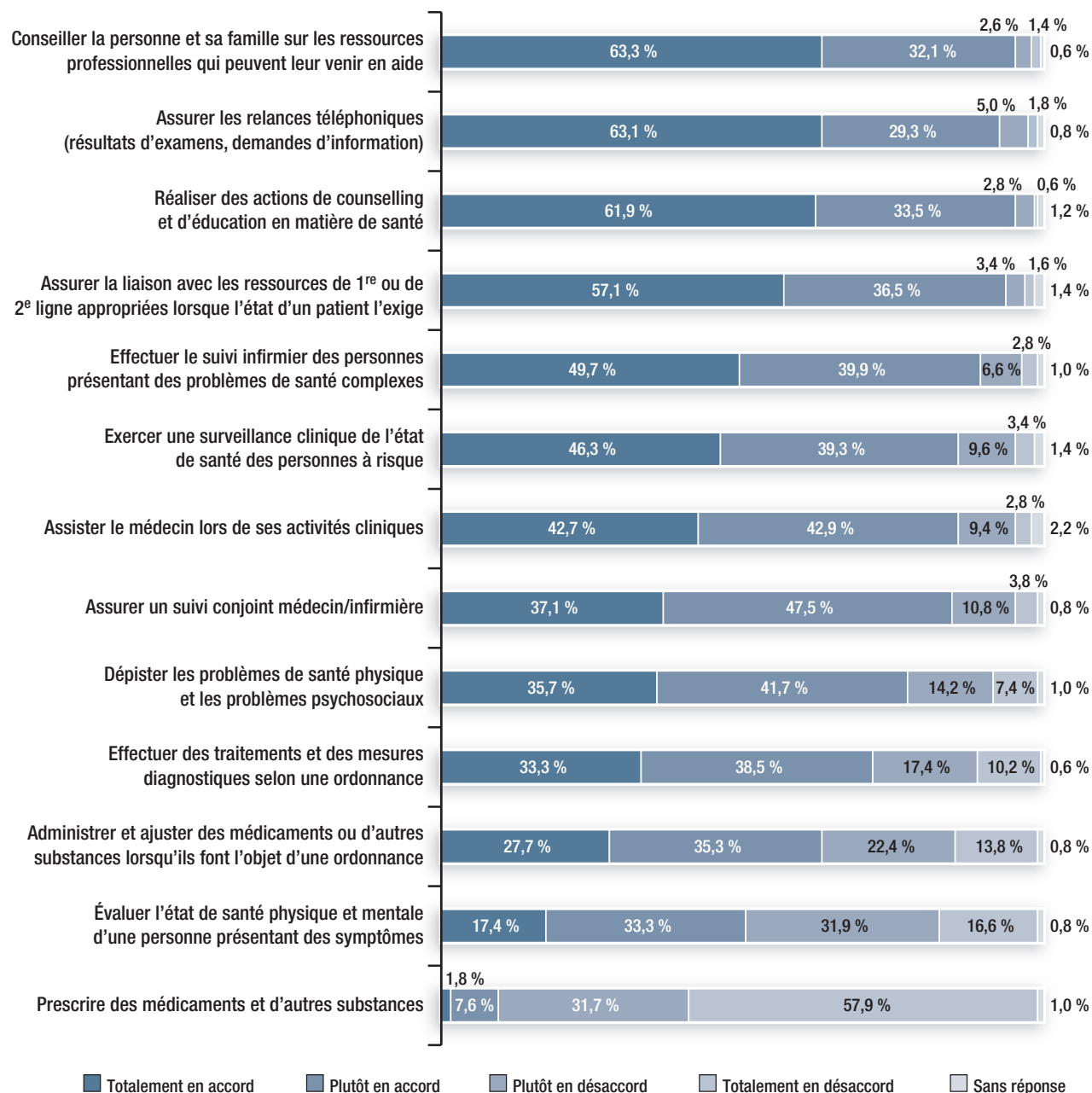
Sur la totalité des répondants, 16,4 % se sont inscrits à un GMF au cours des deux dernières années. Ce pourcentage est un reflet fidèle des données officielles que nous possédons à ce jour.

Parmi les médecins omnipraticiens qui ne pratiquent pas en GMF, 71,2 % n'ont aucunement l'intention d'adhérer à un tel modèle de pratique dans les deux prochaines années (*figure 4*). Les répondants qui démontraient le plus d'intérêt face à une adhésion prochaine à un GMF sont ceux qui exercent

**Proportion des répondants ayant adhéré à un GMF ou ayant l'intention de le faire**

**Figure 5**

**Degré d'accord des répondants quant à l'élargissement du rôle de l'infirmière selon les tâches**



principalement en CLSC ou qui ont une pratique mixte. Au total, 22,6 % des médecins qui ne travaillent pas en GMF y songent. La mise en place de nouveaux GMF est donc à prévoir.

En juin 2002, le Gouvernement sanctionnait la Loi 90 modifiant le Code des professions. Cette loi

n'est entrée en vigueur qu'au cours de l'année 2003 et les travaux sur les règlements qui en découlent sont encore en cours. Plusieurs professions étaient visées par cette loi dont celle des infirmières. Ces dernières voient leur rôle élargi quant à des actes qui étaient, à ce jour, réservés exclusivement aux médecins



en vertu de l'article 31 de la Loi médicale. Quelles sont les tâches pour lesquelles les médecins omnipraticiens seraient disposés à élargir le rôle de l'infirmière ?

Globalement, les médecins répondants sont en accord avec un élargissement important du rôle de l'infirmière (figure 5). Cette ouverture concerne les activités de conseil, de coordination et de suivi. Par exemple, l'infirmière pourrait conseiller le patient et sa famille sur les ressources professionnelles disponibles, assurer les relances téléphoniques, réaliser des actions de counselling et d'éducation en matière de santé ou encore assurer la liaison avec les ressources de première ou de deuxième ligne appropriées et requises pour le patient.

La seule matière sur laquelle les répondants étaient partagés est l'évaluation, par une infirmière, de l'état de santé physique et mentale d'une personne présentant des symptômes. Par contre, ils sont majoritairement en désaccord, à 89,6 %, avec la prescription de médicaments et d'autres substances par une infirmière.

Enfin, nous devons souligner que le degré d'accord des médecins concernant l'élargissement du rôle de l'infirmière varie selon le groupe d'appartenance. En effet, il est moins marqué chez les médecins exerçant principalement en cabinet et plus important chez ceux pratiquant surtout en CLSC.

## Discussion

Les médecins omnipraticiens semblent prendre leurs distances face aux changements structurels annoncés. Les réponses aux questions nous montrent un groupe partagé quant aux vertus possibles des nouveaux modes d'organisation des services.

Les nouveaux centres de santé sont accueillis avec tiédeur par les omnipraticiens. D'une part, ces derniers sont sceptiques quant aux effets bénéfiques que ces centres pourraient avoir sur la coordination des services de première ligne. D'autre part, ils craignent que la première ligne soit pénalisée par cet exercice. Le réseautage entre les centres de santé et les médecins de famille travaillant en cabinet ainsi que la place que l'on donnera à la médecine familiale et aux médecins qui en font dans les nouveaux centres de santé sont pourtant garants d'une bonne part du succès que l'on pourrait escompter de ces nouvelles structures.

Il semble clair que pour susciter l'enthousiasme et la participation des médecins de famille aux CSSS, il faut en démontrer la pertinence et l'utilité. De plus, il faudra penser à protéger les budgets destinés aux services de première ligne et s'assurer que les omnipraticiens travaillant en première ligne sont bien représentés dans les structures décisionnelles des nouveaux établissements.

Les médecins de famille veulent bien adhérer à un réseau, mais pas par un engagement écrit. La crainte de contraintes supplémentaires à la pratique n'est pas étrangère à cette opposition car, dans les dernières années, on a vu se multiplier les règles d'encadrement de la pratique médicale. Il faudra donc tenir compte de cette crainte. Le succès du réseautage étant largement tributaire de l'engagement des médecins de famille, il ne faudrait pas se placer dans une situation où on générerait une résistance importante de leur part. Peut-être faudrait-il commencer par miser sur les activités qui vont chercher le plus d'adhésion, comme la participation à un réseau informatique de transmission de données ou le suivi conjoint avec une équipe multidisciplinaire. La réussite de la mise en réseau repose également sur la capacité des partenaires d'y voir un certain avantage. Des gains tangibles dans la continuité des soins pour leurs patients, le soutien à la pratique, etc. sont à notre avis de puissants incitatifs.

Les médecins omnipraticiens étant généralement satisfaits de leur mode de rémunération pour leurs activités de médecine familiale en première ligne, près de la moitié d'entre eux s'opposent à un changement. Qui plus est, la majorité croit que leur mode de rémunération actuel est le plus adéquat pour la médecine familiale en première ligne. Il faudra donc bien mesurer les gains potentiels d'un éventuel changement dans les modalités de rémunération des omnipraticiens, sans quoi on risque d'assister à une levée de boucliers.

Une majorité de médecins omnipraticiens sont satisfaits des forfaits de prise en charge pour les clients vulnérables, mais cela est loin d'être le cas chez les médecins exerçant en CLSC. Il faudra creuser davantage la question. Le changement des modalités de facturation usuelles pour les médecins en CLSC et les différences existant entre les modalités d'application en cabinet et en CLSC ne sont que quelques pistes de



## Congrès de formation médicale continue FMOQ

### Février 2005

10 et 11 **La santé des femmes**  
Hôtel Delta Québec

### Mars 2005

10 et 11 **Les urgences**  
Hôtel Delta Montréal

### Avril 2005

14 et 15 **Héмато-oncologie**  
Hôtel Delta Québec

### Mai 2005

12 et 13 **La thérapeutique**  
Hôtel Delta Québec

### Juin 2005

16 et 17 **La pédiatrie**  
Hôtel Delta Sherbrooke

### Septembre 2005

15 et 16 **La neurologie**  
Hôtel Delta Montréal

### Octobre 2005

20 et 21 **La dermatologie et les allergies**  
Hôtel Delta Québec

réflexion possibles. Cette mesure voulait reconnaître le travail de suivi et de prise en charge en première ligne. Il semble que l'objectif soit atteint, à tout le moins chez les médecins pratiquant en cabinet.

On compte déjà 87 groupes de médecine de famille au Québec. Nous sommes cependant loin de l'objectif gouvernemental de 300 pour l'ensemble de la province. Il subsiste des difficultés dans plusieurs régions à l'adhésion à un tel modèle. Les résultats du sondage nous indiquent qu'il existe un potentiel de recrutement supplémentaire, mais qu'il est limité. Tout en continuant à soutenir les GMF existants, peut-être y a-t-il lieu de s'ouvrir à d'autres modèles dans certains milieux. Le projet montréalais de créer des centres médicaux associés (CMA) pourrait faire partie de ces modèles différents qui permettraient d'atteindre les objectifs visés par la mise sur pied des GMF, tout en étant peut-être mieux adaptés aux réalités du milieu montréalais.

La question de l'élargissement du rôle des infirmières devient de plus en plus déterminante. La majorité des médecins de famille interrogés font preuve d'ouverture quant au partage de certains actes avec les infirmières. C'est encore plus vrai dans les milieux où les omnipraticiens travaillent déjà en collaboration ou sont en contact avec des infirmières ou d'autres professionnels de la santé.

**L**ES SONDAGES auprès d'un échantillon représentatif d'omnipraticiens permettent de connaître de façon plus précise l'opinion des médecins sur des sujets d'actualité et de mesurer leur satisfaction à l'égard de certaines mesures négociées. Ils ont cependant leurs limites. Les sondages ne viennent pas remplacer les structures de représentation syndicale dont se sont dotés les médecins omnipraticiens pour se faire entendre et décider, ensemble, des orientations à prendre dans la promotion et la défense de leurs intérêts. Il demeure que dans certains dossiers, comme celui de l'élargissement du rôle de l'infirmière ou encore celui des changements de modes de rémunération, les résultats du sondage mettent en lumière les zones de résistance dont nous aurons à tenir compte dans notre action. 🍷