

# XV<sup>e</sup> congrès syndical de la FMOQ – II

## Le médecin de famille de 1992 à 2015: bilan et perspectives



**Reportage**

*Emmanuèle Garnier et Francine Péro*

*Le congrès syndical de la FMOQ, qui s'est déroulé à la fin de novembre, à Laval, a été l'occasion pour les médecins participants de faire connaître leurs points de vue sur différentes questions syndicales et médicales.*

## Le médecin de famille de 1992 à 2015 : bilan et perspectives – 2<sup>e</sup> partie

### *l'heure des bilans*



*Dr Renald Dutil*

vos préoccupations au Conseil général, et s'il faut revoir nos statuts pour en tenir compte, nous le ferons. »

Le congrès a donné lieu à certaines remises en question. Les congressistes ont ainsi relevé que les jeunes et les femmes sont sous-représentés dans la vie syndicale.

« Le congrès syndical est l'activité la plus importante d'une organisation comme la nôtre », a souligné le **Dr Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), à l'issue du colloque de deux jours. Au cours de cet événement, 175 omnipraticiens se sont réunis pour discuter d'enjeux syndicaux et médicaux.

« Nous allons présenter

« Cela pose un défi à notre Fédération en ce qui concerne l'intégration de ces groupes dans nos structures. Nous devons nous attaquer à cette question », a pour sa part conclu le **Dr Yves Langlois**, président du Comité du congrès syndical.

La priorité du médecin de famille reste la prise en charge et le suivi des patients, ont par ailleurs confirmé les participants. « Cette conclusion est claire pour tout le monde, y compris pour le ministre de la Santé et des Services sociaux qui est venu nous le dire au congrès. Cependant, ce qui se dégage de nos discussions est qu'il faut avoir des modèles variés et adaptables et disposer d'un investissement suffisant pour atteindre les objectifs qu'on se donne », a souligné le Dr Langlois.

À l'heure des négociations avec le gouvernement, la




*Dr Yves Langlois*

dernière entente générale que l'Ontario a signée avec ses médecins était également instructive (voir Les leçons de l'entente ontarienne). Cet accord-cadre, qui fait la promotion de différents modèles d'organisation (voir Réinventer la première ligne, p. 21), a nourri les réflexions.

« Dans l'entente ontarienne, les médecins omnipraticiens qui ont fait des gains importants sont ceux qui ont accepté de modifier leur façon de pratiquer. Les généralistes qui voulaient continuer à exercer de la même manière n'ont pas obtenu de hausse importante. Sommes-nous prêts à aller aussi loin ? a demandé le D<sup>r</sup> Dutil. Par ailleurs, le ministre de la Santé

et des Services sociaux nous a confié qu'il accorde de l'importance aux services de la première ligne. Cependant, il demande qu'on lui présente des modèles qui présentent une plus-value sur le plan de l'accès aux soins. Nous avons plusieurs propositions à lui soumettre. Le supplément pour le suivi et la prise en charge de la clientèle vulnérable en est un exemple. »

Les débats, les réflexions et les discussions des deux jours du colloque ont été fructueux et nécessaires. « La FMOQ doit évoluer au même titre que le système de santé, à une période où les besoins de la population changent », a conclu le D<sup>r</sup> Langlois.  EG

## Les leçons de l'entente ontarienne

### Avoir la population de son côté



Photos : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> John Rapin

Déplafonnement. Droit à l'incorporation. Augmentation moyenne des revenus de 25 % au cours d'une période de quatre ans. Hausse de 40 % pour certains médecins. Les gains qu'ont faits les omnipraticiens ontariens au cours de la récente entente signée avec leur gouvernement ont de quoi séduire. Mais l'accord n'a pas été facile à conclure.

Comment l'Ontario Medical Association (OMA) est-elle parvenue à un tel résultat ? « Le gouvernement a commencé par adopter une position ferme, puis a reculé parce que nous

avons eu l'appui du public et que les médecins se sont unis », a confié le D<sup>r</sup> John Rapin, président de l'OMA en 2004-2005.

La situation initiale ne laissait rien présager de bon. Les finances publiques étaient en déficit et le gouvernement se campait dans une position rigide. Le principal objectif des élus : poursuivre la réforme de la santé dans les hôpitaux et des services médicaux de première ligne. Le gouvernement voulait, entre autres, promouvoir la formation de groupes de médecins auxquels se joindraient d'autres professionnels de la santé.

Les médecins, de leur côté, partaient divisés. L'OMA compte quelque 22 000 membres, dont la moitié sont des généralistes et l'autre, des spécialistes dont les revenus diffèrent selon le domaine. Le syndicat voulait ob-

tenir pour tous ses membres la mise à niveau de leur revenu avec celui de leurs collègues d'autres provinces comme l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve. Cependant, cet objectif, qui favorisait davantage certaines spécialités, divisait les médecins.

La première offre du gouvernement, après des négociations longues et difficiles, n'était pas enthousiasmante. L'enveloppe proposée était substantielle, mais la plus grande partie était consacrée au projet de réforme gouvernementale. La proposition ne comprenait, en outre, aucune augmentation générale pour la première année de l'entente. L'offre a donc été rejetée par 60 % des membres, mais les divisions au sein de l'OMA en ont été accentuées.

### Le vent tourne


L'OMA avait commencé, depuis un an, un travail de relations publiques : communication avec la presse, la population et les politiciens municipaux. Dans bien des villes, des élus cherchaient désespérément à recruter des médecins sans y parvenir. « Dans notre discours, nous avons souligné le fait qu'on manquait de médecins, qu'on avait de la difficulté à les retenir et encore plus à les attirer. Les résidents partaient. À l'Université Queen's, par exemple, chaque année nous formions une quinzaine de médecins de famille, mais au bout d'un an, il n'en restait que cinq en Ontario. » Dans une province où il manque 2000 médecins – omnipraticiens et spécialistes – et où un million de personnes n'avaient pas

accès aux soins de première ligne, ces paroles portaient.

« Comme président, je n'ai pas eu besoin de parler de revenu. J'ai seulement dit qu'il fallait être concurrentiel sur le plan de la rétribution pour retenir et attirer des médecins. On était la septième province en ce qui concerne les tarifs des actes médicaux, mais la deuxième ou la troisième pour les revenus provinciaux », a précisé le D<sup>r</sup> Rapin.

Après le rejet de la première offre, le gouvernement tente un coup de force. Dès qu'ils rencontrent les représentants de l'OMA, le premier ministre et le ministre de la Santé les avisent du communiqué de presse qu'ils viennent d'envoyer aux journalistes. L'offre qu'ils avaient faite est dorénavant imposée. Le gouvernement venait de commettre une erreur. « La population avait beaucoup plus de sympathie pour les médecins que pour le gouvernement. C'est ce qui a fait tourner le vent. »

Devant l'attitude du gouvernement, les médecins, qui étaient divisés, s'unissent et multiplient les interviews dans les médias. Le gouvernement doit revenir s'asseoir à la table de négociation. Deux mois plus tard, les deux parties signaient une entente accordant à chacune d'importants gains. Ainsi, certains omnipraticiens qui participeraient totalement à la réforme du gouvernement et changeraient leur mode de pratique allaient obtenir une augmentation pouvant aller jusqu'à 40 % répartie sur quatre ans. Par contre, les praticiens qui n'adhéreraient pas aux nouveaux modes de pratiques proposés obtiendraient beaucoup moins. La hausse moyenne devrait être de 25 % en quatre ans.

« Il faut toujours se rappeler dans les négociations que le public s'intéresse aux soins de qualité et que les politiciens s'intéressent à l'opinion publique », a résumé le D<sup>r</sup> Rapin.  EG

## Le rôle de l'omnipraticien-médecin de famille



D<sup>re</sup> Louise Nasmith

Qui sont les médecins de famille ? Que font-ils ? Traversent-ils une crise ? Les réponses de quelque 11 000 médecins, omnipraticiens et spécialistes, interrogés au cours d'un sondage national a fait réfléchir le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC).

« Notre principal objectif est de nous assurer que tous les Canadiens ont accès à des soins globaux, selon les besoins de la personne, de sa famille, et de sa collectivité, et que les médecins de famille qui suivent ces patients se sentent soutenus et valorisés », a expliqué la D<sup>re</sup> Louise Nasmith, présidente désignée du CMFC.

Or, le Sondage national auprès des médecins canadiens, mené en 2004, a révélé plusieurs faits troublants. Ainsi, 60 % des médecins de famille tant Canadiens que Québécois avaient en partie ou complètement fermé leur pratique aux nouveaux patients. Au Québec, 30 % des omnipraticiens interrogés, et au Canada 25 %, avaient

aussi l'intention de réduire leurs heures de travail.

Les omnipraticiens semblaient, par ailleurs, de moins en moins polyvalents. Ils étaient peu nombreux à s'occuper à la fois de soins palliatifs, de gériatrie, de psychothérapie, de santé des femmes, de maladies chroniques, de médecine de l'adolescent, de médecine préventive, de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie. « Au Canada, il n'y a que 6 % des médecins qui font toutes ces activités et 2 % au Québec. Qu'arrive-t-il à l'aspect global des soins que nous offrons à nos patients ? », se demande la D<sup>re</sup> Nasmith. Parallèlement, seulement 50 % des généralistes traitaient des patients ayant des problèmes chroniques.

L'une des solutions que le CMFC préconise est la pratique de groupe. Mais travailler différemment, au sein de ce type d'équipe, n'est pas toujours évident pour les médecins, reconnaît l'omnipraticienne. Les praticiens peuvent avoir besoin d'une formation. « Nous avons actuellement un projet pour étudier les enjeux de la pratique de groupe et ce que nous pouvons faire pour aider nos collègues cliniciens. »

### La position du Collège des médecins

Le Collège des médecins du Québec (CMQ), pour sa part, se penche depuis quelques années sur le rôle du médecin de famille. « La principale responsabilité

D<sup>r</sup> Jean-Marc Lepage

d'un médecin de famille est la prise en charge et le suivi d'une clientèle déterminée afin de jouer son rôle essentiel de prestataire, de coordonnateur et d'intégrateur de soins », a expliqué le **D<sup>r</sup> Jean-Marc Lepage** qui a présidé le groupe de travail chargé d'étudier la question au sein du Collège.

Le CMQ estime, par ailleurs, que les médecins de famille doivent, d'une manière collective, s'assurer que la population de leur région a accès à des services médicaux de première ligne. « Chaque médecin de famille doit assumer sa part de prise en charge et de suivi de clientèle quel que soit son champ principal d'activité clinique. »

Le groupe de travail sur le médecin de famille a également étudié la question de la sélection et de la formation des candidats en médecine. « Plusieurs discussions et observations permettent de constater les effets liés à la prédominance du rendement préuniversitaire comme critère de sélection, notamment sur les traits de personnalité favorisant le choix d'une spécialisation au détriment d'une approche plus globale », a expliqué le D<sup>r</sup> Lepage.

Le comité a aussi estimé qu'il fallait mettre rapidement les étudiants en contact avec des médecins de famille au cours de leur formation universitaire. Et une fois qu'ils sont omnipraticiens, l'accès aux formations complémentaires doit être limité. Parallèlement, pour aider les jeunes médecins qui commencent leur pratique, il faudrait reconnaître et officialiser le mentorat.

### **Définition européenne du médecin de famille**

Qu'est-ce exactement qu'un médecin de famille ? En Europe, aussi, les généralistes se posent la question. « Il y a eu beaucoup de définitions de la médecine générale ou familiale. Ce n'est pas une compilation d'une partie des autres disciplines, ni une manière différente d'exercer la même médecine dans un autre contexte. C'est une discipline spécifique avec sa propre pratique, sa recherche et son enseignement », a expliqué le **D<sup>r</sup> Didier Giet**, président du Département de médecine générale de la Faculté de

D<sup>r</sup> Didier Giet

de médecine à l'Université de Liège, en Belgique.

Pour sa part, la WONCA Europe, la section européenne de l'Organisation mondiale des médecins de famille, a élaboré en 2002 une définition qui comporte onze caractéristiques fondamentales de la médecine générale et familiale. Ainsi, cette discipline :

- constitue le premier contact avec le système de soins ;
- offre une approche centrée sur le patient ;
- se fonde sur une consultation personnalisée qui permet d'établir dans le temps une relation médecin-patient ;
- est caractérisée par une responsabilité de la continuité des soins ;
- utilise de manière efficiente les ressources du système de santé ;
- fonde sa démarche décisionnelle sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires ;
- gère simultanément les problèmes aigus et chroniques de chaque patient ;
- intervient au stade précoce et non différencié du développement des maladies pouvant requérir une intervention rapide ;
- favorise la promotion de la santé et la sensibilisation des patients à ce sujet ;
- a une responsabilité spécifique en santé publique ;
- répond de manière globale aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. (Pour de plus amples renseignements, consulter le [www.woncaeurope.org](http://www.woncaeurope.org))

Ces onze caractéristiques de la médecine générale nécessitent la compétence du médecin de famille dans six domaines :


- la gestion des soins de santé primaires ;
- les soins centrés sur la personne ;
- l'aptitude spécifique à la résolution de problèmes ;
- l'approche globale ;
- l'orientation communautaire ;
- l'approche holistique.

« Cette nouvelle définition permet d'accélérer le processus de reconnaissance universitaire. Elle positionne clairement la discipline indépendamment du système de soins de santé », a précisé le D<sup>r</sup> Giet.

D<sup>r</sup> Louis Godin

### Les conclusions à tirer

« Je retiens que la médecine de famille est une discipline en soit. C'est une spécialité », a résumé après les exposés des trois conférenciers le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, premier vice-président de la FMOQ. « Il m'apparaît important de définir le rôle du méde-

cin de famille, parce que la Fédération doit travailler à créer les conditions permettant à nos membres de le remplir. Nous devons les aider à prendre en charge des patients de façon globale, à maintenir la relation privilégiée qu'ils ont avec leur clientèle, à être des facilitateurs de soins et à avoir une pratique polyvalente. »  EG

## Congrès syndical FMOQ – Ateliers

### Médecin de famille ou généraliste ?

Selon de récents sondages, 94 % des omnipraticiens du Québec déclarent être médecins de famille. Cependant, en 2003-2004, 1479 des 7087 généralistes, soit 21 %, pratiquaient presque exclusivement dans un hôpital, tout en se définissant également comme médecins de famille. Mais qui est donc le vrai médecin de famille ? Les participants des ateliers « *Mieux se définir pour mieux s'affirmer comme médecins de famille* » ont tenté de répondre à cette question.

#### Définition du médecin de famille

De l'avis de plusieurs congressistes, le médecin de famille constitue le pivot de la gestion de l'ensemble des soins de santé. C'est lui qui assure le lien avec les autres professionnels, la famille et les ressources du milieu. Il pratique en cabinet privé ou en CLSC, est responsable de la prise en charge et du suivi longitudinal de ses patients, coordonne les soins et a souvent des activités hospitalières, dans certains cas aux urgences.

« Plusieurs médecins pratiquent uniquement à l'urgence, a fait remarquer un participant. Ce sont alors des généralistes. » Comme plusieurs l'ont indiqué, la prise en charge est au centre de la médecine familiale. Sans prise en charge, un omnipraticien n'est pas un médecin de famille, mais plutôt un généraliste.

Selon de nombreux congressistes, la formation des résidents en est une de médecin généraliste. « Même

si l'on dit que les jeunes médecins font une « résidence en médecine familiale », ils sont en réalité formés de façon à devenir des généralistes », a ajouté l'un d'eux. Par conséquent, les participants souhaitaient une révision des obligations actuelles qui orientent les omnipraticiens vers la deuxième ligne. « Les activités médicales particulières (AMP) et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) touchent les établissements de soins et ne se reflètent pas sur la prise en charge », a indiqué un médecin.

#### Le discours syndical

Certains omnipraticiens estiment que la FMOQ doit prendre position sur le rôle du médecin de famille et bien représenter les intérêts de ses membres. À leur avis, le discours syndical prioritaire doit porter sur la prise en charge et le suivi, car il s'agit là des responsabilités premières d'un médecin de famille. Toutefois, il ne faut pas oublier la défense des intérêts des médecins généralistes qui ne font pas de prise en charge. En outre, il importe de revaloriser l'expertise du médecin de famille.

Plusieurs omnipraticiens présents souhaitaient un retour du pendule vers la prise en charge que les médecins ont tendance à délaissier. Pour atteindre cet objectif, l'argent n'est pas la seule solution. Il faut aussi miser sur un meilleur soutien à la pratique (plateaux techniques, accès aux spécialistes, etc.) et sur des moyens de



favoriser l'entrepreneuriat pour mieux organiser les soins. « On dit que nous constituons la base du système de santé, mais nous ne sommes pas assez nombreux et nous sommes mal outillés », a affirmé un omnipraticien. Certains médecins ont d'ailleurs réclamé une aide venant des autres professionnels de la santé, dont les infirmières, les diététistes, etc. Ils ont non seulement demandé un plus grand nombre d'infirmières dans les groupes de médecine de famille, mais aussi leur présence dans tous les cabinets.

Par ailleurs, la révision des obligations actuelles – qui dirigent les médecins vers la deuxième ligne –, le regroupement et le réseautage sont des incontournables, affirment plusieurs omnipraticiens. « Sauf exception, le médecin de famille est souvent laissé à lui-même avec son patient, même s'il travaille en groupe », a précisé l'un d'entre eux.

Au cours de l'atelier, il a également été question de l'évolution trop lente de la formation des futurs médecins devant l'émergence de nouveaux problèmes. « Il n'y a plus de nouveaux médecins de famille, car les

jeunes omnipraticiens ne veulent pas faire de prise en charge. C'est trop lourd, ont affirmé certains médecins. La pratique devrait inclure un minimum de prise en charge. Il faut refuser qu'un jeune médecin n'en fasse pas. S'il ne suit pas de patients au début de sa carrière, il ne le fera jamais ! »

### **Responsabilité populationnelle**

Par ailleurs, plusieurs médecins considéraient que la responsabilité populationnelle était louable et constituait une obligation éthique et sociale du corps médical. La responsabilité populationnelle ciblée doit être assurée par un réseau de médecins de famille. Toutefois, les participants estimaient que c'est la responsabilité de l'État de former suffisamment de médecins, de les aider et de leur fournir les ressources interdisciplinaires. En outre, il a été suggéré de faire participer les médecins aux décisions et aux choix concernant le réseau de la santé. « Le médecin de famille est au cœur du système de santé », a rappelé un participant de l'atelier. **FF**

## **Militantisme, modes de représentation et cogestion : la FMOQ à la croisée des chemins**

Répartis en différents ateliers, les participants au congrès se sont penchés sur des questions syndicales et médico-administratives fondamentales. Entre autres, jusqu'à quel point la FMOQ doit-elle participer à la cogestion des services de médecine générale avec le gouvernement ? Par exemple, comment agir dans le dossier des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ?

« Il vaut mieux travailler en cogestion avec le gouvernement, sinon le ministre va imposer ses décisions », a résumé le porte-parole d'un des groupes de discussion. Ce type de collaboration comporte évidemment d'importants inconvénients : l'odieuse des décisions concernant les PREM retombe sur la Fédération tandis que la cogestion mobilise beaucoup de ressources pour l'organisation syndicale.

Les avantages de la participation de la FMOQ à la gestion des PREM dépassent cependant les inconvénients, ont estimé les congressistes. La présence de la FMOQ garantit ainsi aux médecins une gestion professionnelle des plans régionaux par des pairs. « La cogestion permet également à la Fédération de défendre ses membres et d'influencer les décisions du Ministère », a résumé le **D' Yves Langlois**, qui présentait la synthèse de cet atelier à la fin du congrès.



Les participants approuvaient, en général, le principe des plans régionaux d'effectifs médicaux. « Ils permettent une meilleure répartition des omnipraticiens », ont rappelé des médecins. Certains ont, en outre, souligné que la contrainte que les PREM imposent aux jeunes omnipraticiens ne dure qu'une année. Après, ils sont soumis aux mêmes règles

de mobilité que les autres médecins. Plusieurs participants avaient néanmoins le sentiment que la médecine devenait une profession moins libérale à cause des PREM.

### **Différents degrés de consultation**

Les mécanismes de consultation de la FMOQ permettent-ils aux médecins de la base de s'exprimer au cours des débats cruciaux ? se sont demandé les congressistes du deuxième atelier. Pour approfondir la question, les participants se sont replongés dans les négociations de 2002.

À cette époque, l'Assemblée nationale avait adopté le projet de loi 114 sur les urgences à la suite de la mort dramatique d'un patient refusé au service des urgences de l'hôpital de Shawinigan. Quelque temps après, le gouvernement commençait à préparer le projet de loi 142 qui allait imposer de nouvelles activités médicales particulières (AMP) et de nouveaux PREM. Dans ce contexte, la Fédération avait alors demandé au gouvernement de majorer les modalités d'application des AMP et des PREM au lieu de les inclure dans une loi ou un règlement législatif. Cela a permis à la FMOQ d'assouplir les contraintes prévues et d'éviter l'imposition des contrats d'engagement que le gouvernement menaçait de faire signer à tous les médecins.

Au cours de ces négociations, la FMOQ a communiqué de différentes manières avec ses membres. Elle a organisé deux assemblées extraordinaires à Montréal et à Québec, envoyé plus d'une demi-douzaine de bulletins spéciaux aux omnipraticiens et invité ses membres à participer aux assemblées générales de leurs associations pour donner leur avis.


À la lumière de ces événements, quel processus consultatif devrait être utilisé par la FMOQ ? Plusieurs participants ont estimé qu'en cas de crise la FMOQ n'a pas le temps de consulter

ses membres. Cependant, en ce qui concerne les négociations, elle doit obtenir l'approbation des omnipraticiens en procédant à un scrutin. Le niveau de consultation pourrait dépendre de la situation. Dans les cas d'urgence, seul le Bureau serait consulté et pourrait agir de façon autonome. Quand la Fédération dispose de plus de temps, les présidents d'association, puis les membres devraient être interrogés.

### **Attirer plus de femmes et de jeunes**

Au cours d'un troisième atelier, les médecins ont examiné si les structures de la FMOQ et de ses associations étaient adaptées aux nouveaux besoins de leurs membres. Depuis les années 1990, la population des omnipraticiens a changé. Alors qu'elle comptait 32 % de femmes, elle en comporte maintenant 43 %.

Les participants ont estimé que les femmes, tout comme les jeunes, étaient sous-représentées à la Fédération. « Les jeunes, dont beaucoup sont des femmes, commencent leur carrière et ont souvent des enfants. Il leur est donc difficile de s'engager dans la vie syndicale », a estimé un participant. Néanmoins, selon un autre, « il faut aller chercher les jeunes médecins, les inviter à participer et les intéresser. »

En ce qui concerne l'organisation de la FMOQ, certains participants ont affirmé que ses structures étaient intimidantes à cause de leur taille et que certains médecins de la base avaient le sentiment de ne pas être assez consultés. Mais des suggestions ont été lancées. « Il devrait y avoir plus de votes référendaires », a dit le D<sup>r</sup> Langlois qui rapportait les propos des congressistes. Certains médecins ont également suggéré que la FMOQ donne à ses membres la possibilité de réagir dans un forum sur son site Web. Pour certains, il faut augmenter les débats au sein de la FMOQ et de ses associations.  EG

## Prix pour deux médecins



Dr Bernard Duval

### Prix du 40<sup>e</sup> anniversaire du Médecin du Québec

Le nouveau *Prix du Médecin du Québec*, remis au cours de la soirée de gala du congrès, a été décerné au **Dr Bernard Duval**, médecin spécialiste en santé communautaire. Il a été récompensé pour le dossier de formation continue du numéro d'octobre 2004 du *Médecin du Québec* intitulé « Les vaccins : un défi renouvelé ».

« Le comité d'organisation considérait qu'il était important d'avoir un prix afin de souligner notre 40<sup>e</sup> anniversaire, indique la **Dr<sup>e</sup> Louise Roy**, rédactrice en chef du *Médecin du Québec*. Nous avons donc choisi de créer un prix pour la section de formation continue de la revue. »

Afin de déterminer le lauréat, le comité de rédaction scientifique de la publication a analysé les dossiers des thèmes parus de janvier à décembre 2004. Chacun a été évalué en fonction de son contenu (introduction, fil conducteur, lien entre les articles, tableaux et autres outils utiles aux lecteurs, etc.) et du processus rédactionnel (remise d'un plan, respect des dates de tombée, leadership du responsable, collaboration des auteurs, etc.)

Fort surpris de recevoir un tel honneur, le Dr Duval tient à partager son prix avec son équipe. « J'ai été privilégié dans la réalisation de ce travail, autant par la fonction que j'occupe qui m'a facilité la tâche, que par les qualités des auteurs qui ont collaboré au dossier, dit-il. Au Québec, le milieu de la vaccination forme un réseau très serré. Par conséquent, les liens entre les différents intervenants sont très étroits depuis des années. »

Coordonnateur du Groupe scientifique en immunisation à l'Institut national de santé publique du Québec, le Dr Duval est un spécialiste des vaccins. Son expertise est reconnue en immunisation, particulièrement pour les vaccins contre les hépatites A et B. Diplômé en médecine à l'Université Laval, le Dr Duval a travaillé en Afrique jusqu'en 1977. Il a obtenu une

maîtrise en santé publique (M.P.H.) de l'Université Harvard en 1978, puis un Certificat de spécialiste en santé communautaire du Québec et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, en 1980. Il a ensuite été responsable de la santé publique du Nouveau-Québec inuit, puis conseiller technique pour les Nations-Unies au Sénégal.

Travaillant depuis de nombreuses années à la formation médicale continue des médecins spécialistes, le Dr Duval en était à sa première expérience chez les omnipraticiens. Enchanté, il est prêt à recommencer. « Nous avons tenté de répondre aux besoins des médecins de famille, dit-il, car l'immunisation devient de plus en plus complexe avec la mise au point de nouveaux vaccins. »

### Prix Gilles-des-Rosiers

Comme Obélix dans la potion magique, le **Dr Jocelyn Bérubé**, est tombé dans l'obstétrique-gynécologie alors qu'il était encore « petit », soit un tout jeune médecin. Il n'en est jamais sorti depuis ! Heureusement pour les jeunes femmes dont il s'occupe et pour ses collègues médecins !



Dr Jocelyn Bérubé

De la pilule anticonceptionnelle à la pilule du lendemain, le Dr Bérubé a consacré la plus grande partie de sa carrière au bien-être et à la santé des jeunes femmes et des adolescentes. Responsable de la Clinique de planification des naissances au Centre hospitalier régional de Rimouski, dont il est un des fondateurs, il a réalisé un important travail d'information et d'éducation sur la sexualité et la contraception auprès des jeunes.

Mais, pour le Dr Bérubé, le travail ne sera jamais terminé. « Cela fait vingt ans qu'on répète la même chose, mais pas aux mêmes personnes, dit-il. Il y a toujours de nouvelles adolescentes. De plus, les connaissances sur la sexualité sont moins grandes qu'elles ne l'étaient



il y a dix ans, car les programmes d'éducation sexuelle dans les écoles disparaissent. Dorénavant, les jeunes apprennent la sexualité dans les films pornographiques et Internet. On est moins avancé qu'en 1985. Il faut donc toujours recommencer ! »


Récipiendaire du **Prix Gilles-des Rosiers** pour son rôle de premier plan dans la formation médicale continue, le D<sup>r</sup> Bérubé a également fait preuve d'un engagement total auprès de ses collègues médecins qui lui montrent ainsi leur reconnaissance. Pendant dix ans, le D<sup>r</sup> Bérubé a siégé au comité de rédaction scientifique du *Médecin du Québec*. Rédacteur fort apprécié, il est également l'auteur de plusieurs articles publiés dans *Le Médecin du Québec*, dont un nouveau portant sur « les difficultés de contraception » qui paraîtra en avril prochain.

Depuis une dizaine d'années, le D<sup>r</sup> Bérubé organise également un congrès sur la planification des naissances et la jeunesse à Rimouski. Cette année, la « Journée du planning », comme il l'appelle, a réuni environ 175 participants de la région Bas-Saint-Laurent-Gaspésie, dont 50 médecins, mais aussi des infirmières et des représentants des milieux communautaires, des psychologues, des travailleurs sociaux, des enseignants et des intervenants auprès des jeunes.

Poursuivant son engagement médical et social, le

D<sup>r</sup> Bérubé déplore l'absence de politique familiale au Québec pour les jeunes mères. « Les femmes qui allaitent doivent retourner au travail rapidement et rien n'est prévu pour leur faciliter la tâche. De plus, il serait intéressant d'avoir une politique visant à aider les jeunes filles enceintes afin qu'elles n'abandonnent pas l'école. Il faudrait des garderies adaptées à ces jeunes mères, des subventions et des groupes de soutien. »

Aux yeux du médecin, il serait par ailleurs nécessaire d'avoir des infirmières dans toutes les écoles afin de faire de l'éducation sexuelle auprès des jeunes, de permettre aux jeunes femmes de commencer la contraception et de les renseigner sur les maladies transmissibles sexuellement (MTS). « Actuellement, la gonorrhée est à la hausse, rappelle-t-il, et l'on se préoccupe de moins en moins du sida et des autres MTS. » Le D<sup>r</sup> Bérubé soutient également qu'il faut dénoncer la violence familiale, de plus en plus présente dans la société. « On doit dépister les victimes afin d'intervenir. C'est encore un sujet tabou. »

Profondément touché de recevoir le Prix Gilles-des Rosiers, du nom de ce pionnier de la formation médicale à la FMOQ qu'il a eu le bonheur de côtoyer, le D<sup>r</sup> Bérubé se dit plus motivé que jamais à poursuivre sa mission de formation et d'éducation auprès des jeunes et de ses collègues.  **FF**

## Réinventer la première ligne

Une table ronde, intitulée *Réinventer la première ligne au Québec, au Canada et ailleurs dans le monde*, a permis une réflexion sur l'organisation des soins et la pratique des médecins omnipraticiens. Différents modèles, qu'ils soient de Belgique, d'Angleterre ou d'Ontario peuvent constituer des sources d'inspiration pour le Québec.

### Rémunération variée en Ontario

Résultant de l'entente conclue en 2005 entre l'Association médicale de l'Ontario et le gouvernement, de nouveaux modèles de rémunération offrent aux médecins des solutions de rechange à la rétribution à l'acte qui demeure toujours en fonction. Comme l'a précisé le D<sup>r</sup> Steve Pelletier, professeur adjoint à l'Université d'Ottawa, les nouveaux modes de rémunération permettent aux médecins de donner le type de services et de choisir le nombre d'heures de pratique qu'ils veu-

lent. Tous les modèles exigent l'inscription des patients et le prolongement des heures d'ouverture des cliniques. « Il y a beaucoup d'argent sur la table », a confié le D<sup>r</sup> Pelletier.

Tous les médecins peuvent participer au modèle **Comprehensive care management (CCM)**. Dans ce type d'organisation, la pratique de groupe et la disponibilité sur appel ne sont pas obligatoires. La rémunération comprend des primes pour le travail en soirée et la fin de semaine pour sept codes fréquents, pour les patients souffrant de maladies chroniques, pour les soins préventifs, pour les nouveaux patients quittant l'hôpital, etc. Les nouveaux diplômés qui



D<sup>r</sup> Steve Pelletier

(Suite à la page 91) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 23)

adoptent ce modèle reçoivent par ailleurs 100 \$ par nouveau patient.

Créés en 2003, les **Family Health Groups (FHG)** comptent trois médecins ou plus. Ces derniers doivent assurer une disponibilité sur appel qui est toutefois assortie d'une rémunération. Au départ, ils bénéficient de tous les avantages du CCM et même plus. Ainsi, les médecins reçoivent une prime pour la plupart des consultations et pour les patients qu'ils voient le soir ou la fin de semaine de même pour les nouveaux patients et les soins particuliers (soins palliatifs et soins en santé mentale).

Un autre modèle, les **Family Health Networks (FHN)**, consiste en des groupes comprenant au moins cinq médecins. Les équipes bénéficient de différents modes de rémunération, dont la capitation pour 57 codes fréquents et une majoration des honoraires pour chacun des actes et pour des services donnés à des patients non inscrits. Le groupe est également rémunéré pour les consultations pour les nourrissons, pour les soins préventifs, pour la gestion du groupe, pour la disponibilité sur appel etc. Une rémunération individuelle est accordée pour les soins en maladie mentale, les soins palliatifs, l'hospitalisation, l'obstétrique et les soins prénataux, les visites à domicile, la formation continue, etc.

En outre, les médecins reçoivent une prime à l'informatisation (4500 \$ par médecin au démarrage, 600 \$ par mois par médecin pendant 36 mois et 2500 \$ par médecin quand 600 dossiers de patients inscrits sont informatisés).

Depuis avril 2005, sont apparues les **Family Health Teams (FHT)** fondées sur des équipes multidisciplinaires. Pour l'instant, il s'agit d'un modèle qui n'est pas encore terminé. « Les arrangements restent encore à définir, » indique le D<sup>r</sup> Pelletier. Tous les médecins peuvent y participer, soit en solo ou en groupe.

### **Un médecin pour chacun**

Premier pays à instaurer l'assurance-maladie dans le monde, l'Angleterre a mis sur pied un système de soins efficace. Ainsi, chaque personne a un médecin. Ce dernier fait tout pour le patient. Tout y est enregistré dans un dossier-patient unique (consultation, admission, médecins rencontrés – médecin de famille ou spécialistes –, prescriptions de médicaments, etc.). Le dossier suit le patient s'il déménage d'une ville à une autre. « Tous les trois mois, il faut faire un rapport sur les médicaments prescrits », indique le D<sup>r</sup> Martin Dawes, chef du Département de médecine familiale de l'Université McGill.

Heureusement, toutes les données sont inscrites dans le dossier par ordinateur. Le premier système informatique en réseau a été créé en 1989. « Environ 86 % des médecins sont maintenant informatisés, précise le D<sup>r</sup> Dawes. La pratique de groupe est en vigueur depuis environ 15 ans de même que les services des infirmières praticiennes. En outre, le patient peut obtenir un rendez-vous avec le médecin dans les 72 heures. Toutefois, il

(Suite à la page 93) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 91)

s'agit d'une pratique ciblée. « Si le médecin n'a pas atteint 90 % de ses objectifs thérapeutiques, comme maîtriser la pression artérielle, il ne recevra pas le paiement maximal », fait remarquer le D<sup>r</sup> Dawes.

### **Pénurie d'effectifs en Belgique**

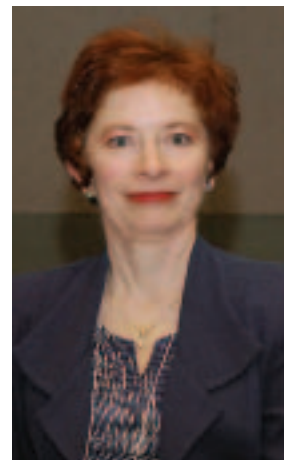
En Belgique, pays qui connaît lui aussi une pénurie d'effectifs médicaux, le plus grand défi est le contingentement des places dans les facultés de médecine. Mais un autre phénomène amplifie ce problème. Cinq ans après leur arrivée sur le marché du travail, 30 % des médecins de famille ont quitté la discipline. « Alors que la profession s'attendait à ce qu'ils s'investissent en cabinets privés, ils ont disparu de la pratique active », explique le D<sup>r</sup> **Didier Giet**, professeur et président du Département de médecine générale de la Faculté de médecine de l'Université de Liège, en Belgique. La moitié de ces omnipraticiens sont partis travailler à l'hôpital comme généralistes, 40 % se sont dirigés vers une autre spécialité et 10 % ont abandonné la profession médicale.

La féminisation de la profession est un autre fait avec lequel il faut compter, ajoute le professeur Giet. De 65 % à 75 % des omnipraticiens sont des femmes. « Il a été démontré que les femmes médecins de famille donnent plus de renseignements et de conseils à leurs patients, prescrivent moins de médicaments, sont plus attentives aux problèmes psychosociaux et s'engagent plus dans l'éducation de la santé et la prévention. Toutefois, elles sont plus stressées que les hommes, et un grand nombre quittent la profession. En milieu urbain, les femmes médecins ne veulent pas faire de garde la nuit, car il y a des agressions. »

Les généralistes belges militent donc pour la suppression du contingentement et réfléchissent à la manière d'attirer et de retenir les jeunes médecins de famille. « Si nous voulons résoudre le problème de la non-rétention des jeunes, il faudra leur offrir des conditions de travail qui leur permettent de s'épanouir. On se rend compte que la rémunération à l'acte a des limites, et il faut trouver d'autres modèles dont le soutien aux pratiques de groupes », affirme le D<sup>r</sup> Giet.

### **Innovations québécoises**

« Au Québec, les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau constituent deux innovations intéressantes de notre système de santé », soutient la D<sup>re</sup> **Marie-Dominique Beaulieu**, titulaire de la chaire D<sup>r</sup> Sadok-Besrouer en médecine familiale de l'Université de Montréal. L'omnipraticienne présentait les résultats d'une étude intitulée *Accessibilité et continuité des soins de la première ligne*, réalisée en 2004. La recherche, qui a été faite auprès de 3441 sujets dans cent milieux



D<sup>re</sup> Marie-Dominique Beaulieu

(Suite à la page 124) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 93)

de pratique choisis aléatoirement au Québec (Montréal, Montérégie, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie, Côte-Nord), évaluait la qualité des soins auprès des patients.

Selon la D<sup>re</sup> Beaulieu, cette étude fait ressortir le fait qu'il est difficile pour un milieu de pratique d'offrir à la fois une grande accessibilité et une bonne continuité des soins. Il faut cependant atteindre un équilibre entre les deux, estime l'omnipraticienne.

L'accessibilité repose sur différentes variables organisationnelles, dont les ressources de la clinique et son mode de fonctionnement. Ainsi, l'accès 24 heures sur 24 à une ligne téléphonique réservée à la clinique où les patients peuvent laisser un message, la présence d'infirmières sur les lieux, les liens formels avec d'autres établissements, le nombre d'heures d'ouverture et la possibilité de consultations sans rendez-vous le soir constituent des éléments qui favorisent l'accessibilité. Si, selon la D<sup>re</sup> Beaulieu, la continuité des soins se fonde sur certains de ces principes, elle implique cependant que le médecin manifeste un attachement à sa collectivité, se donne des moyens d'assurer la continuité de l'information concernant ses patients et offre des services de rendez-vous en soirée.

« Au cours de cette étude, on a constaté un problème d'accessibilité dans toutes les régions, dit-elle. Toutefois, les patients qui recevaient les services de soins primaires dans les CLSC en région éloignée étaient ceux qui avaient eu la meilleure expérience en première ligne, tandis que les patients en milieu urbain avaient eu la plus difficile. »

Affirmant qu'il n'existe pas de modèle parfait, la D<sup>re</sup> Beaulieu demeure optimiste. « Je crois que nous allons dans la

bonne direction avec nos modèles d'organisation de soins de première ligne au Québec. Ils présentent un ensemble de caractéristiques qui nous permettra d'atteindre nos objectifs (présence d'infirmières, rémunération, intégration). Les grands enjeux sont la taille des regroupements de médecins, la façon de travailler en interdisciplinarité et toute l'intégration des Centres de santé et de services sociaux et des réseaux locaux avec la première ligne. »

De l'avis de la D<sup>re</sup> Beaulieu, il est important que l'on pense à généraliser les modèles, autrement on se dirige vers une médecine à deux vitesses. « Il ne s'agit pas de systèmes public et privé, dit-elle. Mais des patients bénéficiant de modèles innovateurs auront accès à certains avantages alors que des patients qui n'ont pas la chance d'être dans un milieu d'innovations auront des services moins complets. »

Faisant la synthèse des différents exposés, le D<sup>r</sup> **Claude Saucier** a rappelé que



D<sup>r</sup> Claude Saucier

les omnipraticiens québécois tiennent à disposer d'une multiplicité de modes de rémunération. Il a mentionné que certains éléments nouveaux sont déjà inscrits dans le cahier des demandes de la FMOQ dans le cadre des négociations en cours, comme des primes pour les soins préventifs, des forfaits annuels pour les patients inscrits, des forfaits pour inciter les jeunes médecins à prendre en charge des patients, des

forfaits pour suivre les patients qui sortent des centres hospitaliers ainsi que des primes pour accepter de nouveaux patients en santé mentale et en soins palliatifs. Par ailleurs, le D<sup>r</sup> Saucier a déploré le retard en matière d'informatique. « Le Québec fait figure de dinosaure dans ce domaine », a souligné le médecin. **FF**