

Le plan d'autogestion de la formation continue

Photo : © SuperStock



Peut-on l'utiliser contre un médecin ?

Emmanuèle Garnier

Certains médecins craignent que leur plan d'autogestion de la formation continue puisse leur nuire. Ils ont raison d'être prudents en le remplissant, car un risque existe. Cependant, ils ne doivent pas s'en inquiéter démesurément.

Le document que les médecins remplissent dans le cadre de leur plan d'autogestion de la formation continue peut-il se retourner contre eux ? Le syndic du Collège des médecins du Québec (CMQ) ou l'avocat d'un patient peut-il l'utiliser pour condamner ou faire condamner un praticien ?

En ce qui concerne les tribunaux, cette possibilité, quoique faible, existe, reconnaît M^c Pierre Belzile, directeur du Service juridique de la FMOQ. Il faut cependant que plusieurs circonstances et facteurs soient réunis pour qu'un plan d'autogestion nuise à un médecin. Dans le cas, par exemple, d'une poursuite judiciaire, un événement déjà relativement rare, il faut que l'avocat du plaignant demande au clinicien de produire son plan d'autogestion. Le médecin peut refuser si la demande ne lui semble pas appropriée. Ce sera alors au juge de trancher. « La production en preuve du plan d'autogestion n'est pas automatique. Comme n'importe quelle preuve en cour, il faut qu'elle soit pertinente. »

Et si le plan est présenté, quels sont les risques pour le médecin ? « Si le médecin a écrit tel quel dans son plan d'autogestion qu'il est nul dans le traitement de telle maladie et que c'est justement la raison pour laquelle le patient le poursuit, dans ce cas, le plan pourrait certainement aider la preuve en demande », précise M^c Belzile.

Pour réduire les risques d'auto-incrimination, tant le Collège des médecins que la FMOQ ont modifié le document de leur plan d'autogestion. On ne demande plus au clinicien de cocher s'il est « pas, peu, assez ou très » à l'aise avec les lignes directrices de divers problèmes médicaux. On n'y parle également plus de « lacunes » ni de « faiblesses. » Néanmoins, le médecin doit quand même faire attention quand il remplit son formulaire. « Dans la partie "réflexion" de notre plan, les médecins n'ont pas à indiquer qu'ils sont incompetents dans tel domaine ni à qualifier leur niveau de connaissances, explique le D^r André Jacques, directeur de l'Amélioration de l'exercice au CMQ. Ils doivent plutôt



« Si le médecin a écrit tel quel dans son plan d'autogestion qu'il est nul dans le traitement de telle maladie et que c'est justement la raison pour laquelle le patient le poursuit, dans ce cas, le plan pourrait certainement aider la preuve en demande. »

— M^e Pierre Belzile

se placer dans une perspective d'amélioration de la pratique et utiliser des termes comme "je veux me perfectionner" ou "je veux m'améliorer". »

Dans le PADPC (plan d'autogestion du développement professionnel continu) de la Fédération, l'étape 2, où le médecin définit ses besoins, doit aussi être remplie avec précaution. « On peut simplement énumérer les domaines médicaux ou les affections au sujet desquels on voudrait améliorer ou parfaire ses connaissances, sans forcément faire une phrase », conseille le D^r **Claude Guimond**, directeur adjoint de la Formation professionnelle, à la FMOQ.

Il faut également être prudent à l'étape 3 du PADPC qui demande de définir ses objectifs. Le document recommande d'utiliser des verbes comme : actualiser,

améliorer, parfaire, optimiser, perfectionner, maintenir à jour. « Dans la formulation d'objectifs, on utilise souvent un verbe d'action pour faire une courte phrase. Si les médecins veulent employer un verbe, ils peuvent utiliser ceux qu'on leur suggère. Il n'y a rien de mal à vouloir "parfaire ses connaissances" ou à "maintenir à jour ses notions dans un domaine" », indique le D^r Guimond. Le choix des termes est donc important. « Il ne faut pas faire exprès d'écrire qu'on a des lacunes importantes dans telle matière ou des faiblesses considérables dans tel domaine », résume M^e Belzile.

Un plan d'autogestion mal formulé ne peut cependant à lui seul faire condamner un médecin. « Un juge ne fondera jamais une décision en responsabilité professionnelle sur un seul et unique élément pris isolément. Il doit toujours se baser sur l'ensemble de la preuve et non sur un point particulier sans tenir compte de tous les autres », précise l'avocat.

L'importance d'un plan d'autogestion dans un procès est, dans les faits, secondaire. Une formation continue très poussée ne prouvera pas en soit l'absence de la faute professionnelle reprochée, tout comme le

Le plan d'autogestion peut-il devenir public ?

Le public peut-il avoir accès au plan d'autogestion de la formation continue d'un médecin ? Non, répond catégoriquement M^e Pierre Belzile, directeur du Service juridique de la FMOQ. « Ce n'est pas un document public. Il est erroné de croire que le public puisse y avoir accès. »

manque de perfectionnement n'établira pas l'existence de la faute. Le plan est donc généralement utilisé pour établir la crédibilité du médecin et son souci de maintenir ses compétences à jour.

Le plan d'autogestion : un atout pour se défendre

Un plan d'autogestion de formation bien fait constitue un atout pour le clinicien qui doit affronter un tribunal civil ou le Collège des médecins. « Il permet au médecin de démontrer à quel point sa démarche de formation continue est structurée », précise M^e Belzile.

Le Collège, par exemple, sera sensible à un plan détaillé. « On peut faire le parallèle avec les dossiers médicaux. Avant, certains disaient aux médecins : "n'écrivez pas dans les dossiers, cela peut jouer contre vous". C'est justement le fait de ne pas écrire dans les dossiers qui est nuisible. C'est la même chose pour le plan d'autogestion. Si vous faites de votre plan d'autogestion un exercice consciencieux et valable, vous montrez votre bonne foi à maintenir vos compétences. Vous avez une carte de plus pour vous défendre », fait valoir le D^r Jacques.

En fait, l'apparition du PADPC de la FMOQ ou du plan d'autogestion du Collège change peu la donne. Auparavant, avocat, syndic et inspecteur du CMQ pouvaient déjà exiger de voir la liste des activités de formation continue d'un médecin. « Les médecins disent : "maintenant, je vais être contraint de déposer mon plan en cour". Mais cela a toujours été le cas. C'est simplement que maintenant on a rendu tout le processus de maintien des compétences un peu plus visible », explique le D^r Jacques.

Les médecins ne sont pas plus protégés devant les tribunaux sans plan d'autogestion de la formation continue qu'avec. « Dans le cadre d'une poursuite, un avocat peut avoir accès aux renseignements relatifs aux activités d'apprentissage d'un médecin, indique M^e Belzile. Il peut, en théorie, demander au clinicien son relevé de crédits de formation annuel. L'absence de PADPC n'empêche pas non plus l'avocat de poser des questions sur les cours que le médecin a suivis pendant les dernières années. »

Absence de plan et visite d'inspection

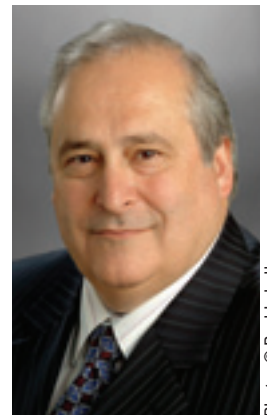
Faire un plan d'autogestion de la formation continue n'est toutefois pas obligatoire pour un médecin. Ce qui l'est, c'est de maintenir ses

connaissances à jour, une obligation déontologique. Le Collège des médecins reconnaît d'ailleurs des cadres de formation différents des plans d'autogestion comme le programme du maintien de la compétence professionnelle du Collège des médecins de famille du Canada ou celui du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Mais qu'arrive-t-il quand un médecin n'a ni plan d'autogestion ni programme de formation reconnu ? Ses risques de recevoir une visite d'inspection professionnelle grimpent. « Nous avons déterminé des facteurs de risque d'incompétence. Il y en a une série et le fait de ne pas participer soit à un plan d'autogestion soit à un système de maintien des compétences reconnu devient un facteur de risque supplémentaire. Cela vient s'additionner à d'autres facteurs de risque. À partir d'un certain nombre, le médecin reçoit une visite d'inspection professionnelle. Nous estimons que ceux qui ont un plan d'autogestion ou qui participent un système de maintien des compétences ont plus de chance d'être compétents », révèle le D^r Jacques.

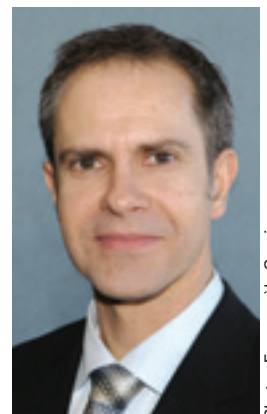
Le Collège vérifie par ailleurs au hasard le plan de 3 % des médecins. Ces derniers auront à envoyer les documents pertinents. « Actuellement, les médecins ne font qu'indiquer un total d'activités. Nous allons vérifier s'ils participent vraiment au plan qu'ils mentionnent dans leur avis de cotisation, si le total des activités indiqué dans leur plan est exact et si le processus de réflexion a bien été fait », affirme le directeur de l'Amélioration de l'exercice du Collège. Le plan de la plupart des médecins devrait être adéquat. Et pour les autres ? « Nous ferons peut-être une inspection professionnelle chez un petit nombre, mais pour la majorité nous allons les aider à mieux faire leur plan. »

(Suite à la page 12) >>>>



D^r André Jacques

Photo : © Paul Labelle



D^r Claude Guimond

Photo : Emmanuelle Garnier

Tournée du président de la FMOQ

les prochaines mesures du plan d'amélioration de la pratique

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Louis Godin

Le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le Dr Louis Godin, a commencé sa tournée des 19 associations affiliées par celle des Bois-Francs. Il a fait le point sur les mesures liées au plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille et au redressement (Lettre d'entente 138).

« La prochaine grande mesure qui entrera en vigueur sera l'inscription générale

de la clientèle dès janvier 2009. Comme pour l'inscription des patients vulnérables, votre engagement consistera simplement à respecter vos obligations déontologiques. Ce ne sera pas un contrat comme pour les groupes de médecine de famille (GMF) », a précisé le Dr Godin.

Les avantages financiers de cette mesure ? Les médecins recevront chaque année 10 \$ par patient inscrit dans les cabinets privés et 7,50 \$ dans les CLSC et les unités de médecine familiale (UMF). Ce forfait s'ajoute à ceux concernant les clientèles vulnérables et les GMF. Les forfaits pour l'inscription générale seront versés une fois par année.

« Comme nous voulions que vous touchiez l'argent le plus tôt possible, même si la première année se termine le 31 décembre 2009, nous avons convenu avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que, de façon exceptionnelle, une avance vous serait versée

Mesures de la Lettre d'entente 138 déjà en vigueur

Depuis avril

- ⊕ Augmentation du tarif des actes de 2 % à 5 % selon les secteurs de pratique. Il y aura un versement rétroactif en décembre 2008 et un autre en mars 2009.
- ⊕ La même augmentation se répétera en avril 2009.

Depuis juin

- ⊕ Abolition des échelons de salaire pour les médecins payés à tarif horaire et à honoraires fixes.
- ⊕ Majoration de la prime de responsabilité dans les milieux gériatriques et psychiatriques.
- ⊕ Allongement de la liste des clientèles vulnérables.
- ⊕ Supplément pour la prise en charge de grossesse dès le premier trimestre.
- ⊕ Majoration du supplément de l'ABCdaire pour les enfants de 0 à 5 ans qui peut d'ailleurs maintenant être facturé dans les CLSC.
- ⊕ Mentorat en obstétrique.
- ⊕ Nouvel acte de sortie de l'hôpital.

Depuis juillet

- ⊕ Création de postes de coordonnateurs médicaux dont la mission consiste à créer sur leur territoire un guichet unique pour trouver des médecins de famille aux patients « orphelins » vulnérables sortant de l'hôpital.

Depuis septembre

- ⊕ Forfaits de prise en charge des patients vulnérables « orphelins » (50 \$ par année pendant deux ans).

vers avril pour les patients vulnérables que vous avez déjà », a annoncé le président.

Les clientèles vulnérables n'auront, en fait, pas à être réinscrites ; elles le seront automatiquement, tout comme celles des GMF. « Si vous avez 1200 patients inscrits à votre nom dans un GMF, vous allez recevoir 12 000 \$ à la fin de la première année. L'inscription générale est la mesure la plus importante sur le plan financier. »

Les autres mesures

Patients orphelins

D'autres mesures importantes sont déjà entrées en vigueur. L'une d'elles concerne les clientèles prioritaires, ces patients vulnérables dits « orphelins », c'est-à-dire sans médecin de famille,

qui sortent de l'hôpital ou vivent dans la collectivité.

« Vous êtes dans votre cabinet et vous acceptez de prendre un nouveau patient qui vient de l'hôpital et dont le cas a été classé comme prioritaire. Vous recevrez alors 50 \$ par année pendant deux ans, explique le D^r Godin. Cette somme s'ajoute aux autres forfaits. Comme le patient est vulnérable, vous allez l'inscrire comme tel dans votre clientèle. Si vous êtes dans un GMF, vous allez avoir un forfait additionnel. Donc, ce patient-là donne une somme d'environ 117,50 \$ annuellement pour les deux premières années. » Cette mesure est en vigueur depuis le 1^{er} septembre.

Nouveaux coordonnateurs médicaux de première ligne

La mesure concernant les patients orphelins est possible grâce aux tout nouveaux coordonnateurs locaux. La première mission de ces omnipraticiens est de créer un guichet unique pour permettre aux patients vulnérables sortant de l'hôpital d'avoir un médecin de famille. Les coordonnateurs sont rémunérés par des forfaits de 55,80 \$, dont le nombre dépend de la taille de leur centre de santé et de services sociaux. Ces sommes pourront donner un revenu annuel allant de 32 000 \$ à 58 000 \$, qui pourra d'ailleurs être divisé entre plusieurs médecins.

Consultation accordée rapidement

Certains patients sont prêts à quitter l'hôpital, mais doivent rapidement voir un médecin

une fois de retour chez eux. Pour encourager les omnipraticiens à les prendre en charge en un court laps de temps, une mesure incitative fait actuellement l'objet de discussions avec le gouvernement. Des montants sont déjà réservés à cette fin. Le forfait auquel donnerait droit la mesure s'ajouterait à celui qui est accordé pour les patients orphelins.

Médecins enseignants

L'entente concernant la rémunération des médecins enseignants n'est pas encore tout à fait conclue. On sait cependant que les omnipraticiens recevront un forfait équivalant à 1400 \$ par mois de stage pour un résident et de 1680 \$ pour un externe. « Si vous supervisez actuellement des résidents ou des externes, prenez note de ce que vous avez fait depuis le mois de juillet, parce qu'il est entendu avec le Ministère que la rémunération sera rétroactive à partir du 1^{er} juillet », dit le D^r Godin.

Des hausses pour la santé publique

Comment les omnipraticiens travaillant en santé publique recevront-ils leur juste part des augmentations ? La FMOQ visait pour tous ses membres une hausse de 5 % des revenus en 2008 et aussi en 2009. Les médecins de santé publique n'ont cependant eu droit, jusqu'à présent, qu'à un accroissement de 3 % de leurs honoraires ou de leur tarif horaire, et aucune mesure du plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille ne les concerne.



« Nous avons convenu avec le MSSS de cerner les activités de santé publique liées à la première ligne, explique le président de la Fédération. Elles pourraient donner droit à un supplément au tarif horaire, un peu comme la majoration qu'ont eue les médecins travaillant dans les établissements de soins de longue durée ou dans les milieux psychiatriques. On espère conclure une entente sous peu », a affirmé le D^r Godin.

La FMOQ et le gouvernement discutent également de la possibilité d'établir un plan pour accroître les revenus des généralistes travaillant en santé publique. « Ce n'est pas le secteur qui a bénéficié le plus des augmentations ces dernières années. » À cause de l'ampleur du travail, ce plan ne sera probablement pas prêt avant la fin de 2009.

Dossier de santé du Québec

Où en est le Dossier de santé du Québec (DSQ) ? La première étape, la phase expérimentale comprenant quatre médecins de Québec et trois pharmacies, devait se terminer le 1^{er} septembre. « Les résultats de cette phase ne sont pas encore satisfaisants. Elle vient donc d'être prolongée », a annoncé le D^r Godin.

En attendant, la Fédération discute avec le MSSS de différents aspects législatifs et réglementaires du DSQ qui posaient des problèmes. Par exemple, la participation des médecins au DSQ est-elle obligatoire ? « Ce n'est pas clair, a précisé le

D^r Godin. On ne veut pas que l'omnipraticien soit obligé d'y adhérer. Pour être sûr que les médecins y participent, la solution est simple : il faut que le DSQ soit intéressant. Si cela les aide dans leur pratique, ils vont y participer. » Selon les premières règles, les généralistes qui refusaient d'alimenter le DSQ s'exposaient à des pénalités très importantes. « Cela nous paraît totalement aberrant comme manière de gérer le changement. »

Un autre aspect qui doit être discuté : le processus de rectification des données dans le DSQ. La loi ne prévoit rien et le processus suggéré est irréaliste pour les cliniciens. Ce sont eux qui devraient chaque fois entreprendre les demandes de rectification.

Les règles du DSQ posaient également d'autres problèmes pratiques. Des collaborateurs des médecins, comme leur secrétaire, n'étaient pas autorisés à consulter certaines informations. « Cela n'est pas compatible avec la pratique médicale. Il arrive que la secrétaire doive aller chercher un résultat d'examen ou des renseignements concernant des médicaments dans le dossier », a rappelé le D^r Godin. Par ailleurs, des règles interdisent également la transmission des renseignements à un tiers, comme les sociétés d'assurance, malgré le consentement du patient.

« Nous espérons conclure nos discussions avec les représentants du MSSS sur ces divers aspects d'ici la fin de l'automne. Le gouvernement devra ensuite présenter des modifications législatives. »

Photo : Emmanuèle Garnier



Et qu'en est-il de la rémunération ? Dans le plan d'amélioration de la pratique, le gouvernement a prévu des sommes pour la formation et la gestion du changement. Mais il y reste à discuter de la question de la rétribution pour inscrire régulièrement les données dans le DSQ. « Il est clair pour nous que le médecin doit être rémunéré pour cette tâche », a estimé le D^r Godin.

Certains souligneront cependant que le DSQ facilitera la pratique du clinicien. Cet outil n'est pas un dossier médical informatisé, réplique le président. Il ne donne accès qu'aux résultats d'examen de laboratoire et de radiologie ainsi qu'à la liste des médicaments prescrits. « Il s'agit d'un dossier incomplet. Les médecins devront donc continuer à avoir un dossier médical électronique, s'ils en ont un, ou un dossier papier. » La FMOQ désire que le DSQ ne soit que le prélude à l'informatisation des dossiers médicaux.

Des mesures pour valoriser et faciliter le travail de l'omnipraticien

« Il y a vraiment une crise en médecine familiale », a soutenu le D^r Godin. De plus en plus de Québécois cherchent un médecin de famille. Par ailleurs, les étudiants en médecine sont de moins en moins nombreux à choisir l'omnipraticien. Parallèlement, bien des généralistes délaissent le suivi de patients pour effectuer des activités de deuxième ligne. Et en plus, le nombre de médecins non participants ne cesse de croître.

La FMOQ travaille à trouver des solutions. Elle met la dernière main à un plan de valorisation de la médecine familiale. « Cela va ressembler à une politique nationale sur la médecine familiale », a expliqué le D^r Godin.

La première étape à laquelle il faut s'attaquer est la formation. Davantage de généralistes enseignants sont nécessaires. « Les étudiants doivent côtoyer plus de médecins de famille. L'identification est très importante. Mais pour attirer des omnipraticiens, il faut que les conditions d'enseignement soient intéressantes. »

Par ailleurs, dès qu'il commence sa pratique, l'omnipraticien se bute à de nombreuses contraintes législatives et réglementaires. AMP. PREM. Plan de nomination dans les établissements de soins.

Certaines de ces mesures pourraient être assouplies. « Les politiciens disent qu'il faut que les patients soient pris en charge dans les cabinets médicaux. Il est cependant très difficile de faire reconnaître des AMP pour ce type d'activités. »

On pourrait également aider les omnipraticiens dans leur pratique en cabinet par plusieurs mesures. Ces cliniciens doivent pouvoir obtenir facilement des examens de laboratoire et d'imagerie médicale, avoir accès aux spécialistes, mais aussi collaborer avec d'autres professionnels de la santé. Les généralistes désirent en particulier l'aide d'infirmières, mais en nombre suffisant. « En Europe, le ratio est souvent de un pour un », a précisé le D^r Godin. Cette collaboration ne doit cependant pas pénaliser le médecin. Ce dernier devrait avoir une compensation pour les cas légers que voit l'infirmière pendant que lui-même traite les plus lourds, a soutenu le président. « C'est le médecin qui a la responsabilité du patient, et c'est lui que l'infirmière consulte en cas de doute. »

Et pour finir, le plan de valorisation de la FMOQ s'est penché sur la question de la rémunération. « Si l'on veut attirer des médecins en omnipraticien au Québec, il faut les payer adéquatement. » La lettre d'entente 138, destinée à augmenter la rémunération des généralistes québécois, leur permettra de gagner environ 83 % du revenu de leurs collègues du reste du Canada si la situation ne se modifie pas. La parité n'est donc pas encore atteinte.

Par ailleurs, l'écart de revenus entre spécialistes et généralistes ne doit pas rendre la médecine générale beaucoup moins attrayante pour les étudiants. La différence n'a pas encore été chiffrée, mais la FMOQ s'y emploie. « Je crois fermement que la médecine familiale est un travail lourd, difficile, qui demande un large éventail de connaissances à acquérir et à maintenir. Il faut s'assurer que l'écart de rémunération entre omnipraticiens et spécialistes est raisonnable et faire en sorte qu'il revienne au niveau qu'il était à l'origine », a affirmé le D^r Godin.

Le président de la FMOQ va poursuivre sa tournée du Québec pendant les deux prochains mois. Plusieurs dossiers évolueront pendant ce temps, et il pourra directement tenir ses membres au courant. 📞

Association des Bois-Francs un appel à la relève

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Ghyslain Lacroix

Devant une salle remplie à Drummondville, le **D^r Ghyslain Lacroix**, président de l'Association des médecins omnipraticiens des Bois-Francs (AMOBF), a plaidé pour un rapprochement entre les jeunes et le syndicat. « Dans l'année qui vient, le défi de la Fédération et de notre association sera d'aller chercher nos jeunes collègues et de leur expliquer l'importance du syndicalisme », a-t-il dit à ses membres à

l'occasion de l'assemblée générale de l'Association.

Les jeunes omnipraticiens qui commencent leur pratique ne soupçonnent souvent pas l'importance du syndicalisme. « Les gains que l'on a remportés comme médecins, le statut dont on jouit, le salaire que l'on gagne ont été obtenus par des batailles très lourdes. On n'a pas eu de cadeaux. Le gouvernement ne nous en fera jamais dans les négociations. Il ne faut pas avoir de pensée magique. Malheureusement, quand on est un médecin en pratique active et très occupé, on ne voit pas ces batailles. On n'est pas au courant. On n'en entend pas parler », a expliqué le D^r Lacroix.

Le président de l'AMOBF estime qu'il faut inciter les jeunes médecins non seulement à s'intéresser au syndicalisme, mais aussi à y prendre une part active. Le D^r Lacroix souhaite d'ailleurs voir plus de jeunes au Conseil de la Fédération. « Un médecin de mon âge ne pense pas comme un généraliste qui vient de commencer sa pratique. Il faut qu'on tente de connaître les goûts des jeunes omnipraticiens, leurs aspirations, ce qui les intéresse. »

La FMOQ, pour sa part, vient de créer un comité de jeunes généralistes. « Ce groupe donnera son

avis au Bureau sur tous les grands dossiers que l'on mène, que ce soit sur l'organisation médicale, la rémunération, etc. », a indiqué le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. Recommandés par les associations affiliées à la Fédération, les membres du comité ont tous moins de sept ans de pratique.

Pour sa propre association, le D^r Lacroix désire aussi un vent de jeunesse et de renouveau. Pour cette raison, le mandat qu'il a sollicité au cours de l'assemblée générale sera son dernier. « Je pense qu'il est temps de faire place à la relève et aux jeunes. Des idées nouvelles vont être amenées. »

Le président de l'AMOBF a également une autre préoccupation : le manque d'omnipraticiens en première ligne dans les Bois-Francs. La région a recruté beaucoup de généralistes ces trois dernières années. Mais il y a encore une crise dans la médecine en cabinet. « Se trouver un médecin de famille dans la région relève de l'exploit. Cela demeure un sujet de préoccupation. » Ce problème sera un défi que devra probablement aussi relever le prochain président de l'association. 🌿

Prix Jean-Pierre-Despins

Le Prix Jean-Pierre-Despins, qui souligne l'ensemble de la carrière d'un médecin de l'AMOBF, a été remis au **D^r Pierre Jutras**, qui a été le président de l'association de 1978 à 1989 et membre du Bureau de la FMOQ. « Nous avons décidé de décerner ce prix au D^r Jutras pour son engagement syndical, mais aussi pour sa pratique globale, lourde et très active de la médecine générale. C'est un médecin respecté par tous ses pairs », a expliqué le **D^r Ghyslain Lacroix**, président actuel de l'Association.



Photo : Emmanuèle Garnier

Le D^r Ghyslain Lacroix remettant un tableau au D^r Pierre Jutras, lauréat du Prix Jean-Pierre-Despins

Côte-Nord manque de spécialistes et surcharge de travail pour les omnipraticiens

Emmanuèle Garnier



D^r Pierre Gosselin

Sur la Côte-Nord, 58 % des omnipraticiens doivent effectuer en moyenne quatre heures de travail de plus par semaine à cause du manque de spécialistes, révèle un sondage réalisé par l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord (AMOCN). « Les omnipraticiens doivent passer

beaucoup de temps au téléphone pour régler des cas médicaux complexes. En région, le principal outil de l'omnipraticien, après le stéthoscope, est le téléphone ! », lance le **D^r Pierre Gosselin**, président de l'association.

L'AMOCN, de concert avec le Département régional de médecine générale, a effectué en 2007 un sondage auquel 62 des quelque 110 omnipraticiens de la Côte-Nord ont répondu. Ces médecins, dont l'âge moyen est de 45 ans, pratiquent dans la région depuis en moyenne 14,5 ans.

Pour plusieurs omnipraticiens, l'accès aux spécialistes est plus difficile dans certains domaines : l'ORL, l'orthopédie, la pédiatrie et la psychiatrie. Environ la moitié des généralistes n'ont de contact avec les spécialistes que par téléphone. Les autres, ceux qui travaillent dans les hôpitaux de Sept-Îles et de Baie-Comeau, peuvent les voir sur place, bien que dans ce dernier établissement une importante pénurie de spécialistes sévit.

Sept des généralistes interrogés ont même révélé qu'ils passaient quelque 8,6 heures par semaine à faire des tâches de spécialistes. Un certain nombre d'omnipraticiens de la Côte-Nord doivent faire des

endoscopies, des radiographies, s'occuper de cas lourds en psychiatrie, aux soins intensifs et parmi les patients hospitalisés. Par ailleurs, plusieurs généralistes font le suivi des traitements de chimiothérapie. « À Baie-Comeau, des omnipraticiens ont créé une clinique d'oncologie. Ils supervisent la chimiothérapie et travaillent en collaboration avec un oncologue consultant », indique le D^r Gosselin.

Cette situation n'est pas sans conséquence. « Le problème, c'est qu'il y a moins de médecins omnipraticiens pour pratiquer en première ligne et suivre les patients. Mais nous n'avons pas le choix. Il y a un bassin de population à desservir. Les médecins deviennent cependant à bout de souffle et certains regardent la possibilité de pratiquer ailleurs », déplore le président de l'AMOCN.

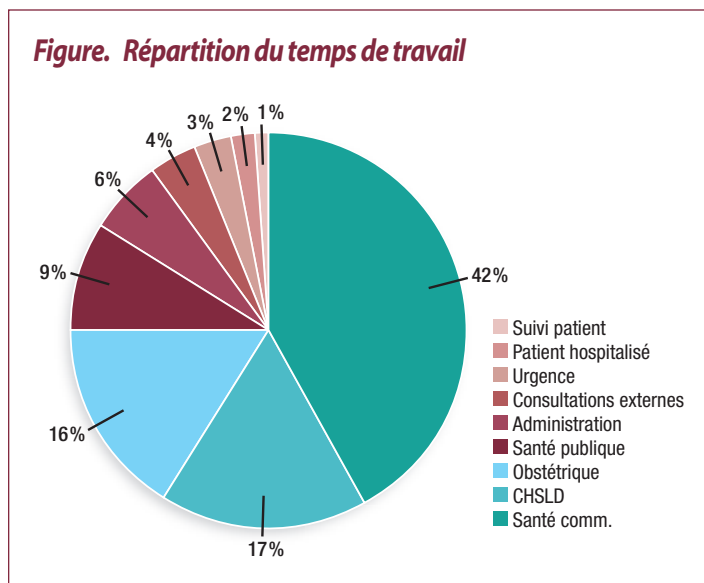
Surchargés de travail

Selon le sondage, 53 % des médecins estiment avoir une charge de travail trop lourde. Ce taux grimpe à 79 % parmi ceux qui pratiquent dans une unité de soins intensifs. Leur semaine globale de travail est en moyenne de 58 heures. « Il s'agit surtout des médecins de Baie-Comeau, explique le D^r Gosselin. Comme il y a une pénurie de spécialistes dans leur hôpital, les omnipraticiens doivent prendre le relais aux soins intensifs et dans les différents services pour traiter les patients hospitalisés. » Parmi les omnipraticiens qui s'occupent des patients des unités, 71 % se plaignent aussi d'une surcharge. Leur semaine de travail atteint 55 heures.

Le médecin moyen de la Côte-Nord travaille beaucoup. Les omnipraticiens sondés ont des semaines de 51 heures et pratiquent 45 semaines par année. Cela correspond à 2295 heures annuellement. Par comparaison, le nombre d'heures attribué à l'équivalent d'un médecin travaillant à temps plein (ETP) est de 1892 par année. Dans les différents groupes d'âge, ce sont les généralistes de 40 à 49 ans qui ont les plus longues semaines de travail : 54 heures.

Les tâches médicoadministratives sont par ailleurs plus prenantes qu'on ne le soupçonnerait. Ainsi, 65 % de ceux qui s'en acquittent ressentent une surcharge de travail. Et ils sont nombreux à avoir

Figure. Répartition du temps de travail



ce type de tâches. Presque les trois quarts des médecins sondés. Certains sont membres du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital, d'autres chefs de département ou de service ou encore responsables de GMF, etc. « Les médecins de la Côte-Nord participent beaucoup aux tâches administratives. On n'a pas le choix. Il n'y a pas beaucoup de monde, et il y a de plus en plus de comités », explique le D^r Gosselin. Beaucoup font également partie du DRMG, de divers comités provinciaux ou du Bureau de l'AMOCN.

« Quand on a fait ce sondage, on voulait savoir quelle était la charge administrative des médecins parce que le calcul des plans régionaux d'effectifs médicaux ne tient pas compte de ces activités. Le sondage montre que cela demande beaucoup de temps. » L'administration prend en moyenne 13 heures par mois, soit 6 % des heures de travail des médecins interrogés (figure).

Des médecins heureux

Surprise. Malgré leur surcharge de travail, 78 % des médecins sondés sont satisfaits ou même très satisfaits de leur pratique. « Le milieu est intéressant. Je pense que la satisfaction vient de là. Le groupe avec qui ils sont est stimulant et ils aiment leur travail », avance le D^r Gosselin.

Presque 70 % des omnipraticiens de la Côte-Nord travaillent en deuxième ligne. Ils pratiquent auprès des patients hospitalisés ou à l'urgence.

La moitié des médecins travaillent dans au moins quatre milieux de pratique différents. « C'est positif, parce que ce sont des gens polyvalents. Ils veulent toucher à tous les milieux. C'est un peu l'essence de l'omnipraticien. »

Pratiquement tous les répondants exercent en première ligne. Cabinet, CLSC, groupe de médecine de famille, unité de médecine familiale, dispensaires. Malheureusement, même si 92 % des omnipraticiens de la Côte-Nord suivent des patients, beaucoup de résidents n'ont pas de médecin de famille. La pénurie de généralistes est très importante. « À Sept-Îles, il y a 20 omnipraticiens pour une population d'environ 30 000 habitants. Le tiers des gens n'a pas de médecin de famille », explique le D^r Gosselin.

Resteront-ils ? Partiront-ils ? C'est toujours la question en suspens concernant les médecins. Huit des généralistes interrogés pensent quitter la Côte-Nord dans les deux prochaines années. Ces omnipraticiens ont généralement moins de 40 ans et ils s'en iront presque tous pour des raisons familiales. « Sept ou huit nouveaux médecins arrivent chaque année, et on en perd le même nombre. Les effectifs ne croissent pas. »

Le sondage de l'AMOCN peint finalement le portrait de médecins débordés, mais heureux de leur travail. Leur pratique, parfois épuisante, est stimulante et pleine de défis. Certains quittent la Côte-Nord au bout de quelques années, remplacés par de nouveaux, mais d'autres s'y ancrent. 🍷

Nouveau CHUM réactions des spécialistes

*par Francine Fiore
et Emmanuèle Garnier*

Parmi les 700 spécialistes pratiquant au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), un nombre important risque de ne plus pouvoir y exercer. Certaines spécialités, dont entre autres l'ophtalmologie, la rhumatologie, la psychiatrie et l'endocrinologie pourraient ne plus avoir leur place au sein du nouveau CHUM, a dénoncé le D^r Gaétan Barrette, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) lors

d'un point de presse tenu le 10 septembre dernier.

« L'administration du CHUM considère que certaines spécialités n'ont pas une valeur suffisamment universitaire pour faire partie du nouvel établissement et qu'elles sont des spécialités de première et de deuxième ligne qui devront être orientées ailleurs, dont à l'Hôpital Notre-Dame qui ne sera pas un hôpital universitaire », a soutenu le D^r Barrette.

L'hôpital de l'avenir ?

Lors d'une assemblée générale spéciale, la FMSQ a informé ses membres de la situation actuelle. La réunion a été émotive. « Les médecins ont à cœur le succès du CHUM et veulent donner à la population des soins à la hauteur de leurs compétences, dit le président. Pour les médecins du CHUM, il s'agit, sinon d'un drame, d'une situation extrêmement démotivante. Les médecins possèdent les connaissances nécessaires pour établir ce que sera le CHUM, mais ils ne sont pas entendus. »

Selon le D^r Barrette, cette mise à l'écart de certaines spécialités ne répond pas aux critères de centre hospitalier de calibre international que doit être le nouveau CHUM. « Le CHUM doit enseigner le curriculum complet de la médecine. Il serait ridicule d'avoir un CHUM qui laisse derrière ne serait-ce qu'une seule spécialité. »

Le D^r Barrette estime que les plans fonctionnels et techniques (PTF) présentés aux chefs de département du CHUM doivent être corrigés. « Le problème n'est pas au niveau du gouvernement, mais au plan administratif local. Le ministère n'est pas renseigné adéquatement sur la situation. Quant à l'Université de Montréal, elle suivra la décision prise par le gouvernement, nous dit-on au bureau du recteur et du doyen de la Faculté de médecine. »

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, M. Yves Bolduc, a par la suite réfuté les accusations du D^r Barrette. Les 35 spécialités du CHUM seraient conservées, selon ses propos rapportés par les médias. Le président de la FMSQ maintient néanmoins ses affirmations. « Dans les faits, il n'y aura pas 35 spécialités à égalité au CHUM. Par exemple, il y aura de la néonatalogie, mais pas de département de pédiatrie comme tel.

De plus, l'ophtalmologie sort du CHUM. Il ne restera qu'une salle pour les cas exceptionnels afin d'aider le service des consultations externes. »

Selon le D^r Barrette, le fait que le ministre annonce un plafonnement du nombre de lits à 700 dans le futur CHUM confirme la réduction prévue des activités, notamment en chirurgie. « Le ministre de la Santé dit qu'on fera plus de choses en ambulatoire, mais le virage ambulatoire a déjà été fait. En dix ans, on est passé de 428 lits de chirurgie à 328 et l'on vise 229. »



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Gaétan Barrette (Archives)

Et qu'en est-il des omnipraticiens ?

Pour les omnipraticiens, le nouveau projet du CHUM apparaît sous un jour beaucoup plus favorable. L'élément qui leur plaît est la transformation de l'une des unités du CHUM, le pavillon Notre-Dame, en un hôpital de quartier de 300 lits qui sera indépendant du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

« C'est un développement fort intéressant pour les médecins de famille, affirme le D^r Louis Godin, président de la FMOQ. Un hôpital de quartier est un établissement qui appartient vraiment aux omnipraticiens. Ces derniers fourniront des services médicaux à la population que desservent le pavillon Notre-Dame et le CHUM. Ce dernier, à l'opposé, donnera des soins très spécialisés, soit tertiaire et quaternaire. »

La nouvelle vocation du pavillon Notre-Dame a d'ailleurs reçu l'appui du Département de médecine générale du CHUM, qui comprend plus de 100 omnipraticiens. Ces généralistes ont cependant une crainte : l'éventualité de nouveaux retards dans la réalisation du projet.

« L'inquiétude qu'ont les omnipraticiens c'est que l'on remette encore en question beaucoup d'éléments du futur CHUM. Il va falloir que l'on s'entende sur ce que sera cet établissement et que l'on commence les travaux », affirme de son côté le D^r Godin. 🗨️

(Suite à la page 95) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 19)

Chercheuse de l'année en médecine familiale

Francine Fiore

Professeure en médecine familiale à l'Université McGill et adepte de la médecine participative, la **D^{re} Ann Macaulay** a été nommée chercheuse de l'année en médecine familiale par le Collège des médecins de famille du Canada. Ce prix honore un chercheur qui s'est illustré par son avant-gardisme et son leadership dans la définition, le développement et la diffusion de concepts de base en médecine familiale.



Photo : Université McGill

D^{re} Ann Macaulay

La D^{re} Macaulay a fondé, en septembre 2006, le Centre de recherche participative au Département de médecine familiale de l'Université McGill (Participatory Research at McGill – PRAM). Elle en est toujours la directrice. Sa motivation a pour origine son engagement de 30 ans auprès de la collectivité mohawk de Kahnawake, au Québec. En plus d'avoir pratiqué dans cette ville, elle y a créé un programme de prévention du diabète.

L'un de ses plus récents projets consiste à évaluer la satisfaction des patients au sujet des services offerts dans les cliniques de médecine familiale. L'équipe comprend non seulement les chercheurs, mais aussi des représentants des patients qui fréquentent la clinique, un médecin, une infirmière, un psychologue, une secrétaire et un résident en médecine familiale. « Cette approche permet une réelle collaboration de tous les intervenants d'un projet de recherche, soit les personnes, les organismes, les décideurs et les collectivités, explique la chercheuse. Chacun apporte un point de vue différent, ce qui enrichit énormément la recherche. »

La réaction de la D^{re} Macaulay au prix ? « C'est toujours un immense plaisir que d'être reconnue par ses pairs, avoue-t-elle. Ce prix constitue également une grande reconnaissance de l'importance de la recherche participative. » 🍷