



Photo: SuperStock

## Retraite possible de 400 omnipraticiens montréalais d'ici cinq ans comment les retenir ?

Emmanuèle Garnier

**À Montréal, environ 400 omnipraticiens pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années. Certains accepteraient de continuer à pratiquer si on leur offrait une prime. Mais comment distinguer ceux qui vont vraiment prendre leur retraite des autres ? Des avantages financiers ne peuvent être consentis en se fondant uniquement sur l'âge.**

**À** MONTRÉAL, ils sont 873 omnipraticiens à avoir 55 ans et plus. Quelque 85 % pratiquent toujours, mais pour combien de temps encore ? À quel moment leur retraite massive provoquera-t-elle une crise ?

Pour connaître l'état de la situation, l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) a réalisé un sondage auprès des généralistes plus âgés. Quelque 400 médecins de 55 ans et plus y ont répondu cet été en remplissant le questionnaire qui leur a été envoyé par la poste (*encadré*). Résultat : 49 % des médecins en pratique active comptent cesser d'exercer d'ici de un à cinq ans (*figure 1*). Si le sondage est représentatif, les conséquences donnent le vertige. « À Montréal, environ 400 médecins vont partir d'ici cinq ans », calcule le **D<sup>r</sup> Marc-André Asselin**, président de l'AMOM, qui a procédé à une analyse préliminaire des données.

Pire, si les répondants étaient libres de toute contrainte

**Nombre total de répondants** 395

● Pratique active 71 %  
● Pratique semi-active 15 %  
● Retraite 14 %

**Âge**

● De 55 à 60 ans 43 %  
● De 61 à 64 ans 20 %  
● De 65 ans à 70 ans 17 %  
● 71 ans et plus 20 %

financière ou autre — et certains pourraient l'être —, 24 % prendraient leur retraite immédiatement ou dans un an (*figure 2*). Cela représenterait une ponction imminente de presque 200 omnipraticiens dans la métropole. « On s'en va vers la catastrophe. Mais cela fait longtemps qu'on l'annonce », déplore le D<sup>r</sup> Asselin. La situation est d'autant plus critique que, cette année, il n'y a eu que le nombre minimal de nouveaux omnipraticiens pour

pourvoir les postes offerts à Montréal. En outre, depuis deux ans, la ville attire moins de généralistes des autres régions que prévu.

Mais qui sont ces médecins qui songent à prendre leur retraite ? Ils représentent 31 % des répondants en pratique active de 55 à 60 ans, 58 % de ceux de 61 à 65 ans et 71 % des 45 médecins de 66 à 70 ans exerçant encore.

Pourrait-on les retenir encore un peu dans la pratique ? L'un des buts du sondage était de découvrir des moyens



**« À Montréal, environ 400 médecins vont partir d'ici cinq ans »**

— D<sup>r</sup> Marc-André Asselin

d'y parvenir, mais aussi de déterminer le profil des médecins sur le point de prendre leur retraite. Les données, cependant, sont décevantes : le futur retraité n'a ni caractéristiques particulières, ni âge précis et ne répond à aucune règle. Conséquence : on ne peut cibler les candidats à qui l'on pourrait proposer des incitatifs. « On ne peut pas accorder des primes à des médecins simplement parce qu'ils sont plus âgés », affirme le président de l'AMOM.

Que faire alors ? « Il faudrait peut-être créer dans les prochaines années une espèce de caisse de retraite pour tous les médecins, tant âgés que jeunes. Plus les médecins travailleraient longtemps et plus les bénéfices augmenteraient dans leur fonds de retraite », indique le D<sup>r</sup> Asselin.

Pour l'instant, un répit pourrait venir de l'économie. Certains estiment qu'ironiquement la crise pourrait sauver momentanément les patients montréalais menacés de perdre leur médecin. « C'est sûr que la crise boursière aura un effet. Quand les marchés chutent, les caisses de retraite s'effondrent aussi. Il est donc possible que les retraites massives prévues au cours des

cinq prochaines années soient retardées. »

Mais, dans l'immédiat, le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) de Montréal devrait au moins compenser l'éventuel départ de 400 médecins omnipraticiens. « Cela veut dire qu'il faut que le PREM fournisse au moins 80 médecins au cours des cinq prochaines années seulement pour couvrir la perte de ceux qui prennent leur retraite. »

### **Le manque de relève : un obstacle à la retraite**

Comment les omnipraticiens envisagent-ils la période de transition vers leur retraite ? Vingt pour cent prévoient travailler pleinement jusqu'au dernier moment. Mais 80 % des médecins comptent réduire progressivement leurs activités.

Au cours des cinq dernières années, un peu plus de la moitié des répondants ont d'ailleurs souhaité modifier leur profil de pratique. La moitié y sont parvenus. La plupart ont réduit leurs heures de travail, et un peu plus du tiers ont abandonné un champ de pratique. Cependant, la moitié des répondants n'ont pu ralentir leur rythme de travail. Dans presque un cas sur deux, le médecin a dû

continuer pour des raisons financières et, dans 38 % des cas, à cause de la pression des patients. Beaucoup d'omnipraticiens n'ont pu trouver de jeunes collègues pour les aider.

Le manque de relève est, par ailleurs, l'un des principaux facteurs professionnels qui influe sur l'âge de la retraite. Il pèse péniblement dans la balance pour quelque 60 % des médecins qui pratiquent seuls ou en groupe. La lourdeur de la clientèle a également une grande influence sur le moment de la retraite. Un des médecins sondés écrit, dans ses commentaires, qu'il continue à pratiquer à cause du « besoin du milieu et de la nécessité de faire sa part face aux autres collègues de travail. » Nombreux sont les généralistes francophones ou anglophones qui demandent de « l'aide dans le transfert de la clientèle » ou « *assistance in finding a younger physician willing to share and eventually take over practice* ».

Plusieurs médecins ont cependant des idées originales pour faciliter la période de transition. « Pourquoi pas un regroupement de médecins préretraités ? Je pourrais peut-être continuer de travailler de huit à dix ans à raison de deux jours par semaine, par exemple. Toutefois, dans les conditions actuelles, j'aurais affaire à une clientèle continuellement insatisfaite de mon manque de disponibilité ». Un autre suggère de « négocier des primes d'installation pour les nouveaux médecins à Montréal et de suivre l'exemple de la France et de ses étudiants en fin d'étude. » Les jeunes médecins pourraient prendre progressivement la relève de leurs aînés en travaillant un jour sur 15, puis deux sur 15, etc. D'autres proposent de « s'inspirer des bureaux d'avocat où il est possible de fusionner des pratiques avec réduction progressive de la pratique. »

### Quel prix pour retarder la retraite ?

Serait-il possible de convaincre les candidats à la retraite de rester en pratique un peu plus longtemps qu'ils le pensaient ? Une proportion

Figure 1.

**Sauf imprévu, combien d'années prévoyez-vous demeurer encore en pratique active ?**

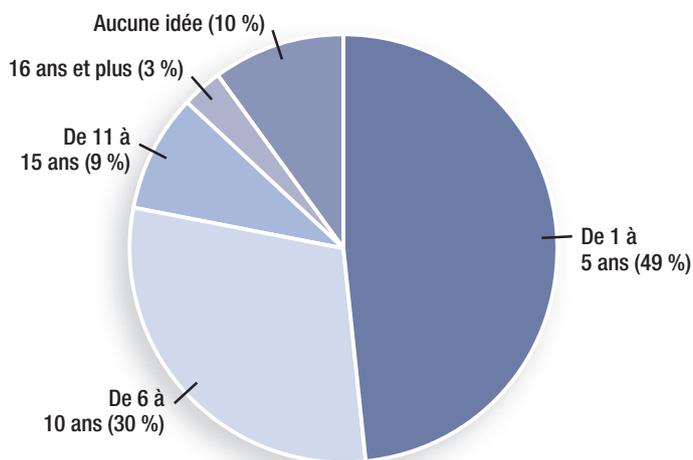
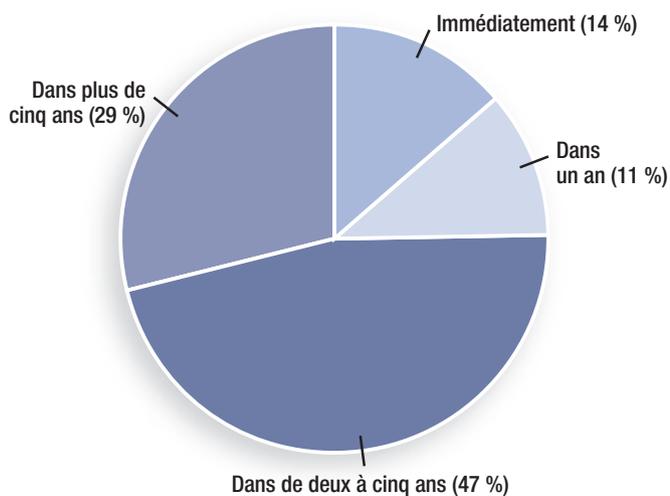


Figure 2.

**Si vous étiez libre de toutes contraintes financières, familiales ou autres, vous prendriez votre retraite :**



de 68 % des médecins pourraient se laisser tenter. Même ceux de 66 à 70 ans montrent une certaine ouverture : 53 % pourraient accepter de continuer.

(Suite à la page 14) >>>>

### Que faudrait-il pour retenir ces médecins ?

- ⊗ Pour 71 % des répondants, une prime de rétention ;
- ⊗ Pour 63 %, une réduction des heures de travail tout en gardant le même revenu ;
- ⊗ Pour 62 %, une prime au moment du départ à la retraite selon une échelle d'ancienneté ;
- ⊗ Pour 55 % des crédits d'impôts ou d'autres avantages fiscaux.

Ainsi, de nombreux omnipraticiens accepteraient de continuer à pratiquer en échange d'avantages financiers. La solution n'est pas facile à appliquer. « À quels médecins donner une prime et sur quelle base ? Je n'ai jusqu'ici pas trouvé la réponse dans les données du sondage », dit le D<sup>r</sup> Asselin.

Par ailleurs, 46 % des omnipraticiens interrogés pourraient être retenus par la possibilité de prendre de longues vacances, par exemple de quelques mois l'hiver. « C'est une mesure possible pour les médecins qui pratiquent au sein d'un groupe. Cela peut se faire dès maintenant », souligne le président de l'AMOM.

### Les passionnés

Parmi les omnipraticiens de 55 ans et plus, il y a aussi des passionnés qui ne veulent pas cesser de pratiquer. Ainsi, au moins 23 % des répondants prévoient exercer au-delà de l'âge de 70 ans. Les médecins âgés comptent parmi les plus zélés : 49 % des quelque 50 omnipraticiens de 66 à 70 ans en pratique active ou semi-active envisagent d'exercer après l'âge de 70 ans. Leurs cadets sont moins enthousiastes. Seulement 13 % des omnipraticiens de 55 à 60 ans prévoient travailler encore après leur soixante-dixième anniversaire.

Parmi les 254 répondants qui pourraient prendre leur retraite, parce qu'ils sont libres de toute contrainte, 71 % continuent à pratiquer par « plaisir et amour de la profession » et 54 % pour ne pas abandonner leurs patients dans un temps de pénurie d'effectifs médicaux. Toutefois, 40 %, soit 102, restent entre autres par intérêt financier.

Continuer à travailler peut aussi signifier pour certains médecins continuer à gagner un salaire. « Pour le médecin, il n'y a pas de caisse de retraite. Son régime de retraite

c'est l'argent qu'il a réussi à accumuler au cours des ans ainsi que les revenus qu'il gagne en pratiquant encore », indique le président de l'AMOM.

### Une retraite généralement heureuse

Qu'arrive-t-il une fois que les médecins ont pris leur retraite ? La plupart sont heureux. Parmi les 59 retraités interrogés, 61 % ont le sentiment du devoir accompli. La moitié ressent une liberté totale. Pour un médecin sur deux, la planification financière était parfaite. Beaucoup vivent exactement ce qu'ils avaient envisagé. Cinq pour cent estiment même qu'ils auraient dû prendre leur retraite plus tôt. La majorité, 86 % ont plein de loisirs, de passions ainsi que des activités personnelles, familiales, culturelles et sociales.

Mais la nouvelle vie ne réussit pas à tout le monde. Ainsi, pour 12 % des médecins, la retraite a été le vide, la solitude et la dévalorisation. Environ 9 % estiment qu'ils auraient dû attendre encore quelques années. Certains, 3 %, ont eu de mauvaises surprises et songent à un retour en pratique. Par ailleurs, si un retraité sur dix a l'impression d'avoir lâché ses confrères, 27 % ont le sentiment d'avoir abandonné leurs patients.

La mine d'informations que renferme le sondage n'est probablement pas encore épuisée. L'analyse plus approfondie que va effectuer un comité de l'AMOM pourrait peut-être apporter de nouvelles réponses. Par ailleurs, à la suite des suggestions des répondants, l'association va voir les services qu'elle pourrait offrir aux médecins à la retraite ou à la préretraite. 📞

## Le Médecin du Québec départ de la rédactrice en chef

La rédactrice en chef du *Médecin du Québec*, la D<sup>re</sup> Nicole Audet, a quitté ses fonctions à la fin de novembre dernier. À la tête de la revue depuis plus de deux ans, elle a toujours veillé à la qualité de l'information publiée. « La FMOQ remercie la D<sup>re</sup> Audet pour le travail qu'elle a effectué et lui souhaite bonne chance dans ses projets futurs », dit le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ. EG



D<sup>re</sup> Nicole Audet

Photo : Emmanuelle Garnier

# Association de Montréal

## L'avenir de l'association

Emmanuèle Garnier

Photo: Emmanuèle Garnier



D<sup>r</sup> Marc-André Asselin

À quoi ressemblera l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) en 2015 ? Elle sera alors probablement composée autant de femmes que d'hommes. Chaque année, la proportion d'omnipraticiennes augmente de 1 %.

L'AMOM en comptait 42 % en 2007, puis 43 % en 2008.

Dans six ans, l'association comprendra peut-être aussi beaucoup moins de membres. On en recense actuellement 1822, dont la moyenne d'âge est de 52 ans. « Si on prend uniquement les hommes, qui sont 1055 à Montréal, la moyenne d'âge est de 55 ans. Vous pouvez prévoir ce qui va arriver dans les prochaines années (voir *Retraite possible de 400 omnipraticiens montréalais d'ici cinq ans*, p. 1) », a indiqué le D<sup>r</sup> Marc-André Asselin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM). Il présentait ces données au cours de l'assemblée générale à laquelle assistait une centaine de médecins.

Le D<sup>r</sup> Asselin est inquiet. Comme chaque année, il prend la mesure de la menace qui plane sur la métropole. Non seulement des retraites massives sont imminentes, mais les omnipraticiens qui s'installent à Montréal ne sont pas assez nombreux. En 2008, même si tous les postes destinés à de nouveaux diplômés ont été pourvus, les places réservées aux généralistes des autres régions n'ont pas toutes été remplies (tableau). Et la situation était encore pire en 2007.

« Jusqu'il y a deux ans, on avait toujours réussi à avoir suffisamment de médecins venant s'établir à Montréal », mentionne le D<sup>r</sup> Asselin. Comment expliquer cette désaffection pour la métropole ? Le président et ses collaborateurs soupçonnent l'inscription de la clientèle

PREM de Montréal	2007	2008	2009
Nouveaux diplômés (médecins installés/nombre prévu)	46/46	50/46	?/54
Médecins venant d'autres régions (médecins installés/nombre prévu)	24/38	33/36	?/33

d'avoir des effets inattendus. « Quand un médecin déménage, il part d'un endroit où il a beaucoup de patients vulnérables – qui lui sont attachés par écrit et pour lesquels il a des bonifications – à une région où il n'a aucune clientèle vulnérable. Je pense que la mobilité interrégionale des omnipraticiens diminue de façon importante à cause de cela. »

Que réserve 2009 à Montréal ? Le PREM accordera 54 postes pour les omnipraticiens nouvellement diplômés et 33 pour les médecins des autres régions. Est-ce que ce sera suffisant ? Ces places seront-elles toutes pourvues ? C'est l'incertitude.

### Prendre le pouls des médecins

L'AMOM a déployé cette année de grands efforts pour prendre le pouls de ses membres. Celui des jeunes, grâce à un sondage auquel 154 des quelque 400 omnipraticiens pratiquant depuis moins de dix ans ont répondu. Celui des plus âgés, par un questionnaire qu'ont rempli presque 400 des 873 médecins en fin de carrière.

Le Bureau de l'AMOM a également rencontré de nombreux médecins. Il a ainsi réintroduit ses petits-déjeuners où il invitait les omnipraticiens de chaque secteur de la ville. Une formule qui a eu du succès. « Je trouve cela intéressant, parce que même si on n'a pas de grandes discussions philosophiques, on peut au moins régler des problèmes locaux ou individuels », affirme le D<sup>r</sup> Asselin.

Le Bureau de l'AMOM a aussi convié, comme chaque année, les chefs de département de médecine générale à une rencontre. Ils étaient presque tous présents. La discussion a porté sur les plans d'effectifs en établissement, divers problèmes et le plan de valorisation de la médecine familiale conçu par la FMOQ. L'année prochaine, les membres du Bureau iront eux-mêmes visiter les 17 chefs de départements dans leur établissement. « Cela va nous permettre de rencontrer plus de médecins », estime le D<sup>r</sup> Asselin. 🍷

# Conseil de la FMOQ préparation pour les négociations de 2010

Emmanuèle Garnier

L'année 2009 sera importante pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Une année de travail soutenu pour préparer le renouvellement de l'Entente générale. L'échéance en vue : avril 2010, date des prochaines négociations avec le gouvernement.

L'un des grands dossiers en jeu sera la question de la rémunération. Plusieurs aspects doivent être approfondis. « Il y a le suivi de la lettre d'entente 138 (sur le redressement de la rémunération des généralistes québécois par rapport à celle des autres omnipraticiens canadiens) et la question de l'écart entre la rétribution des omnipraticiens et celle des spécialistes du Québec », a exposé le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la Fédération, à la réunion du Conseil de la FMOQ.

Le dossier des cabinets privés est également une priorité pour la FMOQ. « La question est : de quelle manière peut-on mieux les financer ? », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin. Il faudra également examiner l'intégration des autres professionnels de la santé à la pratique médicale. « On désire travailler avec des infirmières. Mais comment cette collaboration fonctionnera-t-elle ? Les infirmières seront-elles engagées directement par les cabinets ? » La FMOQ se penchera également sur les nouveaux modèles de pratique et sur le dossier médical électronique.

La Fédération compte, au cours des douze

## Le Bureau de la FMOQ a été réélu sans opposition

Président :	Le D <sup>r</sup> Louis Godin
1 <sup>er</sup> vice-président :	le D <sup>r</sup> Marc-André Asselin
2 <sup>e</sup> vice-président :	le D <sup>r</sup> Claude Saucier
Secrétaire général :	le D <sup>r</sup> Sylvain Dion
Trésorier :	le D <sup>r</sup> Michel Lafrenière
1 <sup>er</sup> administrateur :	la D <sup>re</sup> Josée Bouchard
2 <sup>e</sup> administrateur :	le D <sup>r</sup> Marcel Guilbault
3 <sup>e</sup> administrateur :	le D <sup>r</sup> Marc-André Amyot
4 <sup>e</sup> administrateur :	le D <sup>r</sup> Pierre Martin

prochains mois, préparer le cahier des demandes qu'elle présentera au gouvernement. Elle va donc cerner les besoins dans chacun des secteurs de pratique, consulter les associations, puis organiser un congrès syndical. Intitulé *L'Omnipraticien au cœur de la santé*, ce colloque, qui aura lieu les 28 et 29 mai, permettra d'approfondir des questions comme la rémunération, les négociations et le leadership. « Il y aura des ateliers sur les différents thèmes de la négociation. Les commentaires des omnipraticiens seront pris en considération », promet le D<sup>r</sup> Godin. « On va ensuite consulter les médecins et les associations. Ce processus va être au cœur de ma tournée du Québec de l'automne prochain. »

Cette année, la tournée des dix-neuf associations affiliées a été une grande source d'informations pour le D<sup>r</sup> Godin. Il a pu sentir les préoccupations des médecins. « Il y a une constante : le manque de médecins », a dit le D<sup>r</sup> Godin. Les omnipraticiens lui ont ainsi parlé de la pénurie d'effectifs, de l'accès difficile à un médecin de famille, de la lourdeur de la tâche, de la nécessité du soutien à la pratique et de la complexité des ententes.

## Programme de formation décentralisée

Bien des médecins enseignants, surtout des omnipraticiens exerçant en régions éloignées, sont rémunérés depuis une quinzaine d'années par le programme de formation décentralisée. Mais la rétribution de ces médecins n'était pas uniforme d'une université à l'autre. Le gouvernement a proposé à la FMOQ d'inclure le budget de 2,9 millions de dollars de ce programme à son enveloppe globale. La Fédération et le MSSS sont donc en train de négocier une entente qui comprendrait :

- une rémunération des médecins enseignants



Réunion du Conseil de la FMOQ.

équivalant à 800 \$ par mois de stage. Cette somme s'ajouterait au forfait de 35 \$ déjà accordé pour la supervision d'un résident et de 42 \$ pour celle d'un externe dans un établissement de soins ;

- un paiement en moyenne de 15 000 \$ par an pour les chefs d'unité de médecine familiale pour leur travail de coordination.

Le gouvernement est, par ailleurs, prêt à financer la recherche en médecine générale, comme le prévoyait le plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille. Une enveloppe de départ de 600 000 \$ pourrait être envisagée.

### Dérogations pour l'hôpital LaSalle

Le 5 décembre 2008, la nouvelle faisait la manchette du *Devoir* : le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Yves Bolduc**, avait accordé une dérogation pour l'embauche de trois omnipraticiens au Centre hospitalier de LaSalle. Le Comité de gestion des effectifs médicaux MSSS-FMOQ en omnipratique (COGEMO) s'était auparavant opposé à cette exemption parce que la situation pouvait se régler autrement.

« C'est une décision qui vient fausser le *modus operandi* et introduire une voie de passage qui est tout autre, avait d'ailleurs déclaré au quotidien le **D<sup>r</sup> Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. Ça vient désavouer le travail d'un comité paritaire, qui ne fait pas un travail facile. Le message envoyé est "quand ça ne marche pas sur la voie principale, ça peut fonctionner autrement". »

« Est-ce que ce sont les nouvelles règles du jeu ? », s'est demandé le président de la FMOQ. La Fédération ne s'est pas retirée du COGEMO, mais le **D<sup>r</sup> Godin** a écrit une lettre au ministre pour dénoncer la situation, en expliquer les conséquences et demander une rencontre. « Des discussions sont nécessaires pour déterminer les besoins en effectifs, réévaluer le cadre de gestion et voir les nouvelles mesures à envisager. »

### Dossier de santé électronique

Du côté du dossier de santé électronique (DSQ) il y a du nouveau. Une chose semble maintenant sûre. « Le DSQ ne se transformera jamais en dossier médical électronique », a expliqué le **D<sup>r</sup> Godin**. Ainsi, les médecins n'auront jamais l'équivalent d'un dossier papier avec le DSQ. Ce dernier

### Hommage à M<sup>e</sup> François Chapados

**M<sup>e</sup> François Chapados**, ancien négociateur en chef de la FMOQ, a été nommé membre honoraire de la Fédération au cours de la réunion du Conseil. Ayant commencé à servir la FMOQ à la fin des années 1960, il a épaulé quatre présidents, du **D<sup>r</sup> Gérard Hamel** au **D<sup>r</sup> Renald Dutil**. Dans le cadre des négociations pour la FMOQ, il a participé aux grands moments de l'histoire du syndicalisme médical. Il a finalement pris sa retraite en 2007. La Fédération tenait à lui rendre hommage



M<sup>e</sup> François Chapados

« en reconnaissance de ses réalisations, de son dévouement sincère, de sa constance à défendre avec talent et compétence les droits fondamentaux des médecins omnipraticiens : le droit d'association, de représentation, de négociation et de contestation, qu'il contribuera à sauvegarder sans relâche pendant 40 ans avec la solidarité et la vigilance des omnipraticiens. »

comportera des informations uniquement sur les médicaments, les résultats de tests de laboratoire et d'imagerie ainsi que sur l'immunisation.

Le projet serait implanté graduellement au cours d'une période de cinq à sept ans. Dans un premier temps, le clinicien n'aura pas à inscrire de renseignements dans le DSQ. Après 2010, cependant, il est possible que le médecin traitant ait à y ajouter des données d'urgence, par exemple au moment de l'inscription annuelle du patient. « On commence à voir un peu plus où ce projet s'en va », a reconnu le **D<sup>r</sup> Godin**.

Il reste encore des points litigieux à régler comme l'éventuelle obligation pour les médecins de participer au DSQ et de l'alimenter ainsi que les pénalités qui pourraient être imposées aux récalcitrants. « Depuis le début, on dit qu'il faut inciter les médecins à y participer et non les y obliger. Il devrait y avoir des modifications législatives et réglementaires au printemps 2009 pour régler ces problèmes. On verra. »

L'année 2009 promet donc d'être très occupée. 📞

### Cotisation syndicale

En 2009, la cotisation syndicale passera de 1050 \$ à 1225 \$. De cette somme, un montant de 233 \$ sera versé aux associations affiliées. La cotisation pour le Programme d'aide aux médecins du Québec, qui était de 47 \$, montera à 55 \$. Au total, la nouvelle cotisation des omnipraticiens sera de 1280 \$.

# Association de Richelieu- Saint-Laurent une nouvelle présidente

*Emmanuèle Garnier*



Photos : Emmanuèle Garnier

*D<sup>re</sup> Josée Courchesne*

L'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu-Saint-Laurent (AMORSL) a maintenant une présidente à sa tête, la **D<sup>re</sup> Josée Courchesne**. Son but ? Travailler à améliorer les conditions de pratique et de rémunération de ses collègues ainsi qu'à assurer la survie des cabinets privés. « Ce que nous vivons actuellement, en tant que médecins, n'est pas facile. Il y a non seulement la pénurie d'effectifs, mais également la difficulté d'accès au plateau technique. Je pense, en outre,

que nous sommes sous-payés compte tenu de la lourdeur du travail que nous accomplissons. »

La **D<sup>re</sup> Courchesne** voudrait aussi rehausser l'image de l'omnipraticien, surtout auprès des étudiants en médecine, qui ne sont pas assez nombreux à se diriger vers la médecine familiale. « Je pense que nous projetons une mauvaise image de notre pratique. C'est vrai que c'est un travail difficile, mais il est tellement intéressant. »

La nouvelle présidente et son prédécesseur se sont par ailleurs employés à augmenter le nombre de jeunes et de femmes dans le Bureau de l'association. Les démarches pour solliciter des candidatures ont porté leurs fruits : maintenant quatre des huit membres du Bureau sont des femmes et deux ont moins de douze ans de pratique.

## **Le D<sup>r</sup> Yves Langlois, un syndicaliste actif**

Le **D<sup>r</sup> Yves Langlois**, auquel succède la **D<sup>re</sup> Courchesne**, a joué un grand rôle au sein de la FMOQ. Trésorier de la Fédération pendant cinq ans, et membre du Bureau pendant douze ans, il a défendu des dossiers très importants au cours de

ses vingt ans de carrière syndicale. Il s'est ainsi battu pour améliorer la rémunération de la pratique à l'hôpital, que ce soit à l'urgence ou dans les unités de soins. « Quand j'ai commencé ma carrière syndicale, le travail hospitalier était vraiment sous-payé », se rappelle le **D<sup>r</sup> Langlois**.

Le président sortant a également collaboré à la création des ordonnances collectives. Maintenant, les omnipraticiens des groupes de médecine de famille (GMF) et des CLSC peuvent être épaulés par des infirmières qui exécutent certains actes en suivant un protocole approuvé par le médecin. « Je trouve que cela simplifie notre travail et améliore la qualité de la prise en charge des patients », indique le **D<sup>r</sup> Langlois** qui collabore lui-même avec une infirmière.

Avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le **D<sup>r</sup> Langlois** a aussi participé, au nom de la FMOQ, au groupe de travail sur les infirmières praticiennes. Les premières arriveront sur le marché dans deux ans. « Elles seront très utiles dans les régions en grande pénurie d'effectifs médicaux. Elles partageront avec les médecins certains actes médicaux, mais collaboreront toujours avec eux. »

La valorisation de la prise en charge des patients dans les cabinets privés a été l'un des derniers dossiers auquel a travaillé le **D<sup>r</sup> Langlois**. « Le volet financier est maintenant plus satisfaisant. Il reste cependant d'autres aspects à régler. Le grand défi de la Fédération sera d'intéresser les jeunes omnipraticiens au travail de prise en charge des patients. »

Le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, a apprécié la collaboration du **D<sup>r</sup> Langlois**. « Il est très déterminé et droit. Il avait un bon sens politique et de la négociation. Il a mené du début à la fin des dossiers qui étaient vraiment très difficiles. »

Président de l'AMORSL depuis quatorze ans, le **D<sup>r</sup> Langlois** s'est également occupé consciencieusement de son association. « Il



*D<sup>r</sup> Yves Langlois*

s'est beaucoup impliqué dans notre région. Il a fait de nombreuses tournées sous-régionales et était très près des membres », mentionne la D<sup>re</sup> Courchesne. Même s'il a quitté la présidence, le D<sup>r</sup> Langlois continuera à siéger au Bureau de l'association à titre de premier directeur. 📞

## Association de l'Estrie élection du D<sup>r</sup> Alain Demers

*Emmanuèle Garnier*



D<sup>r</sup> Alain Demers

Le D<sup>r</sup> Alain Demers, qui était vice-président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie (AMOE), en est devenu le président sans opposition. Il prend la relève en ayant en tête deux dossiers prioritaires : l'aide aux cabinets privés pour les frais de fonctionnement et les activités médicales particulières (AMP).

« Je voudrais qu'on s'intéresse davantage à la possibilité de percevoir des frais pour certains services tels que l'ouverture d'un dossier ou le rappel des patients. Les médecins ne comprennent par ailleurs pas tous de la même façon ce qu'ils peuvent facturer et ce qu'ils ne peuvent pas. Je pense que notre association et la FMOQ devraient proposer des règles claires, faciles à appliquer et qui seraient davantage respectées par l'ensemble des médecins », affirme le D<sup>r</sup> Demers.

La modification des AMP est également une priorité pour l'association de l'Estrie. Le président souhaite que l'on cesse de recourir à la coercition et que l'on utilise des incitatifs pour encourager les médecins à pratiquer des activités particulières. « Il faut vérifier si les AMP, qui sont en place depuis de nombreuses années, ont eu l'effet escompté. Sinon, il faut les remettre en question. » Le D<sup>r</sup> Demers craint entre autres l'effet néfaste que cette obligation

peut avoir sur les futurs omnipraticiens. « Il faut se demander pourquoi il n'y a pas plus d'étudiants qui choisissent de faire leur résidence en médecine familiale et pourquoi autant quittent la province. Il n'y a peut-être pas que la question des plans régionaux d'effectifs médicaux. »

### Le D<sup>r</sup> Donald Delisle

Le D<sup>r</sup> Demers succède au D<sup>r</sup> Donald Delisle qui dirigeait l'Association depuis quatre ans. L'ex-président a participé à des moments marquants de la vie syndicale. En 2007, par exemple, il a vécu le renouvellement de la dernière entente générale. Une période effervescente où, comme chaque président, il a organisé des mouvements de pression, rassemblé ses membres pour les informer et effectué une consultation. Le jeu en valait la chandelle. « Je suis en médecine depuis 28 ans, et c'est au cours des trois ou quatre dernières années que l'on a fait les meilleurs gains sur le plan des conditions de travail et de la rémunération », indique le D<sup>r</sup> Delisle.

Délégué au Conseil de la FMOQ depuis 21 ans, l'ancien président de l'AMOE a siégé au Comité de la planification et de la régionalisation, ainsi qu'au Comité organisateur du Colloque Gérard-Hamel. Ces activités ne lui faisaient cependant pas oublier sa région. « Le D<sup>r</sup> Delisle constitue un bel exemple d'engagement syndical et de défense des dossiers locaux. Il a toujours eu à cœur les intérêts des médecins omnipraticiens de l'Estrie », estime le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ.

À titre de membre du Bureau de l'AMOE, le D<sup>r</sup> Delisle a été de tous les dossiers importants de l'Estrie : la commission médicale régionale au début des années 1990, la création du premier réseau d'accès aux soins de première ligne, les premières ébauches de l'idée de groupes de médecine familiale et la mise sur pied du département régional de médecine générale. « Le D<sup>r</sup> Delisle était un travailleur de terrain. Il était à l'écoute des gens et cherchait ce qu'il pouvait apporter de plus pour soutenir les médecins de la région », résume le D<sup>r</sup> Demers. 📞



D<sup>r</sup> Donald Delisle

# **Lettre de la FMOQ**

## **réponses des partis politiques**

*Francine Fiore*

Au cours de la récente campagne électorale provinciale, les partis politiques ont fait de la santé un enjeu crucial. Dans une lettre ouverte datée du 13 novembre dernier, le président de la FMOQ, le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, leur a posé de nombreuses questions. Le Parti libéral du Québec (PLQ), le Parti québécois (PQ), l'Action démocratique du Québec (ADQ) et Québec solidaire (QS) lui ont tous répondu par écrit.

Chacun des partis a insisté sur le fait qu'il fallait que chaque Québécois puisse avoir accès à un médecin de famille. La plupart ont également semblé d'accord avec la possibilité de revoir les activités médicales particulières.

### **Le Parti libéral : valoriser la médecine familiale**

Dans sa lettre à la FMOQ, le **D<sup>r</sup> Yves Bolduc**, alors candidat du Parti Libéral, a indiqué que sa formation politique valorisera la médecine familiale lors d'un prochain mandat. Le ministre a rappelé l'intention du gouvernement libéral de faire passer le nombre de groupes de médecine de famille (GMF) de 178 à 300 et d'assouplir les règles régissant leur agrément.

Le PLQ souhaite aussi faciliter l'accès des omnipraticiens au plateau technique, aux ressources spécialisées et aux autres professionnels de la santé. « Nous souhaiterions tous que chaque omnipraticien œuvrant en clinique privée puisse avoir l'appui soutenu d'infirmières. Nous savons que cet appui peut faire une différence dans la qualité de pratique des médecins et l'accès aux soins pour les patients », écrit le D<sup>r</sup> Bolduc.

Et le financement des cabinets privés ? « Nous croyons que toute mesure qui facilitera l'accès à un omnipraticien au plus grand nombre possible de Québécois et encouragera la prise en charge de patients vulnérables mérite d'être analysée. »

Sur le plan de la formation des futurs généralistes, le PLQ a manifesté son intention d'augmenter la présence d'omnipraticiens dans le corps professoral des facultés de médecine, de mettre sur pied un stage d'observation obligatoire en médecine familiale au cours de la première année d'étude et d'exiger que le stage de médecine familiale pendant l'externat soit d'au moins deux mois et ait lieu avant le choix de résidence.

### **Le Parti québécois : donner suite au plan de valorisation de la médecine familiale**

Selon le Parti québécois, un gouvernement péquiste aurait donné suite à l'*Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* de la FMOQ afin que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille d'ici cinq ans. Il aurait ainsi fait la promotion de la médecine familiale auprès des étudiants en médecine et créé 150 nouveaux GMF en y ajoutant les services de nutritionnistes, de travailleurs sociaux et d'inhalothérapeutes. Il aurait aussi allégé les règles pour accorder l'agrément à ces nouveaux groupes.

Le PQ aurait par ailleurs accordé une plus grande marge de manœuvre aux établissements et aurait placé les professionnels de la santé au centre des décisions des réseaux locaux de santé. Ce parti aurait aussi tenté de réduire le temps d'attente entre la consultation chez le médecin de famille et la visite chez le spécialiste. En ce qui concerne les médecins de famille en cabinet, le Parti québécois s'engageait « à leur offrir l'appui nécessaire pour qu'ils puissent répondre aux besoins des Québécoises et des Québécois. »

### **L'ADQ : une place importante au secteur privé**

De son côté, l'ADQ, qui a présenté en avril dernier un projet de loi sur la mixité de la pratique, préconise de « faire une place intelligente au secteur privé pour venir appuyer le secteur public ». Ce parti s'inspire fortement du rapport Castonguay pour proposer différentes solutions. Ainsi, en ce qui concerne le financement des cabinets de médecins de famille, il évoque

plusieurs possibilités comme une cotisation annuelle des patients ou la formule des coopératives de santé.

### **Québec solidaire : non à la privatisation**

Quant à Québec solidaire, il mettrait un frein à toute forme de privatisation dans le domaine de la santé et augmenterait la gratuité, l'universalité et l'accès au système de santé. En outre, QS consoliderait le réseau des CLSC et augmenterait le nombre de GME. Par ailleurs, le parti prendrait des mesures pour recruter du personnel et le retenir afin de contrer les pénuries.

Pour obtenir plus de détail, on peut consulter la lettre de la FMOQ et les réponses des partis politiques au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org). 

## pratico-pratique



### **Contrat type pour les ententes de location**

La FMOQ a conçu un modèle d'entente de location à l'intention des omnipraticiens qui louent un espace commercial pour exercer leur profession. On trouve ce contrat, qui est un canevas pouvant s'adapter à différentes situations, au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org).

Depuis le 4 décembre dernier, les médecins locataires doivent avoir une entente écrite pour répondre aux nouvelles exigences du *Code de déontologie des médecins*. Le contrat doit entre autres comporter une déclaration mentionnant que ce dernier respecte le Code et une clause autorisant sa transmission au Collège des médecins du Québec.

Ces exigences, maintenant en application, viennent du fait que le Collège a modifié en mars 2008 son code de déontologie. L'organisme devait se conformer aux recommandations de l'Office des professions du Québec au sujet des relations commerciales entre les médecins et les pharmaciens.

Les médecins qui ont besoin de renseignements supplémentaires peuvent communiquer avec le Service juridique de la FMOQ au 514 878-1911 ou au 1 800 361-8499. EG

## ***Le nanisme***

### ***Se faire une place au soleil dans un monde de grands***

*De Nathalie Boëls*



Dans son berceau, bébé est tout beau. Toutefois, en le regardant de plus près, on constate que ses membres sont courts. Pourtant, son tronc et sa tête sont de taille normale, mais son front est saillant et son nez écrasé. Eh bien, le poupon souffre d'achondroplasie, soit la plus fréquente cause de nanisme.

Cet ouvrage contient une mine de renseignements importants sur le sujet, dont la description des différentes formes de nanisme et les facteurs influençant son développement. Évidemment, il est question des différents traitements, dont l'administration d'hormone de croissance, de ses avantages, de ses inconvénients et de ses limites. Les différentes complications associées au nanisme, comme les otites à répétition, les difficultés respiratoires, la cyphose, la lordose, y sont décrites ainsi que leur traitement.

Par ailleurs, l'auteure s'intéresse à la psychologie de la personne de petite taille. Ainsi, elle révèle comment sa vie peut être enrichissante et remplie de grandes choses. L'auteure indique également comment vaincre les préjugés et parle de l'intégration scolaire et sociale, de la vie affective et amoureuse à l'adolescence ainsi qu'à l'âge adulte, comment se faire des amis et trouver un partenaire de vie. Elle parle même de la grossesse et de l'accouchement chez les mamans de petite taille. En outre, le livre contient la liste des programmes d'aide gouvernementale. L'Association québécoise des personnes de petite taille (AQPPT) peut aussi être d'un précieux secours.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2008, 184 pages, 19,95 \$.

*(Suite à la page 90) >>>*

**Livres** Francine Fiore

## ***Droit de la santé en bref***

### ***Législation annotée***

*De Monette Barakett*



La loi, c'est la loi ! Créé en 1970, le régime des services de santé et des services sociaux du Québec comporte un enchevêtrement de règlements. Voici comment se retrouver dans ce dédale.

Rédigé par des avocats du cabinet Monette Barakett, cet ouvrage est en quelque sorte le mini Code civil de la santé et des services sociaux. On y trouve tout ce qu'il faut savoir sur la loi en un clin d'œil.

Rien n'est laissé au hasard. Du prélèvement des organes, aux dons et subventions accordés aux établissements, en passant par les sages-femmes, les plaintes des usagers et même la fonction ministérielle, tout y est précisé article par article. Par exemple, le ministre peut vérifier si le délai d'attente pour l'obtention d'un service de santé est déraisonnable ou sur le point de le devenir et agir en conséquence.

Évidemment, il est question du rôle et des droits de pratique des médecins. Ainsi, selon l'article 506,1 « le gouvernement peut déterminer les services qui sont rendus par un médecin. » Par ailleurs, en cas de négligence d'un chef de département clinique dans la planification des soins médicaux ou dans les règles d'utilisation des médicaments, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens élaborera la démarche à suivre. Les règlements relatifs à une situation, les dates d'entrée en vigueur, les modifications et la jurisprudence font suite à chacun des articles et des exemples mentionnés.

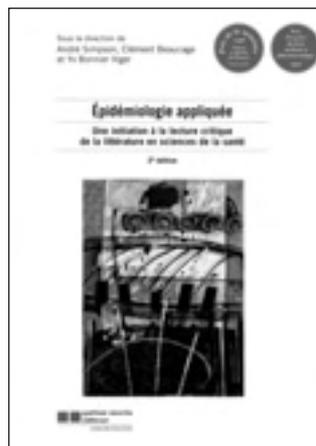
Les Éditions Yvon Blais, Montréal, 2008, 754 pages, 51,95 \$.

*(Suite à la page 99) >>>*

## **Épidémiologie appliquée**

### **Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé**

*Sous la direction de André Simpson, Clément Beaucauge et Yv Bonnier Viger*



Voici la deuxième édition d'un livre à succès. Cet ouvrage fournit aux professionnels de la santé et aux étudiants des outils indispensables pour avoir un regard critique sur la littérature scientifique. Il apporte entre autres des connaissances en biostatistique, en épidémiologie et en sciences fondamentales. Des clés qui permettent d'appliquer de manière éclairée les données scientifiques à la pratique médicale.

Rédigé par un groupe d'experts sous la direction des **D<sup>rs</sup> Clément Beaucauge et Yv Bonnier Viger**, spécialistes en santé communautaire à l'Université

Laval, et de **M. André Simpson**, spécialiste en épidémiologie, cet ouvrage a été enrichi de plusieurs nouveautés. Chaque chapitre comporte maintenant un tableau présentant ses objectifs et son contenu.

Le premier chapitre fait un tour d'horizon de l'épidémiologie appliquée alors que les suivants plongent directement dans des sujets précis. Au fil des pages, il est question de l'approche statistique, de la notion de variables, de modèles d'études en épidémiologie, des mesures comme la prévalence et le taux d'incidence, du rôle des études transversales et longitudinales, des études cas-témoins, de cohortes et descriptives, de l'analyse critique des études expérimentales, etc. Pour animer le tout, et rendre la lecture moins aride, des bandes dessinées créées par le bédéiste Serge Gadoury apportent une touche d'humour en s'inspirant des cas discutés.

Les Éditions de la Chenelière, Gaëtan Morin, Montréal, 2008, 336 pages, 80,95 \$.

*(Suite à la page 102) >>>*

## **Quand le corps fait à sa tête**

### **Le syndrome de Gilles de la Tourette**

*De Julie Leclerc, Jacques Forget et Kieron P. O'Connor*



Soudain, une personne manifeste une incoordination motrice, répète des paroles et des sons (écholalie) et prononce des mots orduriers, scatologiques ou blasphématoires (coprolalie). C'est ainsi qu'en 1885, dans les *Archives de Neurologie*, **Georges Albert Édouard Brutus Gilles de la Tourette**, un médecin français pratiquant à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, décrivait neuf cas de patients.

C'est le célèbre neurologue **Jean-Martin Charcot**, dont il était un disciple, qui donna le nom de syndrome de Gilles de la Tourette à cette maladie.

Rédigé par trois psychologues d'ici, cet ouvrage porte sur tous les aspects du syndrome de Gilles de la Tourette. Les auteurs explorent le syndrome, reviennent sa définition, ses manifestations cliniques et ses causes. En fait, les tics proviendraient d'une perturbation du système dopaminergique.

Sur le plan thérapeutique, les auteurs abordent la question de la pharmacologie et de la psychothérapie. Ainsi, la nicotine, les antagonistes du calcium, les opiacés, le cannabis, l'hormonothérapie et le lithium, bien qu'ils demeurent expérimentaux dans le traitement de ce syndrome, semblent diminuer les tics. La relaxation, entre autres par les massages, le yoga et l'écoute de la musique douce, pourrait également prévenir les crises. Les auteurs insistent sur le rôle de l'intervenant scolaire qui doit encadrer l'enfant et l'aider à s'adapter à son milieu. En outre, un chapitre est consacré à l'insertion professionnelle et sociale de l'adulte souffrant du syndrome.

Éditions MultiMondes, Montréal, 2008, 176 pages, 27,95 \$.