

Poste : chef de service **un travail bénévole** **pour bien des médecins**

Emmanuèle Garnier



On ignore combien ils sont. À la fois omnipraticiens et chefs de service ou de département bénévoles, ils passent de longues heures à gérer leur unité. Ils sont à la fois passionnés, dévoués et dépités.

CHAQUE SEMAINE, la D^{re} **Diane Poirier**, chef du service des soins intensifs du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Richelieu-Yamaska, travaille six heures bénévolement pour son hôpital. Elle veille à la qualité des soins dans son unité, s'occupe des nombreux protocoles à appliquer, dresse la liste de garde et participe à des réunions de service. Et cela, sans être rémunérée.

Dans presque tous les hôpitaux du Québec, les chefs de service ne sont pas rétribués. Dans les unités de soins intensifs, souvent dirigées par des omnipraticiens, cela peut avoir d'importantes conséquences. « Il y a quelques services de soins intensifs qui n'ont pas de chef ou ont un service précaire. Une rémunération aiderait sûrement à recruter un médecin », indique la D^{re} Poirier.

L'omnipraticienne dirige une unité de onze lits qui va s'agrandir. Six médecins y pratiquent en collaboration avec une trentaine d'infirmières et de préposées. « La tâche de chef est assez lourde », reconnaît l'omnipraticienne, qui doit aussi faire des rapports sur les cas de morbidité et de mortalité dans son service, des études de dossiers, des

évaluations de la qualité de l'acte et la cogestion de l'unité.

À l'Hôpital Pierre-Boucher, le D^r **Claude Rivard**, lui, consacre de trois à quatre heures par semaine à ses tâches de chef du service des soins intensifs. Lui non plus n'est pas rémunéré. « C'est frustrant, parce que nous avons de nombreuses réunions à préparer. Il y a beaucoup de problèmes à régler avec les autres départements et services de l'hôpital. Comme les soins intensifs sont une unité centrale, nous sommes en contact avec la chirurgie, la médecine générale, l'urgence et la médecine spécialisée. Nous recevons des demandes d'un peu partout pour résoudre ce qui cloche dans les transferts et faire des analyses de mortalité et de morbidité. »

Pourquoi avoir accepté le poste de chef de service ? « Parce que si on ne s'implique pas, si on laisse tout aller, d'autres vont prendre les décisions à notre place. Ils vont remplir nos lits et gérer nos ressources », explique le D^r Rivard. Il y a quelque temps, l'administration a voulu utiliser les lits libres de son unité pour y placer les patients de l'urgence qui attendaient une place dans un autre



Photo : Emmanuèle Garnier

« L'aspect le plus difficile du poste de chef de service c'est de devoir sacrifier du temps qui serait autrement consacré aux loisirs, à la famille ou au repos pour aller à des réunions et à diverses rencontres. C'est d'autant plus frustrant que ce n'est pas rémunéré. »

— D^{re} Odile Kowalski



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Claude Rivard

service. Le D^r Rivard a dû rencontrer les gestionnaires de l'hôpital et les autres membres du Département de médecine spécialisée pour s'entendre sur les critères d'admission dans son unité. Un autre exemple : depuis six mois, des interventions bariatriques sont pratiquées au rythme de douze par semaine sur des personnes souffrant d'obésité morbide. Toutes n'ont pas besoin d'aller ensuite aux soins intensifs. Il a donc fallu établir rapidement les critères pour déterminer quels patients seraient admis aux soins intensifs et lesquels pourraient être transférés directement dans une autre unité après l'opération.

Mais c'est aussi par devoir et par conscience professionnelle que le D^r Rivard est chef du service des soins intensifs. « En tant que médecin membre du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

(CMDP), on a l'obligation de faire en sorte que les patients soient traités de façon optimale et selon les normes. »

La D^{re} Poirier, elle, a accepté de diriger le service des soins intensifs, parce qu'elle aime ce travail qu'elle fait depuis dix ans. « Je veux que les médecins et le personnel infirmier qui pratiquent dans mon service soient satisfaits. Nous sommes une belle unité, et il y a un bon esprit d'équipe. »



D^{re} Diane Poirier

Le cas de l'urgence et de la médecine familiale

Sur le plan financier, le travail non rémunéré est évidemment pénalisant. « Mon revenu est

probablement inférieur à celui des médecins qui ont d'autres activités rétribuées quand ils ne travaillent pas aux soins intensifs. Moi, je prends mes journées libres pour effectuer du travail administratif. Même si je ne suis pas en médecine pour faire de l'argent, c'est frustrant », confie la D^{re} Poirier.

Quand elle se compare aux chefs de Département de médecine générale et de l'urgence qui, eux, sont rétribués pour un travail similaire, l'injustice devient encore plus cuisante. Même les chefs de gériatrie ont des banques d'heures, souligne celle qui est aussi la présidente du Regroupement des omnipraticiens intensivistes du Québec. « Le seul chef en médecine générale qui n'est pas payé est celui des soins intensifs. »

Comment expliquer cette différence de traitement ? Les chefs de Département de médecine générale sont rémunérés pour une raison logique. « La loi stipule qu'un hôpital doit avoir un département de médecine générale dirigée par un chef, qui est forcément un omnipraticien. Comme il s'agit d'une obligation, il est normal que ce dernier soit rémunéré », explique le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.



Photo : Emmanuelle Garnier

D^r Michel Desrosiers

Si ce n'était pas le cas, la loi forcerait un médecin de famille à travailler de façon bénévole. Pour l'urgence, la situation est différente. La rémunération du chef a fait partie d'anciennes négociations pour bonifier la rétribution à l'urgence. « Une partie de la majoration accordée dans ce secteur a servi à rémunérer les chefs », indique le D^r Desrosiers. Il s'agissait donc d'un financement collectif par les médecins d'urgence.

Les omnipraticiens chefs en médecine spécialisée

Bien que la situation soit inhabituelle, des

omnipraticiens dirigent certains services ou départements de médecine spécialisée. Et ces cliniciens, pas plus que les chefs des Soins intensifs, ne sont payés. À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, la D^{re} Odile Kowalski dirige le Service de néonatalogie depuis dix ans. Elle a accepté ce poste parce qu'aucun pédiatre n'était disponible.

La D^{re} Kowalski doit consacrer à ce travail de cinq à six heures par semaine. Elle veille à la qualité des actes médicaux, se charge de l'application des lignes directrices en pédiatrie, révisé les cas de transferts de bébés en difficulté, voit à l'application des protocoles de soins, gère

les plaintes entre les médecins et le reste de l'équipe et participe à de nombreuses réunions.

« L'aspect le plus difficile du poste de chef de service c'est de devoir sacrifier du temps qui serait autrement consacré aux loisirs, à la famille ou au repos pour aller à des réunions et à diverses rencontres. C'est d'autant plus frustrant que

ce n'est pas rémunéré », affirme la D^{re} Kowalski.

Le travail de la chef de service empiète parfois sur celui de l'omnipraticienne. « Je dois parfois annuler des activités cliniques pour des réunions administratives. C'est très frustrant, parce que cela lèse ma clientèle à la clinique. Il faut remettre des rendez-vous déjà fixés, et Dieu sait que cela peut prendre du temps aux patientes pour en obtenir un ! »

Pourquoi alors être chef de service ? « D'une part, parce que personne ne veut le faire et, d'autre part, parce que c'est toujours la même situation. Si les médecins ne s'impliquent pas sur le plan administratif, quelqu'un d'autre va prendre les décisions à leur place et ce ne sera pas forcément dans le meilleur intérêt des patients. »

La D^{re} Kowalski dirige une équipe de douze médecins qui s'occupent de quelque 2000 bébés par année. Le rôle du chef de service est d'autant plus crucial que la pratique devient de plus en plus difficile. « La situation dans les hôpitaux se dégrade. Je pense que c'est partout pareil. Moi,

(Suite à la page 14) >>>>

« Si on ne s'implique pas, si on laisse tout aller, d'autres vont prendre les décisions à notre place. Ils vont remplir nos lits et gérer nos ressources »

– D^r Claude Rivard

◀◀◀ (Suite de la page 3)

j'ai connu ce que c'était un service avec des infirmières stables. Maintenant, on ne sait jamais avec qui on va travailler. Ce sont des équipes volantes, donc le personnel n'a pas forcément d'expérience. Cela augmente énormément le stress clinique des médecins. »

L'année dernière, la D^{re} Kowalski a averti son chef de département qu'elle ne renouvellerait pas son mandat. Une réunion a été convoquée pour lui trouver un successeur, mais personne ne s'est proposé. Le chef de département a donc soumis à nouveau au CMDP le nom de l'omnipraticienne qui, à son insu, a été reconduite dans ses fonctions.

La D^{re} Kowalski n'est pas la seule dans sa situation. Sa collègue, chef du Service d'obstétrique, également omnipraticienne, n'est pas non plus rétribuée. Cependant, dans d'autres centres, certains chefs arrivent à avoir une petite rémunération. « J'ai récemment parlé avec une chef de service d'un autre hôpital, une néphrologue, qui m'a dit que l'établissement lui avait accordé un petit salaire. Il est quasiment symbolique, mais il fait du bien. »

Seulement un titre prestigieux

À Val-d'Or, le D^r Janik Sarrazin, omnipraticien anesthésiste, vient de terminer un mandat de deux ans comme chef du Département d'anesthésie au CSSS de la Vallée-de-l'Or. Il avait pris la relève



D^r Janik Sarrazin

« C'est comme bien des choses en médecine, quand on n'a pas le choix, on le fait. J'ai accepté

de faire le travail de chef, parce que je savais qu'il devait être fait, sinon cela allait être bordélique », dit le D^r Sarrazin.

Dans le département, qui comprenait alors trois médecins, le D^r Sarrazin devait consacrer au moins cinq heures par semaine à ses diverses tâches de chef. Il dressait la liste opératoire, faisait la liste de garde, veillait au bon fonctionnement quotidien de l'unité, servait de personne-ressource aux infirmières et aux inhalothérapeutes, s'assurait de la bonne application des protocoles, entre autres pour les nausées et les vomissements, et participait

aux différentes réunions.

Mais le chef doit aussi s'occuper d'un problème particulièrement désagréable : les plaintes. Il doit régler les frictions au sein de l'équipe médicale ou entre les médecins et le reste du personnel. Il faut faire preuve d'un grand tact avec les autres praticiens.

« La personne concernée

peut être un collègue avec qui l'on fait affaire, un professionnel de la santé indépendant qui travaille dans les balises d'un centre de santé. Il faut donc être délicat dans la façon de traiter le problème. »

Les discussions ne sont pas plus faciles avec les infirmières et les inhalothérapeutes. « Ce ne sont pas mes employés, mais ceux de l'hôpital. Il faut là aussi être diplomate, parce que ce n'est pas à moi de leur dire comment faire leur travail. Cependant, s'il y a des heurts avec un de mes collègues, qui est membre de mon département, il faut en arriver à une entente. »

L'absence de rémunération rendait la situation particulièrement pénible. « Faire un travail désagréable, ce n'est drôle pour personne. Cependant, quand on est rémunéré, on a au moins une compensation. »

Et quels sont les bons côtés du poste de chef de service ? Le D^r Sarrazin n'en voit pas beaucoup, si ce n'est de faire la liste de garde et d'être rapidement informé des nouveaux événements. « Parfois, c'est intéressant d'être le premier à connaître les bonnes nouvelles et de pouvoir les annoncer. »

« Les chefs de service qui ne sont pas rémunérés peuvent communiquer avec moi. »

– D^r Michel Desrosiers,
directeur des Affaires
professionnelles à la FMOQ

Le titre de chef de département a beau être prestigieux, il n'éblouit pas le D^r Sarrazin. « Ce n'est qu'un titre. Tous nos collègues sont au même niveau que nous. Ce sont des professionnels indépendants. Le vrai pouvoir ce n'est pas le chef qui l'a, mais le CMDP. »

L'avenir ?

Certains omnipraticiens chefs de service sont déjà rémunérés, parce qu'ils sont payés à tarif horaire ou à honoraires fixes. Mais qu'en est-il des autres ? Combien sont-ils à travailler bénévolement ? On sait qu'il existe une dizaine d'omnipraticiens qui dirigent un département, mais on ignore le nombre de ceux qui sont à la tête d'un service. « Il va falloir le déterminer. Les chefs de service qui ne sont pas rémunérés peuvent d'ailleurs communiquer avec moi », dit le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

La rémunération des chefs de service, notamment aux soins intensifs, fait partie des demandes de la FMOQ dans ses négociations actuelles avec le gouvernement. Le rôle de ces médecins qui dirigent un service est important. « C'est ce qui fait qu'en bonne mesure une unité fonctionne bien. Si les médecins ne participent pas à l'organisation, ils risquent d'en payer le prix », dit le D^r Desrosiers, qui a lui-même été chef de l'urgence de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont pendant cinq ans, avant que l'on accorde une rétribution au chef.

En 2007, par ailleurs, la Fédération avait demandé la rémunération des activités médicoadministratives des chefs de certains services cliniques dans le cadre du plan d'amélioration de l'accessibilité, des conditions de pratique et de l'organisation des services médicaux. 🏠

Une rémunération pour les membres du bureau des CMDP ?

Le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) joue un rôle crucial dans un CSSS. Il a entre autres la charge de surveiller la qualité des actes médicaux, d'évaluer et de maintenir la compétence de ses membres et de faire des recommandations concernant la nomination des médecins. Cependant, dans plus de la moitié de ces conseils, les membres du bureau font ce travail bénévolement.

En 2008, l'Association des CMDP du Québec a envoyé par courriel un sondage à 454 membres d'un comité de direction d'un CMDP, dont 111 ont rempli le questionnaire. Parmi les présidents qui ont répondu, 52 % travaillaient bénévolement, environ le tiers recevaient une rémunération de 10 000 \$ ou moins par année et seulement 7 % obtenaient plus de 20 000 \$ annuellement. Parmi les autres administrateurs, 56 % travaillaient bénévolement et 41 % recevaient moins de 5000 \$ par année.

À Amos, la direction du CMDP du CSSS Les Eskers fait partie de celles qui travaillent bénévolement. Les administrateurs du bureau doivent consacrer à leurs tâches une demi-journée par mois et la présidente une journée et demie. « La surveillance de la qualité de l'acte est une tâche très importante dans un hôpital. Il faut des gens pour y veiller. Ce serait intéressant que cela soit reconnu », estime la présidente, la D^{re} France Picard. L'omnipraticienne croit d'ailleurs que tout travail, clinique ou administratif, devrait être rémunéré.

À Montréal, à l'Hôpital Santa-Cabrini, le comité exécutif du CMDP reçoit une rémunération provenant des cotisations de l'ensemble des membres. Toutefois, la rétribution accordée pour les réunions, qui équivaut à quelque 75 \$ l'heure, est loin des sommes que peuvent rapporter les activités cliniques. « On a des problèmes de recrutement et de rétention », indique le président, le D^r Frank Giuristante. Lui-même consacre environ six heures par semaine à ses fonctions, mais bénéficie d'une rémunération forfaitaire plus importante. Il a toutefois une grande charge de travail. Dans les divers comités du CMDP, par contre, les membres doivent travailler bénévolement. « Je pense que le président d'un comité important, comme celui de l'évaluation de l'acte ou des titres, devrait recevoir une rémunération similaire à celle des activités cliniques », indique le D^r Giuristante.



D^r Frank Giuristante

L'Entente générale des omnipraticiens devrait-elle rémunérer les généralistes membres d'un comité de direction des CMDP ? « Ce comité a un rôle très important dans le fonctionnement d'un établissement de santé. Les omnipraticiens ont tout intérêt à y participer », dit le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ. La Fédération demande d'ailleurs dans ses négociations avec le gouvernement la rémunération de tous les médecins qui participent aux activités médicoadministratives du CMDP.

Réunion du Conseil de la FMOQ nouvelles ententes au sujet du DSQ et des IPS

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Louis Godin

Les 3 et 4 mars dernier, le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, a présenté aux négociateurs du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) son cahier des propositions. Il a alors clairement indiqué que le principal enjeu pour la Fédération résidait dans la réduction de l'écart de rétribution entre les omnipraticiens et les spécialistes

à 20 %. « J'ai dit aux négociateurs que si l'on ne règle pas cette question, je ne pense pas qu'il puisse y avoir d'entente. La FMOQ a d'autres grandes priorités, mais celle-ci est la principale », a expliqué le D^r Godin au Conseil de la Fédération, qui se réunissait le 1^{er} mai dernier.

Le D^r Godin n'a pas caché au MSSS que la FMOQ estimait que la prochaine entente serait cruciale et historique pour l'avenir de l'omnipratique. « S'il n'y a pas de règlement satisfaisant, la pratique de la médecine familiale deviendra de plus en plus difficile dans les

prochaines années. » La situation actuelle des médecins de famille n'a rien d'aisé, a-t-il rappelé à la partie gouvernementale : surcharge de travail, manque de soutien à la pratique, relève insuffisante et rémunération non concurrentielle. « Il est clair qu'il faut corriger la situation. » Le D^r Godin a également fait savoir au MSSS que le projet d'entente serait soumis à l'approbation de l'ensemble des omnipraticiens.

Le 20 avril dernier, à son tour, le Ministère a fait parvenir à la Fédération une réponse écrite à son cahier des propositions. Le processus de négociations est ainsi enclenché. Des comités de travail FMOQ-MSSS devraient être bientôt formés pour étudier certaines questions sur lesquelles portent les négociations.

Dossier de santé du Québec

Parallèlement aux négociations sur le renouvellement de l'Entente générale des omnipraticiens, le gouvernement et la Fédération ont conclu des accords au sujet de plusieurs dossiers importants. Ils en sont ainsi arrivés à une entente de principe concernant le dossier de santé du Québec (DSQ). « Nous nous sommes inspirés de ce qui se fait ailleurs au Canada », a expliqué le D^r Godin.

L'achat du matériel informatique est l'un des aspects importants de l'accord. Le Ministère paiera 70 % des frais, jusqu'à concurrence de 1400 \$ (avant taxes), et le médecin, 30 %. Cette répartition des coûts vaut tant pour l'achat de l'ordinateur, de l'écran, de l'imprimante que pour l'installation, l'assurance et la garantie.



Des délégués à la réunion du Conseil de la FMOQ.



Les médecins qui auront acquis leur équipement au cours des six mois précédant le déploiement du DSQ dans leur région pourront obtenir un remboursement.

Le matériel pourra, par ailleurs, être renouvelé dans trois ans aux mêmes conditions. « Après trois ans, nous avons convenu avec le Ministère de revoir la hauteur de la subvention, parce qu'il pourrait y avoir des nouveautés technologiques importantes. »

Cette entente s'applique non seulement aux omnipraticiens des cliniques médicales, mais aussi à ceux des CLSC et des unités de médecine familiale. Dans ces centres, normalement, le matériel informatique est fourni. Si cela n'est pas le cas, les omnipraticiens pourront l'acquérir aux mêmes conditions que leurs collègues des cliniques médicales, et il deviendra alors leur propriété.

En ce qui concerne le temps consacré à l'apprentissage et à l'adaptation, le gouvernement accorde aux médecins un forfait de formation et de familiarisation de 600 \$ par mois pendant un trimestre.

Et le dossier médical électronique (DME) ? C'est cet équivalent électronique du dossier papier qui intéresse surtout les médecins. Une lettre d'entente entre le Ministère et la Fédération devrait prévoir des discussions afin de conclure une entente sur le DME.



Quelques demandes du cahier des propositions de la FMOQ

La FMOQ demande entre autres au gouvernement :

- d'assurer le financement des cliniques médicales et de garantir leur survie ;
- d'aider les omnipraticiens de tous les lieux de pratique qui prennent en charge des patients en leur fournissant la collaboration d'infirmières, un soutien technique – grâce au dossier médical électronique – et une aide administrative ;
- de reconnaître le travail des omnipraticiens non seulement en première, mais aussi en deuxième ligne ;
- d'accepter que le médecin puisse être rémunéré pour les actes faits par l'infirmière qui collabore avec lui (notion du « lui-même ») ;
- d'accorder aux omnipraticiens du secteur des soins de longue durée un nouveau mode de paiement qui leur donne une rémunération adéquate et correspondant à la réalité clinique du milieu ;
- de tenir compte de l'importance de l'équité entre les modes de rémunération ;
- de remplacer l'imposition d'activités médicales particulières (AMP) par une approche incitative et au moins de reconnaître la prise en charge et le suivi de patients.

Parmi d'autres enjeux importants pour la Fédération, on trouve :

- la bonification de la prise en charge ;
- la simplification de l'Entente générale régissant les conditions de pratique des omnipraticiens ;
- la majoration de la rémunération de la garde en disponibilité ;
- la hausse de la rémunération différente liée à l'éloignement ;
- la bonification des mesures de ressourcement et de formation ;
- la rétribution des activités médicoadministratives ;
- la rémunération au rendement ;
- diverses mesures spécifiques à chacun des secteurs de pratique.

Pour avoir la liste complète des demandes du cahier des propositions de la FMOQ voir le bulletin *Nouvelles de la FMOQ* de septembre 2009 (www.fmoq.org/fr/union/president/bulletins/2009).

Infirmières praticiennes spécialisées

Une entente de principe a aussi été conclue entre le MSSS et la FMOQ au sujet de la collaboration des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) de première ligne. Ces professionnelles de la santé ont le droit de prescrire des examens diagnostiques, des médicaments et des traitements médicaux. Elles peuvent également utiliser des techniques diagnostiques et des traitements médicaux effractifs.

Selon la volonté du MSSS, les trois quarts de ces IPS s'installeront dans les cliniques médicales et le quart, dans les services de première ligne des centres de santé et de services sociaux. « Il fallait

convenir des conditions d'intégration », a expliqué au Conseil le D^r Godin. Le gouvernement et la Fédération se sont entre autres entendus sur plusieurs mesures financières.

Ainsi, dans les cabinets, le ministère versera 2500 \$ par mois pour les frais de pratique de chaque IPS et une somme non récurrente de 4000 \$ pour l'achat du mobilier et des fournitures.

Pour le travail de supervision et la responsabilité qui en découle, les médecins des cliniques médicales recevront un forfait de 2500 \$ par mois pour chaque IPS. Dans les établissements de santé, le supplément de responsabilité sera de 800 \$ mensuellement. « Le MSSS estime que les médecins payés à tarif horaire sont déjà rémunérés pour le travail de supervision », a indiqué le D^r Godin. Tous ces forfaits pourront être divisés entre plusieurs médecins.

Le fait de collaborer avec une IPS donnera également aux omnipraticiens un autre avantage : ils pourront facturer les forfaits pour les nouveaux

patients vulnérables et non vulnérables que les IPS suivront conjointement avec eux. « Selon le MSSS, chaque IPS devrait prendre environ 800 nouveaux patients, tant en clinique qu'en établissement », a mentionné le président, un peu perplexe devant ce nombre.

Le médecin aura, par ailleurs, à voir certains des patients que l'IPS suit avec lui. Elle pourrait avoir besoin d'aide pour résoudre une difficulté ou faire face à un problème qui irait au-delà de son champ de compétence, entre autres quand la maladie devient instable. Un nouvel acte devrait donc être créé : l'examen d'évaluation à la demande de l'IPS. Il sera négocié dans le cadre du renouvellement de l'Entente générale.

Il est possible, par ailleurs, que la proportion de cas lourds que traitera le médecin augmente puisque l'infirmière s'occupera des problèmes plus simples. L'entente sur les IPS offre donc une garantie de revenu aux omnipraticiens. « La Fédération a demandé qu'en cas d'une

Nouveau membre émérite : le D^r Benoit Poulin

Emmanuèle Garnier



D^r Louis Godin et Benoit Poulin

Au cours de la réunion du Conseil, le D^r Benoit Poulin, ancien président de l'Association des médecins œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques (AMOEP), a été nommé membre émérite de la FMOQ. « Pour la Fédération, rendre hommage au D^r Poulin, c'est rendre hommage à un grand syndicaliste », a affirmé le D^r Louis Godin, président de la FMOQ, qui lui a remis une plaque honorifique.

Il y a 32 ans, le D^r Poulin était élu président de l'AMOEP. Au fil du temps, il en est d'ailleurs devenu l'âme. Cependant, beaucoup ignorent qu'auparavant, il a aussi été président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud pendant un an, de 1974 à 1975.

Le D^r Poulin s'est révélé un président très actif. « Il s'est dévoué à l'égard des médecins qu'il a représentés. Sous des allures un peu sévères, il défendait avec beaucoup de mordant et de passion les dossiers qui lui tenaient à cœur », a indiqué le D^r Godin.

Le D^r Poulin s'est particulièrement battu pour les omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes, mais aussi pour les médecins payés à tarif horaire. En 1980, il réussit à obtenir que ses membres aient la même rémunération que les médecins fonctionnaires. Par la suite, en s'alliant parfois à son vis-à-vis de l'Association des médecins de CLSC, le président de l'AMOEP parvient à obtenir d'autres hausses de rétribution. À chaque renouvellement de l'Entente générale, il veillait à ce que les médecins rémunérés à honoraires fixes obtiennent les augmentations qui leur revenaient. En 2009, après une vie syndicale bien remplie, le D^r Poulin a quitté son poste de président.

Le nouveau membre émérite a été très ému par l'hommage qui lui a été rendu. Fort de sa longue expérience, il a tenu à donner à ses collègues syndicalistes un conseil. « À mon avis, votre action doit se faire en priorité sur le plan régional. Pour moi, le syndicalisme doit aller des associations vers la Fédération et non l'inverse. C'est au niveau de la base que l'on peut ressentir les effets de l'Entente, que l'on peut la comprendre pour mieux la faire appliquer et, par la suite, l'améliorer en agissant auprès des instances syndicales. »

diminution de revenu, les médecins reçoivent une compensation », a expliqué le D^r Godin.

Mais qu'arrivera-t-il si l'IPS tombe malade ou part ? Étant donné que le médecin sera responsable de la clientèle de cette dernière, une entente devra être conclue entre l'infirmière et lui sur le nombre de nouveaux patients qu'elle pourra suivre. Il est par ailleurs possible que les infirmières spécialisées travaillent par deux pour assurer une présence continue dans le milieu de pratique.

Communications

Pour finir, les membres du Conseil ont vu le documentaire *Diagnostic* qui présente cinq omnipraticiens discutant de leur pratique et de leurs difficultés. Ce court métrage que l'on peut voir sur YouTube (www.youtube.com/médecinsdefamille) est l'un des piliers de la campagne de publicité de la FMOQ. La population est invitée à aller le voir, entre autres par des messages télévisés sur la pénurie de médecins de famille. Sur YouTube, le téléspectateur verra également une capsule sur chacun des cinq médecins présentés ainsi qu'un message du président de la Fédération. 📺

Places de résidence en médecine familiale en 2010-2011 seulement 85 % des postes pourvus

Emmanuèle Garnier

Cette année encore, de nombreux postes en médecine familiale n'ont pas été pourvus, selon les données de 2010-2011 du deuxième tour du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS). Ainsi, sur les 394 places offertes, seulement 336 ont été remplies, soit 85 %.

La médecine spécialisée, elle, est toujours aussi populaire : 96 % de ses 481 postes disponibles ont trouvé preneur.



D^r Serge Dulude

Le portrait global montre que parmi les 799 étudiants qui commencent leur résidence en 2010-2011 :

- 38 % sont admis en médecine familiale au Québec ;
- 53 % vont en médecine spécialisée dans la province ;
- 2 % sont reçus en médecine familiale ailleurs au Canada ;
- 7 % vont étudier en médecine spécialisée dans une autre province.

La situation s'est cependant un peu améliorée par rapport aux dernières années. Alors que le nombre de postes pourvus cette année en omnipratique est de 336, il était de :

- 309 (sur 381 postes offerts), en 2009-2010 ;
- 300 (sur 346 postes offerts), en 2008-2009 ;
- 234 (sur 300 postes offerts), en 2007-2008.

Néanmoins, depuis les quatre dernières années, un total de 242 postes de résidence sont restés vacants en médecine familiale. « Si ces places avaient été prises par des étudiants qui une fois médecin auraient suivi 1000 patients chacun, 242 000 Québécois de plus pourraient avoir un médecin de famille », explique le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

Les médecins français

Quelques renforts pourraient venir d'outre-Atlantique. Actuellement, une vingtaine d'omnipraticiens français ont fait une demande pour venir au Québec. Ils ont un stage d'adaptation de trois mois à faire avant d'obtenir un permis restrictif en établissement qui devrait être renouvelé pendant cinq ans. Dès qu'ils commenceront à pratiquer, les cliniciens français seront soumis, tout comme leurs collègues québécois, aux plans régionaux d'effectifs médicaux, aux plans d'effectifs médicaux en établissement et aux activités médicales particulières. « Ce n'est ni plus ni moins exigeant pour eux. Ce sont les mêmes règles », indique le D^r Dulude. Après cinq ans, les médecins de famille français recevront un permis normal. 🏠

Diagnostic une fructueuse campagne de sensibilisation

Emmanuèle Garnier

La campagne qu'a lancée la FMOQ pour sensibiliser la population à la pénurie d'omnipraticiens connaît un véritable succès. Après seulement une semaine, le documentaire *Diagnostic*, qui explique le quotidien de cinq médecins de famille, avait été vu plus de 46 000 fois sur YouTube (www.youtube.com/medecindefamille)*. Les publicités invitant à voir ce court métrage, qui ont été diffusées à la télévision, dans les revues et les journaux, ont ainsi suscité un réel intérêt.

Quelque 35 personnes ont laissé des commentaires sur YouTube. Par exemple, sous le pseudonyme de **Maricociram**, une internaute écrit : « Enfin ! tellement contente de cette initiative ! Depuis des années, je vois travailler nos médecins de famille ici et je n'ai jamais compris qu'on les néglige autant. Ils sont en première ligne pour tout, y compris l'information et la prévention ! Je les admire. » **Nauj2001**, pour sa part, indique : « Je tiens à vous remercier de votre proactivité dans ce dossier. La question est plus que pertinente et urgente et mérite le soutien de l'ensemble des citoyens ! » Beaucoup de messages, cependant, portent sur la manière d'augmenter le nombre de médecins de famille : l'intégration des médecins étrangers, l'accroissement du nombre d'étudiants en médecine, le problème de la dévalorisation de la médecine familiale dans les facultés de médecine, etc.

Page Facebook des Québécois sans médecin de famille

La page Facebook qu'a créée la Fédération pour abriter le groupe des Québécois sans médecin de famille a aussi connu un franc succès (www.facebook.com/medecindefamille)*. Plus de 7000 personnes y avaient adhéré une semaine après le début de la campagne. Le recrutement

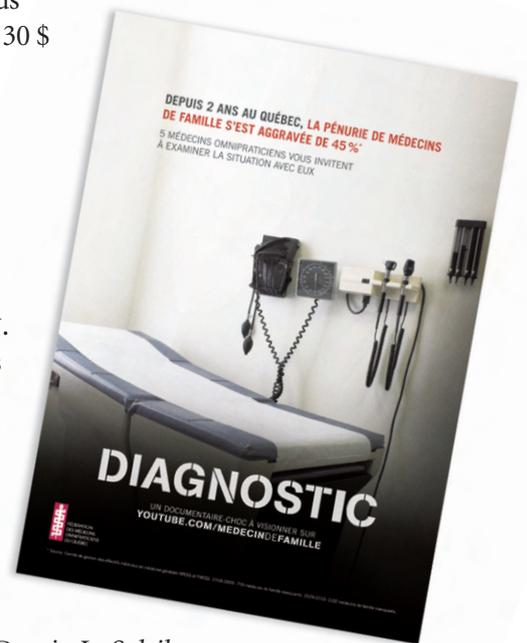
s'est fait par YouTube.com/medecindefamille où l'on encourage les personnes sans médecin à aller sur Facebook pour joindre leur voix à celle de la FMOQ. Une fois sur la page des Québécois sans médecin de famille, les visiteurs sont invités à raconter leurs difficultés d'accès à un omnipraticien.

Parmi les membres du groupe, près de 800 ont relaté leur histoire. Certaines sont troublantes. Ainsi, une dame confie : « Je suis à la recherche d'un médecin de famille en Outaouais depuis 2001. On est une famille de cinq qui doit aller en Ontario et payer 60 \$ à la clinique sans rendez-vous. C'est l'enfer ! On n'a pas de suivi, rien. En plus, la RAMQ nous rembourse seulement 30 \$ des 60 \$ qu'on paye. »

En ce qui concerne Twitter, la FMOQ y a lancé une douzaine de messages sur sa nouvelle campagne (<http://twitter.com/OMNIPRATICIENS>)*. Plus de 130 personnes sont abonnées aux tweets de la Fédération.

Les médias se sont intéressés en grand nombre à la campagne de la FMOQ. *La Presse*, *Le Devoir*, *Le Soleil*, *Métro*, *24 heures*, *Radio-Canada*, *TVA*, les stations de Corus et bien d'autres en ont parlé dès son apparition. Certains de leurs représentants ont été sensibles aux arguments de la Fédération. Dans *La Presse*, **M. Alain Dubuc** mentionnait ainsi dans son éditorial du 14 mai que « le problème le plus grave dont souffre notre système de santé, celui dont les conséquences sont les plus dramatiques, c'est la pénurie d'omnipraticiens. »

*On peut aller sur les sites www.youtube.com/medecindefamille, www.facebook.com/medecindefamille et <http://twitter.com/OMNIPRATICIENS> en passant par le site de la FMOQ, www.fmoq.org (cliquer sur les icônes en bas à droite).



Franchise santé levée de boucliers dans le monde médical

Le 28 avril dernier, plusieurs associations de médecins, dont la FMOQ, ont dénoncé la franchise santé proposée dans le budget Bachand déposé peu de temps auparavant. Omnipraticiens, médecins de différents horizons, étudiants en médecine et doyens de facultés de médecine ont convoqué une conférence de presse à laquelle ont assisté en grand nombre les médias.

« À notre avis, le ticket modérateur ou le principe de l'utilisateur-payeur est tout à fait contraire au principe d'universalité et d'accessibilité de notre système de santé. Nous sommes absolument contre le fait de taxer la maladie », a affirmé la **D^{re} Marie-Claude Goulet**, présidente des Médecins québécois pour le régime public, groupe à l'origine de l'événement.

Le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, a, pour sa part, averti que la franchise santé ferait revenir la société québécoise quarante ans en arrière, à l'époque où les patients se demandaient s'ils avaient l'argent nécessaire pour aller voir le médecin. « Pour la Fédération et les 8000 membres qu'elle représente, le ticket modérateur est inacceptable », a-t-il déclaré.

Les conséquences de la franchise santé pourraient être dévastatrices. « Cela va compliquer grandement le travail de prise en charge », a soutenu le D^r Godin. Certains malades, par exemple, doivent avoir un

suivi médical régulier. « Il est clair que plusieurs de ces gens-là vont nous dire : peut-on remettre la prochaine visite un ou deux mois plus tard, parce que je vais encore avoir une franchise à payer ? Le suivi de nos patients va devenir plus difficile. Cela va sûrement avoir un effet sur leur état de santé. »

Le **D^r Guillaume Charbonneau**, président du Collège québécois des médecins de famille, a abondé dans le même sens. À ses yeux, le ticket modérateur va nuire à la prévention, à la promotion de la santé et à la prise en charge des maladies chroniques. La franchise santé ne sera pas rentable, a-t-il estimé. « Cela va augmenter le nombre de décès ainsi que le nombre, la durée et le coût des hospitalisations. »

Se fondant sur des études réalisées dans des pays qui possèdent un ticket modérateur, le **D^r Pierre Durand**, doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval, a affirmé qu'il a été démontré que la création d'une franchise santé diminue l'accès aux soins de première ligne, aux services ambulatoires et aux services spécialisés. « Cette diminution de l'accès se fait au détriment des malades et des plus démunis », a indiqué le D^r Durand, qui parlait aussi au nom de son collègue le **D^r Réjean Hébert**, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

La relève était également présente à la conférence de presse. « Pour les étudiants en médecine du Québec, il est clair que l'idée d'un ticket modérateur est éthiquement et médicalement indéfendable », a mentionné la **D^{re} Myriam Auclair**, présidente de la Fédération médicale étudiante du Québec. La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) se joignait également au mouvement. Le président, qui n'a pas pu être présent à la conférence de presse, n'a pas hésité à rejeter publiquement la franchise santé.

« Finalement, ce matin, la communauté médicale que nous représentons, et c'est un large consensus que vous avez devant vous, se porte tout simplement à la défense de ceux qui ont le plus à perdre avec le ticket modérateur : nos patients », a déclaré le **D^r Sylvain Dion**, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec. 📞

Voir la déclaration commune des associations de médecins p. 111.

(Suite à la page 111) >>>>

Photo : Emmanuèle Garnier



*D^{re} Myriam Auclair, D^r Pierre Durand, D^r Louis Godin,
D^{re} Marie-Claude Goulet, D^r Guillaume Charbonneau, D^r Sylvain Dion*

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- *Juillet 2010*
Les soins périopératoires

- *Août 2010*
La médecine en CHSLD

- *Septembre 2010*
Le diabète

- *Octobre 2010*
Le sein

- *Novembre 2010*
Les troubles de la personnalité

- *Décembre 2010*
La médecine factuelle

- *Janvier 2011*
L'environnement

- *Février 2011*
**La prise en charge
et le suivi interprofessionnel**





Congrès de formation médicale continue

FMOQ

Septembre 2010

16 et 17 **Les aspects médico-légaux
et médico-administratifs
de la pratique**
Hôtel Delta Québec, Québec

Octobre 2010

14 et 15 **La médecine hospitalière**
Centre Mont-Royal, Montréal

Novembre 2010

11 et 12 **La psychiatrie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Décembre 2010

2 et 3 **L'omnipraticque
d'aujourd'hui à demain**
Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Février 2011

10 et 11 **L'appareil locomoteur**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mars 2011

10 et 11 **Hématologie – Oncologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Avril 2011

14 et 15 **La pédiatrie**
Hôtel Delta Québec, Québec



**Par la Fédération
des médecins omnipraticiens
du Québec**

Épargne et investissement

Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
Investissement – Liquidité
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
Compte de retraite immobilisé (CRI)
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
Fonds de revenu viager (FRV)
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)
Courtage en valeurs mobilières
(REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)
Fonds FMOQ
Autres fonds communs de placement
Produits d'Épargne Placements Québec
Dépôts à terme
Service-conseil
Service de planification financière
Service d'analyse pour la pratique médicale en société

Les Fonds d'investissement FMOQ inc.
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

Programmes d'assurances

Assurances de personnes
Assurances automobile et habitation
Assurances de bureau
Assurance médicaments et assurance maladie complémentaires
Assurances frais de voyage et annulation
Assurance responsabilité professionnelle

Dale Parizeau Morris Mackenzie :
514 282-1112 ou 1 877 807-3756

Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

Hôtel Maritime Plaza : 1 800 363-6255
Hôtels Gouverneur : 1 888 910-111

Direction des affaires professionnelles

D^r Michel Desrosiers, directeur
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499

◀◀◀ (Suite de la page 22)

*Extrait de la déclaration
commune des associations de médecins :*

Les médecins contestent la franchise santé

« Le budget Bachand 2010 propose l'instauration d'une franchise santé calculée en fonction du nombre de visites médicales effectuées durant l'année, ce qui équivaut à un ticket modérateur. La mise en place d'une telle mesure obligerait les malades à verser des sommes d'argent supplémentaires à l'État pour rencontrer leur médecin ou recevoir des soins.

Cette proposition est inacceptable : non seulement ne doit-on pas taxer la maladie, mais le concept même d'utilisateur-payeur ne peut s'appliquer à la santé.

Reconnaissant la nécessité de financer adéquatement le système de soins, nous rejetons toutefois que ce financement prenne la forme d'un ticket modérateur (ou orienteur) pouvant avoir des conséquences néfastes sur la santé de nos patients, porter atteinte au lien de confiance médecin-patient et rendre encore plus complexe la gestion du réseau de la santé. De plus, aucune diminution des coûts n'est garantie avec une telle initiative, bien au contraire.

Rien ne justifie donc une telle remise en cause des principes de l'assurance maladie, où les soins médicalement requis sont couverts par un régime public financé collectivement. (...) »

Signataires :

Alain Vadeboncoeur, vice-président, et **Marie-Claude Goulet**, présidente, Médecins québécois pour le régime public ; **Louis Godin**, président, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, **Guillaume Charbonneau**, président, Collège québécois des médecins de famille, **Yann Dazé**, président, Fédération des médecins résidents du Québec, **Jean-François Lajoie**, président, Association médicale du Québec, **Myriam Auclair**, présidente, Fédération médicale étudiante du Québec, **Sylvain Dion**, président, Association des médecins de CLSC du Québec, **Réjean Hébert** et **Pierre J. Durand**, doyens des facultés de médecine des universités de Sherbrooke et Laval

Pour lire la déclaration complète
se rendre sur <http://tiny.cc/h8zva>

La création de l'École de médecine du Nord de l'Ontario

Une étude de cas dans l'histoire de la formation médicale

Dirigé par Geoffrey Tesson, Geoffrey Hudson, Roger Strasser et Dan Hunt



Fonder une faculté de médecine sur mesure pour les besoins d'une région éloignée où sévit une pénurie d'effectifs, fallait y penser ! C'est maintenant chose faite avec l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO).

Douze participants à la création de l'École en relatent les différentes étapes sous la direction de **Geoffrey Tesson**, sociologue et chercheur en santé rurale, **Geoffrey Hudson**, historien de la médecine, **Roger Strasser**, doyen fondateur de l'École, et **Dan Hunt**, ancien vice-doyen.

Exhaustif et détaillé, ce livre prend l'aspect d'un carnet de bord. Il permet au lecteur de connaître les débats publics, les processus décisionnels et les conditions sociales et géographiques particulières qui ont permis la

réalisation de l'École.

Ces pages racontent les moindres détails de l'entreprise, depuis les décisions politiques à l'arrivée des 56 premiers étudiants en septembre 2005, en passant par la conception du nouveau programme d'études répondant aux besoins spécifiques des populations rurales et aux soins communautaires.

Comme le soulignent les auteurs, il était fondamental de revoir la préparation des omnipraticiens, des spécialistes et des autres professionnels de la santé qui donneraient une formation convenant aux localités du Nord. Les auteurs témoignent également de l'engagement des collectivités qui ont manifesté un immense intérêt pour ce projet et qui se sont totalement engagées afin de convaincre le gouvernement d'ouvrir l'EMNO. Cette première école de médecine du XXI^e siècle au Canada est peut-être un modèle à suivre pour les régions en difficulté. Elle représente d'ailleurs un plan pour ceux et celles qui s'intéressent à une approche novatrice. ☺

McGill-Queen's University Press, Montréal, 2010, 280 pages, 44,95 \$
Pour commander : www.mqup.ca

Livres Emmanuèle Garnier

Handicaps et retards de développement

Prévention et intervention précoce

*D'Yvon L'Abbe, de James Lespinasse,
de Robert Labine, de Marie Walther, de Nicole Lemieux,
de Claude Goyette et de Fléchère Fortin*



On ne connaît la cause que de la moitié des retards mentaux. On sait cependant que dans 30 % des cas leur origine est génétique et dans 20 %, environnementale. Il est donc possible de prévenir un certain nombre de cas de déficience intellectuelle.

Le but de l'équipe pluridisciplinaire francoquébécoise qui a rédigé le livre est de permettre aux parents et aux médecins d'éviter ces retards de développement. Les auteurs – psychologue, généticien, pédopsychiatre, omnipraticien, néonatalogiste et autres experts – indiquent les causes de la déficience intellectuelle, mais aussi les différentes me-

asures à prendre pour en réduire le risque.

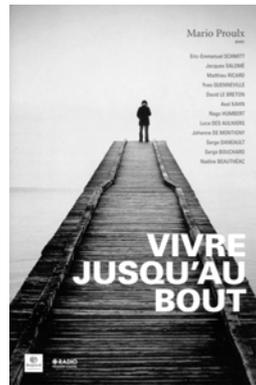
Pour les déficiences graves, jusqu'à 20 % des cas pourraient être évités. En plus des causes génétiques et environnementales, on sait que 10 % des retards de développement seraient dus à un traumatisme prénatal, périnatal ou postnatal ; dans 3,6 %, à la prématurité ; dans 3,5 %, à des infections prénatales, périnatales ou postnatales.

Les auteurs se penchent sur les mesures de prévention primaire, comme les conseils génétiques, les techniques de dépistage et de diagnostic prénatal. Ils soulignent l'importance de la prévention secondaire : le dépistage des troubles de l'audition, de la vision et de diverses maladies métaboliques. Ils expliquent ensuite la prévention tertiaire, qui a pour objectif de limiter les conséquences néfastes des retards de développement et permet d'améliorer le niveau de fonctionnement et la qualité de vie des enfants atteints. Les spécialistes ne manquent cependant pas de souligner que « toutes les personnes, aussi handicapées qu'elles soient, ont leur place dans la société. »

Béliveau éditeur, Montréal, 2010, 336 pages, 44,95 \$

Vivre jusqu'au bout

De Mario Proulx



En entrant dans le bureau du **D^r Axel Khan** à l'Hôpital Cochin, à Paris, on est frappé par les magnifiques photographies de chevaux galopant sur les murs. C'est que l'hématologue, philosophe et généticien, est amoureux de la nature, de la vie et de l'être humain. Pourtant, dans ce livre, l'érudit parle de la mort. Il renvoie l'être humain à sa réalité biologique, le vieillissement. Mais, au

détour, il exprime la possibilité d'intervenir sur ce point par la frugalité qui permettrait de faire de vieux os.

Un autre bon vivant, débordant d'humour et de fantaisie, le philosophe et écrivain **Éric-Emmanuel Schmitt**, indique que la mort suscite chez lui le désir de vivre intensément et d'aimer toujours plus.

Psychiatre et cofondateur de l'Unité des soins palliatifs de l'Hôpital Notre-Dame de Montréal (CHUM), le **D^r Yves Quenneville**, lui, affirme que l'essentiel est de respecter la personne malade.

Ce livre sur la mort est une profonde réflexion sur le sens de la vie. Fruit d'une longue enquête sur deux continents réalisée par le journaliste **Mario Proulx**, en collaboration avec **Eugénie Francoeur**, cet ouvrage présente les entrevues intégrales d'une douzaine de personnes ayant participé à la série *Vivre jusqu'au bout* diffusée à la radio de Radio-Canada. Si chacun exprime sa pensée face à la mort, tous sont unanimes. Il faut surtout dire « je t'aime » à ceux qui comptent pour nous et apprendre à vivre autrement pour mourir autrement. Selon Mario Proulx, « le déni de la mort nous prive d'une vie beaucoup plus intense. »

Éditions Bayard Canada Livres, Montréal, 2010, 312 pages, 29,95 \$