



## Établissements de soins début de la nouvelle nomenclature

**D**EPUIS LE 1<sup>ER</sup> OCTOBRE, une nouvelle nomenclature est en vigueur dans les établissements de santé : hôpitaux de soins de courte durée, centres de réadaptation et centres d'hébergement et de soins de longue durée. Ce changement métamorphose la facturation des actes médicaux, qui n'avait pas connu un tel bouleversement depuis la création de l'assurance maladie en 1970.

Pour résumer le nouveau système :

- Les « visites » remplacent les examens. Ainsi, fini les examens ordinaires, complets ou complets majeurs. Il y a simplement maintenant des visites, comme celles pour l'admission ou le transfert du patient.
- Le code de l'intervention clinique peut être utilisé au besoin.
- De nouveaux services ont été créés, comme la discussion avec les autres professionnels ou les proches du patient.

La nouvelle nomenclature présente de nombreux avantages. « Elle permet d'obtenir une augmentation moyenne de 20 %. Mais au-delà de l'aspect financier, elle est intéressante, parce qu'elle est plus simple que l'ancienne, correspond davantage à la réalité clinique des médecins et permet de rémunérer des actes qui ne l'étaient pas auparavant », explique le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ.

Comment a été conçue cette nouvelle liste d'actes ? Ce fut un travail de longue haleine. La FMOQ a d'abord consulté des médecins dans chacun des secteurs concernés. Grâce à leurs suggestions, elle a créé une nomenclature et élaboré une définition des actes choisis. Puis, elle a testé le système auprès de certains établissements de soins à partir de données statistiques. Elle a également demandé à des médecins d'essayer la nouvelle nomenclature. « On a ensuite modélisé le système pour nous assurer que les tarifs que l'on proposait étaient adéquats, donnaient

l'augmentation désirée et présentaient une certaine équité les uns par rapport aux autres », indique le **D<sup>r</sup> Godin**.

La nouvelle nomenclature ne s'applique cependant pas aux urgences, aux services de consultation externe, aux activités ambulatoires rattachées à un CLSC ni aux activités liées à la santé mentale dans les hôpitaux.

### Vidéos et articles

Pour en savoir plus sur la nouvelle nomenclature, on peut consulter les articles de la chronique du **D<sup>r</sup> Michel Desrosiers** intitulée « Enfin, la facturation noir sur blanc », publiés d'avril à septembre 2013 dans *Le Médecin du Québec*. Le directeur des Affaires professionnelles de la FMOQ a également enregistré des capsules vidéo sur l'application de la nouvelle nomenclature dans les différents secteurs de pratique :

- *Cadre et contexte* ;
- *Hospitalisation de courte durée* ;
- *Périnatalité et soins intensifs* ;
- *Soins psychiatriques* ;
- *Urgence* ;
- *Longue durée* ;
- *Réadaptation*.

On peut regarder ces capsules en se rendant sur le portail de formation en ligne Caducée au [fmoq.org](http://fmoq.org)\*. L'accès à ces vidéos est gratuit, mais requiert une identification de l'utilisateur. Ceux qui n'ont pas encore de profil peuvent s'en créer un dans l'onglet « Inscrivez-vous », en haut à gauche. La majorité des formations donnent un crédit de catégorie 1 une fois le parcours d'apprentissage terminé (visionnement de la vidéo, réussite du post-test et formulaire d'évaluation rempli). **EG**

\* Il faut appuyer sur le rectangle « La formation en ligne » ou directement sur « Nouvelle nomenclature en établissement ».

# Tournée du Québec

## assemblée générale du nord-ouest du Québec

Emmanuèle Garnier



Rouyn-Noranda



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Louis Godin

**L**E D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ, et son équipe ont commencé leur tournée du Québec. Le 7 septembre dernier, à Rouyn-Noranda, ils ont participé à l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec.

Devant une trentaine de médecins, le président a fait le point sur les prochaines augmentations et sur les nouvelles nomenclatures. La première

nomenclature à entrer en vigueur est celle des établissements de soins, qui a commencé le 1<sup>er</sup> octobre. « Elle comporte des modifications très importantes. Il y avait des codes d'acte qui remontaient à plus 40 ans et qui n'existent plus. C'est un changement en profondeur », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin (voir l'article Établissement de soins : début de la nouvelle nomenclature, p. 11).

En ce qui concerne les majorations, les prochains secteurs à en bénéficier seront la périnatalité, les soins intensifs et l'anesthésie. Les changements débiteront le 1<sup>er</sup> décembre 2013. En périnatalité, par exemple, le mécanisme de partage lors des accouchements sera modifié. « Il y aura également une augmentation du tarif de l'accouchement et du taux en vigueur

de minuit à sept heures. On accordera aussi un supplément pour les accouchements lorsque l'enfant se présente par le siège. On a par ailleurs créé, comme nous l'avaient demandé certains médecins, un forfait quotidien pour le nouveau-né en bonne santé », a mentionné le président.

Pour les soins intensifs, la principale modification consiste en l'augmentation du forfait pour le deuxième jour d'hospitalisation du patient. Contrairement à maintenant, le paiement d'une douzaine d'actes déjà existants ne sera pas inclus dans la somme. Elle n'englobera pas non plus la rétribution de plusieurs nouveaux actes, tels que les discussions avec les familles.

L'anesthésie aussi aura ses bonifications. « Chacun des secteurs, que ce soit le cabinet, la pratique à l'hôpital, l'obstétrique ou l'anesthésie touchera l'augmentation prévue au cours des six ans de l'accord-cadre », a assuré le D<sup>r</sup> Godin.

### **Nouvelle nomenclature en cabinet**

Le deuxième grand chantier que la FMOQ a entrepris dans le domaine des nouvelles nomenclatures concerne les cliniques médicales. Ses objectifs : créer un système plus simple, qui correspond à la réalité clinique et rémunère les activités non rétribuées, comme les discussions avec les autres professionnels de la santé.

Le Bureau de la Fédération a mis sur pied un groupe de travail pour y parvenir. « Notre objectif est d'avoir la nouvelle nomenclature le 1<sup>er</sup> avril 2015. Nous estimons avoir besoin de deux ans pour l'élaborer », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin.

Ce laps de temps ne pénalisera pas financièrement les médecins de famille. Ils recevront les augmentations auxquelles ils ont droit sous la forme d'une rétroactivité de 4,24 % des revenus gagnés en cabinet qui remontera à avril 2013. Et, à partir d'avril 2014, la bonification s'élèvera à 7,62 %. « Ainsi, dès le 1<sup>er</sup> décembre prochain, les médecins recevront tous les trois mois un paiement rétroactif. La somme due pour avril, mai et juin 2013 sera versée en décembre, et cela continuera ainsi », a expliqué le président.

Pour créer la nouvelle nomenclature,

la Fédération consultera directement ses membres au cours des prochaines semaines. Un sondage leur sera distribué par l'intermédiaire des associations régionales. « Si vous avez des idées, n'hésitez pas à en parler aux représentants du bureau de votre association », a souligné le D<sup>r</sup> Godin. Le comité sur la nouvelle nomenclature en cabinet étudiera également les codes d'acte des autres provinces canadiennes.

D'ici à décembre, le comité devrait avoir défini les nouveaux actes. Des modèles économiques seront ensuite élaborés pour tester la nouvelle nomenclature. Et, normalement, dans un an, la FMOQ devrait présenter un projet de nouvelle nomenclature.

### **Dossiers en cours**

Sur le plan des négociations avec le gouvernement, plusieurs grands dossiers sont en cours. Les discussions sur l'annexe XII, qui concerne la différence de rémunération dans les cabinets médicaux et les établissements des régions éloignées, touchent particulièrement les omnipraticiens de l'Abitibi-Témiscamingue. « Nous sommes vraiment dans la phase finale. Il nous reste à déterminer le coût exact de la mesure. Cela va se faire sous peu », a indiqué le président.

Pour ce qui est de l'urgence, la FMOQ travaille à deux grandes mesures : la rémunération des activités médico-administratives et la rétribution des transferts. La Fédération voudrait que le médecin qui transfère les patients à son collègue à la fin d'une garde à l'urgence soit rémunéré pour cette activité.

Le dossier de la rémunération mixte est également important. « Nous avons signé une lettre d'entente qui, lorsqu'elle sera en vigueur, fera en sorte que tout médecin payé à honoraires fixes ou à tarif horaire qui adoptera la rémunération mixte recevra une somme forfaitaire pour la période couvrant le 1<sup>er</sup> avril 2013 jusqu'au moment du changement de mode de rétribution », a expliqué le D<sup>r</sup> Godin.

Dans les prochaines semaines et les prochains mois, de nombreux développements vont ainsi se produire dans plusieurs dossiers. 📄

# **Nord-ouest du Québec**

## **une pénurie de médecins toujours présente**



Photos : Emmanuelle Garnier

Dr Jean-Yves Boutet

Même si le nombre d'omnipraticiens ne cesse de croître au Québec, même si les jeunes diplômés se bousculent aux portes de régions autrefois en pénurie, même si certains prévoient un surplus de médecins de famille dans quelques années, le **Dr Jean-Yves Boutet**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec (AMONOQ), reste inquiet.

Les données de sa région n'ont rien de rassurant. Le nombre d'omnipraticiens qui, en 2011, a atteint un sommet de 187, chute depuis deux ans et n'est maintenant plus que de 178. « C'est inquiétant, parce qu'on se demande si c'est une situation temporaire ou non », dit le président. En outre, pour répondre aux besoins de la population, il faudrait l'équivalent de 211 omnipraticiens à temps plein.

Et non seulement il y a moins de médecins en Abitibi, mais les effectifs médicaux vieillissent. La région n'a pas de difficulté à retenir ses omnipraticiens : certains ont 25, 30 ou même 35 ans de pratique. Cependant, les cliniciens plus âgés voudraient ralentir leurs activités professionnelles. Les jeunes médecins, de leur côté, ne prennent pas la relève en première ligne. Ils vont surtout pratiquer à l'hôpital.

### **Revoir le travail des omnipraticiens à l'hôpital**

Plusieurs villes de l'Abitibi-Témiscamingue connaissent d'importantes pénuries de médecins : Ville-Marie, Amos et Lasarre. En septembre dernier, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue lançait même un appel général à tous les omnipraticiens de la région pour éviter la fermeture d'une urgence pendant trois soirs. Tous les autres moyens avaient déjà été tentés : demande d'aide au système de dépannage, au ministère de la Santé, aux autres hôpitaux, etc.

En première ligne, cependant, les besoins sont encore plus criants. La population de l'Abitibi-Témiscamingue est actuellement en pleine expansion grâce aux mines et aux forêts. Toutefois, les nouveaux venus ne parviennent pas à se trouver un médecin de famille. « Ils ne savent pas où s'adresser pour avoir des soins médicaux à part l'urgence. C'est un non-sens », déplore le Dr Boutet.

Le président de l'AMONOQ prend la situation au sérieux. « Quand je vois que l'accès à un médecin de famille devient un grand enjeu de société,



je me dis qu'on est en train de rater le bateau. Je comprends que l'urgence et les soins aux patients hospitalisés sont importants. Mais il va falloir qu'on revoie le travail des omnipraticiens à l'hôpital. Est-ce nécessaire qu'ils fassent passer des épreuves d'effort au tapis roulant ? Qu'ils pratiquent aux soins intensifs à temps plein ? Il doit y avoir un certain délestage. Même si on est une petite région, on se devrait d'avoir une première ligne plus efficace et plus accessible. »

Le D<sup>r</sup> Boutet estime qu'il faudrait que les centres de santé et de services sociaux (CSSS) amorcent une réflexion sérieuse sur l'organisation de la deuxième ligne et la réduction de la participation des omnipraticiens. La tâche des spécialistes doit être revue. « Il faudrait aussi réorganiser la première ligne avec l'aide des CSSS pour la rendre plus efficace. Je rêve d'un réseautage des GMF qui permettrait d'avoir une offre de services satisfaisante. Le *statu quo* est inacceptable ! Il faut que les médecins acceptent de sortir de leur zone de confort et comprennent que nous avons un rôle collectif à jouer pour que la première ligne réponde aux besoins de la population. »

### L'enjeu de l'accès à la première ligne

Le D<sup>r</sup> Boutet veut changer la situation dans sa région. « Il faut qu'on se mette au recrutement. Je pense que tout le monde en est conscient, parce qu'on veut assurer la relève. » Mais le président désire aussi, de manière plus précise, attirer de jeunes médecins dans les GMF. Il croit que les nouveaux diplômés sous-estiment la rémunération qu'on peut y gagner. Elle est, en réalité, beaucoup plus avantageuse qu'il n'y paraît. « Quand le médecin facture un examen complet, il y a plein de sommes qui arrivent en arrière. » En fait, 38 % des revenus des médecins de famille en cabinet sont sous forme de forfaits : bonifications pour l'inscription générale, pour les patients vulnérables, pour la polyvalence, pour les jours travaillés, etc. « Il faut prendre le temps de l'expliquer aux jeunes médecins. On voudrait aller dans les unités de médecine de famille pour démythifier la rémunération en cabinet. »

La médecine familiale est peut-être à la croisée des chemins. « Qu'on le veuille ou non, l'accès



à la première ligne, et plus précisément à un médecin de famille, est maintenant au cœur des politiques du ministère de la Santé. Si nous restons passifs, nous risquons de perdre les acquis gagnés au cours des dernières années en médecine familiale. C'est un enjeu crucial en vue des prochaines négociations de 2015-2016 ! », a indiqué le D<sup>r</sup> Boutet à ses membres au cours de l'assemblée générale de l'AMONOQ.

Déjà, a souligné le président, plusieurs groupes de professionnels de la santé, comme les infirmières et les pharmaciens, ont commencé à proposer leurs solutions au problème d'accès à la première ligne. 📡

### Nouvelle grille de tarifs pour les services non assurés

La FMOQ a préparé une nouvelle grille tarifaire des services non assurés et des frais accessoires. Cette liste, qu'elle propose à titre indicatif, comporte quelques modifications par rapport à la dernière version qui remonte à juillet 2010.

« Nous avons haussé le tarif des honoraires professionnels d'environ 15 %, parce que la rémunération des médecins a augmenté depuis la dernière mise à jour de la grille », explique le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles de la FMOQ.

En ce qui concerne les médicaments et le matériel médical, il y a peu de changement. « On a vérifié les prix et la différence ne justifiait pas d'augmentations importantes, sauf pour les corticostéroïdes en injection », indique le D<sup>r</sup> Desrosiers.

La grille, qui existe en français et en anglais, sera mise sur le site Web de la FMOQ\* ([fmoq.org](http://fmoq.org)) en octobre. Elle sera également distribuée sous forme d'affiche et sera ensachée avec le numéro de novembre du *Médecin du Québec*. EG

\*Chemin : Page d'accueil > Rémunération > SAAQ et autres services non assurés

# Entrevue avec le D<sup>r</sup> Marcel Guilbault

## une organisation plus efficace des services de santé



Photo : Emmanuelle Garnier

D<sup>r</sup> Marcel Guilbault

*Depuis un an, en Outaouais, la situation s'est améliorée pour les patients et les médecins de famille. Un nombre plus important d'omnipraticiens sont arrivés et de nouveaux mécanismes facilitent maintenant les consultations avec les spécialistes, explique le D<sup>r</sup> Marcel Guilbault, président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'ouest du Québec. De plus, depuis un an, de nombreux médecins de famille ont accès aux résultats de laboratoire informatisés et, sous peu, ils disposeront des données du Dossier Santé Québec (DSQ).*

### **M.Q. Cette année le recrutement de nouveaux omnipraticiens a bien fonctionné ?**

M.G. – Oui, nous allons en avoir trente de plus. Notre plan régional d'effets médicaux (PREM) 2013 est rempli, contrairement à l'année passée et à celle d'avant où l'on avait à peine atteint 60 % ou 70 % de nos objectifs. Ces trente médecins vont se répartir dans tout l'Outaouais : de la Petite Nation à Maniwaki, en passant par Gatineau.

### **M.Q. – Ces renforts vont quand même beaucoup vous aider.**

M.G. – Bien sûr. Cependant, notre grand problème est la prise en charge et le suivi de patients en clinique et, malheureusement, la majorité de ces nouveaux médecins n'en feront pas. Il y a encore beaucoup de besoins dans les établissements de soins. Les jeunes médecins y répondront en priorité. Toutefois, on a bon espoir que, graduellement, d'ici trois ou quatre ans, les postes dans les hôpitaux seront pourvus. Viendra un moment où les jeunes médecins devront aller dans les cabinets et au CLSC pour suivre des patients. Cependant, je pense que le problème vient aussi du fait que nos jeunes collègues ne savent pas vraiment quel type de pratique offrent les cliniques.

### **M.Q. – Songez-vous à une solution ?**

M.G. – Il va y avoir une initiative intéressante à l'unité de médecine familiale de Gatineau. Cet automne, la douzaine de résidents qui commencent leur deuxième année visiteront toutes les cliniques de la région qui cherchent des médecins. Les résidents pourront voir le milieu, la manière dont les médecins fonctionnent, quels sont les frais de pratique, quelle est l'or-

ganisation du GMF ou de la clinique. Ils vont se promener en autobus et consacrer de vingt à trente minutes à chaque clinique. Ils en verront une dizaine, dont la nôtre. Ils vont ainsi pouvoir choisir le centre qui répond à leurs aspirations.

### **M.Q. – Cette idée semble prometteuse.**

M.G. – Les résidents n'ont pas beaucoup de contacts avec les cabinets médicaux. Dans notre clinique, nous recevons des externes en stage une journée toutes les deux semaines. C'est très ponctuel. Je pense que le fait de voir, au cours d'une visite, ce qu'est une clinique et de rencontrer les médecins avec qui ils pourraient travailler aidera les résidents à prendre leur décision. Ils entendent toutes sortes de rumeurs : « Il ne faut pas aller dans un cabinet, ça coûte cher, ça ne marche pas, etc. » Ils pourront donc se faire leur propre idée de la situation.

### **M.Q. – En ce qui concerne les hôpitaux, comme l'Outaouais est près de l'Ontario, vous devez faire face à une certaine concurrence.**

M.G. – Oui, surtout en obstétrique avec l'hôpital francophone Montfort, à Ottawa. Cet établissement a maintenant un centre mère-enfant de toute beauté qui comprend dix-huit lits et est apparemment « high-tech ». Si ma mémoire est bonne, il s'y fait 1200 accouchements par année de patientes québécoises. À Gatineau, je pense qu'on en fait plus de 3000, mais on a seulement huit salles. Donc, c'est serré. On manque d'espace. Le danger, c'est de ne pas avoir ces patientes enceintes pour nos médecins et de perdre les médecins parce qu'ils ne peuvent pas travailler. Beaucoup de jeunes omnipraticiennes veulent suivre des patientes enceintes et les accoucher.

### **M.Q. – Qu'allez-vous faire ?**

M.G. – Nous avons eu des discussions avec l'Agence de la santé et des services sociaux qui, elle-même, a communiqué avec le ministère de la Santé. On espère qu'il y aura rapidement un agrandissement et une modernisation du centre mère-enfant de Gatineau où se font la plupart des accouchements de la région.

Un autre problème est la question du service d'urgence pour les enfants. Beaucoup de parents vont au Centre hospitalier de l'Est ontarien qui est un hôpital tertiaire, un peu comme Sainte-Justine. Il y a des urgences à Gatineau et à Hull, mais elles ne sont pas spécialisées dans les cas pédiatriques et il y a un grand temps d'attente. Donc, dans un futur centre mère-enfant, on devrait peut-être avoir une urgence pour les enfants. Il y a quand même cent millions de dollars qui sont transférés en Ontario chaque année.

**M.Q. – Ce sont cependant des projets à moyen et à long terme ?**

M.G. – Certaines solutions pourraient être appliquées à court terme. À l'Hôpital de Gatineau, on pourrait, par exemple, déménager l'obstétrique à l'étage qui avait initialement été construit pour cette spécialité. Avec les années, c'est l'ophtalmologie qui l'a pris. Il faudrait alors reloger cette dernière. On récupérerait ainsi des chambres qui sont déjà faites pour les accouchements. On doit s'occuper de ce problème à court terme, parce que l'Hôpital Montfort a des plans pour attirer plus de patientes enceintes en offrant de meilleurs services et, évidemment, récolter l'argent. Nous, nous aurons moins de patients, moins d'argent, moins de médecins, moins de tout.

**M.Q. – Dans le domaine de l'organisation des soins, votre région semble avoir fait de grands progrès.**

M.G. – Oui, depuis un an, nous avons formé une table locale pour le grand Gatineau. Des représentants du centre de santé et de services sociaux (CSSS) et de chaque clinique y siègent. On y discute de problèmes concrets et on essaie de trouver des solutions.

On a réussi, par exemple, à régler le problème des rapports de radiologie pour lesquels il y avait des retards de plusieurs mois. On en a donc discuté, et le CSSS a pris des moyens pour y apporter une solution. On a aussi parlé du cas des patients pas très malades qui vont à l'urgence, les P4 et les P5. Ils pourraient être dirigés vers un médecin de famille dans une clinique. Des travaux sur ce sujet sont en cours.

En novembre ou en décembre, on organisera par ailleurs une journée sur les réseaux locaux de services. Il y aura des présentations pour mettre les médecins au courant des différents services du CSSS de Gatineau, que ce soit au CLSC ou ailleurs. Cela donnera des outils aux médecins. Il y a beaucoup de choses qui existent et qu'on ne connaît pas. Cela permettra également de tisser des liens.

**M.Q. – La table locale vous a-t-elle permis de régler d'autres problèmes ?**

M.G. – Oui, on a aussi discuté de l'amélioration de l'accès à la gynécologie. Les listes d'attente pour les consultations s'étiraient sur plus d'un an. Il n'y avait pas de priorité pour les cas les plus urgents. Une équipe de gynécologues et de médecins de famille ont donc regardé comment on pourrait fonctionner. Le CSSS, de son côté, a accordé des ressources pour que les demandes de consultation soient mises à jour. Quand elles avaient été faites il y a trop longtemps, elles étaient renvoyées au médecin pour savoir si elles étaient encore pertinentes ou encore les patientes étaient appelées. Maintenant, il y a du personnel qualifié qui gère les demandes. Si une patiente a un problème sérieux, comme une lésion précancéreuse du col,

elle voit rapidement un gynécologue. Si le problème est moins grave, elle a rendez-vous un peu plus tard.

La gynécologue en chef a également demandé à ses collègues de se rendre plus disponibles : d'ajouter des plages de travail et des patients dans leurs plages. Au cours des dernières années, ils avaient eu tendance à diminuer le nombre de patients qu'ils voyaient.

**M.Q. – L'accès aux spécialistes en général s'est-il amélioré dans votre région ?**

M.G. – Oui, on a également eu des échanges à ce sujet à la table de concertation. Le CSSS, qui couvre Gatineau, Hull et Aylmer, est en train de travailler à la création d'un guichet unique où il y aura, comme en gynécologie, une priorisation des demandes et une meilleure répartition des consultations entre les spécialistes d'un même domaine. Actuellement, on n'a aucune idée du temps d'attente qu'il y a, par exemple, pour chaque chirurgien. Souvent, on adresse un patient à un spécialiste que l'on connaît, mais dont le temps d'attente peut être d'un an. Par contre, pour son collègue, il peut n'y avoir qu'un mois d'attente. Le guichet devrait donc permettre une meilleure répartition des demandes de consultation et une diminution du temps d'attente.

**M.Q. – Sur le plan informatique, où en est votre région ? Recevez-vous les résultats de laboratoire par ordinateur ?**

M.G. – Il y a eu une entente avec l'agence pour permettre le transfert direct des résultats de laboratoire informatisés dans les cliniques qui ont un dossier médical électronique (DME). Le système est en place depuis un an et fonctionne bien.

**M.Q. – Et qu'en est-il du Dossier Santé Québec (DSQ) ?**

M.G. – Nous allons l'avoir cet automne. Maintenant, tous les DME homologués doivent avoir un lien avec le DSQ. Donc, à partir de mon DME, je vais pouvoir interroger le DSQ pour connaître, entre autres, les médicaments que prend le patient. Je pourrai voir, par exemple, lesquels ont été ajoutés et par quel médecin.

**M.Q. – Donc, pour résumer, la situation a beaucoup évolué dans votre région depuis un an ?**

M.G. – Oui, et elle va encore évoluer cette année. On espère qu'avec l'arrivée des nouveaux omnipraticiens, on va réduire le nombre de patients sans médecin de famille. Il y en a quand même presque trente mille sur la liste du guichet de patients orphelins de l'Outaouais. Il est probable qu'il y en ait trente mille autres qui ne sont pas inscrits et qui n'ont pas non plus de médecin de famille. On espère que les choses vont encore s'améliorer. EG

# Présidence du D<sup>r</sup> Renald Dutil

## Un nouveau paysage médical



En décembre 1995, le D<sup>r</sup> Renald Dutil devient le cinquième président de la FMOQ. Quand il entre en fonction, les finances de l'État sont encore une fois dans un état déplorable.

Avant même l'élection du nouveau président, la Fédération avait dû accepter une compression d'environ 2 % de son enveloppe budgétaire. « Je devais trouver des mesures pour parvenir à cette réduction », se souvient l'ex-président.

L'une des solutions que choisit le gouvernement : offrir aux médecins âgés de prendre leur retraite contre une allocation de fin de carrière.

Mais ce n'est que le début. Le spectre du « déficit zéro » commence à se dessiner. Tous les ministères, dont celui de la Santé, devront bientôt réduire de 6 % leur budget. Révoltés, les médecins organisent une journée d'étude en décembre 1996.

La FMOQ est obligée d'accepter un second programme d'allocation de fin de carrière. Il est offert cette fois à des médecins plus jeunes et plus actifs. Les résultats vont être dévastateurs. « Le programme de départ assisté devint un énorme succès pour ceux qui s'en prévalurent, mais une catastrophe pour le réseau, pour les médecins qui restaient et pour les patients », relate le D<sup>r</sup> Marc-André Asselin dans son livre *De praticiens à spécialistes en médecine de famille* (2013).

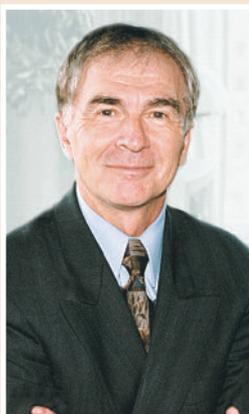
Les compressions de 6 % sont difficiles à atteindre. D'autres mesures se révèlent nécessaires : réduction volontaire des activités, diminution des plafonds individuels, etc. La FMOQ, pour sa part, suggère à dessein des moyens farfelus. « Nous savions que nous pourrions les abolir à court terme. Par exemple, on majorait de 10 % le tarif du médecin qui acceptait de diminuer de 5 % son accessibilité. On limitait à 50 le nombre de patients qu'il pouvait voir dans une journée et ainsi de suite. La majorité de ces mesures ont dû être levées dans les deux années qui ont suivi », raconte le D<sup>r</sup> Dutil.

### DRMG, GMF et inscription

Malgré cette période de vaches maigres, la FMOQ se révèle novatrice. C'est ainsi elle qui propose, en 1997, la création des dé-

partements régionaux de médecine générale (DRMG). Chacune de ces structures, qui allaient regrouper tous les omnipraticiens de sa région, s'occuperait de l'organisation des soins de première ligne de son territoire.

L'idée plaît au ministre de la Santé qui l'incorpore dans une loi. Ces nouveaux départements seront dirigés par un médecin de famille élu par ses pairs. « On se donnait ainsi un levier de pouvoir sur le plan régional », indique le D<sup>r</sup> Dutil. Avec les années, les DRMG allaient devenir indispensables.



C'est aussi la FMOQ qui est à l'origine des groupes de médecine de famille (GMF). En 1998, elle commande à la firme SECOR une étude sur les cabinets médicaux. « Les cliniques et les cabinets étaient aux prises avec de grandes difficultés financières et devaient redéfinir leur organisation dans ce nouveau réseau des années 2000. »

Le rapport SECOR propose à la fois une organisation moderne des cabinets, l'inscription des patients et le travail multidisciplinaire. Il jette les bases des futurs GMF. En 2000, s'inspirant de ces conclusions, la commission Clair, nommée par le gouvernement, propose un nouveau type de clinique. Emballé, le ministère de la Santé se lance

rapidement dans la création de GMF.

La Fédération commence également à penser à des concepts jusque-là tabous : l'identification du médecin de famille et l'inscription de la clientèle. « L'objectif que l'on poursuivait était de mieux rémunérer le médecin qui prend en charge sa clientèle, rappelle le D<sup>r</sup> Dutil. Le mode de rémunération à l'acte ne faisait pas la distinction entre l'omnipraticien qui voit un patient dans un service de consultation sans rendez-vous et celui qui prend en charge le patient et reçoit les analyses de laboratoire, les appels téléphoniques, etc. » Lorsque l'inscription des patients commencera, quelques années plus tard, ce sera une importante percée.

Durant la première moitié de la présidence du D<sup>r</sup> Dutil, le paysage médical a ainsi changé : aggravation de la pénurie de médecins, apparition des GMF et des DRMG. Mais d'autres transformations allaient venir. **EG**

## Projet de loi sur les soins de fin de vie appui de la FMOQ



M<sup>e</sup> Pierre Belzile

Le jour approche où l'on pourra recourir, parmi toute la gamme des soins de fin de vie offerts au Québec, à de nouveaux services comme l'aide médicale à mourir, mais ce de manière exceptionnelle. Déjà, le projet de loi destiné à encadrer l'ensemble de ces soins fait l'objet de discussions à la

Commission de la santé et des services sociaux.

La FMOQ, pour sa part, appuie les grands principes de la future loi. « La Fédération croit qu'il s'agit là d'une avancée très importante en matière de soins médicaux et en matière de droits de la personne », indique le mémoire qu'elle a présenté à la Commission.

La Fédération a été satisfaite de constater que la future loi contiendra les éléments qui sont importants à ses yeux. Ainsi, la mesure législative portera sur l'ensemble des soins de fins de vie. « La loi ne se limitera pas à l'aide médicale à mourir. Elle va vraiment mettre l'accent sur les soins palliatifs », explique **M<sup>e</sup> Pierre Belzile**, directeur du Service juridique de la Fédération.

Élément capital pour la FMOQ, le projet de loi garantit la liberté de conscience des médecins. Ils pourront accepter ou refuser de donner des soins de fin de vie. « Il n'aurait pas été possible pour la Fédération d'appuyer ce projet de loi si la clause de liberté de conscience n'y avait pas été enchâssée », précise M<sup>e</sup> Belzile.

La Fédération se réjouit également du fait

que la loi proposée ne permette d'offrir l'aide médicale à mourir, ou euthanasie, qu'aux adultes en fin de vie aptes à prendre des décisions. La FMOQ insiste sur le fait que la mort doit être imminente et les souffrances que ressentent les gens, intolérables et difficiles à soulager.

Autre aspect qui plaît à la FMOQ : le projet de loi 52 repose sur le principe du respect de la personne et de l'autonomie décisionnelle. Il accorde ainsi beaucoup d'importance au consentement libre et éclairé, un droit fondamental pour les médecins et les patients.

### Améliorations

La Fédération a fait, par ailleurs, quelques mises en garde à la Commission. « Une approche fondée sur une dynamique pénale ne pourra être que négative », avertit-elle dans son mémoire. La FMOQ s'oppose, par exemple, à ce qu'un médecin reçoive une amende s'il ne signale pas dans les dix jours avoir fourni une aide médicale à mourir à un patient ou ne s'est pas conformé à l'une des normes réglementaires qui n'ont pas encore été écrites.

La FMOQ tient également à s'assurer que les obligations qui incombent au médecin relèvent de son champ de compétences. Il ne devrait ainsi pas avoir à donner au patient dont la fin est proche tous les renseignements concernant l'organisation des services, l'état des ressources, le temps d'attente, etc., comme peut le laisser entendre un passage du projet de loi.

Le réseau de la santé devra en outre, estime la Fédération, fournir aux médecins qui offriront des soins de fin de vie toutes les ressources humaines et techniques nécessaires. Et ce, entre autres aux omnipraticiens de cabinet qui iront à domicile. « Il faudra que ce soit clairement indiqué dans l'entente écrite qui liera ces derniers au centre de santé et de service sociaux », affirme M<sup>e</sup> Belzile.

Pour finir, la FMOQ tient à être consultée lors de l'élaboration des règlements qui accompagneront la loi sur les soins de fins de vie. Beaucoup de détails importants y seront alors précisés. **EG**

# pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?  
Envoyez-les à [egarnier@fmoq.org](mailto:egarnier@fmoq.org).

## Dormir au chaud pour endormir la douleur

Le D<sup>r</sup> Georges-Henri Villeneuve, qui pratique à la Clinique de médecine générale d'Alma, traite beaucoup de patients ayant des douleurs cervicales, des blessures à l'épaule, des capsulites et des tendinites. Il a constaté que certaines de ces personnes dorment torse nu, ce qui peut accroître leurs symptômes si elles se découvrent. Le médecin leur conseille alors tout simplement d'enfiler un T-shirt avant de se mettre au lit. « J'ai remarqué que le fait de dormir à la chaleur accélérât le processus de guérison. Je me fais souvent remercier pour ce petit truc qui peut éviter la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens. Je n'ai pas d'étude pour l'appuyer, mais il a fonctionné chez de nombreux patients », affirme le médecin qui a plus de 35 ans d'expérience. **EG**

## TED : donner deux questionnaires pour convaincre les parents

Les parents d'enfants obèses ont souvent de la difficulté à voir le problème de leur fils ou de leur fille. Les parents d'enfants atteints de troubles envahissants du développement aussi. Quand on leur donne le questionnaire M-CHAT\*, certains inscrivent les réponses correspondant au comportement d'un enfant normal. Que faire ?

Pratiquant entre autres dans un centre de pédiatrie sociale, la D<sup>re</sup> Nicole Audet contourne cette difficulté en donnant au parent deux copies de questionnaire : l'un pour lui et l'autre pour l'éducatrice de la garderie ou une autre personne importante pour l'enfant, mais ne vivant pas avec lui. « Quand les réponses sont différentes, le parent comprend plus facilement que quelque chose ne va pas », affirme l'omnipraticienne. Elle lui fait ensuite voir les avantages d'avoir procédé à cet exercice. « J'explique qu'on peut intervenir précocement quand on détecte rapidement un trouble envahissant du développement. On peut ainsi avoir plus tôt des services pour l'enfant. Il faut agir avant que l'enfant entre à l'école. Le parent collabore alors mieux. » **EG**

\*[www.inforautisme.be/02quoi/depistage\\_M-chat\\_tableau.htm](http://www.inforautisme.be/02quoi/depistage_M-chat_tableau.htm)

## Rejouer un conflit avec des figurines

Il est parfois difficile de discuter avec un enfant de 3 à 8 ans d'une dispute qu'il a eue, d'une situation qui l'angoisse ou d'un problème de comportement. Pour faciliter le dialogue, la D<sup>re</sup> Emmanuelle Tran, médecin de famille à Métabetchouan, au Lac-Saint-Jean, conseille aux parents d'utiliser des figurines de type Fisher-Price pour recréer la situation conflictuelle. Chacun des petits bonshommes peut représenter une des personnes concernées.

La D<sup>re</sup> Tran a vu l'efficacité de cette technique en observant son propre conjoint l'employer avec leurs jeunes enfants. Il commençait l'histoire et invitait ensuite les petits à y participer. « L'enfant peut alors dire ce qu'il voulait vraiment dire au moment de la dispute ou trouver une solution à un conflit. On donne la parole à l'enfant sans qu'il se sente trop engagé émotionnellement », explique l'omnipraticienne.

Cette méthode fonctionne même avec de très jeunes enfants. « Même s'ils ne parlent pas beaucoup, ils comprennent tellement. Ce jeu permet de leur donner des outils. Et parfois, quelque temps après, on voit dans une situation similaire qu'ils ont intégré les conseils qu'on leur a donnés dans le jeu. » On peut recourir à cette méthode autant pour des conflits bénins, comme une dispute entre frère et sœur, que pour des problèmes graves, comme une séparation.

Pour faciliter le dialogue avec les enfants, la D<sup>re</sup> Tran recommande aussi le livre *Allégories pour guérir et grandir* (Éditions JCL), de M. Michel Dufour (19,95 \$). **EG**

## Des nouvelles des associations...

### Liste des prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées

#### Richelieu-Saint-Laurent

Vendredi  
4 octobre,  
17 h  
Hôtel Rive Gauche  
1810, boul. Richelieu  
Belœil (Québec) J3G 4S4  
Route transcanadienne (20)  
Sortie 112

#### AMOEP

Vendredi  
11 octobre  
12 h 30  
IUSM Douglas  
6875, boul. LaSalle  
Montréal (Québec) H4H 1R3

#### Bois-Francs

Mercredi  
16 octobre  
17 h  
Pavillon Arthabaska  
100, chemin du Mont-Arthabaska  
Victoriaville (Québec) G6S 0N4  
819 751-4520

#### CLSC

Vendredi  
18 octobre,  
de 13 h 15 à 17 h  
Hôtel Plaza Québec  
3031, boul. Laurier  
Québec (Québec) G1V 2M2  
418 658-2727  
Rediffusion simultanée au :  
Nouvel Hôtel et spa  
1740, boul. René-Lévesque O.  
Montréal (Québec) H3H 1R3  
514 931-8841

#### Côte-du-Sud

Jeudi  
24 octobre  
17 h 30  
Hôtel Quality Inn  
5800, rue des Arpents  
Lévis (Québec) G6V 0B5  
418 833-1212

#### Québec

Vendredi  
25 octobre  
12 h 30  
Hôtel Four Points  
7900, rue de Marigot  
Québec (Québec) G1G 6T8

#### Laval

Vendredi  
1<sup>er</sup> novembre  
Club de golf de Rosemère  
282, boul. Labelle  
Rosemère (Québec) J7A 2H6  
450 437-7270