

Conseil de la FMOQ nouvelles des dossiers à régler

Après la signature de l'Entente générale entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le gouvernement, les détails de plusieurs dossiers doivent encore être réglés. Le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, a fait le point sur les différentes questions en cours à l'occasion de la réunion du Conseil de la Fédération.

CSST. La rémunération des tâches médicoadministratives liées à la Commission de la santé et de la sécurité au travail sera bonifiée, selon la nouvelle Entente générale. Les négociations à ce sujet se poursuivent. L'une des avenues envisagées est une entente de trois ans accordant une importante majoration en 2006-2007, mais un gel pour l'année dernière et l'année prochaine. Cette hausse se concentrerait sur certains actes.

☉ **Lettre d'entente 138.** Dans le litigieux dossier du redressement de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs collègues du reste du Canada, le choix d'un médiateur est en cours. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait offert à la FMOQ de s'entendre avec elle sur le choix d'un médiateur qui proposera

un calendrier des travaux et des discussions, puis remettra son rapport en 2008. « Nous ne sommes pas d'accord sur le fait d'attendre jusqu'en 2008. Il faudra, en outre, effectuer une mise à jour des données sur l'écart de revenus établi en date du 1^{er} avril 2004 », a tenu à préciser le président aux 129 délégués présents.

☉ **Versement rétroactif.** Pour ce qui est de la majoration de base de 2 % accordée rétrospectivement à tous les omnipraticiens depuis le 1^{er} avril 2006, le nouveau tarif est appliqué depuis le 1^{er} octobre. Une somme rétroactive pour la période d'avril à octobre sera versée en mars 2007.

☉ **Soins coronariens et intensifs.** Les discussions concernant les modalités de l'augmentation dans ces secteurs sont toujours en cours. Les médecins de ces domaines bénéficieront d'une augmentation de 2 % par année de 2006 à 2010, à laquelle s'ajoutera une majoration de 5 %.

☉ **Pratique de groupe et forfait de responsabilité.** Dès janvier, les omnipraticiens exerçant dans les unités de médecine familiale (UMF) et les groupes de médecine de famille pourront obtenir le forfait de responsabilité quand ils s'occuperont des patients vulnérables



Photo : Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuelle Garnier

Des délégués du Conseil de la FMOQ

d'un de leurs collègues du groupe. Cet avantage pourrait aussi être accordé aux cliniciens des cabinets privés, des cliniques-réseau et des CLSC. Le MSSS et la FMOQ ont déjà commencé leurs discussions à ce sujet.

☉ **Congé de maternité.** Actuellement, les omnipraticiennes ont droit, au cours de leur congé de maternité, à au plus 1100 \$ par semaine, plus une somme maximale de 500 \$ pour leurs frais de cabinet, selon l'Entente signée par la FMOQ. Cependant, ces sommes privent les femmes généralistes des prestations du Régime québécois d'assurance parentale pendant la période où elles les reçoivent. « Nous sommes en train de discuter de différentes avenues avec le Ministère pour que les omnipraticiennes aient droit aux deux programmes », a précisé le D^r Dutil.

☉ **Autres dossiers.** De nouveaux actes médicaux dans le domaine de la prévention contre le tabagisme et les infections transmissibles sexuellement et par le sang seront en vigueur en

janvier 2007, mais leurs modalités restent à déterminer. Des discussions se poursuivent également entre la FMOQ et le Ministère concernant les banques d'heures dont vont bientôt disposer les centres de santé et de services sociaux pour rémunérer les médecins de cabinets privés qui participeront à leurs comités sur la mise en place de projets cliniques. La Fédération et le MSSS se penchent également sur la possibilité de reconnaître comme activités médicales particulières (AMP) la prise en charge et le suivi des patients vulnérables dans les cabinets privés, les UMF et les CLSC.

Augmentation du nombre de médecins à l'horizon

De bonnes nouvelles sont à l'horizon au sujet des effectifs médicaux. « Il y a une hausse très importante du nombre d'étudiants dans les facultés de médecine depuis 1999 », a expliqué le D^r Dutil. En 2006-2007, ils sont 772, alors qu'il y a huit ans, ils n'étaient que 411.

Le gouvernement a également décidé, pour renforcer la première ligne, d'augmenter le nombre de postes en résidence familiale. Cette année, il y en a eu 265, et l'an prochain ce nombre augmentera à 300. La hausse sera ainsi de quelque 40 postes par année jusqu'en 2010.

Le gouvernement vise un rapport de 50/50 entre les postes en médecine familiale et ceux en médecine spécialisée au début de la résidence. « Comme un certain nombre de résidents en spécialité s'en vont finalement en médecine familiale, il devrait y avoir un rapport de 55 omnipraticiens diplômés pour 45 spécialistes. C'est un changement assez important », estime le D^r Dutil. Jusqu'à présent, il y avait 40 postes en médecine familiale pour 60 en médecine spécialisée, pour obtenir 50 omnipraticiens pour 50 spécialistes à la fin de la résidence.

« La FMOQ est d'accord sur les orientations ministérielles, mais il va falloir donner des ressources additionnelles aux UMF. Il faudra augmenter le nombre d'omnipraticiens enseignants. Actuellement, les unités de médecine familiale ont de la difficulté à recruter et à retenir des médecins. »

Dossier de santé électronique

Le projet du dossier de santé électronique commence à se concrétiser. Dès le printemps, ce nouvel outil pourrait être offert aux médecins de Laval. L'Hôpital du Sacré-Cœur, où de nombreux patients lavallois sont soignés, et le Centre hospitalier Sainte-Justine, lié à Laval par le programme mère-enfant, feront également partie de ce premier réseau. « Dans un deuxième temps, le dossier médical électronique sera implanté à Montréal, puis dans la Montérégie, et finalement dans le reste du Québec », a expliqué le **D^r Claude Saucier**, représentant de la FMOQ au comité consultatif du dossier santé électronique interopérable du Québec (DSEIQ).

D'importants obstacles restent cependant à franchir. Le Réseau de télécommunication sociosanitaire (RTSS) actuel, par lequel transitera le dossier de santé électronique, présente deux grandes faiblesses. D'abord son manque de fiabilité. « Le MSSS doit s'assurer qu'il y a un système de secours en cas de panne », explique le D^r Saucier, également président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL). Actuellement, lorsque le RTSS cesse de fonctionner, tout le réseau est paralysé. Aucun système ne prend la relève. « Cela n'a aucun sens », estime le médecin qui a lui-même été victime de nombreuses interruptions de service.

Autre problème : les capacités limitées du RTSS. « Les résultats d'imagerie vont prendre beaucoup de place sur la bande passante. Cela dépasse les possibilités du système. Le RTSS est en train d'être amélioré, mais il faut qu'il soit prêt à temps pour le lancement du système de dossier électronique. Autrement, nous aurons des problèmes. »

D'autres aspects du projet vont toutefois bon train. Ainsi, l'entreprise chargée de créer la

« couche d'accès à l'information sur la santé », qui est le service de messagerie du dossier électronique, a déjà été choisie. Et un appel d'offres a été lancé, il y a quelques mois, pour le « bureau de l'intervenant », qui est l'interface qui donnera à l'écran les données d'identification du patient, les résultats de laboratoire et d'imagerie ainsi que la liste des médicaments

prescrits. Un contrat devrait être signé en décembre avec la société choisie.

Le projet est ambitieux. « On vise les 16 000 médecins, les 55 000 infirmières et les 24 000 autres professionnels de la santé. Il y aura 95 000 utilisateurs potentiels. »

Pour bien réussir le projet, il faudra établir des stratégies de communication, affirme le D^r Saucier. D'un côté, il y a les patients, qui devront donner leur consentement. « Les gens doivent savoir de quoi il s'agit. » Et de l'autre,

il y a les professionnels de la santé qui seront appelés à utiliser le système. Ces derniers auront d'ailleurs besoin de formation. « Il faudra les accompagner pendant un certain temps », précise le président de l'AMOL. Une gestion du changement sera également nécessaire, parce que ces professionnels devront s'adapter à une nouvelle façon de faire.

La question du financement du projet, elle, sera déterminante. « Il est important que tous les médecins de première ligne soient informatisés. Dans les hôpitaux et les CLSC, l'établissement paie pour l'infrastructure. Dans le cas des GME, il y a certaines ententes. Mais plusieurs milliers de médecins ne pratiquent pas dans ces endroits. Si l'on veut établir un vrai réseau, il faut que tous les médecins aient accès au dossier de santé électronique. Il ne s'agit pas d'un cadeau qu'on leur fait. C'est un outil de travail dont bénéficieront les patients et la population », a tenu à préciser le D^r Saucier. ☞

(Suite à la page 13) >>>



D^r Claude Saucier

Assemblée générale des médecins de CLSC bilan de l'Entente générale

Que retirent les médecins de CLSC de l'Entente générale signée entre la FMOQ et le gouvernement ? Le **D^r Sylvain Dion**, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ), a fait le bilan des avantages et des lacunes de l'accord au cours de l'assemblée annuelle de l'organisme. Parmi les 460 membres de l'Association qui s'étaient prononcés lors de la consultation organisée par la FMOQ, 78 % avaient approuvé l'entente. Cet accord-cadre offre aux médecins de CLSC plusieurs gains :

- le forfait annuel de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables sera majoré et atteindra entre 34 \$ et 54 \$, selon les cas. La liste des états pathologiques admissibles sera, en outre, allongée. « Ce forfait semble intéresser de plus en plus de membres de notre association », a souligné le D^r Dion ;
- un nouveau forfait de responsabilité de 6,75 \$ pour chaque consultation d'un patient vulnérable a été créé ;
- le plafond des heures supplémentaires a été haussé à 880 heures pour les médecins payés à tarif horaire et à honoraires fixes ;
- l'échelle de rémunération sera augmentée de 2 % par année de 2006 à 2010 ;
- la garde en disponibilité sera bientôt rémunérée de 20 h à 24 h, du lundi au vendredi.

Dans cette Entente générale, les médecins des CLSC ont, en outre, échappé à certaines mesures que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) envisageait. « Nous avons évité l'introduction d'un nouveau mode de rémunération mixte, a rappelé le D^r Dion. Notre message a été bien transmis

au gouvernement par le président de la FMOQ, le **D^r Renald Dutil**. »

Les points décevants

L'accord-cadre a déçu les médecins de CLSC sur plusieurs plans, a reconnu le D^r Dion. « La FMOQ a une fois de plus dû faire face à une résistance féroce de la part du Ministère à l'égard de nos demandes. » Par conséquent :

- le nombre d'échelons salariaux reste le même. « C'est irritant pour les jeunes médecins » ;
- pour obtenir le forfait associé aux suivis de grossesse, qui passe de 7 \$ à 10 \$ dans leur cas,

les médecins de CLSC doivent faire en plus des accouchements ;

- le normatif des médecins à honoraires fixes n'a pas été amélioré ;
- la rémunération à honoraires fixes n'est plus tout à fait équivalente sur le plan actuariel à la

rétribution à tarif horaire, mode auquel on a ajouté les allocations de formation continue et le congé de maternité ;

- la rente de retraite des médecins payés à honoraires fixes sera très peu haussée par les nouvelles mesures. « Les forfaits négociés sont intéressants, mais ils n'amélioreront pas vraiment la rente de retraite des médecins à honoraires fixes, comme le font les augmentations des échelles salariales », a indiqué le D^r Dion.

En ce qui concerne les ententes sur les clientèles particulières ou vulnérables :

- pour les consultations d'enfants de 0 à 5 ans, le supplément de responsabilité abcdaire n'a toujours pas été obtenu ;

- la notion de groupe pour la facturation du forfait de responsabilité ne s'applique pas dans les CLSC, sauf pour des activités dans les unités d'enseignement de médecine familiale et les groupes de médecine de famille (GMF).

« Nous avons une pratique de groupe nous aussi », a protesté le président de l'AMCLSCQ.



D' Sylvain Dion

Réflexion sur la pratique médicale dans les CLSC

L'an dernier, la loi 83 qui créait entre autres les centres de santé et de services sociaux (CSSS) avec un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens unique et un département de médecine générale, était adoptée. Les médecins de CLSC n'avaient pas réussi à conserver un département de médecine de première ligne distinct. « On se retrouve maintenant dans une structure administrative qui nous désavantage parfois. On est maintenant incorporés à de gros établissements dont le département de médecine générale peut compter une centaine de médecins et où il peut être difficile de trouver notre place. » Le président est d'ailleurs inquiet de la méconnaissance du rôle des CLSC qu'il a constaté au sein des CSSS.

Le temps de la réflexion est donc venu. L'AMCLSCQ éprouve le besoin de se pencher à nouveau sur la pratique médicale dans les CLSC. « Après les dernières réformes de la santé dans nos établissements, la création de nouvelles structures comme les GMF, nous sentons la nécessité de reprendre le *leadership* », a expliqué le D^r Dion. Les médecins de CLSC doivent également tenir compte de nouvelles réalités comme les mises en réseau de plus en plus importantes et la collaboration avec les médecins de cabinets privés. « Nous ne voulons pas une révolution, mais nous avons la maturité de nous poser des questions et d'évoluer. »

Le point de vue du président de la FMOQ

Présent à l'assemblée de l'AMCLSCQ, le D^r Dutil a expliqué plusieurs points concernant les accords signés entre la Fédération et le Ministère. L'Entente particulière sur la prise en charge et le suivi des clientèles vulnérables est un gain particulièrement intéressant, a-t-il fait valoir. « C'est l'entente qui nous permet de faire le plus grand pas en avant pour valoriser financièrement le modèle de médecine familiale, que ce soit en CLSC, en cabinet ou en UME. »

Évidemment, les médecins de CLSC vont être obligés de se mettre à la facturation à l'acte. « On a réussi à préserver votre mode de rémunération, mais il faudra facturer le supplément de 6,75 \$ par visite pour les patients vulnérables. » La Fédération a cependant beaucoup insisté auprès du gouvernement pour qu'il tienne compte du problème de soutien administratif des médecins de CLSC. « La Régie de l'assurance maladie nous a affirmé qu'elle allait permettre la facturation en ligne. »

En ce qui concerne le dossier des échelons de rémunération, l'issue des négociations ne satisfait pas non plus le D^r Dutil. « Il faut les abolir », tranche-t-il. La FMOQ compte d'ailleurs revenir à la charge auprès du Ministère. « Il y a un certain nombre d'années, l'échelle salariale imposée aux jeunes médecins de CLSC pouvait avoir une certaine logique. Dans les cabinets privés, leurs

collègues qui commençaient à pratiquer à l'acte n'avaient pas le même revenu que ceux qui y exerçaient depuis six ans. Ils devaient se faire une clientèle. Aujourd'hui, la situation est différente à cause de la demande. Les échelles de rémunération n'ont plus leur raison d'être. »

L'AMCLSCQ rend hommage au D^r Jean Rodrigue

Le D^r Sylvain Dion a remis à l'un de ses membres, le **D^r Jean Rodrigue**, directeur de la Planification, de la Régionalisation et des Communications à la FMOQ, une statue représentant un inukshuk. Cet hommage vise à souligner l'engagement d'un médecin de CLSC qui s'est démarqué sur le plan professionnel ou syndical.

« Le D^r Rodrigue est un pionnier à l'origine de la pratique médicale en CLSC. Il a été du tout premier CLSC. Il est également à l'origine de notre association. Il a, de plus, été un pionnier dans la formation des futurs médecins. À la FMOQ, il a participé à la création de nouveaux modes d'organisation de la médecine de première ligne », a expliqué le D^r Dion.



Les D^{rs} Sylvain Dion et Jean Rodrigue

Photos : Emmanuelle Garnier

FMSQ **respecter** **la Loi 37... à la lettre**

Le mot d'ordre a été lancé à 15 heures le 12 octobre. La Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) a officiellement demandé à ses membres de respecter la loi 37. Mais de la respecter à la lettre. « D'assurer à la population du Québec la même quantité de services qu'ils ont assurés durant la dernière année. Ni plus ni moins », a déclaré dans une conférence de presse le **D^r Louis Morazain**, vice-président de la FMSQ.

Quelques jours auparavant, le ministre de la Santé et des Services sociaux avait annoncé d'importants investissements pour réduire les listes d'attente pour les opérations de la cataracte, du genou et de la hanche, les interventions chirurgicales d'un jour et les opérations avec hospitalisation. Quatorze millions de dollars pour permettre 6213 opérations de plus à Montréal et 6,6 millions pour financer 2015 opérations supplémentaires à Québec.

Ces objectifs seront cependant impossibles à atteindre à cause de la *Loi concernant la prestation des services de santé par les médecins spécialistes*, soutient le D^r Morazain. Son article 5 interdit « à tout médecin spécialiste de participer à une action concertée par laquelle il cesserait, diminuerait, ralentirait ou modifierait son activité professionnelle ». Le vice-président a expliqué aux journalistes que « “modifier”, cela veut dire aller en haut ou aller en bas. Alors ce que la loi nous impose c'est de ne pas en faire plus qu'avant, de ne pas en faire moins, nous sommes d'accord. »

La FMSQ demande également à ses membres de ne plus participer à des activités non rémunérées : fini les activités médicoadministratives gratuites, les réunions dans les hôpitaux, les formulaires

administratifs ou statistiques à remplir, les activités non payées des chefs de service, l'enseignement non rétribué dans les universités. « Ce que nous entreprenons, ce ne sont pas des moyens de pression ni du chantage. Nous allons respecter la loi, mais l'arrêt du bénévolat n'est que l'expression du droit légitime de choisir entre faire du travail gratuitement et faire du travail rémunéré. »

Corriger l'écart de rémunération

Quatre mois après l'adoption de la loi 37, les spécialistes sont toujours révoltés. Cette loi spéciale ne répond à aucune de leurs demandes. « Elle nous apparaît toujours aussi odieuse et

injustifiée. » Et ils en exigent le retrait. C'est une de leurs conditions pour reprendre le dialogue avec le ministère de la Santé et des Services sociaux.

La FMSQ réclame également des offres tangibles pour combler l'écart de rémunération entre les médecins spécialistes du Québec et ceux du reste du Canada. En 2004, le gouvernement du Québec a reconnu qu'il y avait une différence de quelque 10 %,

alors que les spécialistes, eux, la chiffrait à 44 %. Et depuis le fossé n'a cessé de se creuser. « Le Nouveau-Brunswick vient de signer une entente accordant 4,5 % par année pour les trois prochaines années. La Saskatchewan a donné 6 % et 7 % pour 2004 et 2005 et 2,8 % pour les années 2006 à 2009. La loi 37 nous donne 2 % pendant quatre ans entre 2004 et 2010 », expose le vice-président de la Fédération.

Mais qu'arrivera-t-il aux patients dans ce contexte ? « Je tiens à rassurer la population et à lui dire qu'elle peut compter sur nous pour que les services soient rendus à la même hauteur que par le passé et que nous serons là pour dénoncer les conditions de soins des patients lorsqu'elles ne répondront pas aux normes. Nous serons aussi là pour dénoncer les aberrations du système qui nuisent à nos patients. »



D^r Louis Morazain

11^e Journée Carrière Québec de la FMRQ

le marché de l'emploi des résidents !

Francine Fiore

C'est dans une atmosphère de fête que s'est déroulée la onzième *Journée Carrière Québec* de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), le 3 octobre dernier, au Palais des congrès de Montréal.

Plus de 600 médecins résidents des quatre facultés de médecine du Québec étaient présents. Une centaine d'établissements de différentes régions, notamment ceux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de la Côte-Nord, du Saguenay-Lac-Saint-Jean, des Terres-Cries-de-la-Baie-James, du Nunavik et même de Montréal, tentaient d'attirer les résidents chez eux.

« Cette journée est extrêmement importante, dit le **D^r Martin Bernier**, président de la FMRQ. C'est le marché de l'emploi des résidents. C'est la seule occasion où ils ont la chance de discuter sur place avec des représentants des établissements afin de voir les possibilités d'emploi. » Cette année, le D^r Bernier était particulièrement heureux de la présence du **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. « Les résidents ont pu ainsi rencontrer l'un de leurs futurs présidents. »

Pas de PREM

Malheureusement, il y avait une ombre au

tableau. Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) de 2007 en spécialité n'étaient pas au rendez-vous. « Sans les PREM, les 482 médecins spécialistes qui termineront leur formation au cours des prochains mois sont limités dans leur choix de postes, ne sachant pas quels établissements pourront les accueillir », fait remarquer le D^r Bernier.

La FMRQ s'explique mal le fait que, pour une quatrième année consécutive, les postes en spécialité ne sont pas disponibles à temps pour la *Journée Carrière Québec*, dont la date a pourtant été annoncée il y a près d'un an. Selon le D^r Bernier, ce retard risque de repousser

l'installation en pratique des résidents ou leur formation complémentaire (*fellowship*). « Dans un contexte de pénurie de médecins, cette situation est loin d'être idéale, dit le président, particulièrement pour les patients qui attendent un rendez-vous ou une intervention chirurgicale. »

Par ailleurs, la FMRQ réclame des plans triennaux. « Si la planification des effectifs médicaux se faisait sur trois ans, cela permettrait aux établissements de faire une planification à moyen terme et à la relève médicale de se renseigner sur les

possibilités d'emploi, bien avant la dernière année de formation ». De même, la planification des effectifs médicaux devrait tenir compte des équivalents temps plein (ETP), ce qui aiderait à définir les besoins réels des régions et des établissements, puisque le temps de pratique varie d'un médecin à l'autre, ajoute le président.

Le D^r Bernier a déjà annoncé la date de la prochaine *Journée Carrière Québec*, soit le 10 octobre 2007. « Espérons, cette fois, que les PREM seront prêts à temps. »



Photo : Francine Fiore

Journée Carrière des résidents

résultats des élections



Dr Yves Lamontagne

Le **Dr Yves Lamontagne** a été réélu à la présidence du Collège des médecins du Québec pour une période de quatre ans. Le conseil d'administration, qui l'a nommé par acclamation, est composé de 28 administrateurs. Vingt sont élus par les médecins de leur région, quatre sont nommés par les facultés de médecine

et quatre sont des représentants du public désignés par l'Office des professions du Québec. Dix de ces administrateurs venaient eux-mêmes d'être élus :

Pour la région de Montréal :

- Le **Dr Richard Bergeron**, médecin de famille à L'Île-Bizard ;
- Le **Dr Jacques Boileau**, hématalogue à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont ;
- Le **Dr François Croteau**, médecin de famille à la Clinique médicale 3000 ;
- La **Dr^e Patricia Garel**, pédopsychiatre au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine ;
- Le **Dr Markus C. Martin**, obstétricien-gynécologue à l'Hôpital général juif-Sir Mortimer B. Davis ;
- La **Dr^e Micheline Thibodeau**, radiologiste à l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal ;
- Le **Dr Jean-Bernard Trudeau**, directeur des services professionnels et hospitaliers à l'Hôpital Douglas.

Pour la région de Laval :

- Le **Dr André Rioux**, médecin de famille à la Polyclinique Concorde.

Pour la région de la Montérégie :

- La **Dr^e Josée Courchesne**, médecin de famille à la Clinique médicale Saint-Hubert. ☎