

## Un nouveau président à la tête de la FMOQ

LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS omnipraticiens du Québec (FMOQ) a dorénavant un nouveau président, le D<sup>r</sup> Louis Godin. Élu par le Conseil de la Fédération le 15 décembre dernier, ce sixième président de la Fédération succède au D<sup>r</sup> Renald Dutil qui n'a pas sollicité de nouveau mandat.

La tâche qui attend le D<sup>r</sup> Godin et son nouveau Bureau (*encadré*) est importante. Au lendemain de l'entente signée pour redresser la rémunération des omnipraticiens, le plan d'amélioration de l'accès aux soins auquel l'accord est lié doit commencer à être mis sur pied. « Les prochains mois vont être consacrés de façon prioritaire à l'actualisation des mesures de ce plan pour s'assurer que dès le début d'avril les médecins pourront toucher les fruits de cette entente », explique le D<sup>r</sup> Godin.

Ainsi, dès cette année, les généralistes pourraient être rémunérés pour inscrire leurs patients, tirer profit de l'allongement de la liste des clientèles vulnérables, obtenir des incitatifs pour la pratique en obstétrique et en périnatalité, profiter du supplément pour la préparation du congé de l'hôpital d'un patient et recevoir l'incitatif pour accorder rapidement dans certains cas, une consultation à des patients vulnérables. « Il y a donc de nombreuses mesures à mettre en place. Beaucoup de travail sera nécessaire pour compléter les ententes particulières qu'elles nécessitent », estime le D<sup>r</sup> Godin.

### Améliorer les conditions des omnipraticiens

Mais quels sont les objectifs à long terme du nouveau président ? « Au cours des prochaines années, il faudra continuer à améliorer les conditions de rémunération et de pratique des médecins pour que leur vie professionnelle soit la meilleure



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Louis Godin

possible », propose le D<sup>r</sup> Godin.

Sur le plan financier, le prochain grand rendez-vous aura lieu en 2010 : la négociation de la nouvelle Entente générale. « Il y aura probablement deux enjeux importants. D'abord, continuer à réduire l'écart entre la rémunération des omnipraticiens québécois et celle de leurs collègues canadiens. La dernière entente a permis de faire un grand pas dans cette direction. Ensuite, on devra s'assurer que la rémunération des généralistes est concurrentielle par rapport à celle des spécialistes québécois. L'écart qui s'est creusé entre la rétribution des deux groupes ne peut s'élargir et devra même diminuer. »

Sur le plan des conditions de pratique, il y a encore beaucoup de travail à faire. La FMOQ a contribué, au cours des dernières années, à la création des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau. « Ces nouveaux modèles d'organisation devront continuer à évoluer. Il faut, par exemple, permettre aux médecins omnipraticiens qui peuvent difficilement former des GMF d'avoir accès au même soutien professionnel et technique que celui dont disposent ces groupes. »

Les médecins exerçant dans des milieux plus traditionnels ont aussi besoin d'aide. Le D<sup>r</sup> Godin compte, entre autres, améliorer la situation des omnipraticiens des cabinets privés et profiter de l'ouverture que le ministère de la Santé et des Services sociaux a montrée à leur sujet. « Le gouvernement se rend compte que le réseau des cabinets privés aura de la difficulté à survivre si l'on ne fait pas des corrections importantes. » À court terme, le dossier des frais accessoires va être réétudié. Le gouvernement pourrait également mieux rétribuer la composante technique des actes, comme le prévoit la dernière entente liée au

redressement. Mais il faudra plus, pense le D<sup>r</sup> Godin. « Cela peut nécessiter une modification de la *Loi canadienne sur la santé* pour permettre la participation financière du patient. On accepte actuellement ce principe pour les coopératives de santé sans que cela cause de problèmes, pourquoi n'y consentirait-on pas pour les cabinets privés ? »

Le D<sup>r</sup> Godin compte également veiller aux intérêts des médecins de CLSC. Différentes interventions ont été faites pour que ces omnipraticiens disposent d'une aide administrative suffisante. « Il faut faire le suivi de la situation afin que les omnipraticiens de chaque CLSC bénéficient d'un soutien technique adéquat. Il est totalement inadmissible qu'un médecin soit obligé de sortir lui-même ses dossiers et de classer les rapports de laboratoire. » Dans certains centres hospitaliers, il faudra aussi travailler à améliorer la situation. « Certains médecins nous disent combien leurs conditions sont difficiles, que ce soit à la salle d'accouchement, à l'urgence ou dans les unités de soins. »

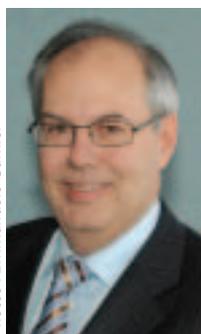
### *Place aux jeunes*

Au sein de la FMOQ même, le nouveau président veut s'employer à resserrer les liens entre l'organisme et les omnipraticiens. « Il va falloir porter une attention particulière aux préoccupations de certains de nos membres, comme les jeunes médecins. On doit voir comment la Fédération peut se rapprocher d'eux. Il faut s'assurer que ces médecins qui ont des opinions à nous transmettre peuvent le faire et puissent vraiment influencer nos décisions. »

Avant d'être élu à la présidence de la Fédération, le D<sup>r</sup> Godin a occupé pendant douze ans le poste de premier vice-président. À ce titre, il a été de toutes les négociations avec le gouvernement et de toutes les grandes décisions de la FMOQ. Il se sent maintenant prêt à remplir son nouveau mandat. « Je vais travailler à la santé financière des médecins, à leur santé professionnelle et enfin à leur santé tout court », résume-t-il. 🗨️

## *Le nouveau Bureau*

Photos : Emmanuèle Garnier



**Président**  
D<sup>r</sup> Louis Godin



**1<sup>er</sup> vice-président**  
D<sup>r</sup> Marc-André Asselin



**2<sup>e</sup> vice-président**  
D<sup>r</sup> Claude Saucier



**Secrétaire général**  
D<sup>r</sup> Sylvain Dion



**Trésorier**  
D<sup>r</sup> Michel Lafrenière



**1<sup>re</sup> administratrice**  
D<sup>re</sup> Josée Bouchard



**2<sup>e</sup> administrateur**  
D<sup>r</sup> Marcel Guilbault



**3<sup>e</sup> administrateur**  
D<sup>r</sup> Marc-André Amyot



**4<sup>e</sup> administrateur**  
D<sup>r</sup> Pierre Martin

## Conseil de la FMOQ

### le départ du D<sup>r</sup> Renald Dutil

Le 15 décembre dernier, le Conseil de la FMOQ a nommé, par une résolution unanime, le D<sup>r</sup> Renald Dutil membre émérite de la Fédération. Cette réunion des délégués était la dernière à laquelle participait le D<sup>r</sup> Dutil à titre de président de la Fédération. Après douze ans à la tête de l'organisme, il avait décidé de ne pas demander de renouvellement de son mandat.

Dans son dernier rapport, le D<sup>r</sup> Dutil a livré le fruit de ses réflexions fondées sur ses années à la présidence de la FMOQ. Au cours de la dernière décennie, il a pu observer de près le réseau de la santé. « La société québécoise peut se permettre d'avoir un système de santé public, universel et accessible », a-t-il conclu. Lui-même, qui a commencé sa pratique en 1969 alors que l'assurance maladie n'existait pas, a vu les méfaits d'un système de soins médicaux uniquement privé. « Je ne souhaite pas un retour en arrière. À cette époque, bien des patients consultaient trop tard parce qu'ils n'avaient pas d'argent pour payer le médecin. »

La solution pour éviter l'apparition d'un réseau de santé privé parallèle ? L'amélioration de l'accès aux services de soins dans le système public, a estimé le D<sup>r</sup> Dutil. Les ressources privées ne sont toutefois pas à rejeter. Les ententes de services entre le réseau

public et des ressources privées peuvent constituer des solutions complémentaires, comme dans le cas de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et de la clinique RocklandMD.

Le système de santé public doit parallèlement offrir aux médecins des conditions de pratique et de rémunération concurrentielles par rapport au reste du Canada. « Il n'y a pas eu d'exode d'omnipraticiens du Québec, mais il y en aura si l'écart de rémunération entre les médecins québécois et leurs collègues du reste du Canada se creuse de nouveau. »

#### Mission et valeurs de la FMOQ

La FMOQ est l'outil dont les médecins omnipraticiens se sont dotés pour les représenter, a rappelé le président. Elle est le seul organisme reconnu par la loi pour négocier avec le gouvernement les conditions d'exercice et de rémunération des généralistes, quels que soient leur milieu de pratique et leur mode de rémunération. « Cette exclusivité confère à la Fédération un pouvoir de négociation et de représentativité important, qui serait amoindri face au ministère de la Santé et des Services sociaux si elle était fragmentée », a averti le président. L'expérience de certains pays francophones d'Europe peut servir de leçon : leurs associations médicales ne jouissent que d'un pouvoir et d'une influence limités à cause de leur nombre et de leurs divisions.

La Fédération ne s'occupe pas seulement de

*(Suite à la page 12) >>>*



Photo : Emmanuèle Garnier

### Assurance responsabilité personnelle

La contribution nette des omnipraticiens à leur prime de l'Association canadienne de protection médicale demeurera identique à celle de l'an dernier en 2008, voire moindre pour un certain nombre de médecins.

Type de pratique	2007	2008
Médecine familiale	1337 \$	1337 \$
Pratique de l'urgence à temps partiel	1600 \$	1480 \$
Obstétrique et urgence	1684 \$	1684 \$

questions syndicales. Elle offre également aux 19 associations qui la composent et aux omnipraticiens de nombreux services dans tous les secteurs de leur vie professionnelle : démarches politiques, formation continue ainsi que services administratifs et financiers.

Le D<sup>r</sup> Dutil a, par ailleurs, tenu à rappeler aux délégués les bases essentielles de la Fédération. Sa mission : améliorer les conditions d'exercice des médecins, tout en tenant compte du bien-être de la population. Ses valeurs : le respect des personnes et des organismes avec qui elle entretient des relations professionnelles. « La dissidence politique est acceptée et est importante, mais doit s'exprimer dans le respect des personnes. »

Sur le plan du fonctionnement, la Fédération s'est adaptée à la réalité moderne. En 2001, elle a révisé ses statuts, un exercice qui a duré presque deux ans. Résultats ? Il y a d'abord eu la création de la « Commission des présidents », qui se réunit plusieurs fois par année. Cette nouvelle instance répond à un souci de démocratie. Formée des présidents des 19 associations affiliées et du président de la Fédération, elle donne au Bureau de la FMOQ l'avis

### Cotisation syndicale

La cotisation syndicale, qui était de 1005 \$ l'an dernier, passera à 1050 \$ cette année. De ce montant, 198 \$ seront versés aux associations. La contribution destinée au Programme d'aide aux médecins du Québec, pour sa part, augmentera de 2 \$ et atteindra 47 \$. Le total des prélèvements sera donc de 1097 \$.

des médecins des différentes régions du Québec et de divers secteurs de pratique. « La Commission est maintenant indispensable et participe aux décisions et aux orientations de la Fédération », a indiqué le D<sup>r</sup> Dutil. La révision des statuts a également donné naissance à différents comités statutaires et spécifiques.

Le président a également tenu à souligner devant les délégués l'importance de leur rôle de représentants des généralistes. « Il est essentiel que les associations affiliées transmettent les préoccupations de la base. Il est donc important qu'elles consultent leurs omnipraticiens. Elles en ont les moyens financiers. » Au cours de ses douze ans à la tête de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Dutil a par ailleurs constaté l'importance du rôle des délégués dans les orientations de l'organisme. « Ce Conseil est extraordinairement sage dans ses décisions », a-t-il pu noter.

Le président est fier de ce qu'est devenue la FMOQ. Elle est maintenant un partenaire incontournable du réseau de la santé. Sa crédibilité est indéniable et elle jouit d'un rayonnement national et international. « Mon dernier message est de vous recommander de poursuivre la mission et les valeurs établies par les fondateurs de la Fédération. Le pouvoir de cette dernière sera à la mesure de la solidarité des omnipraticiens envers leur association et leur fédération. »

### Conférence de presse

Le président nouvellement élu de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Louis Godin, entouré du premier vice-président, le D<sup>r</sup> Marc-André Asselin, et du deuxième vice-président, le D<sup>r</sup> Claude Saucier, a rencontré les médias immédiatement après leur élection à la fin de la réunion du Conseil. Après avoir rendu hommage à son prédécesseur, le D<sup>r</sup> Godin a fait part de ses priorités ; entre autres la mise en application de certaines mesures du plan d'accès aux soins de première ligne qui était lié au redressement de la rémunération des omnipraticiens négocié en novembre dernier.



Photo : Emmanuelle Garnier

## La présidence du D<sup>r</sup> Renald Dutil des améliorations financières et organisationnelles



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Renald Dutil

Le D<sup>r</sup> Renald Dutil est arrivé à la tête de la FMOQ, en 1995, au milieu de vents contraires. Dès le début de son mandat, il a dû négocier avec le gouvernement une réduction de 2 % de l'enveloppe budgétaire des omnipraticiens, puis de 6 % l'année suivante. Douze ans plus tard, il quitte la Fédération sur une embellie. Il laisse les omnipraticiens avec

une entente qui leur permettra d'obtenir en moyenne un redressement de 30 % étalé sur plusieurs années, en plus des augmentations habituelles.

Dans les périodes d'accalmie comme dans les tempêtes, le D<sup>r</sup> Dutil a toujours manœuvré pour permettre à la FMOQ de tirer son épingle du jeu. « Le D<sup>r</sup> Dutil est un négociateur incroyable. Dans une situation de un contre un, il est terrifiant », ne cache pas le D<sup>r</sup> Louis Godin, qui l'a secondé pendant douze ans à titre de premier vice-président. Ainsi, alors qu'il négociait la réduction de 6 %, le D<sup>r</sup> Dutil s'est arrangé pour qu'elle ne se concrétise jamais.

Quel est ce tour de force ? En 1997, le gouvernement adopte la Loi 104 qui impose le déficit zéro. La Fédération a le choix : ou elle accepte une diminution uniforme de 6 % des tarifs et des échelles de rémunération, ou elle propose elle-même des mesures pour comprimer l'enveloppe budgétaire des généralistes. « Nous avons suggéré diverses mesures dont certaines, nous le savions à l'époque, ne pourraient pas durer, parce qu'elles se traduiraient par des problèmes d'accès aux services médicaux. Elles ont finalement été annulées les unes après les autres. Nous avons ainsi défoncé notre enveloppe budgétaire et ensuite réussi à faire effacer ce dépassement », se remémore le D<sup>r</sup> Dutil.

### Années de vaches maigres et de vaches grasses

Les années 1995 à 2000 sont difficiles. La situation financière du gouvernement laisse très peu de marge de manœuvre dans les négociations. « Il fallait gérer les compressions budgétaires imposées par le gouvernement en protégeant autant que faire se peut les conditions de pratique de l'ensemble de médecins omnipraticiens », précise l'ex-président.

L'affrontement cependant devient inévitable. En 1998, la FMOQ entreprend des moyens de pression : assemblées d'information et journées d'étude se succèdent. « La bataille que nous avons menée a duré trois mois pour essayer de renverser la vapeur et en arriver à de meilleures conditions de rémunération pour l'ensemble des médecins omnipraticiens. »

Parallèlement, les premières pénuries d'omnipraticiens commencent à sévir. Elles vont miner le système de santé et devenir l'un des plus grands écueils que devra affronter la FMOQ pendant la décennie suivante. L'une des sources du problème vient de la diminution des admissions dans les facultés de médecine au cours des années précédentes. « Les pénuries s'expliquent aussi par des problèmes d'ordre structurel dans l'organisation des soins : le manque de soutien pour la pratique du médecin de famille, la difficulté de communication entre la première et la deuxième ligne de soins, les contraintes imposées aux médecins », analyse le D<sup>r</sup> Dutil.

Au tournant des années 2000, le vent change. Les négociations avec le gouvernement deviennent moins âpres. La tension financière s'est relâchée. La Fédération arrive à signer en 2000, mais surtout en 2003 des accords-cadres plus généreux. Le D<sup>r</sup> Dutil et son équipe ont ainsi pu commencer à travailler à leur objectif : améliorer les conditions de pratique des médecins de famille qui prennent en charge une clientèle. « L'Entente de 2003 était particulièrement satisfaisante. Enfin, on reconnaissait l'importance du rôle de l'omnipraticien dans la prise en charge et le suivi des patients », se souvient le président sortant.

Ces ententes permettaient de regagner un peu

le terrain perdu. « Nos études ont montré que par rapport à la moyenne canadienne nous avons récupéré 4 % entre 2002 et 2004. Nos ententes étaient donc avantageuses par rapport à celles des omnipraticiens du reste du Canada », soutient le D<sup>r</sup> Dutil. La Fédération est ensuite allée beaucoup plus loin. Grâce à l'accord-cadre signé en 2006 et à l'entente sur le redressement de la rémunération des omnipraticiens québécois, les revenus de ces derniers devraient progresser de 46,2 % entre 2004-2005 et 2015-2016.

### **Imagination et rémunération**

« L'une des caractéristiques les plus frappantes du D<sup>r</sup> Dutil est sa capacité de trouver des solutions créatives pour rémunérer des actes qui pouvaient apparaître impossibles à rétribuer », indique le D<sup>r</sup> Godin. Jusqu'à l'arrivée du D<sup>r</sup> Dutil, personne ne croyait possible de payer les gardes en disponibilité. Les montants en jeu étaient trop importants. Le contrôle semblait trop difficile. « Nous avons pourtant réussi à obtenir une rémunération pour toutes les gardes en disponibilité. La rétribution est modique, mais quand même significative », indique pour sa part l'ancien président.

Autre problème auquel se butait le Bureau de la Fédération : comment rétribuer la prise en charge et le suivi des patients, une activité fondamentale pour le système de santé ? « De retour d'un voyage dans le Sud sous les palmiers, le D<sup>r</sup> Dutil nous a rapporté la notion de "patient vulnérable" qui a transformé la pratique de la médecine dans les cabinets et les CLSC au Québec. Personne ne l'avait vu venir », se souvient le **D<sup>r</sup> Marc-André Asselin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal.

Avec le concept du patient vulnérable, c'est-à-dire âgé ou atteint d'une maladie chronique, le D<sup>r</sup> Dutil a aussi réussi à faire accepter l'idée auparavant taboue de l'inscription des patients. « Aujourd'hui, cela ne tracasse plus beaucoup de médecins. Au contraire, ce concept va probablement aller beaucoup plus loin au cours des prochaines années. Il a permis d'augmenter de façon très importante la rémunération des omnipraticiens », précise le D<sup>r</sup> Godin.

Le D<sup>r</sup> Dutil et son équipe ont également trouvé une solution pour rétribuer les soins aux patients hospitalisés. Ils ont proposé un nouveau mode de rétribution : le paiement par forfait.

« Cette tendance à chercher de nouvelles modalités

pour rémunérer certaines activités médicales a toutefois eu pour conséquence de rendre les ententes beaucoup plus complexes. Mais je pense qu'en fin de compte les médecins y ont gagné », estime le D<sup>r</sup> Godin.

Tour à tour, au fil des ententes, les différents secteurs et milieux de pratique ont bénéficié d'augmentations : l'urgence, les unités de patients hospitalisés, les CLSC, etc. « Une des préoccupations que j'ai toujours eue a été d'être équitable envers chacun des secteurs de pratique », précise le D<sup>r</sup> Dutil.

### **À l'écoute des omnipraticiens**

**M. Philippe Couillard**, ministre de la Santé et des Services sociaux, a eu l'occasion de côtoyer le D<sup>r</sup> Dutil pendant quatre ans et demi. Il a négocié avec lui un important accord-cadre et le dossier du rattrapage des revenus des omnipraticiens québécois par rapport à ceux de leurs collègues du reste du pays. « Avec le D<sup>r</sup> Dutil, on avait une idée très claire de la volonté des membres de la Fédération. Il nous rappelait continuellement l'importance de présenter aux omnipraticiens une entente valable qui leur apporte une valeur ajoutée. Pour le gouvernement, il est toujours préférable d'avoir un interlocuteur qui expose clairement ses intentions et son mandat. Une vraie négociation, cependant, se termine toujours par des compromis de part et d'autre. Le D<sup>r</sup> Dutil est également quelqu'un qui, au dernier moment, comme le gouvernement d'ailleurs, sait faire des compromis judicieux tout en préservant l'essentiel. C'est ce qui caractérise les bons négociateurs », souligne M. Couillard.

Le D<sup>r</sup> Dutil est d'ailleurs reconnu pour être constamment à l'écoute de ses membres. Le **D<sup>r</sup> Serge Dulude**, chef du Département régional de médecine générale de Montréal, l'a constaté avec stupéfaction une nuit où il lui écrivait un courriel à une heure du matin. « Je m'appête à fermer mon ordinateur quand je reçois une réponse du D<sup>r</sup> Dutil. Je commence à la lire. C'était une lettre détaillée pas



*M. Philippe Couillard*



*D<sup>r</sup> Serge Dulude*

uniquement un accusé de réception. » Plusieurs médecins ont eu la même surprise. « Comme on est 8000 omnipraticiens, je n'ose imaginer le nombre de courriels et de communications que le D<sup>r</sup> Dutil pouvait recevoir, affirme le D<sup>r</sup> Dulude. J'ai toujours été étonné de la célérité avec laquelle il nous répondait. C'est généralement dans les 24 heures et parfois la journée même. »

« Le D<sup>r</sup> Dutil est un travailleur acharné, confirme le D<sup>r</sup> Godin. Son travail a toujours représenté une partie importante de sa vie. Il avait une grande connaissance de tous ses dossiers. Rien ne lui échappait. C'était certainement une de ses principales qualités de leader. »

### **De nouveaux modèles d'organisation**

Au cours des douze dernières années, l'environnement professionnel des médecins s'est littéralement transformé. La première marque qu'a imprimée l'équipe du D<sup>r</sup> Dutil a été la création des DRMG. L'idée a germé au cours d'un voyage à Londres. « Nous avons observé que les omnipraticiens britanniques détenaient beaucoup de pouvoir dans l'organisation des soins. Nous étions alors préoccupés par la régionalisation de l'organisation des soins que souhaitait le gouvernement et par le fait que les généralistes risquaient de ne pas avoir de pouvoir décisionnel à l'échelle régionale », se rappelle le D<sup>r</sup> Dutil.

En 1998, la Fédération propose que chaque région (maintenant agence) soit dotée d'un département dirigé par un omnipraticien qui ferait des recommandations sur la planification des effectifs médicaux en omnipratique dans la région. Le premier DRMG a vu le jour en 2000. Aujourd'hui, les départements sont de toutes les décisions : plans régionaux d'effectifs médicaux, activités médicales particulières, application de certaines ententes particulières, etc. « Les DRMG ont permis aux omnipraticiens d'avoir des leviers de pouvoir sur l'organisation des services de médecine générale de leur région sans aucune mesure avec ce qu'ils avaient auparavant », soutient l'ex-président.

En 2000, un autre concept est en gestation. La FMOQ présente à la Commission Clair un mémoire décrivant un modèle de soins novateur : les groupes de médecine de famille (GMF). Des groupes de généralistes, épaulés par des infirmières et munis d'outils informatiques. Les patients seraient inscrits

et auraient un accès privilégié à un omnipraticien. Le modèle est retenu et les premiers GMF ouvrent leurs portes en 2003. Aujourd'hui, on en compte 149 dans tout le Québec. « Les GMF ont permis d'améliorer l'environnement professionnel des médecins de famille et de bonifier leur pratique », indique le D<sup>r</sup> Dutil.

Sont ensuite venues les cliniques-réseau, en 2005. Créées d'abord à Montréal, ces cliniques, dont la FMOQ a négocié les avantages avec le gouvernement, sont dotées de services diagnostiques de laboratoire et de radiologie d'urgence. Elles disposent également d'infirmières de liaison. Desservant un territoire de 50 000 personnes, elles offrent entre autres des heures d'ouverture étendues à la population.

### **La santé de la population**

La dernière touche qu'a apportée la Fédération au système de soins ne date que de quelques mois : le plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille. Négocié en novembre dernier, l'ambitieux programme de 25 mesures permettra aux patients d'être mieux suivis et pris en charge.

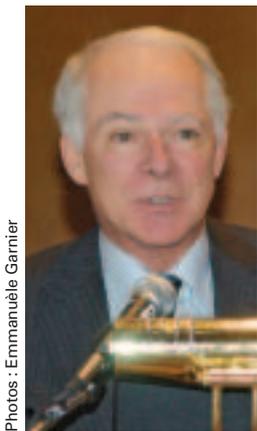
« Au cours de mes contacts avec le D<sup>r</sup> Dutil, j'ai toujours été très impressionné par son souci de contribuer à l'amélioration du système de santé, notamment à l'accès aux soins médicaux, tout en remplissant son rôle de chef syndical. J'ai toujours senti que c'était très profond en lui », confie le ministre Couillard.

La santé de la population est une valeur fondamentale pour l'ancien président. « Il m'a toujours paru essentiel de concilier l'intérêt des patients et de la population avec celui des médecins. L'amélioration de notre système de santé est une préoccupation des omnipraticiens qui doit se refléter dans les positions de leur Fédération », estime le D<sup>r</sup> Dutil.

L'ex-président part avec le sentiment du devoir accompli. Les orientations qu'il a données à l'organisation des soins le rassurent. « Je vois l'avenir des médecins de famille avec davantage d'optimisme. Il faut en arriver à ce que les omnipraticiens, tant les jeunes que les plus expérimentés, aient envie d'exercer comme médecins de famille et d'avoir une pratique polyvalente. Il ne s'agit pas de la polyvalence des années 1970, bien sûr, mais d'une polyvalence de groupe qui s'exerce dans un cadre moderne de pratique et comprend l'interdisciplinarité. » 📶

# Association de Montréal

## les jeunes au cœur des préoccupations



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Marc-André Asselin

Le président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) est inquiet. « Cette année, la région n'a accueilli que 66 omnipraticiens sur les 84 prévus dans le plan régional d'effectifs médicaux 2007 », a expliqué le **Dr Marc-André Asselin** au cours de l'assemblée annuelle de l'organisme qui a attiré 101 médecins.

Montréal a ainsi recruté 18 généralistes de moins que prévu. Les 46 postes destinés aux nouveaux facturants ont tous été pourvus, mais presque la moitié des places réservées aux médecins des autres régions sont restées vacantes. « Cela veut dire que le nombre d'omnipraticiens va diminuer cette année dans la région. Est-ce seulement la pointe de l'iceberg ? Est-ce que cela va se reproduire l'année prochaine ? Je l'ignore, mais c'est inquiétant, surtout quand on regarde l'âge des médecins. »

La moyenne d'âge des 1602 membres en règle de l'AMOM s'élève à 51 ans. Trois ans de plus que la moyenne des généralistes québécois. Pis, la moyenne d'âge des 1145 omnipraticiens de sexe masculin de Montréal atteint 55 ans. Que se passera-t-il lorsqu'ils commenceront à partir à la retraite ?

Les jeunes sont peu nombreux pour prendre la relève. Ils sont quelque 400 à Montréal à posséder moins de dix ans de pratique. Le pourcentage de femmes cependant s'accroît. Ces dernières constituent maintenant 40 % des généralistes de la métropole.

L'an dernier, l'AMOM a par ailleurs fait un grand effort pour recruter davantage de délégués parmi les femmes et les jeunes. Le pourcentage de femmes est ainsi passé de 23 % en 2004-2005 à 33 % au sein des représentants de l'Association. « Nous avons

beaucoup augmenté le nombre de jeunes femmes qui se sont jointes à nous et ce n'est pas terminé », a assuré le Dr Asselin.

### Les jeunes omnipraticiens

L'AMOM s'intéresse beaucoup à la relève. Cette année, elle a mis sur pied le Comité des jeunes médecins. Formé de cinq omnipraticiens comptant moins de 10 ans de pratique et présidé par la **Dr<sup>e</sup> Lise Cusson**, vice-présidente de l'Association, ce groupe a reçu un mandat important. « On leur a demandé d'analyser la réalité des jeunes médecins de Montréal, les conséquences sur l'offre de services et la satisfaction de ces jeunes omnipraticiens concernant leur vie familiale, professionnelle et syndicale », a exposé le Dr Asselin.



Dr<sup>e</sup> Lise Cusson

Pour mener à bien sa mission, le Comité a conçu un questionnaire détaillé et l'a envoyé aux 400 jeunes généralistes montréalais. Jusqu'à présent, 154 l'ont rempli. L'analyse préliminaire de leurs réponses est à la fois intéressante et surprenante.

« On peut voir l'intérêt des jeunes omnipraticiens pour la prise en charge et le suivi des patients. Au moins les deux tiers des répondants en faisaient, révèle la Dr<sup>e</sup> Cusson. Parmi les éléments susceptibles d'augmenter leur intérêt pour la prise en charge et le suivi, il y avait le fait de pouvoir travailler avec une infirmière. Les conditions financières sont aussi un attrait, mais moins important que l'interdisciplinarité. »

« Dans un environnement idéal, quel serait votre profil de pratique s'il n'y avait ni AMP, ni PREM ni aucune contrainte ? » demandait par ailleurs le questionnaire. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, une grande proportion des jeunes médecins apporteraient peu de changement à leur travail. « Quand ils souhaitent changer leur profil de pratique, ils veulent souvent davantage modifier la répartition du temps entre les différents secteurs où ils exercent que d'apporter des changements radicaux. Cela va avec le fait qu'en général ils sont satisfaits de leur pratique. »

Pour les jeunes médecins, la vie familiale et la vie sociale sont très importantes. Par contre, l'engagement syndical les intéresse peu. Le Comité des jeunes médecins va analyser en profondeur toutes ces données et dévoilera son analyse définitive au colloque des délégués de l'AMOM en juin.

L'Association se préoccupe non seulement de ses jeunes membres, mais aussi des plus âgés. Un autre comité va être créé pour étudier les services qui pourraient leur être offerts. « Il faudrait que lorsque les omnipraticiens montréalais cessent de pratiquer, ils ne se retrouvent pas devant rien et qu'ils restent attachés d'une certaine façon à l'Association. On doit trouver une manière de continuer à les incorporer à nos activités ou encore de les tenir au courant, par exemple, des modifications du système de santé », a expliqué le D<sup>r</sup> Asselin.

### Hommage au D<sup>r</sup> Renald Dutil

Pour le D<sup>r</sup> Renald Dutil, président de la FMOQ, l'assemblée de l'AMOM était la dernière à laquelle il assistait avant son départ de la Fédération. « Tu as commencé ta présidence avec la commande gouvernementale de diminuer la masse monétaire des omnipraticiens de 6 % dans le cadre du déficit zéro. Tu la termines avec un contrat en poche permettant une augmentation de 31 % dans le cadre du redressement de la rémunération des omnipraticiens du Québec. Ce n'est pas mal, a

affirmé le D<sup>r</sup> Asselin dans son hommage au président de la Fédération. Entre le début et la fin de ta présidence, il y a ainsi eu d'énormes changements dans la vie et la rétribution des omnipraticiens du Québec. »

Le D<sup>r</sup> Dutil a été non seulement le président de la Fédération, mais aussi, pendant 14 ans, celui de l'AMOM. Le D<sup>r</sup> Asselin connaît son leadership indéniable, sa capacité de travail, sa mémoire exceptionnelle. « Ce n'est pas une qualité, c'est de l'injustice, blague-t-il au sujet de ses facultés mnésiques. Elles l'ont cependant superbement bien servi et par ricochet nous aussi. »

Le D<sup>r</sup> Dutil est également un communicateur hors pair et un redoutable négociateur. « Nous n'avons qu'à comparer la masse monétaire d'il y a douze ans à ce qu'elle est maintenant et à ce qu'elle sera dans quelques années », a ajouté le D<sup>r</sup> Serge Dulude, secrétaire de l'AMOM, qui faisait l'hommage en duo avec le D<sup>r</sup> Asselin.

Le monde de l'omnipraticien a bien changé depuis douze ans, a estimé le D<sup>r</sup> Asselin. « Le D<sup>r</sup> Dutil et son équipe ont été à l'origine du rapport Secor, des groupes de médecine de famille, de la notion de patients vulnérables, de l'inscription de la clientèle, des départements régionaux de médecine générale et j'en oublie sûrement. Il est certainement, avec le D<sup>r</sup> Gérald Hamel, le président le plus visionnaire de la FMOQ. »

### Association de Yamaska : un hommage au D<sup>r</sup> Pierre-Denis Milette



Photo : Daniel Gauthier

D<sup>r</sup> Jacques Desroches et D<sup>r</sup> Pierre-Denis Milette

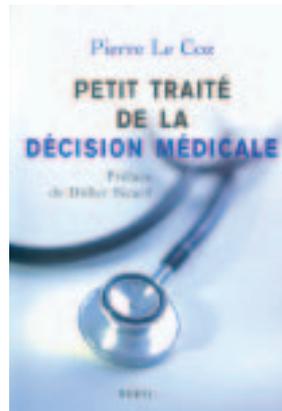
L'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a rendu hommage au D<sup>r</sup> Pierre-Denis Milette, un omnipraticien qui pratique depuis 38 ans à Saint-Pie-de-Bagot, dans la région de Saint-Hyacinthe. Chaque année, au cours de son assemblée générale annuelle, l'association souligne l'engagement social, médical ou syndical de l'un de ses membres en le nommant « médecin émérite ».

Exerçant depuis 1968, le D<sup>r</sup> Milette a eu une pratique en milieu rural très diversifiée. Il s'est occupé des patients hospitalisés au sein du Réseau Santé Richelieu-Yamaska, a été chef des soins physiques en psychiatrie pendant plusieurs années et a pratiqué des accouchements. « Sa troisième génération de patients a été déçue lorsqu'il a pris sa retraite de la pratique obstétricale, en juillet dernier », explique le D<sup>r</sup> Jacques Desroches, président de l'AMOY.

Le D<sup>r</sup> Milette a toujours été particulièrement dévoué. « C'est un médecin qui a continué de répondre aux appels des patients de sa résidence personnelle et d'effectuer des visites à domicile », précise le D<sup>r</sup> Desroches. Le D<sup>r</sup> Milette a également fait partie du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, ainsi que du conseil d'administration du Réseau Santé Richelieu-Yamaska.

## **Petit traité de la décision médicale**

*De Pierre Le Coz*



Pas banale la décision médicale. Souvent prise dans une situation d'urgence, elle peut transformer la vie de celui qui en subit les conséquences, mais également du médecin qui la prend.

Agrégé de philosophie et docteur en sciences de la vie et de la santé, **Pierre Le Coz** a rédigé ce petit traité de philosophie pour faciliter la prise de décision pour le mieux-être du patient. Fruit de trois années d'entretiens avec des médecins de dif-

férents services hospitaliers, ce document propose une méthode de réflexion fondée sur une sorte de méditation philosophique destinée à améliorer la qualité des décisions ultérieures.

Selon l'auteur, le médecin doit évaluer rétrospectivement la décision qu'il a prise en se posant les questions suivantes : ma parole était-elle ajustée au contexte de vie du patient ? Quel était le contexte ? Quelles furent les émotions qui ont traversé la relation ? À quel principe éthique m'ont-elles rendu sensible ? À travers quelles règles ces principes ont-ils pris corps dans l'expérience clinique ?

Par exemple, lors de l'annonce d'une maladie, il arrive souvent que le patient manifeste un sentiment de révolte se traduisant par la colère et le désespoir. Afin de répondre à l'exigence de justice du malade, le médecin doit se souvenir qu'il a devant lui un être humain trahi dans son corps par la maladie.

Alors que l'on incite souvent les médecins à s'endurcir et à se doter d'une carapace, l'auteur rappelle que les émotions sont étroitement associées aux principes de l'éthique et à la prise de décision médicale. Le médecin doit donc résister à l'envie de s'endurcir. Devant la souffrance du patient, il est souvent envahi par la tristesse, qui suscite chez lui un sentiment de compassion. ☘

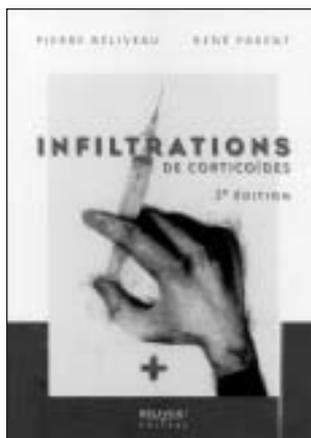
Les Éditions du Seuil, Paris, 2007, 202 pages, 27,99 \$.

*(Suite à la page 110) >>>*

## ***Infiltrations de corticoïdes***

### ***Les infiltrations de corticoïdes dans le traitement des pathologies médicales de l'appareil locomoteur***

*De Pierre Béliveau et René Parent*



Voici un ouvrage complet et concis, facile à consulter en tout temps. Les auteurs, deux physiatres de l'Hôtel-Dieu de Québec, y présentent les principales techniques d'infiltration de corticoïdes en fonction des différentes régions anatomiques à traiter.

Dans une présentation schématique illustrée d'éloquentes photographies en couleurs, ce guide propose un véritable cours sur le sujet. Tout y est ! Les indications, les contre-indications et les complications liées aux injections de corticoïdes. On trouve également dans le document tous les éléments nécessaires pour effectuer le traitement, qu'il s'agisse d'une névralgie d'Arnold, d'une chondrite sternale,

du syndrome de Tietze, d'une bursite aiguë ou chronique ou bien d'arthrose avec synovite.

Le lecteur apprendra la position qu'il doit faire prendre au patient pour effectuer l'injection, la technique à privilégier et la manière de l'appliquer. Les auteurs indiquent précisément comment trouver les repères anatomiques et effectuer tous les gestes à poser pour procéder à l'intervention. Ils décrivent le protocole technique et les étapes à suivre, le matériel à utiliser dont les seringues et les aiguilles jetables, les tubes de prélèvement pour la synovio-analyse, les anesthésiques locaux injectables, topiques, en vaporisation ou sous forme de gel, et, bien sûr, les corticoïdes injectables. En outre, ils indiquent le nombre d'infiltrations requis, les posologies ainsi que la conduite à tenir après l'infiltration.

Revue et améliorée, cette deuxième édition tient compte des plus récentes percées scientifiques et technologiques. On y voit comment la nouvelle imagerie médicale fournit au clinicien de nombreuses indications anatomiques qui lui permettent de mieux évaluer les régions pathologiques et de bien les différencier des structures normales. Ce guide constitue donc un document de référence utile pour l'étudiant en médecine et le résident, mais peut également servir d'aide-mémoire au médecin expérimenté. ☞

Béliveau Éditeur, Montréal, 2007, 111 pages, 59,95 \$.