

Plan d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne

premières mesures au printemps

DÈS LE PRINTEMPS, les omnipraticiens devraient toucher leurs premières augmentations liées à l'entente signée à l'automne avec le gouvernement. Ils bénéficieront d'une partie du redressement accordé pour rattraper la rémunération des autres généralistes canadiens ainsi que de mesures financières associées au plan d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne.

L'augmentation globale des médecins devrait atteindre environ 5 % cette année et encore 5 % en 2009. La source de la hausse ne sera toutefois

pas identique pour tous les omnipraticiens. Certains profiteront davantage des augmentations liées aux mesures du plan d'amélioration à cause de leur champ de pratique. D'autres, par contre, bénéficieront surtout du redressement, qui prendra la forme de hausses générales ou spécifiques des tarifs ou d'une bonification du taux horaire.

« Notre objectif est de nous assurer, en tenant compte de l'ensemble des mesures qui s'appliquent que ce soit dans le cadre du redressement ou du plan d'amélioration, qu'il y a une équité entre les différents modes et lieux de pratique », précise le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Les premières mesures du plan d'amélioration entreront en vigueur sous peu. Leurs modalités, cependant, n'ont pas encore été arrêtées. La Fédération et le gouvernement sont actuellement en train d'en négocier les différents aspects. Le dossier est très complexe, et le cadre financier impose des contraintes difficiles. Voici néanmoins un aperçu des discussions en cours.



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Louis Godin

Vers avril

Plusieurs mesures du plan visant à améliorer l'accès à un médecin de famille pourraient s'appliquer à partir d'avril. Elles permettront de mieux rémunérer certaines activités que les omnipraticiens effectuent déjà :

Allongement de la liste des clientèles vulnérables

La liste des clientèles vulnérables dont la prise en charge et le suivi donnent droit

à un forfait pourrait bientôt comprendre de nouveaux groupes de patients. La FMOQ cherche à inclure les personnes atteintes de :

- diabète sans complication ;
- dépression majeure ;
- maladie thrombo-embolique récidivante ;
- fibrillation auriculaire ;
- insuffisance cardiaque ;
- insuffisance rénale chronique de modérée à grave ;
- trouble du déficit de l'attention.

Nouvel acte pour la rédaction d'un rapport de congé de l'hôpital

Dans les hôpitaux, un nouvel acte permettra de rétribuer les omnipraticiens des services de soins de courte durée pour la rédaction d'un rapport lors du départ d'un patient. Il leur suffira de remplir la feuille sommaire en y indiquant toutes les informations nécessaires au médecin de la collectivité qui prendra en charge le patient.

« Préparer le congé de l'hôpital est un acte

L'abolition des échelles de rémunération

Au cours de 2008, les échelles de rémunération des médecins payés à tarif horaire et à honoraires fixes devraient être éliminées. « C'est une mesure qui nous semble très importante dans le cadre du redressement de la rémunération des médecins omnipraticiens », estime le D^r Godin.

lourd dont on veut bonifier la rémunération. C'est d'autant plus important qu'il s'agit d'un élément essentiel pour permettre le suivi rapide dans un cabinet privé ou un CLSC d'un patient sorti de l'hôpital », explique le D^r Godin.

Suivi en obstétrique et en périnatalité

La prise en charge des femmes enceintes dès le premier trimestre de grossesse serait encouragée par une majoration de la rémunération à partir du mois d'avril. Le suivi de l'enfant de 0 à 2 ans pourrait l'être également. Ces hausses devraient s'appliquer à la fois dans les cabinets privés, les CLSC et les unités de médecine familiale (UMF).

Incidatifs financiers à la pratique auprès des personnes recevant des soins de longue durée

Depuis décembre, la rémunération de la pratique auprès des personnes recevant des soins de longue durée est accrue en moyenne de 15 % grâce à une prime de responsabilité. La pratique dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée a été bonifiée en même temps que celle dans les milieux de soins psychiatriques, gériatriques et palliatifs, de la toxicomanie et dans les centres d'adaptation et de réadaptation.

Dans le courant de l'année

La FMOQ et le gouvernement discutent d'autres mesures du plan d'amélioration qui pourraient être mises sur pied un peu plus tard au cours de l'année. « Peu importe le calendrier des mesures, on va s'assurer que les médecins omnipraticiens touchent pleinement de 2008 à 2010 les 165 millions de dollars prévus pour le plan d'amélioration de l'accès aux soins de première ligne et les nouveaux modèles de pratique », précise le D^r Godin.

Enseignement

La FMOQ va proposer au gouvernement d'accorder aux omnipraticiens enseignants une rémunération par résident et par mois de stage. Cette mesure s'appliquerait tant dans les UMF que dans les cabinets privés où les étudiants pourraient être appelés à faire un stage. La rétribution des médecins en pratique privée serait cependant un peu plus élevée pour tenir compte de leurs frais d'exercice.

Les montants que nécessite cette mesure sont importants. « La formation en médecine familiale nous tient à cœur, précise le président de la FMOQ. Il faut s'assurer que les professeurs sont intéressés et bien rémunérés et que l'on n'ait pas trop de difficulté à les recruter. Les médecins enseignants n'ont pas eu d'augmentations suffisantes ces dernières années. Il est clair qu'il faut redresser leur rétribution. »

Inscription de la clientèle

En 2008 ou en 2009, les généralistes pourraient être rémunérés pour inscrire l'ensemble de leur clientèle, sur une base volontaire. La Fédération souhaite que dans les GMF, cette rétribution s'ajoute à celle qui existe déjà pour l'inscription des patients. « On veut protéger les avantages des 2000 médecins et plus qui pratiquent dans ces milieux », soutient le D^r Godin. La FMOQ et le gouvernement étudient actuellement la manière dont s'appliquera cette mesure pour tenir compte de différents facteurs, comme du nombre important de patients déjà inscrits par certains médecins.

Consultation accordée rapidement

Certains patients doivent rapidement voir un médecin après leur sortie de l'hôpital. Une fois que l'omnipraticien de l'établissement aura préparé leur rapport de congé de l'hôpital, c'est un clinicien d'un cabinet ou d'un CLSC qui devra les suivre. Si ce dernier accepte de prendre le patient en charge dans les 72 heures selon des modalités qu'il reste à convenir, il aura droit à une bonification.

« Actuellement, on est en train de travailler à la manière dont va fonctionner cette consultation accordée rapidement. Dans quel cadre se fera-t-elle ? Que se passe-t-il si le patient n'a pas de médecin de famille ? Ou s'il en a un, mais qu'il a été hospitalisé par un autre omnipraticien ? » soulève le D^r Godin.

Autre série de mesures

Plusieurs mesures du plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille sont liées à la création de réseaux locaux de soins. Ces derniers seront formés d'omnipraticiens exerçant dans les cabinets privés, les CLSC, les UMF, les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau d'un territoire. Une fois mis sur pied, ces réseaux locaux permettront d'accorder des bonifications, par exemple, aux médecins qui donneront des consultations en dehors des heures d'ouverture habituelles.

La première étape de la constitution des réseaux est la nomination des coordonnateurs chargés de leur organisation. « On est en train de plancher sur ce que pourrait être le mandat de ces derniers et sur la forme que pourrait prendre leur rémunération », indique le président de la FMOQ.

Beaucoup d'autres mesures font partie du plan d'amélioration, dont l'application s'échelonna de 2008 à 2016. Certaines permettront l'intégration d'autres professionnels de la santé à la pratique des médecins ou une bonification pour les omnipraticiens âgés qui continueront à pratiquer tandis que d'autres augmenteront la rémunération pour les gardes en disponibilité ou amélioreront la santé financière des cabinets médicaux. 📄

Recherche étude québécoise sur les soins de première ligne

Francine Fiore

Une équipe de chercheurs composée de médecins du Département de médecine familiale de l'Université de Montréal entreprend une importante étude sur la qualité des soins en médecine familiale.

Dirigée par la **D^{re} Marie-Dominique Beaulieu**, médecin de famille et titulaire de la Chaire D^f Sadok-Besrouer en médecine familiale de l'Université de Montréal, cette étude permettra de recueillir des données sur l'expérience vécue par les patients, ainsi que sur l'organisation des soins de première ligne. L'étude portera une attention particulière au travail d'équipe et à la continuité des soins.

« Depuis quelques années, il y a eu d'énormes changements dans la première ligne, dont la création des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau, indique la D^{re} Beaulieu. Nous voulons savoir ce que ces transformations nous ont apporté et s'il est possible d'améliorer certains aspects de l'organisation de la pratique. »

Subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada, cette étude sera réalisée auprès d'environ 3900 patients de trois régions du Québec : Montréal, la Mauricie-Centre du Québec et la Montérégie. Le recrutement se déroulera jusqu'en avril 2009 dans les cabinets privés, les cliniques-réseau, les GMF et les CLSC. L'équipe de recherche se rendra dans les salles d'attente et y approchera des patients suivis pour une maladie chronique ou consultant pour un problème aigu. Les participants rempliront un questionnaire et donneront la permission aux chercheurs d'avoir accès à leur dossier médical.

« Il ne s'agit pas de porter un jugement sur ces milieux de pratique, mais de voir si certaines façons d'organiser le travail sont plus efficaces que d'autres », souligne la chercheuse. La D^{re} Beaulieu estime que les cliniques qui participeront à cette étude permettront de trouver réponse à des questions importantes et d'influer sur les décisions concernant la pratique de première ligne au Québec. Chaque clinique recevra 500 \$ pour sa participation.

Quant aux médecins, ils n'auront rien à faire, sinon de remplir un questionnaire d'une quinzaine de minutes, d'accorder aux chercheurs la permission de parler à leurs patients et de consulter les dossiers de ces derniers. La participation au projet a été reconnue par le Collège des médecins de famille du Canada comme activité de formation continue. Les omnipraticiens participants pourront donc obtenir cinq crédits MainPRO-C. Ils auront également un avantage supplémentaire : une rétroaction, c'est-à-dire une vision du fonctionnement de leur pratique. Les résultats de l'étude devraient être connus en 2010. 📄



D^{re} Marie-Dominique Beaulieu

(Suite à la page 12) >>>

M^e François Chapados le grand maître du syndicalisme médical

Francine Fiore

Négociateur en chef de la FMOQ depuis plus de 40 ans, **M^e François Chapados** prend une retraite bien méritée. Main de fer dans un gant de velours, l'avocat a conjugué fine stratégie, diplomatie et persuasion pour défendre les intérêts des médecins omnipraticiens.

Rencontré à son cabinet de la rue Sherbrooke Ouest à Montréal, le négociateur a conservé le feu sacré à l'égard de sa profession. Pas de place pour la nostalgie, mais beaucoup de souvenirs de combats souvent épiques et, surtout, une réflexion profonde sur l'avenir.

Toujours aux premières loges des grands événements touchant le milieu de la santé, M^e Chapados a participé entre autres à la naissance de l'actuel système de santé du Québec. Tout d'abord, il a représenté les omnipraticiens dans le cadre du programme d'assistance médicale, qui fut en quelque sorte l'ancêtre de l'assurance maladie d'aujourd'hui. Créé par **Jean Lesage** en 1966, ce régime servait à rémunérer les médecins qui traitaient les assistés sociaux. Puis, le négociateur a participé aux études en vue de la création de la loi qui a donné naissance au Régime d'assurance maladie du Québec.

C'est en 1970, que M^e Chapados négocie, pour la première fois dans le cadre du régime d'assurance maladie, les conditions de travail des médecins omnipraticiens. Les discussions se sont conclues par la signature de la première Entente générale avec le gouvernement. Mais l'une des négociations les plus corsées fut celle de l'Accord-cadre de 1976. Pour la première fois, il y est question de la problématique et de la répartition des effectifs médicaux. En outre, l'Entente créait des



Photo : Emmanuèle Garnier

M^e François Chapados

mécanismes de contrôle de la rémunération communément appelés plafonds. « La FMOQ les avait acceptés ayant obtenu des augmentations relativement élevées, compte tenu des mesures anti-inflationnistes en vigueur à l'époque », se rappelle l'avocat.

Entre ces deux négociations, M^e Chapados s'occupait au quotidien des nombreux dossiers de la FMOQ. « Le négociateur en chef doit toujours être disponible pour tous les dossiers, fait-il remarquer. Il y avait les projets

de loi et de réglementation en cours, ainsi que le combat que menait la FMOQ pour créer des départements de médecine générale dans les hôpitaux, des services médicaux en CLSC, etc. Ce n'est d'ailleurs qu'en 1984 que la mission médicale des CLSC a été pleinement reconnue. »

Un autre grand moment de la carrière de M^e Chapados et un tournant crucial pour la FMOQ a été le mouvement de contestation de 1982 où les médecins ont manifesté dans la rue pour se faire entendre. « Il s'agit d'un très bon souvenir, avoue M^e Chapados. » Il n'y avait eu aucun véritable renouvellement de l'Entente depuis 1979. Tout s'est cependant terminé par une mesure spéciale : la Loi 91 déposée contre les omnipraticiens.

Un président, un style

Bien sûr, M^e Chapados a connu tous les présidents de la FMOQ, dont le président-fondateur, le **D^r Jules-Édouard Dorion**, suivi du **D^r Gérard Hamel**, du **D^r Clément Richer** et du président sortant, le **D^r Renald Dutil**. « J'ai apprécié grandement chacun d'entre eux », dit-il.

Rappelant les grands événements survenus sous le règne de chaque président, M^e Chapados indique que l'un des moments mémorables de la présidence du D^r Hamel fut la création du système d'assurance maladie du Québec. « Le D^r Hamel était profondément convaincu de la nécessité sociale du régime d'assurance maladie, autant pour les patients que pour les médecins. »

La présidence du D^r Richer, quant à elle, fut marquée par la loi spéciale 91. Votée et sanctionnée le 21 juin 1982 afin d'enrayer la contestation des médecins, cette loi a cependant permis de déposer un document qui a donné lieu à une entente. Un autre événement a également empreint la présidence du D^r Richer : la loi 120 imposée par le ministre de la Santé et des Services sociaux d'alors, **M. Marc-Yvan Côté**. « Cette Loi, qui devait assurer la réforme des services de santé et des services sociaux, a donné lieu à une contestation majeure où la FMOQ a exercé un véritable leadership, se souvient M^e Chapados. Nous l'avons négociée article par article, et elle a fait l'objet de plusieurs mémoires. »

Sous la présidence du D^r Dutil, M^e Chapados a vu naître les départements régionaux de médecine générale, la notion de prise en charge et de suivi des patients ainsi que la mise sur pied des groupes de médecine de famille (GMF) et des cliniques-réseau. « D'une certaine manière, c'est la FMOQ qui a sauvé le projet des GMF, souligne M^e Chapados. Au départ, le ministère l'avait pris en main. Sans la participation réelle de la FMOQ et des médecins omnipraticiens, il se dirigeait toutefois vers un mur. »

Un bilan positif

Marquant la fin d'une époque et le début d'un

temps nouveau, le départ de M^e Chapados de la FMOQ se fait dans la satisfaction du travail bien fait. Sans fausse modestie, il peut dire « Mission accomplie ! ». « Ces années et cette riche expérience ont été des plus profitables, reconnaît-il. La FMOQ m'a permis de relever de nombreux défis. » En négociation, il a eu recours à la philosophie du Gaspésien en lui. « Comme la mer, les pourparlers sont parfois agités. Il arrive que les vagues frappent sur un obstacle qui, ensuite, disparaît. »

Avant de quitter la scène, l'avocat a participé à la négociation de la nouvelle entente qui assure aux omnipraticiens un important redressement de leur rémunération. Son successeur, M^e **Philippe Desrosiers**, a joué un rôle très actif dans les discussions. Comme héritage professionnel, M^e Chapados lui lègue une très bonne vision des traditions de la FMOQ.

« À titre de négociateur en chef, M^e Chapados a été au cœur de l'action, a rappelé le D^r Dutil. Il a eu une influence considérable sur plusieurs des lois qui ont été adoptées au cours des années. Auprès des politiciens qui se sont succédé au gouvernement du Québec, il a su imposer la FMOQ comme un interlocuteur incontournable, non seulement en ce qui a trait à la négociation des conditions de travail des médecins, mais également à l'organisation des soins. Il a un sens aigu de la stratégie. M^e Chapados a été un témoin privilégié de l'histoire de la FMOQ. »

Quant à son avenir personnel, M^e Chapados doit prendre certaines décisions. Continuera-t-il sa pratique ? Conservera-t-il son cabinet ? Extrêmement actif, l'avocat hésite à accrocher définitivement ses patins. Chose certaine, il continuera à s'adonner à son sport préféré, la pêche au saumon. 🐟

Mémoire de la FMSQ des médecins victimes de discrimination

Francine Fiore



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Gaétan Barrette (Archives)

Depuis quelques temps au Québec, certains patients refusent carrément d'être traités par des médecins d'un sexe plutôt que de l'autre. « Il y a de plus en plus de circonstances culturelles ou religieuses où des personnes exigent d'être soignées par un homme ou par une femme, ce qui entraîne des problèmes d'organisation et de pratique », indique le **Dr Gaétan Barrette**, président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ). Ces

manifestations discriminatoires touchent particulièrement les hommes pratiquant certaines spécialités, dont l'obstétrique-gynécologie. Mais on rencontre également ce problème en radiologie et en anesthésie. Même les omnipraticiens vivent cette situation. »

Par conséquent, la FMSQ a déposé un mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec dans le cadre des auditions publiques sur le projet de loi n° 63 modifiant la Charte des droits et libertés de la personne.

Selon la FMSQ, les discriminations sexuelles prennent plusieurs formes et sont devenues fréquentes dans certains établissements hospitaliers de Montréal. Elles seraient directement attribuables à l'expression exacerbée de valeurs ou de croyances ancrées au sein de certaines communautés. Ces manifestations se traduisent par des exigences et des pressions indues qui vont bien au-delà des simples

demandes d'accommodement qui peuvent être traitées de manière raisonnée et raisonnable, peut-on lire dans le mémoire de la FMSQ.

« Lorsqu'un médecin en service devient bien malgré lui victime d'agressions verbales, de violences physiques, fait l'objet de menaces répétées ou d'intimidation ; lorsqu'il devient impossible pour un médecin d'exercer son métier puisque sa seule présence provoque l'ire d'un mari ; lorsque ce type de manifestation risque de compromettre la santé et la sécurité d'une patiente, du personnel et du médecin lui-même, il y a là matière à une sérieuse réflexion », soutient le document. Le problème peut avoir des répercussions sur plusieurs plans. « Lorsque des pressions sont exercées dans des départements hospitaliers afin que soient établies des listes parallèles de garde pour assurer la présence de médecins de sexe féminin, même si celles-ci sont encore en formation ; lorsque des patientes, sous la pression de leur conjoint, refusent de subir des actes médicaux et professionnellement requis par un médecin de sexe masculin, et ce, même en situation critique, les préceptes culturels et religieux outrepassent alors largement les limites de l'acceptable et du raisonnable », poursuit le mémoire.

« Un médecin est un médecin »

« La médecine est neutre en terme de genre, estime le Dr Barrette. En médecine, il ne doit pas y avoir de pratique qui soit tributaire du sexe du patient ou du médecin. Un patient est un patient et un médecin, un médecin. »

Le médecin ne peut faire de discrimination à l'égard d'un patient et il ne saurait être lui-même l'objet de discrimination de la part d'un patient ou d'un tiers, soutient la FMSQ. L'organisme croit fermement que la réciproque doit être la règle de base qui dicte les comportements et les relations dans une société civile et laïque, *a fortiori* lorsqu'il est question de la santé. Pour toutes ces raisons, la FMSQ a invité tous les membres de l'Assemblée nationale du Québec à réaffirmer les principes d'égalité entre les hommes et les femmes. ☞

On peut consulter le mémoire au www.fmsq.org.