



## Que veulent les jeunes omnipraticiens montréalais ?

Dans le sondage qu'a réalisé l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), on découvre les jeunes généralistes sous un nouveau jour. Ils aiment la médecine familiale et choisissent leurs champs de pratique en fonction de l'intérêt qu'ils présentent et généralement peu pour l'argent. La priorité de ces médecins reste cependant d'avoir une vie équilibrée.

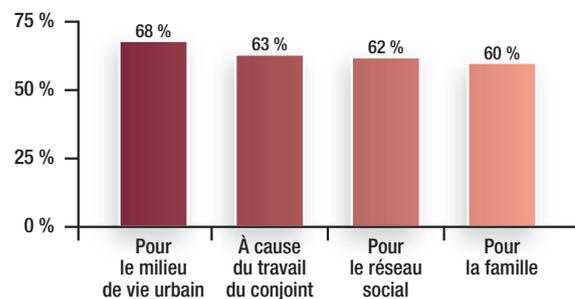
LES JEUNES OMNIPRATICIENS de Montréal n'ont visiblement pas les mêmes priorités que leurs aînés. Ce qui guide le choix de leurs activités professionnelles ? La famille chez 41 %, la qualité de vie et le plaisir chez 30 %. La réussite et le défi professionnels ne viennent qu'après chez 25 % des jeunes praticiens et devançant de loin la rémunération qui n'en influence que 6 %.

Ces données surprenantes viennent du sondage qu'a réalisé le Comité des jeunes médecins de l'AMOM entre septembre et décembre dernier. Sur les 387 omnipraticiens montréalais pratiquant depuis moins de dix ans, 154 (40 %) ont répondu au questionnaire.

Le profil des répondants : 62 % avaient entre 25 et 35 ans et 76 % étaient de sexe féminin. Petite ombre, l'échantillon comporte 23 % plus de femmes que la population de généralistes montréalais exerçant depuis moins d'une décennie. Malgré ce biais, les résultats du sondage sont très intéressants. « Ils reflètent peut-être l'avenir. Dans les programmes de formation en médecine familiale on voit une proportion de femmes d'environ 75 %, et même de 80 % », explique la D<sup>re</sup> Lise Cusson, qui a présidé le Comité des jeunes médecins.

Dans cet échantillon très féminin, 54 % des répondants ont des enfants. La moitié reconnaissent

### Pourquoi les jeunes médecins ont-ils choisi Montréal ?



que le fait d'être parent a influé sur leur modèle de pratique, leur organisation et les heures de travail. Parallèlement, 42 % de ceux qui envisagent d'avoir des enfants prévoient diminuer leur nombre d'heures de travail. « Le pourcentage n'étonne pas vraiment, puisque c'est encore le plus souvent les femmes qui assument la double tâche », mentionne le rapport.

La plupart des jeunes médecins interrogés travaillent entre 30 et 50 heures par semaine (figure 1). Néanmoins, 27 % pratiquent 50 heures et plus. Même si 79 % sont satisfaits de leur nombre d'heures de travail, 38 % songent à le réduire. Bien des médecins ont mentionné



**« Les jeunes médecins choisissent la médecine générale par intérêt, pour le défi intellectuel qu'elle offre, parce que c'est un champ de pratique qu'ils aiment »**

— D<sup>re</sup> Lise Cusson

qu'ils voulaient alléger leur horaire de travail pour des raisons familiales.

« Les jeunes médecins ne travaillent pas nécessairement moins d'heures que la population générale, précise la D<sup>re</sup> Cusson. Toutefois, ils pratiquent moins d'heures que les médecins d'autrefois. Ils tiennent à garder de la place pour autre chose dans leur vie, ce qui correspond aux valeurs de leur génération. Peut-être est-ce plus sain. C'est un fait dont on devra tenir compte dans l'évaluation des effectifs médicaux nécessaires. »

### **Heureux de prendre en charge une clientèle**

Les jeunes omnipraticiens montréalais aiment la médecine générale. Ainsi, 71 % sont heureux de leur vie professionnelle. Leurs principales sources de satisfaction ? Le défi et la stimulation intellectuels (87 %), les relations avec les patients (83 %), la variété de la pratique (77 %) ainsi que la possibilité de gérer leur horaire (69 %).

Pour la majorité des répondants, la médecine familiale était leur premier choix de résidence.

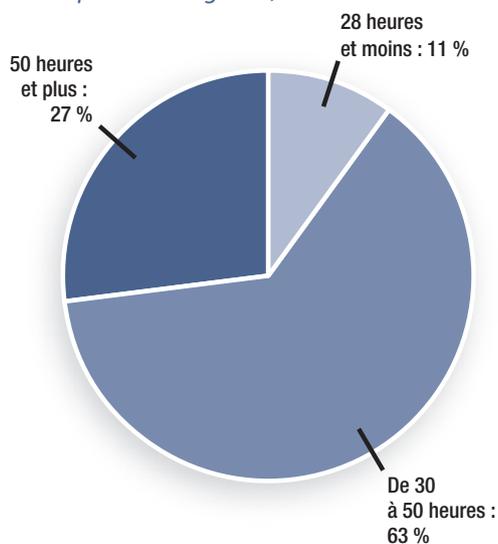
« Les jeunes médecins choisissent la médecine générale par intérêt, pour le défi intellectuel qu'elle offre, parce que c'est un champ de pratique qu'ils aiment », explique la D<sup>re</sup> Cusson qui a été particulièrement frappée par ces résultats.

Le type de pratique qu'ont choisi les jeunes généralistes dément certains préjugés : 63 % prennent en charge et suivent une clientèle. Moins étonnant, 44 % donnent des soins aux patients hospitalisés et 39 % exercent aux urgences (figure 2). Par ailleurs, 60 % enseignent également. Ils ont choisi tous ces domaines pour l'intérêt et le défi qu'ils offrent. Par contre, pour les soins à domicile, pratique de 16 % des répondants, la motivation première est de répondre aux besoins de la population (76 %), même si beaucoup (53 %) ont sélectionné cette activité pour son intérêt.

« Il est réjouissant de constater que l'intérêt, le défi de la pratique est toujours au premier rang des raisons pour choisir un champ d'exercice, sauf pour les soins à domicile où c'est le besoin de la population qui est le premier facteur

**Figure 1.**  
**Nombre moyen d'heures consacrées au travail**

(contact direct avec les patients, gestion des appels et des résultats, discussions de cas avec des collègues ou des spécialistes et gardes)



(ceci étant évidemment une raison tout aussi intéressante) », souligne le rapport du sondage.

Il ne faut cependant pas sous-estimer le poids des activités médicales particulières (AMP). Cette obligation a été l'un des facteurs importants dans la décision de beaucoup de jeunes médecins (de 42 % à 57 % selon les secteurs) qui ont choisi les soins au malade hospitalisé, l'obstétrique, la pratique dans les établissements de soins de longue durée, les soins à domicile et la réadaptation.

### L'importance d'un bon soutien

Même si beaucoup de nouveaux omnipraticiens prennent en charge et suivent des patients, un certain nombre sont rebutés par la lourdeur de la clientèle. Plusieurs répondants soulignent, dans leurs commentaires, la difficulté de suivre des patients ayant des maladies chroniques ou des problèmes psychosociaux, l'accès ardu au plateau technique et aux consultants, ainsi que les

tâches administratives qui doivent être effectuées.

Qu'est-ce qui pourrait faire changer d'avis les quelque 58 répondants qui ne prenaient pas en charge une clientèle ?

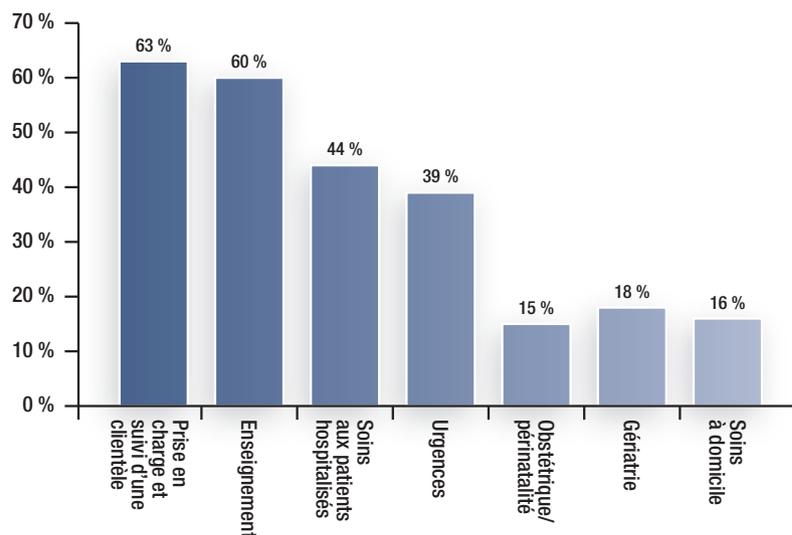
- pour 85 %, un accès facile aux résultats des tests ;
- pour 85 %, une infirmière sur place ;
- pour 81 %, une majoration de la rémunération ;
- pour 80 %, un accès facile aux consultants ;
- pour 77 %, une gestion personnalisée de leur horaire ;
- pour 75 %, une infirmière de liaison.

« C'est tout le soutien à la pratique qui est important dans le fond, résume la D<sup>re</sup> Cusson. Il y a peut-être des jeunes médecins qui sont prêts à prendre en charge des patients s'ils peuvent avoir du soutien, mais qui ne s'engageront pas dans cette activité s'ils doivent travailler avec un certain niveau d'insécurité. »

Pour l'ensemble des jeunes généralistes sondés, certains éléments sont importants pour avoir un environnement de travail intéressant. La presque totalité cite l'ambiance de travail, la possibilité de gérer son horaire, l'accès aux spécialistes, les services d'une infirmière, la collaboration avec les collègues et l'accès au plateau technique.

(Suite à la page 14) >>>

**Figure 2.**  
**Champs de pratique des répondants**



### **Les AMP sont-elles encore nécessaires ?**

Dans un monde idéal où il n'y aurait ni AMP ni PREM ni contrainte, les jeunes médecins exerceraient-ils les mêmes activités médicales ? La plupart garderaient le même profil de pratique. « Lorsqu'ils songent à le modifier, les commentaires mentionnent surtout un réajustement des heures travaillées. Ce résultat paraît surprenant à première vue. Toutefois, il ne faut pas oublier que les jeunes médecins choisissent d'abord leur pratique en fonction de l'intérêt, du défi de la pratique et qu'ils sont globalement satisfaits au plan professionnel », indique le rapport.

À la lumière de ces données pourrait-on modifier les AMP ? Le rapport fait une mise en garde à ce sujet. « Si on met le suivi et la prise en charge comme AMP au même niveau que les priorités 2 (hospitalisation courte durée), 3 (hébergement, longue durée et réadaptation) et 4 (obstétrique) il peut se produire un glissement des effectifs vers la prise en charge et créer une pénurie dans les champs 2, 3 et 4. Cela démontre qu'il y a un choix philosophique à faire entre le fait de favoriser la première ou la deuxième ligne. »

Ces données semblent indiquer qu'il faut poursuivre le « développement de modèles de groupe bien encadrés et soutenus comme les GMF et les cliniques-réseau. Le développement d'autres modèles favorisant un travail en équipe interdisciplinaire et le partage des responsabilités pourrait aussi combler les attentes des jeunes médecins », selon le rapport.

### **La rémunération : importante ou non ?**

Qu'est-ce qui déplaît aux jeunes omnipraticiens ? De manière générale, leurs principales sources d'insatisfaction consistent dans la bureaucratie (55 %) et le manque d'accès au plateau technique et aux spécialistes (54 %). Cinquante et un pour cent ont aussi mentionné leur rémunération insuffisante. « Certains de ces médecins étaient peut-être rétribués à tarif horaire et pénalisés par les échelons salariaux au moment de répondre au sondage », précise la présidente du Comité des jeunes médecins.

Le rapport, de son côté, mentionne que « le niveau de rémunération n'est pas aussi important qu'on ait pu le croire. » La rétribution ne vient pas en tête des raisons motivant les jeunes omnipraticiens à choisir un secteur. Sauf dans deux domaines où elle arrive au deuxième rang : aux soins intensifs et aux urgences. « En général, les jeunes médecins ne veulent pas être sous-payés, mais ils ne font pas leur choix qu'en fonction de la rémunération », précise la D<sup>re</sup> Cusson.

Les jeunes généralistes montréalais pensent néanmoins que la priorité de la FMOQ dans les

### **Des données inquiétantes**

#### **Quitter la province, abandonner la médecine ou aller dans le secteur privé**

Le sondage recèle des données troublantes. Ainsi, 46 % des jeunes médecins ont sérieusement songé à aller exercer dans une autre province ou un autre pays parce qu'ils étaient insatisfaits de leur pratique. Et 33 % ont envisagé d'aller travailler dans le secteur privé pour cette raison. « Ce sont des pourcentages importants. Les gens qui ont considéré ces solutions veulent probablement faire de la médecine générale, mais pas dans les conditions qu'on leur offre. Je ne peux faire autrement que de voir un parallèle avec le phénomène des étudiants en médecine qui sont de plus en plus nombreux à faire leur résidence à l'extérieur du Québec », analyse la D<sup>re</sup> Cusson.

Autre donnée encore plus inquiétante, 27 % des répondants ont sérieusement pensé à abandonner la profession médicale. « Quand on songe à quitter la médecine, ce n'est plus seulement une question de conditions de travail. Cela signifie que l'on est vraiment malheureux », affirme la D<sup>re</sup> Cusson, qui ne s'explique pas un pourcentage aussi élevé. Le sondage est malheureusement muet tant sur le moment où les médecins ont eu envie de tout quitter que sur les causes de leur insatisfaction. Cette donnée est d'autant plus mystérieuse que la plupart des répondants étaient omnipraticiens par choix et qu'un grand nombre travaillaient dans des domaines qui les intéressaient. « On se pose beaucoup de questions », avoue l'enseignante.

négociations devrait être la rémunération (74 %), si l'on exclut la question des AMP et des PREM. Ils désirent entre autres que la Fédération réduise l'écart entre la rétribution des omnipraticiens du Québec et celle de leurs confrères des autres provinces (73 %), mais aussi la différence de rémunération entre généralistes et spécialistes (56 %).

Le portrait du jeune médecin montréalais qui ressort du sondage est rafraîchissant. Moins centré sur la carrière que son aîné, il n'en reste pas moins passionné par la médecine. En fait, jeune et vieux médecins se ressemblent encore beaucoup. La D<sup>re</sup> Cusson qui enseigne dans une unité de médecine familiale n'en est pas étonnée. « On voit l'étincelle dans les yeux des étudiants. La passion est là. Probablement que les jeunes ont les mêmes centres d'intérêt que leurs aînés. Par contre, les valeurs concernant la conciliation travail-famille sont différentes. Mais pour ce qui est de la médecine comme telle, les mêmes choses les stimulent. »

## Redressement de la rémunération quand commenceront les nouveaux tarifs ?



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers

À partir du 1<sup>er</sup> octobre, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) sera en mesure de rémunérer les omnipraticiens selon les nouveaux tarifs destinés à redresser leur rétribution. Cette augmentation, qui doit permettre aux généralistes québécois de rattraper en partie la rémunération de leurs collègues canadiens, varie de 2 % à 5 % selon

le secteur et le lieu de pratique du médecin. La même hausse se répétera l'an prochain.

Selon l'entente, le rattrapage commençait le 1<sup>er</sup> avril dernier. La RAMQ versera donc un montant rétroactif en deux fois : un premier paiement devrait avoir lieu en novembre pour corriger la rémunération des mois d'avril, de mai et de juin et un second en février 2009, pour les mois de juillet, d'août et de septembre.

Le calcul des nouveaux tarifs a été laborieux, tant pour la FMOQ que pour le ministère de la Santé et des Services sociaux. « Il fallait convenir avec le Ministère du taux d'augmentation qui s'applique à chaque code d'acte et s'assurer de respecter les majorations spécifiques de chaque secteur », explique le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la Fédération. Ces bonifications s'ajoutent à la hausse annuelle de 2 % qui est versée depuis avril et qui a été négociée dans le dernier accord-cadre de 2006.

### Tarif horaire et honoraires fixes

Les médecins payés à honoraires fixes, eux, bénéficient de leurs nouveaux tarifs depuis le 5 juin et ceux qui sont rétribués à tarif horaire, depuis le 11 juin.

D'une part, leur rémunération a été augmentée de 3 % pour tenir compte du redressement, et, d'autre part, l'échelle de rémunération a été abolie pour les plus jeunes. Puisque ces mesures commençaient le 1<sup>er</sup> avril dernier, la Régie effectuera une révision de la rémunération pour les services facturés jusqu'au 5 ou 11 juin. Ces hausses s'additionnent, en outre, à la majoration annuelle de 2 % qui a été fixée dans la dernière entente générale de 2006.

Les nouveaux taux ont pu être en vigueur plus tôt pour les médecins payés à tarif horaire et à honoraires fixes, parce que leur système de rémunération est plus simple que celui des omnipraticiens rétribués à l'acte. « Il était également particulièrement important d'éviter une rétroactivité pour les médecins payés à honoraires fixes pour qu'ils reçoivent les pleins bénéfices des majorations. Quand la RAMQ verse une somme rétroactive, il n'y a pas d'augmentation du montant payable au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ni de la somme couverte par l'assurance-invalidité et l'assurance-vie », précise le D<sup>r</sup> Desrosiers. ☞

## Prix Kenneth-Wilson Mention pour Le Médecin du Québec

Nicole Audet

L'article « Médecine personnalisée et pharmacogénomique : une révolution à nos portes », publié en décembre dernier dans *Le Médecin du Québec*, s'est classé parmi les cinq meilleurs dans la catégorie « Meilleur article professionnel » du concours pancanadien Kenneth-Wilson. Organisé par la Canadian Business Press, ce concours était ouvert aux publications professionnelles ainsi qu'à celles du monde des affaires et de l'agriculture.

La catégorie dans laquelle s'est présenté *Le Médecin du Québec* regroupait des articles sur une nouvelle technologie, une méthode récente, une technique prometteuse ou une nouvelle pratique dans le secteur juridique, médical ou financier.

Signé par la journaliste du *Médecin du Québec*, M<sup>me</sup> Emmanuèle Garnier, l'article « Médecine personnalisée et pharmacogénomique » se penchait sur l'utilisation de l'information génétique pour prédire en partie la réaction d'un patient à un médicament. La pharmacogénomique est l'une des bases de la médecine personnalisée qui permettra, dans un avenir très proche, de prescrire le médicament le plus approprié à un patient. Actuellement, les traitements pharmacologiques ne fonctionnent en moyenne que sur une personne sur deux, selon certains experts. ☞

# Le nouveau ministre de la Santé

## le D<sup>r</sup> Yves Bolduc

Francine Fiore



D<sup>r</sup> Yves Bolduc

Devenir ministre de la Santé, ça change la vie d'un médecin ! Du jour au lendemain, celle du **D<sup>r</sup> Yves Bolduc**, médecin de famille à Alma, au Lac-Saint-Jean, fut complètement bouleversée. « La veille, je faisais de l'urgence, et, soudain, le lendemain, je me retrouve à Québec. Je n'ai plus le droit de conduire mon automobile, j'ai un chauffeur et des gardes du corps. C'est une perte d'autonomie prématurée

complète. Mais c'est un travail très agréable qui me convient parfaitement. »

Depuis quelques décennies, on observe une volonté de la part des médecins de s'engager sur le plan politique. Il suffit de penser aux **D<sup>rs</sup> Camille Laurin, Denis Lazure, Pierre-Marc Johson** et, bien sûr, **Philippe Couillard**, pour ne nommer que ceux-là. « Si les médecins souhaitent améliorer les choses et faire accepter leurs idées, le passage en politique est obligatoire, affirme le D<sup>r</sup> Bolduc. On reproche souvent aux politiciens de ne pas connaître leurs dossiers à fond, mais il y a des dossiers médicaux qui sont difficiles à maîtriser pour un non-médecin, bien qu'il puisse être un bon ministre de la Santé. »

Homme de terrain et penseur, le D<sup>r</sup> Bolduc était sans contredit un bon candidat. Diplômé en médecine de l'Université Laval à Québec, le D<sup>r</sup> Bolduc détient une maîtrise de l'École nationale d'administration publique (ENAP) et un diplôme en bioéthique de l'Université du Québec à Chicoutimi. Médecin de famille et urgentologue, le D<sup>r</sup> Bolduc a toujours eu, au-delà de la médecine, un grand intérêt pour la gestion de la santé.

### Place aux médecins de famille

Conscient des faiblesses du réseau de la santé, le ministre Bolduc a pour priorité l'accès aux soins, notamment dans les domaines des urgences, de la chirurgie et de la médecine familiale. À son avis, les urgences et la chirurgie ont déjà bénéficié de certaines améliorations. « Ce qu'il faut régler maintenant c'est l'accès aux médecins de famille. Il faut viser une proportion de 50 % de médecins de famille et de 50 % de spécialistes comparativement aux 40 % et 60 % actuellement. Il est donc nécessaire d'augmenter les cohortes et de faire la promotion de la médecine familiale. »

Cette volonté de permettre à tous d'avoir enfin accès à un médecin de famille n'a rien d'une utopie. Il s'agit d'un projet bien réel. « Pour le réaliser, les médecins devront travailler en équipe, affirme le ministre. Je faisais partie d'un groupe de médecine de famille (GMF), et c'est une pratique que je préconise. De plus, il faut établir un système afin que les médecins assurent des gardes de façon régulière, mais pas trop fréquentes non plus. Chaque région doit avoir son propre plan d'organisation afin que les patients puissent consulter un médecin de famille facilement dans un cabinet. Cela signifie qu'il faut avoir une bonne organisation sur le plan des cabinets et avoir une charge raisonnable de travail à l'hôpital. » Le ministre Bolduc compte discuter des moyens d'atteindre son but avec ses partenaires que sont, entre autres, la FMOQ, les agences et les départements de médecine familiale. Il considère, par ailleurs, que les médecins de la base doivent dire ce qu'ils entendent comme amélioration dans leur milieu.

### La méthode Toyota

Bien connu pour l'application de la fameuse « méthode Toyota » aux urgences et au bloc opératoire de l'Hôpital d'Alma, sa ville natale, ainsi qu'au bloc opératoire du Centre hospitalier de Val-d'Or, le D<sup>r</sup> Bolduc estime que cette formule est seulement un outil parmi tant d'autres. « J'ai appliqué les principes de Toyota qui consiste à utiliser ce que l'on appelle le "juste à temps". Cela signifie d'éviter le gaspillage,

d'éliminer les tâches inutiles et de faire une utilisation optimale des ressources afin de gagner du temps et de mieux fonctionner. » Selon le D<sup>r</sup> Bolduc, il n'est pas choquant d'appliquer au traitement des patients une méthode utilisée dans le secteur de l'automobile. « La méthode Toyota est d'abord une culture et une philosophie », précise-t-il.

À Alma, le D<sup>r</sup> Bolduc laisse un héritage des plus précieux. « Son approche fut justement de travailler en concertation et d'établir une liaison très étroite entre l'équipe médicale et l'équipe administrative, indique **M. Bertin Riverin**, directeur général de l'Hôpital d'Alma. Dans les années 1990, période où les établissements ont diminué leur capacité d'accueil afin de s'adapter aux nouvelles orientations ministérielles, le D<sup>r</sup> Bolduc s'est occupé de la gestion des lits. Nous avons fermé des lits comme partout, mais nous avons conservé environ 22 places excédentaires, soit entre 15 % et 18 % de notre capacité d'accueil totale. Il s'agit d'une sorte de coussin pour faire face aux situations difficiles. Ce fut extrêmement positif pour la gestion des urgences. En conservant des lits disponibles pour les personnes devant être hospitalisées, nous évitons des durées de séjour de 48 heures et plus à l'urgence. »

En chirurgie, le D<sup>r</sup> Bolduc a aussi eu recours à la concertation. Il a favorisé le dialogue entre les membres de l'équipe chirurgicale et l'administration afin que le bloc opératoire fonctionne le plus efficacement possible. « Les heures d'ouverture du bloc opératoire sont utilisées d'une manière optimale, dit M. Riverin. Il n'y a presque pas de perte de temps entre les cas ni de retard sauf exception, et autant que possible, pas d'annulation d'interventions chirurgicales. Nous n'avons ainsi pratiquement pas de liste d'attente. »

Au GMF dont il faisait partie, le D<sup>r</sup> Bolduc était également fort apprécié de ses confrères. « Dès son arrivée dans notre région, il s'est joint au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, rappelle le **D<sup>r</sup> Guy Verreau**, médecin responsable de la Clinique médicale d'Alma. Il a la fibre de l'organisation et il l'a démontré. Il ne refuse pas beaucoup de dossiers. »

En annonçant la nomination du D<sup>r</sup> Bolduc comme nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le premier ministre du Québec, **M. Jean Charest**, a souligné le fait que le médecin connaît très bien le réseau de la santé. « Il a travaillé dans plusieurs établissements et a fait de l'amélioration de l'accès aux services sa marque de commerce. Par exemple, dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, il a obtenu des résultats exceptionnels en matière d'accessibilité aux services. C'est un homme de très grand talent et un homme d'expérience que j'accueille dans notre équipe avec beaucoup d'enthousiasme. » 📞

# Par quelle mesure remplacerait-on les PREM ?

Entrevue avec le D<sup>r</sup> Jean-Yves Boutet



D<sup>r</sup> Jean-Yves Boutet

Photo : Emmanuelle Garnier

*Le D<sup>r</sup> Jean-Yves Boutet, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest-du-Québec, est inquiet quand on invoque la possibilité d'éliminer les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Il en craint les contrecoups pour les régions éloignées.*

**M.Q. – En tant que président d'une association régionale, que pensez-vous du fait que les PREM sont souvent remis en question.**

**J.-Y. B. –** Je sais que l'on discute beaucoup actuellement de la pertinence des PREM. Selon les jeunes

médecins, il s'agit d'une contrainte importante qui peut les inciter à quitter le Québec. Si l'on élimine les PREM, il faudrait rétablir un différentiel de rémunération beaucoup plus attrayant pour que les jeunes médecins aient envie de s'installer en région. Quand le « décret punitif » a été aboli, il y a quelques années, le pouvoir d'attraction des régions a beaucoup diminué. Auparavant, un jeune médecin qui s'installait à Montréal recevait une rémunération de 70 % durant les trois premières années de sa pratique, mais de 115 % en région. La différence était alors de 45 %. Maintenant, les médecins sont rémunérés au moins à 100 % lorsqu'ils respectent les PREM et font leurs activités médicales particulières (AMP). En Abitibi-Témiscamingue, le jeune médecin reçoit, pendant les quatre premières années, une rémunération de 120 % lorsqu'il pratique en cabinet et de 130 % s'il exerce à l'hôpital (*encadré*). Cette augmentation de 20 % ou de 30 % n'est pas aussi attrayante qu'un différentiel de 45 %.

**M.Q. – Demandez-vous que l'on rétablisse l'écart de 45 % entre les grands centres et les régions ?**

**J.-Y. B. –** La différence de 45 % était très bien en Abitibi-Témiscamingue. La rétribution actuelle de 120 % ou de 130 % est moins attrayante,

surtout si on la compare à la rémunération des spécialistes qui est de 145 % en commençant. Je pense qu'il faut obtenir des modalités différentes de rémunération pour les omnipraticiens en région et, surtout, une augmentation du différentiel permettant de compenser l'effet de l'abolition du « décret punitif ».

**M.Q. – Est-ce qu'une rétribution de 145 % a l'effet escompté pour les spécialistes ?**

**J.-Y. B. –** Actuellement, on a plus de spécialistes que de généralistes. C'est plus facile d'attirer des spécialistes, entre autres parce que leur majoration est plus intéressante. En médecine générale, par contre, il y a vraiment une pénurie. Il est impossible pour un patient qui arrive en Abitibi de se trouver un médecin de famille. La pratique en cabinet privé est d'ailleurs délaissée par les jeunes médecins qui préfèrent travailler en établissement.

**M.Q. – Vous aimeriez que la rémunération de la pratique dans les cabinets privés soit plus élevée ?**

**J.-Y. B. –** Nous souhaitons que la majoration des tarifs dans les cabinets soit la même que dans les établissements uniquement pour la prise en charge et le suivi de la clientèle vulnérable. Nous ne suggérons pas une hausse des tarifs pour tous les patients, parce qu'il ne faut pas que la majoration s'applique aux consultations sans rendez-vous. L'objectif est d'inciter les médecins à prendre en charge des patients « orphelins » et des clientèles vulnérables en cabinet. On se demande d'ailleurs pourquoi le taux de majoration auquel a droit un médecin est plus élevé lorsqu'il voit un patient en établissement que dans un cabinet privé.

**M.Q. – Est-ce que cette mesure inciterait les jeunes omnipraticiens à pratiquer davantage dans les cabinets privés ?**

**J.-Y. B. –** Nous l'espérons. Il faut leur offrir un incitatif. Les jeunes médecins se demandent pourquoi travailler dans un cabinet privé avec tous les frais et les responsabilités que cela implique si, en plus, ils sont moins bien rémunérés. De plus, comme ils font déjà leurs AMP à l'hôpital, ils essaient de faire toutes leurs activités en établissement.

## Comparaison de la rémunération des omnipraticiens et des spécialistes en Abitibi-Témiscamingue

### Rémunération des généralistes

Lieu de pratique	1 <sup>re</sup> année	4 <sup>e</sup> année	20 <sup>e</sup> année
Établissement de soins	130 %	135 %	140 %
Cabinet privé	120 %	125 %	125 %

### Rémunération des spécialistes

Conditions	Taux
Exercer principalement sur le territoire et pratiquer dans un établissement de façon régulière et continue	145 %

**M.Q. – Pourtant, les jeunes médecins qui commencent à pratiquer dans un cabinet privé ont droit à un forfait de 100 \$ pour chacun des 150 premiers patients.**

**J.-Y. B. –** Les jeunes médecins se méfient de cette mesure. Ils ont l'impression qu'il y a anguille sous roche. Pourtant, on leur précise que ce forfait leur est accordé parce qu'ils sont moins rapides et qu'ils doivent se faire une clientèle. Mais en région cette mesure n'a pas eu un effet de levier important. Si un jeune médecin pratique dans un cabinet privé, c'est parce qu'il en a envie.

**M.Q. – Qu'en est-il du PREM de votre région ?**

**J.-Y. B. –** Il est partiellement comblé. Les PREM sont remplis à environ 90 % à Rouyn-Noranda, à La Sarre et à Amos et à quelque 70 % à Val-d'Or. Cette dernière ville a perdu beaucoup de médecins et son service des urgences s'en ressent.

**M.Q. – Si jamais votre PREM était rempli, est-ce que vos besoins seraient comblés ?**

**J.-Y. B. –** Il faut savoir que le PREM est établi en fonction du nombre de nouveaux médecins diplômés, ce n'est donc pas le PREM idéal. Donc, même si notre PREM était atteint, les besoins de la région ne seraient pas entièrement comblés, parce que nos médecins exercent en cabinet, mais aussi à l'urgence et s'occupent des patients hospitalisés. La pratique en région est exigeante parce que les omnipraticiens doivent faire beaucoup de travail de deuxième ligne.

**M.Q. – Est-ce que vous sentez l'épuisement de vos membres ?**

**J.-Y. B. –** Absolument ! Des omnipraticiens nous disent en avoir assez et souhaitent restreindre ou cesser leur pratique à l'hôpital, parce qu'ils ne peuvent plus remplir leurs obligations. Il faut que les médecins sachent que l'on fait un effort pour attirer d'autres généralistes. La pratique que l'on propose aux jeunes médecins est très intéressante, mais il faut leur offrir d'autres choses attrayantes. Ce qu'ils vont prendre en considération après l'intérêt du travail, ce sont la qualité de vie et la rémunération.

**M.Q. – En ce qui concerne les groupes de médecine de famille (GMF), où en est l'informatisation ?**

**J.-Y. B. –** En fait, nous devrions avoir accès aux résultats d'examen de laboratoire par informatique, mais ce service n'est pas encore offert. Il est question de créer un site Web Info-Santé, mais il n'y a pas de concertation sur le choix d'un système de communications. Il faudra déployer beaucoup d'énergie pour que cela fonctionne.

**M.Q. – Les médecins disposent-ils d'ordinateurs dans leur GMF ?**

**J.-Y. B. –** Cela dépend des GMF et des budgets accordés. À Rouyn-Noranda, par exemple, il y a 18 ordinateurs pour 30 médecins. L'in-

formatisation est donc lente et laborieuse. Lorsque l'on téléphone à l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue on parle à quelqu'un qui nous dirige vers une autre personne qui nous renvoie à une troisième. Il est difficile de trouver des gens responsables pour faire avancer les dossiers. À l'opposé, au Lac-Saint-Jean on sent qu'il y a eu une volonté d'obtenir des résultats et l'on a rendu des gens responsables.

**M.Q. – À quoi vous servent vos ordinateurs ?**

**J.-Y. B. –** Les gens les utilisent un peu pour envoyer des courriels.

**M.Q. – Mais sur le plan clinique ?**

**J.-Y. B. –** Dans notre GMF, tous les formulaires utilisés quotidiennement sont mis dans les ordinateurs des médecins. Au lieu de chercher des feuilles, ils ont accès à toute l'information rapidement. Ce fut une décision locale.

**M.Q. – Dans le Nord-Ouest-du-Québec, plusieurs omnipraticiens pratiquent comme anesthésistes. Leurs conditions de rémunération vous préoccupent ?**

**J.-Y. B. –** Les omnipraticiens qui font de l'anesthésie en établissement sont déçus, car ils reçoivent une hausse de 5 % alors que les anesthésistes ont eu une augmentation beaucoup plus importante lors de leurs dernières négociations. On risque de perdre ces omnipraticiens. Ils ont reçu une formation en anesthésie et ont une certification dans ce domaine. Ils font exactement le même travail que les spécialistes, soit de l'anesthésie, des gardes, etc. Il n'y a pas beaucoup d'omnipraticiens-anesthésistes et en région ils sont très précieux. Cette situation m'inquiète comme président, parce que si l'on a une rupture de service, la situation va être grave. Je pense qu'on doit être sensible aux demandes des généralistes-anesthésistes et apporter les corrections nécessaires.

**M.Q. – Quelles sont les réactions des médecins en ce qui concerne le plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille négocié avec le gouvernement ?**

**J.-Y. B. –** Les médecins sont très satisfaits des majorations obtenues de 2008 à 2010. L'allongement de la liste des clientèles vulnérables a également été apprécié. En ce qui concerne la prise en charge de patients « orphelins », les omnipraticiens sont un peu perplexes, même s'ils estiment que la mesure est intéressante. Ils trouvent qu'ils ne sont pas assez nombreux pour que l'un d'eux se consacre à la coordination des clientèles « orphelines ». Par contre, le nouveau tarif pour le congé de l'hôpital est vraiment très apprécié ainsi que le volet pour l'enseignement, car nous recevons de nombreux résidents. Il y a des unités de médecine familiale à Val-d'Or, à Rouyn-Noranda et à Amos-La Sarre, et les médecins sont très engagés dans l'enseignement. ☺

# La FMRQ

## le D<sup>r</sup> Martin Bernier réélu à la présidence

Francine Fiore



Photo : Emmanuelle Garnier

D<sup>r</sup> Martin Bernier

Réélu par acclamation pour un quatrième mandat à la présidence de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), le **D<sup>r</sup> Martin Bernier** redouble d'énergie et d'enthousiasme pour sa mission.

Depuis son arrivée à la présidence, le D<sup>r</sup> Bernier estime que l'un des gains importants de la Fédération est la réinsertion d'un permis d'exercice restrictif permettant le dépannage (*moonlighting*). « Les résidents

ayant fait 18 mois de formation en médecine familiale ainsi que les résidents 5 et plus en spécialité peuvent maintenant obtenir un permis restrictif de pratique. » Selon le président, non seulement cette mesure profite-t-elle aux établissements qui ont des pénuries d'effectifs, mais elle permet aux médecins résidents d'acquérir une expérience de travail différente et une plus grande autonomie professionnelle, tout en leur assurant un revenu supplémentaire. « Et ce qui est bien, c'est que le dépannage pourra se faire dans tous les établissements du Québec où il y aura des besoins, sauf bien sûr celui où le médecin résident est en stage », dit-il.

Un autre gain que le D<sup>r</sup> Bernier considère comme très important est la prime de garde pour tous les médecins résidents, une mesure négociée lors de la dernière entente collective (2007-2010). Le président soutient toutefois que cette prime doit être bonifiée. « Travailler durant vingt-quatre heures consécutives n'est pas l'idéal, souligne-t-il. Le médecin fatigué est

plus susceptible de faire des erreurs. Il faut explorer d'autres modèles. » Cette question sera très certainement à l'ordre du jour des prochaines négociations, tout comme les horaires de garde.

Bien sûr, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) demeurent une préoccupation importante pour les médecins résidents. « Nous voulons aider les régions en pénurie, mais il ne faudrait pas pour autant occulter les besoins des médecins », soutient le président de la FMRQ. Selon le D<sup>r</sup> Bernier, la distribution des postes devrait idéalement se faire en tenant compte non seulement des besoins de la population, mais aussi des orientations professionnelles des médecins et de leurs contraintes personnelles, notamment sur le plan familial.

Par ailleurs, le président de la FMRQ est préoccupé par les postes de résidence en médecine familiale restés vacants alors qu'une multitude de personnes n'ont pas accès à un médecin de famille. « Nous explorerons diverses avenues pour trouver des moyens de valoriser la médecine familiale et d'attirer les étudiants en médecine vers cette pratique. Actuellement, la médecine familiale est associée aux activités médicales particulières (AMP), ce qui n'existe pas en médecine spécialisée. Cette contrainte enlève de l'attrait à l'omnipraticque. Il faudra aussi revoir les programmes de formation afin que les médecins de famille jouent un rôle de mentor auprès des médecins en formation. »

Tout en favorisant le maintien d'un système public fort, le D<sup>r</sup> Bernier soutient qu'il faudra encourager le recours à de nouveaux modes de financement et de prestation de soins pour assurer des services à moindres coûts et, éventuellement, améliorer l'accès aux soins.

En 2008-2009, le D<sup>r</sup> Bernier sera épaulé dans ses fonctions au conseil de direction par les **D<sup>rs</sup> Jean Archambault**, secrétaire, et **Marie-Andrée Girard**, trésorière de la Fédération. Ils ont été réélus à leur poste respectivement pour la deuxième et la quatrième année consécutive. 🍷

## Association de l'Ouest-du-Québec deuxième édition du Bottin



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Marcel Guilbault

L'Association des médecins omnipraticiens de l'Ouest-du-Québec (AMOOQ) vient de publier la deuxième édition de son *Bottin*. « Ce document a été conçu pour aider les médecins dans leur travail de tous les jours », explique le D<sup>r</sup> Marcel Guilbault, président de l'AMOOQ.

Le document contient de précieuses informations comme la liste de tous les spécialistes de la région, leurs coordonnées et la manière de leur adresser un patient. Pour chaque consultant, le *Bottin* indique s'il faut faire la demande par télécopieur, par la poste ou par téléphone ou encore prier le patient de prendre lui-même rendez-vous.

Le document contient également le code des médicaments d'exception et un aide-mémoire pour la facturation. On y trouve aussi la liste des omnipraticiens de la région, ainsi que celle des CLSC, des cliniques privées, des hôpitaux et les coordonnées de différentes ressources.

L'outil est particulièrement pratique pour les jeunes médecins qui s'installent dans la région.

« Quand ils arrivent, ils ne connaissent absolument personne et ignorent quelles sont les ressources existantes.

Chaque année, on fait un souper pour les rencontrer et maintenant on leur remet un bottin », indique le D<sup>r</sup> Guilbault.

Dans le domaine syndical, le *Bottin* fournit des renseignements sur l'AMOOQ, donne la liste des membres de son Bureau et indique le système de pyramide téléphonique dont l'Association se sert pour communiquer avec les omnipraticiens de la région. Le document n'a, par ailleurs, rien coûté à l'association : il a été entièrement financé par des commanditaires. 📶



# Mieux vivre avec notre enfant

**De la grossesse à deux ans**

*De Nicole Doré et Danielle Le Hénaff*



Trente ans après la première édition du guide *Mieux vivre avec son enfant de la naissance à deux ans*, voici la nouvelle version de 2008 intitulée *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*. Né en 1977, le précieux document est enrichi de deux nouvelles sections, une sur la grossesse et une

autre sur l'accouchement.

Évidemment, la première partie du livre porte sur le fœtus, la santé durant la grossesse et la préparation à l'arrivée du bébé. La seconde décrit le déroulement de l'accouchement, les premiers jours suivant la naissance, le développement du bébé, l'allaitement, etc. On y trouve, en outre, des renseignements sur les programmes et les services gouvernementaux – dont l'aide financière – contenus dans le guide *Devenir parent* de Services Québec.

Des services offerts par le CLSC avant et après la naissance, aux exercices pour soulager les maux de dos, en passant par la dépression postnatale, l'alimentation de la maman et du bébé, le poids de ce dernier, sa façon de communiquer, les besoins des autres membres de la famille, cet ouvrage donne une formation complète sur l'art d'être parents.

Ce guide est distribué gratuitement aux femmes enceintes au cours de leur suivi que ce soit au cabinet du médecin, au CLSC ou à la maison de naissance. Les personnes qui adoptent un enfant et les professionnels de la santé peuvent aussi l'obtenir.

On peut commander l'ouvrage par téléphone au 418 643-5150 ou au 1 800 463-2100 ou sur le site Web, au [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca). On peut aussi le consulter dans les sites suivants : en français au [www.inspq.qc.ca/MieuxVivre](http://www.inspq.qc.ca/MieuxVivre) et en anglais au [www.inspq.qc.ca/TinyTot](http://www.inspq.qc.ca/TinyTot).

Édition Institut national de santé publique du Québec, Montréal, 2008, 656 pages, 19,95 \$.