

*Mémoire*  
*L'avenir de la médecine familiale*

AMOQ 2019



## **INTRODUCTION**

L'Association des médecins omnipraticiens de Québec (AMOQ) salue l'initiative de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) d'avoir spécifiquement créé un comité afin de définir ce que sera la médecine familiale de demain. L'AMOQ souhaitant aussi être proactive dans ce processus a produit ce mémoire afin de soutenir le comité sur l'avenir de la médecine familiale dans l'exécution de son mandat.

Connaissant l'intérêt marqué de ses membres pour l'avenir de leur profession, l'AMOQ a donc invité ceux-ci à une journée de réflexion. Le vendredi 5 avril 2019, cinquante-sept (57) médecins ont participé à huit (8) ateliers thématiques sur l'avenir de la médecine familiale. Ceux-ci représentaient une grande diversité des milieux de pratique, toutes les catégories d'âge ainsi qu'une répartition satisfaisante des deux sexes.

Le conseil d'administration (CA) de l'AMOQ a participé majoritairement à la réalisation de l'activité par l'animation des ateliers (10 des 13 membres élus). Ces derniers avaient le mandat de stimuler les discussions, sans toutefois les influencer. Le 9 avril dernier, lors d'une réunion régulière du CA de l'AMOQ, les administrateurs ont ajouté leurs réflexions à celles des 57 participants du 5 avril.

C'est avec fierté que l'AMOQ présente ce mémoire, témoin des discussions s'étant tenues au cours des ateliers. Sans vouloir généraliser, il est probable que ces réflexions soient le reflet de l'opinion des membres de l'Association, en raison d'un échantillonnage assez représentatif, bien que basé sur le volontariat.

## **1. CONTRAT SOCIAL: engagement des médecins de famille dans la société:**

Bien que la notion de contrat social soit implicite, les médecins trouvent pertinent de le préciser. Les termes du contrat renfermeraient des obligations pour le médecin et pour le patient. Le médecin devrait être compétent, accessible, pertinent dans les soins qu'il offre et bienveillant pour son patient. Pour sa part, le patient devrait être proactif dans le maintien de sa santé, être assidu aux traitements et présent à ses rendez-vous.

On a aussi émis l'idée d'un contrat social avec les autorités gouvernementales et les établissements qui en découlent. Ce contrat devrait favoriser l'autorégulation des médecins en préservant le statut de profession libérale et minimiser l'approche réglementaire du ministère de la Santé et des Services sociaux à des fins politiques.

Pour d'autres, le contrat social doit être populationnel et non seulement individuel. Les médecins devraient s'impliquer davantage dans la défense de leurs patients et dans différentes causes touchant la prévention et la promotion de la santé. Les médecins spécialistes, les autres professionnels de la santé et le gouvernement devraient, eux aussi, avoir un contrat social, la santé ne relevant pas uniquement des médecins de famille.

Le contrat social suit l'évolution de la population, beaucoup plus informée et plus exigeante grâce à la disponibilité des réponses sur Internet. La prise de décision partagée, le patient-partenaire ou le patient-expert sont des expressions qui témoignent d'une volonté d'accroître la participation du patient dans la prise en charge de sa santé. Pour atteindre cet objectif, le médecin doit participer à l'éducation à la santé et conseiller la population sur les moyens visant le maintien d'une bonne santé.

L'accessibilité du médecin fait maintenant partie du contrat social. Les médecins sont d'avis que l'accessibilité peut être de groupe et non pas uniquement individuelle. Afin de pouvoir remplir cette obligation d'accessibilité, il faut s'assurer que la province a suffisamment de médecins de famille pour répondre à la demande. De plus, certains patients pourraient recevoir des soins d'un autre professionnel de la santé au sein de l'équipe dont le médecin de famille assume le leadership. En d'autres mots, on doit pouvoir offrir le bon service, au bon patient et au bon moment.

Étant donné que le contrat social est en constante évolution, il devra être adapté par chacune des cohortes de médecins arrivant en pratique.

## 2. MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS EN MÉDECINE DE FAMILLE

Changement notable au cours des dernières années, la pratique de groupe a supplanté la pratique solo, favorisant une interaction bénéfique entre les collègues et une répartition des tâches selon les intérêts de chacun. La polyvalence du médecin en pratique solo a ainsi évolué vers une polyvalence de groupe. Les connaissances nécessaires à la pratique ont augmenté de façon significative et la polyvalence de groupe permet d'offrir plus de services aux patients par des médecins ayant développé une expertise spécifique. De même, la polyvalence de groupe permet de mieux répondre aux exigences accrues des patients. L'effet de groupe a permis une meilleure réaction à l'augmentation de la charge de travail des médecins de famille à la suite du retrait des spécialistes dans la prise en charge et du retour des patients vers le médecin de famille.

Autre changement dans l'organisation des soins et services, la santé des patients est maintenant tributaire d'une équipe de professionnels dont le chef d'orchestre est et doit être le médecin de famille. Dans l'équipe, il est celui qui a le plus de polyvalence et qui a reçu, de par sa formation, le plus d'expositions à des situations cliniques diversifiées; il est celui qui peut faire la distinction parmi les causes multiples des problèmes de santé. On note un risque de perdre cet objectif de leadership s'il y a trop de mini-spécialisations. Ce risque est cependant minimisé par la polyvalence de groupe plutôt qu'individuelle.

Les groupes de médecine de famille (GMF) se sont imposés comme le mode de pratique principal pour les médecins de famille au cours des dernières années. Plusieurs avantages à cette pratique ont été notés par les participants : le travail d'équipe, la multidisciplinarité, la possibilité de déléguer des tâches à des professionnels spécifiquement formés pour celles-ci et une équipe pour assurer la continuité avec le patient pendant les vacances ou les congés de maladie.

Les désavantages sont tout aussi nombreux. Le modèle GMF s'est avéré être un modèle rigide. Les médecins ne peuvent gérer efficacement les ressources dont ils ne sont pas les employeurs; pour exemple, le volume de travail des autres professionnels n'est pas sous le contrôle des médecins, les règles étant définies par le CIUSSS. Les GMF se font imposer des professionnels par le ministère, sans égard aux besoins réels du groupe et de la population desservie. Les médecins en GMF constatent une perte de contrôle réelle sur leur pratique (horaire, choix du personnel). Enfin, on déplore que les ententes GMF ne soient pas négociées par la FMOQ.

Le modèle GMF demeure malgré tout une bonne base de travail pour atteindre le modèle idéal de pratique. En réduisant les désavantages cités ci-dessus, en diminuant le pouvoir des CIUSSS, et en redonnant la gestion du personnel aux médecins, le modèle GMF serait plus performant et pourrait offrir des services plus personnalisés à la clientèle desservie. Le modèle GMF renouvelé permettrait de développer toute l'infrastructure nouvelle afin que le patient soit enfin au centre du système.

### **3. RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE DANS CES MODÈLES D'ORGANISATION DE SOINS**

Pour plusieurs médecins, la ligne à tracer entre la première et la deuxième ligne ne semble pas si évidente. En effet, l'hospitalisation, la périnatalité et l'urgence font partie du travail d'un médecin de famille polyvalent. Les finissants en médecine de famille sont formés pour être polyvalents, mais ils sont contraints de choisir un champ de pratique précis et souvent non désiré en raison des règles administratives que sont les PREM et les AMP.

Une certaine tendance vers les programmes de 3<sup>e</sup> année du collège canadien des médecins de famille a augmenté l'apport individuel de certains médecins en 2<sup>e</sup> ligne. Cependant, l'apport global semble être stable avec le retrait de certains médecins pour se concentrer sur la 1<sup>re</sup> ligne. La zone souhaitable de la polyvalence serait de 60 % en première ligne et de 40 % en deuxième ligne.

Les jeunes médecins souhaitent travailler en équipe. Parce que certains aspects de la prise en charge les effraient, ils opteront plus facilement pour le travail multidisciplinaire, qui leur permettra de consulter des collègues ou d'autres professionnels.

### **4. INTERPROFESSIONNALISME ET MÉDECINE FAMILIALE : enseigné en médecine, qu'en est-il en réalité**

Dans certains ateliers, les médecins ont défini l'interprofessionnalisme comme la collaboration et la complicité entre différents professionnels de la santé, au service du patient.

L'implantation d'équipes multidisciplinaires en GMF a été mieux réussie qu'en milieu hospitalier. En effet, les ressources hospitalières ne sont pas toujours priorisées pour les équipes de médecine familiale. Résultat, l'interprofessionnalisme y est plus difficile.

La première ligne en GMF est plus souvent multidisciplinaire qu'interprofessionnelle. En CLSC, les équipes arrivent davantage à travailler en interdisciplinarité puisque les professionnels sont sur place et les médecins sont rémunérés pour le temps consacré à cette tâche.

Facteur facilitant majeur pour l'interprofessionnalisme, les équipes médicales doivent pouvoir choisir les professionnels qui s'intégreront aux équipes, car il est plus facile de collaborer avec des personnes qui partagent nos valeurs et partagent un but commun. Dans une perspective d'une meilleure organisation du travail, on doit s'assurer que chaque intervenant puisse faire adéquatement le travail clinique pour lequel il est formé (et non selon les règles administratives du CIUSSS). Enfin, on croit

que cette organisation du travail encouragera la médecine familiale comme choix de carrière.

Par ailleurs, l'environnement physique adéquat est essentiel pour le GMF voulant intégrer une équipe multidisciplinaire; il doit s'assurer d'avoir les locaux suffisants pour accueillir ces derniers.

## **5. LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION: une obligation, un outil, un fardeau supplémentaire**

Le dossier médical électronique (DME) est un outil indispensable à la pratique médicale, tellement qu'aucun des médecins présents ne retournerait en arrière. Il est important que tous les médecins, y compris ceux en établissement, aient accès à un DME. Cependant, plusieurs des fonctionnalités du DME sont sous-utilisées. Une formation d'appoint demeure encore nécessaire aujourd'hui. De plus, l'implantation d'un logiciel de dictée vocale améliorerait l'expérience du dossier médical électronique.

Le système de Rendez-vous Santé Québec (RVSQ) suscite beaucoup de réserves parmi les médecins qui hésitent à l'utiliser. Plusieurs craignent un contrôle de leur pratique par le gouvernement grâce à cet outil. Le RVSQ est jugé encore immature et n'est pas prêt à une implantation élargie. Les médecins accueilleraient favorablement un système de prise de rendez-vous en ligne par leurs patients pourvu qu'ils puissent utiliser le logiciel de leur choix.

Le Dossier santé Québec (DSQ) est un outil intéressant qui reste à bonifier. Les médecins aimeraient y retrouver les résumés d'hospitalisation et les rapports de consultation lisibles des spécialistes. Par contre, le mode de connexion avec une clé USB est jugé archaïque.

Le Carnet santé Québec pourrait présenter des enjeux médico-légaux pour les médecins si les patients interprètent mal les résultats de leurs analyses de laboratoire et de leur dossier radiologique. Autre facteur négatif, le médecin traitant doit accorder plus de temps au patient afin de démystifier des résultats non significatifs.

Finalement, eConsult Québec semble prometteur. Ce service est défini comme un mode de communication asynchrone entre fournisseurs de soins primaires et spécialisés via une plateforme web sécurisée. Il est essentiel que le médecin de famille demandeur ait accès à une rémunération pour utiliser ce service. De plus, on envisage que des médecins de famille puissent aussi être consultants pour répondre à des questions de leurs collègues ou des autres spécialistes.

## **6. L'ATTRACTIVITÉ DE LA MÉDECINE FAMILIALE : comment favoriser « l'adhésion » des nouveaux étudiants en médecine à la médecine familiale**

L'attractivité de la médecine familiale est un point majeur pour les médecins, un travail important doit être fait par la fédération et le ministère pour rendre intéressante la médecine familiale comme choix de carrière. Les principaux leviers pour favoriser cette orientation sont les suivants : une exposition dès la première année d'étude à la médecine familiale, une exposition plus précoce des étudiants dans des stages en médecine familiale, l'implication des médecins de famille dans la formation préclinique et finalement, une réduction de l'écart salarial et l'abolition des règles administratives contraignantes.

Bien qu'il soit difficile de quantifier l'apport des groupes d'intérêt en médecine familiale (GIMF) au choix de carrière en médecine familiale, l'implication de ceux-ci n'a pas pu nuire.

Cependant, les facteurs cités plus haut semblent avoir un plus grand impact sur le choix de la médecine de famille.

Plusieurs facteurs politiques ou autres ont fait chuter le nombre d'inscriptions en médecine familiale depuis cinq (5) ans. Parmi ceux-ci, on note une dévalorisation de la médecine familiale par l'ex-ministre de la Santé Gaétan Barrette, les projets de loi 20 et de loi 130, les AMP et les PREM, l'écart de rémunération avec les spécialistes qui s'accroît de même que la notion de « prise en charge » qui effraie les jeunes. Il serait important de démystifier auprès des étudiants en médecine cette notion de prise en charge.

Les conditions de pratique sont un des éléments-clés favorisant la médecine familiale comme choix de carrière par les étudiants en médecine. En plus des conditions discutées dans le point sur les GMF, il faut assurer aux futurs médecins de famille une plus grande liberté de pratique, tant au point de vue territorial, que pour leur choix du champ de pratique. Il faut aussi éviter de leur imposer un volume précis de patients à prendre en charge et leur laisser inscrire les patients à leur rythme. Les jeunes semblent prioriser la qualité de vie par rapport à la rémunération.

## **7. LA FORMATION EN MÉDECINE FAMILIALE**

Le premier changement important de la formation en médecine familiale s'est produit en 1988 avec l'arrivée d'un programme de formation obligatoire en médecine familiale. Depuis, on a noté une évolution des exigences et des normes d'agrément.

Aujourd'hui, la formation se fait par compétences que les résidents ont à atteindre durant leur résidence.

La formation à l'intérieur des unités de médecine de famille (UMF) ou GMF-U ne reflète pas nécessairement la pratique de la médecine familiale en cabinet. Il serait donc bénéfique pour les résidents d'effectuer des stages en GMF. À Québec, un groupe de médecins enseignants forme actuellement un GMF-U hors établissement afin d'offrir un meilleur modèle de rôle aux résidents. Cette initiative permettra aux résidents de vivre une expérience qui se rapproche davantage de la pratique usuelle des médecins de famille.

La durée de la formation en médecine familiale demeure une question épineuse. Pour les médecins en GMF-U présents en ateliers, un programme de médecine familiale de 3 ans semble être souhaitable. Pour les résidentes et autres jeunes médecins participants, la durée de 2 ans semble suffisante. Peu importe la durée de la formation, le médecin aura toujours de nouvelles connaissances à acquérir. Il est donc important pour le médecin d'apprendre comment trouver l'information nécessaire pendant sa résidence. Il est mentionné qu'un mentorat en début de pratique pourrait être aussi efficace qu'une troisième année de formation. Ce modèle de mentorat devrait être encouragé par la FMOQ et une rémunération devrait être prévue à cet effet pour le mentor.

## **8. VERS UN MODE DE RÉMUNÉRATION OPTIMAL**

Le mode de rémunération a peu d'effet sur le choix de la médecine familiale, sauf s'il allège les conditions de pratique. Le montant de la rémunération, dont l'écart salarial avec les autres spécialités, de même que les conditions de travail ont un impact reconnu. Les conditions de pratique sont prédominantes pour la nouvelle génération. Leur qualité de vie, le travail en équipe, le partage des connaissances et l'entraide sont au premier plan.

Les médecins sur place constatent qu'environ 30 % de leur rémunération est déjà faite sur une base de capitation. Les médecins favorisent tout de même une rémunération mixte où le fait de voir plus de patients entraînera un meilleur revenu. De plus, un régime à capitation s'applique mal à différentes clientèles vulnérables, tels les immigrés, les sans-abris et les toxicomanes.

Les modalités de la rémunération par capitation demeurent floues pour plusieurs médecins et demandent à être clarifiées. Il faudrait expliquer que les services offerts



au patient ayant un code de vulnérabilité pourraient toujours être mieux rémunérés que pour un patient non-vulnérable.

L'écart important entre la rémunération des médecins de famille et les autres spécialistes influence définitivement le choix des étudiants. Les parties négociantes doivent trouver un terrain d'entente afin de réduire cet écart et ainsi promouvoir une augmentation de la pratique en médecine familiale. Lorsque le même acte est fait par un médecin de famille ou un médecin spécialiste, la rémunération devrait être la même. Les médecins présents se prononcent sur le fait qu'un travail égal devrait générer un revenu égal. Est-ce le médecin de famille qui gagne trop peu, ou le médecin spécialiste qui gagne trop ? Il faudrait sans doute une révision entière de la rémunération. Bien que le médecin de famille ait moins d'années d'étude, la nécessité de détenir de plus vastes connaissances est essentielle, et ce, par la polyvalence de sa pratique. D'autres points, telles les différentes réglementations (PREM, AMP, obligation de prise en charge) sont aussi des facteurs qui ont influencé les étudiants à choisir une autre spécialité.

## **CONCLUSION**

L'AMOQ est fière d'avoir choisi l'option de rencontrer ses membres pour l'élaboration de ce mémoire. Les médecins ayant participé à la journée de réflexion ont trouvé cet exercice très utile. Plusieurs aimeraient que cette activité soit refaite périodiquement afin de bien s'ajuster aux changements de la pratique. Ils ont aussi apprécié les efforts faits par la FMOQ qui s'est montrée proactive dans la définition du médecin de famille de demain.

De l'avis de tous, la médecine familiale est une pratique intéressante et stimulante. Elle doit redevenir attrayante afin que les jeunes choisissent cette profession, non seulement pour sa polyvalence, mais surtout pour y retrouver un milieu de pratique qui correspond à leurs attentes. N'oublions pas que les conditions de travail sont au centre des exigences des nouvelles générations.

L'AMOQ tient à remercier le conseil d'administration de la FMOQ, de même, que le comité sur l'avenir de la médecine familiale de nous avoir permis de nous prononcer sur ce que sera la médecine familiale de demain. Nous demeurons disponibles pour tout complément que vous aimeriez avoir de notre part.

Au nom du conseil d'administration de l'AMOQ,

Pascal Renaud, M.D.  
Président, Association des médecins omnipraticiens de Québec