

Énoncé de principes

pour une **politique nationale**
sur la **médecine familiale**



15 octobre 2008



Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Introduction

Fortement préoccupée par la situation de la médecine familiale au Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) tient à signaler qu'il est urgent pour le Québec de se doter d'une politique nationale sur la médecine familiale. La FMOQ propose un plan d'action en trois axes ayant comme objectif de valoriser cette pratique auprès des étudiants et de l'ensemble des médecins.

Depuis deux ans, de nombreux partenaires du milieu de la santé manifestent une inquiétude croissante quant à l'avenir de la médecine familiale. Quatre constats, en effet, motivent à eux seuls l'urgence d'un plan d'action :

- la performance du Québec, sous la moyenne par rapport au reste du Canada, en matière d'accessibilité aux services de 1^{re} ligne ;
- le désintérêt des étudiants envers la médecine familiale ;
- les conditions de pratique des médecins en exercice ;
- le malaise chez les médecins omnipraticiens devant répondre à une demande de soins qui dépasse l'offre actuelle.

Pour la FMOQ, il ne fait aucun doute qu'il est urgent d'agir et de mettre en place des actions concrètes pour répondre aux besoins de la population du Québec.

I. La médecine familiale au Québec – contexte actuel

1.1 Qu'est-ce qu'un médecin de famille ?

La spécificité de la pratique en médecine familiale repose sur une approche globale et sur un suivi longitudinal. Le Collège des médecins du Québec formule ainsi le rôle fondamental du médecin de famille :

« Le médecin omnipraticien, ou médecin de famille, établit le plus souvent le premier contact avec le malade, assume généralement la responsabilité de la continuité et de la globalité des soins, oriente son exercice en vue du traitement des maladies, de leur prévention et du maintien de la santé en tenant compte de la personnalité du patient et du milieu dans lequel il vit. »¹

1. Collège des médecins du Québec, www.cmq.org, sous l'onglet *Monographie de la profession*, paragraphe *Définition et nature du travail*.

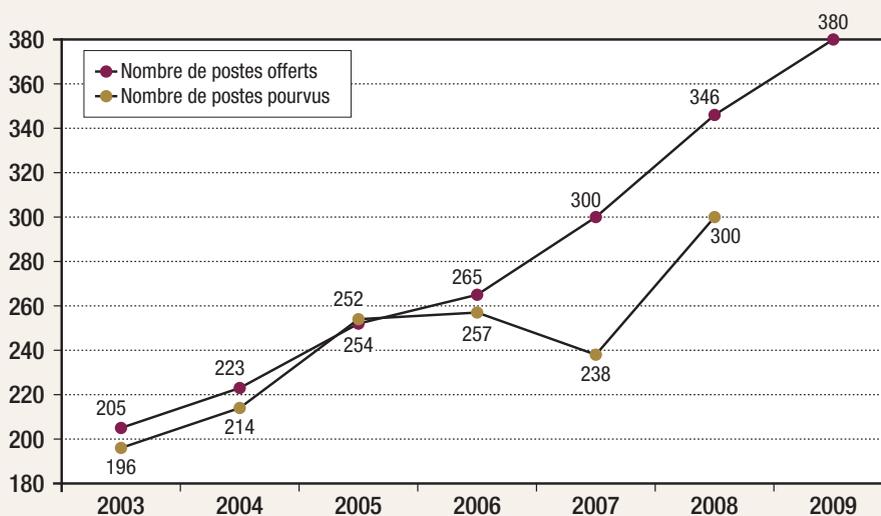
1.2 Le désintérêt des étudiants et des résidents envers la médecine familiale

Les caractéristiques propres au médecin de famille semblent actuellement peu valorisées par les étudiants en médecine. La médecine familiale est en perte de popularité et le nombre d'étudiants qui choisissent d'effectuer leur résidence dans ce domaine ne permet pas d'atteindre les objectifs. Les étudiants en médecine ont mentionné cinq facteurs qui expliquent leur hésitation à choisir la médecine familiale :

- le manque de contact avec la médecine familiale ;
- la perception d'un manque de reconnaissance de la médecine familiale ;
- les nombreuses contraintes liées à l'installation en pratique ;
- les conditions de pratique des médecins en exercice ;
- la tendance vers la spécialisation.

Selon les données 2007 et 2008 du Canadian Resident Matching Service (CARMS), 21 % des postes offerts au Québec en médecine familiale en 2007 n'ont pas été pourvus et 17 % sont restés vacants en 2008. En comparaison, seulement 3 % des postes en spécialité n'ont pas trouvé preneur en 2008 (*figure 1*).

Figure 1. Nombre de postes offerts et pourvus en médecine familiale depuis 2003

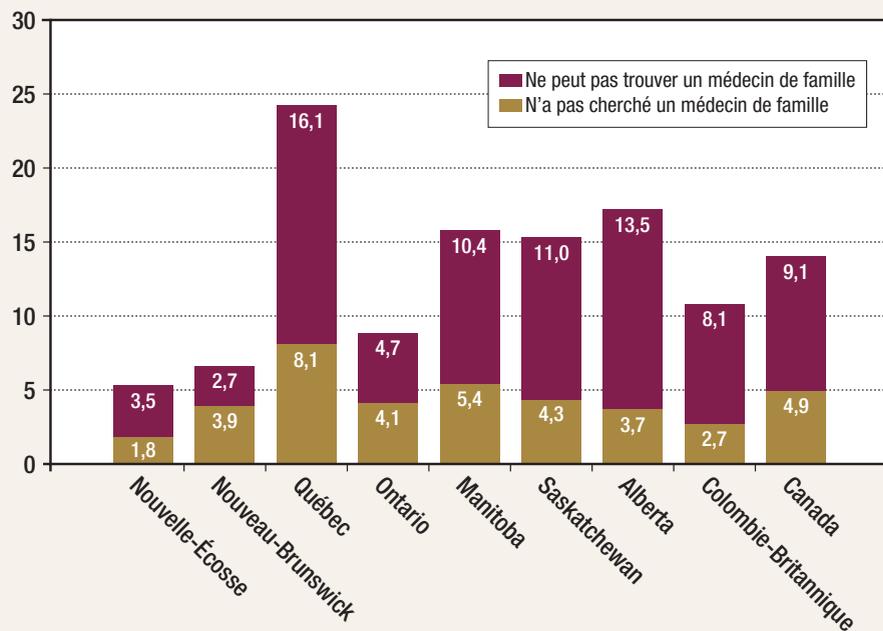


Source des données : Canadian Resident Matching Service (CARMS)

1.3 Les difficultés d'accès aux services de 1^{re} ligne

De toutes les provinces canadiennes, c'est le Québec qui affiche la plus mauvaise performance en matière d'accès aux services de 1^{re} ligne. Selon un sondage de Statistique Canada mené auprès des personnes de 12 ans et plus, 24,2 % de la population québécoise n'a pas de médecin de famille contre 8,8 % en Ontario, 10,8 % en Colombie-Britannique et 14,0 % pour l'ensemble du Canada (figure 2).

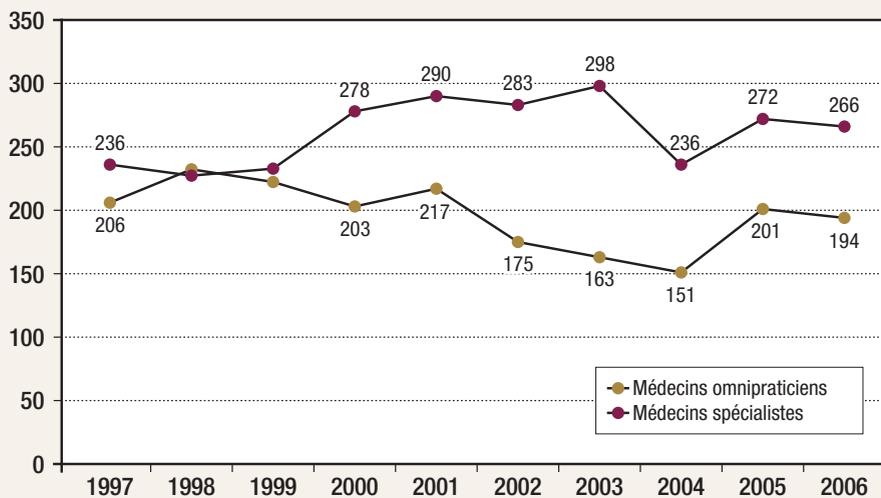
Figure 2. Pourcentage des personnes de 12 ans et plus qui n'ont pas de médecin de famille, par province, 2005, selon Statistique Canada



Source : MSSS

De 2000 à 2007, le fait qu'un ratio 50 % - 50 % de postes offerts en spécialité et en médecine familiale n'ait pas été atteint a fait en sorte qu'au cours de cette période, un total 1923 spécialistes ont commencé leur pratique au Québec par rapport à 1309 médecins de famille² (figure 3).

Figure 3. Nombre de nouveaux médecins au Québec, omnipraticiens et spécialistes, de 1997 à 2006



Source : MSSS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) estime à 295 le nombre de nouveaux médecins omnipraticiens nécessaires chaque année pour maintenir l'offre de services actuelle (MSSS 2008). Cette estimation tient compte de l'attrition des effectifs médicaux, de la baisse du niveau d'activités ainsi que de l'augmentation de la population et de son vieillissement². Pour 2009, le plan régional des effectifs médicaux (PREM) prévoit que 220 nouveaux médecins omnipraticiens commenceront leur pratique médicale.

2. MSSS. Direction générale des services de santé et de médecine universitaire. *Proposition de répartition des postes de résidence entre les programmes de médecine familiale et les programmes de spécialité* présenté au Comité de suivi de la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical. Mai 2008.

1.4 La participation des médecins omnipraticiens aux services de 2^e ligne

Au Québec, la proportion de médecins omnipraticiens offrant des services en 2^e ligne ne cesse de croître. De 33,5 % en 2003-2004, cette proportion est passée à 35 % en 2005-2006, puis à 39 % en 2006-2007³. Ce caractère particulier de la pratique médicale différencie d'ailleurs le Québec du reste du Canada et des autres pays occidentaux. En guise de comparaison, seulement 9 % des omnipraticiens ontariens se déclarent quasi-spécialistes en établissement⁴.

Nombreux sont les médecins qui optent même pour une pratique exclusive en 2^e ligne. En 2006-2007, ils représentaient 21 % des omnipraticiens⁵. Chez les jeunes médecins, c'est-à-dire les médecins comptant 10 ans d'expérience et moins, cette proportion bondit à 36 %. Le phénomène est inquiétant quand on sait que de nombreux Québécois n'ont pas de médecin de famille⁶. Selon la FMOQ, cette tendance s'explique notamment par le fait qu'on impose aux médecins ayant 20 ans de pratique et moins des activités médicales particulières (AMP). Aucune réglementation de ce genre n'existe dans les autres provinces canadiennes.

À la lumière de toutes ces données, des actions s'imposent. Le désintérêt pour la médecine familiale, les chiffres le prouvent, ne peut être interprété comme un événement fortuit. Il s'agit bien d'une tendance. C'est maintenant qu'il faut poser des gestes concrets qui susciteront un intérêt nouveau pour la médecine familiale.

3. Les données ne sont pas disponibles pour l'année 2004-2005.

4. Chan B.T.B, Schultz S.E. *Supply and Utilisation of General Practitioner and Family Physician Services in Ontario*, Toronto, Institute for Clinical Evaluative Services, 2005, 70 pages, ICES Investigative Report.

5. Paré I, Ricard J. *Le profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2006-2007*. Montréal. FMOQ, 2008.

6. Pour Montréal et la Montérégie, jusqu'à 31% des répondants déclarent ne pas avoir de médecin de famille. Lévesque J.F. et coll. *L'expérience de soins de la population. Portrait des variations intrarégionales à Montréal et en Montérégie*. IEPQ, Direction de la santé publique, ASSS Montréal, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine, 2007.

2. Plan d'action pour une politique sur la médecine familiale – proposition et recommandations

Il a été clairement établi par les observateurs qu'une 1^{re} ligne forte constitue le fondement d'un système de soins efficient. La FMOQ souhaite que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) affirme avec vigueur sa volonté de faire de la médecine familiale sa priorité. Cette résolution pleinement assumée doit se traduire par l'adoption d'une politique nationale sur la médecine familiale, comme l'on fait certains pays⁷, afin de recentrer les enjeux relatifs à l'organisation des soins et des services au Québec et de faire en sorte que chaque Québécois ait accès aux services d'un médecin de famille.

Proposition

Afin que chaque Québécois ait accès aux services d'un médecin de famille, la FMOQ demande au gouvernement d'affirmer avec vigueur sa volonté de faire de la médecine familiale sa priorité en adoptant une politique nationale sur la médecine familiale.

Pour que cette politique nationale atteigne ses objectifs, la FMOQ propose un plan d'action de quinze recommandations, articulé selon trois axes :

- **Premier axe :** La formation en médecine familiale
- **Deuxième axe :** L'organisation des soins
- **Troisième axe :** La rémunération

Il faut voir dans notre proposition d'adopter une politique nationale sur la médecine familiale et dans les recommandations qui suivent, notre volonté de définir des actions concrètes qui devront être mises en œuvre rapidement. Tous les acteurs du domaine de la santé doivent se sentir concernés par ce plan d'action.

7. Afin d'améliorer son système de santé public, la Nouvelle-Zélande vient tout juste d'adopter une politique nationale de la santé. http://national.org.nz/files/2008/health_1.pdf

2.1 Premier axe : la formation en médecine familiale

À leur arrivée à l'université, les étudiants qui envisagent de faire carrière en médecine familiale sont relativement nombreux. On constate toutefois que, dès la deuxième année, leur nombre diminue de façon considérable. Les auteurs d'une étude⁸ qui ont analysé le phénomène expliquent cette baisse notamment par l'absence de médecins omnipraticiens dans le corps professoral au cours des deux premières années du cursus de médecine. Pour contrer cette tendance, la FMOQ formule huit recommandations ayant trait à la formation des futurs omnipraticiens.

Au Québec, la répartition des postes de résidence pour 2009-2010 est de 45 % en médecine familiale et de 55 % en médecine spécialisée et devrait atteindre 50/50 au cours des prochaines années. En raison de la présence importante d'étudiants en médecine familiale au sein des facultés, il est impératif que les instances dirigeantes de toutes les facultés de médecine reflètent l'importance que l'on souhaite accorder au rayonnement de la médecine familiale.

Recommandation n° 1

Afin d'assurer la représentation de la médecine familiale au niveau des instances dirigeantes des facultés de médecine et de veiller à son rayonnement, la FMOQ recommande qu'un vice-décanat à la médecine familiale soit mis en place dans chacune des universités québécoises.

De nombreux étudiants en médecine nous ont dit avoir été victimes ou témoins de dénigrement de la médecine familiale. Devant ce phénomène, qui ne saurait être toléré dans un milieu d'enseignement, une des facultés de médecine du Québec a décidé de se doter d'un code d'éthique visant le respect de la médecine familiale et du choix de carrière des étudiants.

En projetant une image positive de la pratique de la médecine familiale et en mettant de l'avant le rôle du médecin omnipraticien dans l'organisation et la prestation des soins, le code d'éthique peut, en effet, s'avérer un excellent catalyseur de changement. Le respect du code d'éthique pourrait être évalué au moment de l'évaluation des stages et des enseignants.

8. Bethune C et coll. Family medicine as a career option. *Canadian Family Physician*, 2007(53): 880-885.

Recommandation n° 2

Afin de veiller au respect du choix de carrière des étudiants, la FMOQ recommande que toutes les facultés de médecine du Québec élaborent et mettent en œuvre un code d'éthique.

Que ce soit au cours de leurs stages précliniques ou d'externat, les étudiants ne sont pas suffisamment exposés à la pratique de la médecine familiale. Dans une des facultés de médecine du Québec, sur les 20 mois de stage d'externat, un seul est consacré à la médecine familiale. Rien ne justifie qu'au cours de leur formation, les étudiants soient moins exposés à la pratique de la médecine familiale, pilier du réseau de santé québécois, qu'ils ne le sont à chacun des cinq grands domaines de spécialité (chirurgie, psychiatrie, pédiatrie, obstétrique-gynécologie, médecine interne). De toute évidence, le cursus de formation médicale devra être révisé.

Recommandation n° 3

Afin de favoriser une meilleure exposition des étudiants à la médecine familiale, la FMOQ recommande que tous les étudiants fassent un stage d'observation obligatoire en médecine familiale au cours de leur première année d'études. La FMOQ recommande également que le stage d'externat en médecine familiale soit de deux mois et qu'il soit effectué avant le choix de résidence.

Lors de rencontres avec les étudiants en médecine, la FMOQ est amenée à répondre aux nombreuses questions que ceux-ci se posent sur l'exercice de la médecine familiale, sur le rôle de l'omnipraticien, sur l'organisation des services médicaux de 1^{re} ligne et sur les contraintes actuelles de la pratique médicale, telles que les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP).

Qu'il s'agisse de l'organisation des soins de santé au Québec, de la structure administrative du système ou encore de la pratique en cabinet ou en établissement, la FMOQ est la meilleure ressource pour informer les étudiants.

Recommandation n° 4

Afin que les étudiants en médecine acquièrent une connaissance adéquate du système de santé québécois et puissent mieux comprendre la place qu'y occupe l'omnipraticien, la FMOQ recommande d'être associée aux facultés de médecine dans l'élaboration et la prestation de cours sur l'organisation des services de santé au Québec et sur le rôle pivot du médecin de famille.

Il est entendu que tout stage préclinique ou d'externat en médecine familiale doit viser à exposer les étudiants, ainsi que les externes et les résidents, à une pratique qui reflète le plus fidèlement possible celle de 1^{re} ligne (cabinets, CLSC, GMF, cliniques-réseau).

Recommandation n° 5

Afin d'exposer davantage les externes et les résidents en médecine familiale à la réalité de la pratique en cabinet, la FMOQ recommande que les unités de médecine familiale (UMF) établissent un partenariat avec les cabinets privés.

Des groupes d'intérêt en médecine familiale se sont formés dans certaines facultés de médecine. Ils réunissent des étudiants en médecine qui souhaitent échanger sur les multiples facettes de la médecine familiale et s'avèrent d'excellents outils de valorisation de la médecine familiale.

Recommandation n° 6

Afin de favoriser la création de groupes d'intérêt en médecine familiale dans chacune des facultés de médecine du Québec, la FMOQ recommande à ces dernières d'appuyer la formation de tels groupes. La FMOQ offre de s'investir auprès de ces groupes pour partager sa vision et son expertise.

L'étendue des champs de pratique en médecine familiale suscite souvent beaucoup d'anxiété, tant chez les étudiants que chez les résidents. Selon Beaulieu⁹, le modèle du médecin « omniscient » promu jusqu'à maintenant apparaît comme peu réaliste et fait peur. Les étudiants et les résidents privilégient une approche où le généraliste ne prend pas tout sur ses épaules, mais au contraire, gère les problèmes en équipe, avec d'autres professionnels de la santé et, au besoin, avec un médecin spécialiste.

9. Beaulieu MD et coll. Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada, *Social Science & Medicine*, 2008: 1-11.

La complexité croissante du système de santé, de plus en plus difficile à orchestrer, et le maintien à jour des compétences professionnelles, qui constitue un véritable défi, représentent aussi d'importants facteurs d'anxiété. Le futur omnipraticien a besoin d'être rassuré et d'avoir à sa disposition des outils pratiques (par exemple, un plan de développement professionnel continu, autogéré, sans pénalités financières) qui lui donneront l'assurance de pouvoir répondre aux besoins des personnes, des groupes et des équipes soignantes.

Recommandation n° 7

Afin de répondre aux exigences de la pratique en médecine familiale, la FMOQ recommande d'aider l'omnipraticien à tenir à jour ses compétences en lui offrant des conditions favorables au perfectionnement professionnel continu et en informant adéquatement les étudiants et les résidents sur ce sujet.

Les médecins de famille sont actuellement sous-représentés dans le secteur de la recherche universitaire. Il en résulte que peu d'études dans le domaine de l'organisation des services de santé portent sur le rôle de l'omnipraticien. Pour pallier cette lacune, des efforts doivent être consentis afin que plus de médecins omnipraticiens puissent consacrer temps et énergie à la recherche et contribuer ainsi au rayonnement scientifique de la médecine familiale.

Recommandation n° 8

Afin de promouvoir la recherche en médecine familiale, la FMOQ recommande qu'une enveloppe budgétaire y soit consacrée et fasse l'objet d'une entente entre le MSSS et la FMOQ.

2.2 Deuxième axe : l'organisation des soins

Un système de santé fort offre aux médecins de 1^{re} ligne un environnement qui facilite leur travail et qui les soutient. Dans l'état actuel des choses, les omnipraticiens se trouvent dans l'incapacité de répondre à la demande. De plus, de nombreux médecins de famille nous disent qu'il leur est souvent difficile d'accéder à des ressources spécialisées pour l'évaluation de leurs patients et n'ont d'autres choix, dans certains cas, que d'orienter ces derniers vers l'urgence d'un centre hospitalier.

Or, l'engouement des médecins pour les groupes de médecine de famille (GMF), caractérisé par leur approche multidisciplinaire, ainsi que pour les cliniques-réseau, qui facilitent l'accès aux plateaux techniques, témoigne du succès de ces modèles¹⁰. L'expérience des GMF montre entre autres qu'avec le soutien d'autres professionnels, notamment des infirmières, le médecin peut assumer la prise en charge d'un plus grand nombre de patients. Il est à noter également que les GMF recrutent beaucoup de jeunes médecins qui recherchent une pratique de groupe.

Tous les médecins devraient avoir la possibilité d'adhérer à ces modèles d'organisation. Cette solution suppose que soit reconnu le travail de coordination et de supervision d'une équipe multidisciplinaire. Actuellement, la réglementation impose des limites qui devront être levées afin de reconnaître le rôle du médecin dans la coordination et le partage de la responsabilité des soins avec d'autres professionnels de la santé.

Recommandation n° 9

Afin d'optimiser la prise en charge de la clientèle, la FMOQ recommande, de façon prioritaire, que tout médecin puisse s'adjoindre une infirmière dans un ratio de un pour un, et que d'autres professionnels de la santé puissent également se joindre à l'équipe.

Recommandation n° 10

Afin d'offrir un meilleur soutien aux médecins de famille dans la prise en charge et le suivi de leur clientèle, la FMOQ recommande qu'ils aient un accès facile et rapide aux plateaux techniques et diagnostiques ainsi qu'aux médecins spécialistes, le cas échéant.

10. Au 15 octobre 2008, au Québec, plus de 180 GMF et 30 cliniques-réseau ont été accrédités. Source : Ministère de la santé et des services sociaux : www.msss.gouv.qc.ca, choisir successivement les onglets *Organisation des services*, puis *Groupes de médecine de famille* et *Liste des groupes de médecine familiale accrédités*.

Dans le même ordre d'idées :

Recommandation n° 11

Afin de favoriser l'adhésion d'un plus grand nombre de médecins aux GMF et aux cliniques-réseau, la FMOQ recommande que tout omnipraticien ait accès à ces modèles d'organisation par un assouplissement des critères d'adhésion et une bonification des incitatifs à en faire partie.

Présente partout dans nos vies, l'informatique tarde à prendre sa place dans la pratique médicale. Les omnipraticiens du Québec accusent, par rapport à leurs collègues canadiens, un retard très important quant à l'informatisation de leurs cabinets et à la mise en œuvre du dossier médical électronique (DME). Pourtant, plus qu'une voie de transmission des résultats d'analyse et d'imagerie médicale, le DME facilite l'accès à l'ensemble des données cliniques de la clientèle et permet une meilleure coordination des soins.

Recommandation n° 12

Afin d'assurer une meilleure coordination des soins par le médecin de famille, la FMOQ recommande la mise en œuvre urgente et prioritaire d'un dossier médical électronique (DME) accessible à tous les médecins. Le DME devra tenir compte de la réalité et des besoins des omnipraticiens.

Au Québec, contrairement à ce qu'on constate dans le reste du Canada ou ailleurs en Occident, la pratique médicale se caractérise par une participation importante des omnipraticiens aux activités en établissement, plus particulièrement en centre hospitalier. Le Québec, par exemple, est la seule province à imposer aux médecins ayant 20 ans de pratique et moins des contraintes qui favorisent une participation en 2^e ligne.

Recommandation n° 13

Afin de consolider les services de 1^{re} ligne, la FMOQ recommande d'évaluer, vingt ans après leur imposition, la pertinence des activités médicales particulières (AMP). Dans l'éventualité où les AMP seraient maintenues, la création d'AMP mixtes partagées entre la 2^e ligne et la 1^{re} ligne devrait être envisagée, tout en reconnaissant la priorité de l'urgence.

2.3 Troisième axe : la rémunération

Diversité de la clientèle, augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, vieillissement de la population et présence dans plusieurs secteurs de soins sont autant de facteurs qui font que la pratique de la médecine familiale est exigeante, complexe et comporte des défis de taille. La rémunération doit donc tenir compte des exigences inhérentes à cette pratique médicale.

Recommandation n° 14

Afin que soient reconnues les exigences et la complexité de la pratique en médecine familiale, la FMOQ recommande pour les omnipraticiens québécois une rémunération équitable et concurrentielle par rapport à celle des omnipraticiens canadiens et des spécialistes québécois.

Au Québec, les médecins en cabinet privé assurent 85 % de la prise en charge des soins de 1^{re} ligne. Force est de reconnaître qu'ils en constituent le pilier central. Or, nous assistons actuellement à une diminution inquiétante du nombre de cabinets privés. Si nous voulons éviter que s'accroisse la crise actuelle d'accessibilité aux services de 1^{re} ligne, nous devons assurer aux médecins en place de meilleures conditions de pratique.

Recommandation n° 15

Afin d'assurer la pérennité des cabinets privés dans la prestation des soins en médecine familiale, la FMOQ recommande que la rémunération des médecins qui pratiquent en cabinet privé tienne compte de l'évolution des frais de pratique, des différents milieux cliniques qui font appel à leur participation et de la lourdeur de la pratique médicale actuelle.

Conclusion

Au cours des dernières années, la pratique de la médecine familiale au Québec a subi d'importantes transformations. Qu'il s'agisse de la difficulté de se trouver un médecin de famille, de la baisse de l'intérêt des jeunes médecins pour la médecine familiale ou de la nécessité de recruter de nouveaux omnipraticiens pour maintenir l'offre de services actuelle, chacun de ces trois phénomènes exige que nous posions des gestes concrets afin de redonner à la médecine familiale toute son importance dans l'offre de soins à la population.

Dans son rapport 2007, la Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concluait à la nécessité de valoriser la médecine familiale. Les participants à la journée de réflexion d'avril 2008 intitulée « *Des médecins de famille pour la population du Québec* » en arrivaient aussi à la même conclusion. Le temps est venu de passer rapidement à l'action. C'est pourquoi la FMOQ interpelle tous les acteurs et demande que le gouvernement énonce clairement une politique nationale sur la médecine familiale. Cette politique nationale conviera tous les partenaires à contrer le désintérêt observé et à redresser la situation.

Les recommandations proposées dans le présent document doivent faire l'objet d'un plan d'action concret où chaque partenaire et chaque organisme devra collaborer à l'élaboration d'un échéancier précis. La politique nationale nécessitera des efforts de longue haleine. C'est un rendez-vous à ne pas manquer, car nous partageons tous le même objectif :

**Que chaque québécois
ait accès à un médecin de famille.**

Table des matières

Introduction	1
1. La médecine familiale au Québec – Contexte actuel	2
1.1 Qu’est-ce qu’un médecin de famille ?	2
1.2 Le désintérêt des étudiants et des résidents envers la médecine familiale	3
1.3 Les difficultés d’accès aux services de 1 ^{re} ligne	4
1.4 La participation des médecins omnipraticiens aux services de 2 ^e ligne	6
2. Plan d’action pour une politique nationale sur la médecine familiale – Proposition et recommandations	7
2.1 Premier axe : la formation en médecine familiale.....	8
2.2 Deuxième axe : l’organisation des soins.....	12
2.3 Troisième axe : la rémunération	14
Conclusion	15

Liste des figures

Figure 1 : Nombre de postes offerts et pourvus en médecine familiale depuis 2003.....	3
Figure 2 : Pourcentage des personnes de 12 ans et plus qui n’ont pas de médecin de famille, par province, 2005, selon Statistique Canada	4
Figure 3 : Nombre de nouveaux médecins au Québec, omnipraticiens et spécialistes, de 1997 à 2006.....	5