

## POURQUOI LES ENTENTES SALARIALES N'ASSURENT PAS L'ÉQUILIBRE RECHERCHÉ EN MÉDECINE

PAR FRANÇOIS-PIERRE GLADU, MD

FPGMD@YAHOO.FR

MÉDECIN DE FAMILLE

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES JEUNES MÉDECINS DU QUÉBEC (AJMQ)

# MÉDECINE FAMILIALE : PAS DE SOLUTION AVANT 2022?

L'écart de rémunération nette entre les médecins de famille et les autres spécialistes est passé de 20 % à 78 % en 35 ans, et s'est surtout élargi dans les quinze dernières années, soit pendant la précédente présidence de la FMOQ. L'entente couvrant les années 2011 à 2016 était l'occasion de corriger cet écart.

L'automne dernier, l'allure des négociations ne laissait présager qu'un rappel des tractations antérieures : un saupoudrage d'argent dans une foule de mesures mettant l'accent sur les priorités des divers groupes d'intérêts de la FMOQ sans ligne directrice et sans véritables moyens pour régler les vrais problèmes. C'est pour cette raison que les délégués de la FMOQ ont voté à l'unanimité pour que l'objectif principal de la négociation en cours soit d'atteindre, d'ici 2016, un ratio de rémunération nette de 1,20 avec nos collègues de la FMSQ.

En acceptant de conclure la négociation avant que la FMSQ ne le fasse, nous craignons que la FMOQ s'expose à un nouvel échec et à une augmentation de l'écart. Nous avons fait part de nos craintes aux autorités concernées, qui nous ont assurés qu'elles avaient pensé à tout, de la stratégie de négociation aux moyens de contestation en passant par une campagne médiatique.

Il faut dire que depuis 2008, le Dr Godin a mené de main de maître cette campagne qui a conduit à l'établissement d'un consensus au sein du public, des médias, des



étudiants en médecine, des directeurs de santé publique et de la plupart des médecins en faveur d'un rééquilibrage entre les revenus de pratique des médecins de famille et des spécialistes.

Le contexte était donc optimal pour un rattrapage significatif, et ce, en raison :

- des places non comblées en médecine familiale depuis plusieurs années par manque d'attractivité auprès des étu-

dants, mais surtout en raison de la qualité de pratique inférieure découlant en grande partie de l'écart de revenus nets.

- de l'explosion du nombre de médecins de famille non participants, qui dépasse l'ensemble des autres spécialistes.
- du manque d'accès de la population à un médecin de famille, qui coûte au moins 1,3 G\$ par année au trésor en hospitalisations superflues et en surmédication<sup>1</sup>.
- de la prise de conscience politique des



660 M\$ en frais pharmaceutiques superflus, dont les coûts des médicaments génériques gonflés par l'absence de compétition à l'échelle locale<sup>2</sup> et la dispensation mensuelle systématique des médicaments d'ordonnances<sup>3</sup>.

- du besoin de financement accru pour financer la transition vers un régime sans AMP sans pour autant détourner l'augmentation des tarifs pour la prise en charge.
- de la reconnaissance de la médecine familiale en tant que spécialité, comme c'est le cas ailleurs au Canada.
- du rattrapage en cours pour les médecins de famille en Ontario et en Colombie-Britannique.
- de l'absence de crise budgétaire.
- de l'absence de crise en spécialité.

Mais ce qui devait arriver arriva. Contrairement à un D<sup>r</sup> Barrette qui n'a pas hésité à attaquer publiquement les médecins de famille pour parvenir à ses fins, la FMOQ n'a pas pu établir un rapport de force suffisant pour mener à bien la négociation. Elle n'a pas suffisamment fait peur à un gouvernement qui ne réagit que lorsqu'il est acculé au mur.

Nous nous attendions à des compromis et à un calendrier de rattrapage échelonné sur six ans. Ainsi, contrairement à la Colombie-Britannique et à l'Ontario, la FMOQ a accepté que certaines spécialités chirurgicales de pointe soient exclues du groupe de comparaison et que les calculs prennent en compte un facteur de moins 5 % pour une charge de travail moindre pour les médecins de famille.

Or, comme la FMSQ a obtenu tout ce qu'elle demandait, nous savons maintenant qu'il n'y aura pas de rattrapage significatif pour les médecins de famille. À 2,6 G\$ d'enveloppe globale, l'écart avec la FMSQ (environ 4 G\$ en 2016) augmentera. L'écart net de 100 000 \$ (ou 1,75) de 2009, que l'on souhaitait abaisser à 60 000 \$ (ou 1,20) sera de plus de 140 000 \$ en 2016<sup>4</sup>. Pour atteindre l'objectif principal de la négociation<sup>5</sup>, il manque 750 M\$ sur la table<sup>6</sup>. Il n'y a pas l'ombre d'un début de progrès.

Nous avons déjà salué le courage du D<sup>r</sup> Godin pour avoir instauré la ratification des ententes au suffrage universel, donnant ainsi pour la première fois une voix aux médecins

du Québec. Un vote contre la proposition d'entente était l'occasion de rétablir un rapport de force avec le gouvernement, comme les résidents en médecine et les procureurs de la couronne l'ont fait le printemps dernier, ainsi que les spécialistes avant eux, en 2008.

Lors d'un sondage des jeunes médecins du Québec l'hiver dernier, 100 % des médecins de famille ont affirmé qu'ils voteraient contre une proposition qui n'inclurait pas une réduction de l'écart de rémunération nette à 25 %. Les deux tiers des spécialistes ont affirmé que la FMSQ devait appuyer cette démarche.

Or, 78 % des votants de la FMOQ ont voté pour. Au-delà du décalage entre les priorités des jeunes et des moins jeunes médecins qui a de nouveau été exposé au grand jour, que s'est-il passé?

D'abord, les bulletins de vote furent envoyés au beau milieu des vacances d'été. Détail à ne pas négliger, les répondants ont aussi dû découper au ciseau l'endos de la lettre du président pour voter, ce qui n'a pas aidé non plus, plusieurs médecins ayant égaré leur bulletin de vote. De plus, alors que le fédéral se prépare au vote par Internet pour la prochaine élection partielle, plusieurs médecins sont restés surpris de ne pouvoir en bénéficier.

Or, la raison la plus probable pour expliquer le résultat de ce vote est que la plupart des présidents d'association régionale ont demandé à leurs membres de voter pour, en gonflant les gains attendus et en insistant sur le fait qu'une menace de loi spéciale planait sur eux. L'issue du vote était dès lors scellée. Pour les jeunes médecins, il s'agit clairement d'un pas en arrière. Plusieurs se questionnent sur les motivations qui sous-tendent un tel reniement de la proposition adoptée à l'unanimité par les délégués relativement à l'objectif principal de la négociation.

Ainsi, en dépit de toutes les promesses gouvernementales faites depuis deux ans, l'entente proposée à la FMOQ par le gouvernement ne revalorise pas réellement la médecine familiale par rapport aux autres spécialités, pas plus qu'elle n'améliore l'accessibilité aux médecins de famille (de l'aveu même de la FMOQ). Par conséquent, l'entente ne permet pas d'entretenir d'espoir quant à la survie de la médecine familiale au Québec. Voici pourquoi :

1. La prise en charge des multiples problèmes de santé d'un patient par le médecin lors d'une visite médicale, qui est le propre de la médecine familiale, n'est toujours pas encouragée par rapport aux visites ponctuelles où l'on traite un seul problème de santé à la fois. La Colombie-Britannique a davantage investi à ce chapitre et pourrait, grâce à cela, économiser jusqu'à 500 M\$ par année en services pharmaceutiques et hospitaliers<sup>1</sup>.

Un collectif de professeurs en médecine a d'ailleurs publié une lettre d'opinion<sup>7</sup> dans laquelle il est proposé de passer d'une rémunération à la visite à une rémunération par système diagnostiqué afin d'encourager les soins à domicile et la gériatrie. Les modalités de rémunération en médecine interne se rapprochent de cette proposition.

Il est temps de passer aux actes pour limiter les dégâts causés par l'entente.

2. Comme l'écart de rémunération nette progressera jusqu'à 140 000 \$ d'ici 2016, les médecins de famille ne pourront concurrencer leurs collègues spécialistes ou les pharmaciens et les dentistes en ce qui concerne l'embauche d'autres professionnels de la santé pour les épauler. Puisque le travail interdisciplinaire n'est pas encouragé autrement que dans le carcan des GMF, qui rebute d'ailleurs plusieurs médecins, les médecins de famille ne pourront offrir tous les services requis par leurs clients. L'AJMQ s'est impliquée dans ce dossier justement pour proposer des solutions à la fragmentation des soins, et donc encourager un déplacement de ces derniers vers les pharmaciens-propriétaires, entre autres.

L'entente ne permettra donc pas d'espérer la fin du triple exode des médecins vers les autres spécialités, vers les autres provinces et vers le privé. Cet écart de revenus met en péril la viabilité du réseau public de

santé du Québec. Le Royaume-Uni a réglé ce problème. Il brille maintenant parmi les meilleurs en matière de santé.

3. La reconnaissance du travail en cabinet comme activité prioritaire (AMP), attendue depuis dix-huit ans, ne toucherait finalement que les 400 finissants, mais pas les 3500 médecins qui sont liés par contrat aux agences régionales de santé à raison de 28 heures d'AMP en moyenne par semaine.

Il nous semble primordial de permettre en priorité aux médecins assujettis aux AMP depuis des années de s'orienter vers la prise en charge comme médecin de famille, avant de le permettre aux finissants. La FMOQ devra insister pour une période de quelques mois durant laquelle les médecins de 16 à 20 ans de pratique, puis les 11 à 15 ans<sup>8</sup> (et ainsi de suite), pourront tour à tour effectuer une demande de changement d'AMP auprès du DRMG.

Notons également qu'il n'est pas clair si les primes à la polyvalence et à l'inscription de clientèle sont modulées en fonction des contrats d'engagement d'AMP. En effet, si un médecin fait 28 h d'AMP sur 50 h hebdomadaires, comment pourrait-il atteindre les cibles de 1500 patients, dont 500 patients vulnérables<sup>9</sup>? La publication *Nouvelles de la FMOQ*<sup>10</sup> ne fait pas mention de ce problème, tandis qu'au cabinet du ministre, on affirme qu'il y aura bel et bien une modulation en fonction des AMP.

En remettant aux calendes grecques les in-

vestissements en médecine de première ligne, le gouvernement se prive d'économies annuelles de 1 à 1,5 G\$ en services hospitaliers et pharmaceutiques<sup>1</sup>. Soulignons aussi la difficulté du Conseil du trésor à distinguer un investissement d'une dépense en santé.

Alors que le Québec compte plus de médecins par habitant que le reste du Canada, les Québécois continueront d'être ceux qui auront une accessibilité moindre à un médecin de famille. On peut donc prévoir de plus grands déficits budgétaires ou des hausses d'impôts pour payer les services de deuxième ligne qui auraient été évités par une médecine de première ligne forte. L'injuste et inefficace système américain est à nos portes.

Les médecins de famille n'ont pas abusé de la contestation dans le dernier quart de siècle. Et lors de chaque signature d'entente « sans grand enthousiasme », les conditions d'accès aux médecins de famille se sont détériorées. Nous espérons que 2011 sera la dernière année au cours de laquelle les médecins de famille se seront laissés intimider, car nous croyons que ce n'est qu'en nous tenant debout qu'ils seront respectés et qu'ils pourront répondre sereinement aux multiples demandes de leurs patients à chaque visite.

En 2016, il faudra négocier à propos de cet écart. Et rien d'autre. Pas à propos de mesures ou de montants d'argent dispensés ici et là. Il faut donc se préparer à un affrontement. La FMOQ sera-t-elle capable de relever le défi avec brio? ☒

---

## RÉFÉRENCES

1 Basé sur les investissements et les économies potentielles projetés par le General Practice Service Committee (GPSC) de la Colombie-Britannique. 2 Avis du Bureau de la concurrence du Canada, 2009. 3 Contrairement à ses collègues de plusieurs provinces, le médecin du Québec n'est ni obligé ni encouragé à prescrire pour 3, 6 ou 12 mois certains médicaments pour des conditions chroniques chez des patients fiables, d'où un taux de represcriptions par personne atteignant deux fois celui de la moyenne canadienne. 4 Pour l'ensemble des médecins et selon la méthode de la part individuelle nette des enveloppes développées par *Santé inc.* depuis 2008. 5 Dont on soustrait les compromis acceptés par les médecins de famille. 6 450 M\$ si la FMSQ n'avait obtenu que l'augmentation du secteur public en sus du dernier rattrapage interprovincial en cours. 7 <http://www.ledevoir.com/societe/sante/328945/libre-opinion-la-prise-en-charge-des-aines-malades-par-les-medecins-de-famille-menacee>. 8 Selon la méthode proposée dans le numéro de juillet de *Santé inc.*, page 14. 9 Un ETP s'occupe de 1500 patients. 10 Juin 2011