

Omnipraticiens accoucheurs face à la hausse du taux de natalité

Photo : SuperStock



Emmanuèle Garmier

En 2008, au Québec, 87 600 enfants sont venus au monde, soit 15 000 de plus qu'en 2002. Pendant cette période de six ans, le nombre d'omnipraticiens accoucheurs n'a augmenté que de 25 et celui des obstétriciens-gynécologues que de 23. La hausse du taux de natalité a un prix que paient à la fois les patientes et les médecins.

DANS LE MONDE de la périnatalité, la D^{re} **Andrée Gagnon** est une championne de haut niveau. Chef du Service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, elle pratique, à elle seule, plus de 300 accouchements par année. La passion l'anime, mais l'exténuation la guette.

Dans la région de l'omnipraticienne, le nombre de naissances a explosé. Il y a ainsi eu 400 accouchements de plus l'an dernier dans le territoire de Saint-Jérôme qu'en 2001-2002. La D^{re} Gagnon, qui pratiquait quelque 200 accouchements par année il y a deux ans, a dû augmenter sa charge de travail. Mais les services qu'elle et ses collègues offrent ne suffisent plus.

La situation a maintenant atteint un seuil critique. La D^{re} Gagnon voit parfois arriver à son cabinet des femmes enceintes de trente semaines qui n'ont pas encore rencontré de clinicien. Heureusement,

cette situation reste occasionnelle. « Cependant, je reçois régulièrement des femmes qui en sont à leur quinzième ou à leur vingtième semaine de grossesse. Elles ont fait le tour de tous les hôpitaux et de tous les médecins de la région, elles ont appelé chaque clinique, mais personne ne veut les prendre. »

Désespérant de se trouver un médecin, certaines futures mères s'effondrent en larmes devant la secrétaire de la D^{re} Gagnon. « C'est paniquant pour la population. Il y a des femmes qui fondent en larmes, ont des crises d'anxiété, deviennent agressives. Elles se font dire non partout », explique la D^{re} Gagnon.

Dans la région, bien des médecins – gynécologues-obstétriciens ou généralistes – limitent le nombre de patientes enceintes qu'ils acceptent de suivre.



La D^{re} Andrée Gagnon, chef du Service d'obstétrique de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, voit parfois arriver à son cabinet des femmes enceintes de 30 semaines qui n'ont pas encore rencontré de clinicien.

En outre, les rangs des omnipraticiens accoucheurs s'éclaircissent. « En 2001-2002, on était douze à faire de l'obstétrique. On est maintenant six. » Et la plupart de ceux qui restent ont parallèlement une pratique de médecine familiale, ce qui les oblige à limiter leur nombre de suivi de grossesse. Dans la région, seules la D^{re} Gagnon et une de ses collègues se consacrent exclusivement à l'obstétrique et au suivi des jeunes enfants.

Les semaines de la D^{re} Gagnon ressemblent à un film en accéléré. En plus des accouchements qu'elle effectue presque quotidiennement, elle donne des consultations à son cabinet cinq jours par semaine. « Je dois voir, en outre, une soixantaine de patientes qui sont à la fin de leur grossesse et qui doivent être examinées toutes les semaines. Mon horaire devient invivable », explique le médecin qui n'a dormi cette nuit-là qu'une demi-heure.

Qu'arrivera-t-il si la situation se dégrade d'un

cran encore ? Ce sera la catastrophe. « Des femmes n'auront eu aucun suivi de grossesse et présenteront peut-être des complications qui auraient pu être dépistées. Le taux de mortalité périnatale risque d'augmenter. Actuellement, on est en crise. Si la situation se détériore encore, quelque chose va littéralement sauter », avertit l'omnipraticienne.

L'aide d'une infirmière praticienne

Il y a cependant une lueur au bout du tunnel. En février, épuisée, la D^{re} Gagnon a rencontré son directeur des Services professionnels. Ensemble, ils ont conçu un projet pilote qui prend maintenant forme. Depuis trois semaines, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Saint-Jérôme envoie deux jours et demi par semaine une future infirmière praticienne pour seconder la généraliste. Pour l'instant, la D^{re} Gagnon est en train de former son assistante

et de mettre au point les protocoles dont celle-ci se servira. Bientôt, toutes les deux pourront suivre ensemble des femmes enceintes. L'infirmière s'occupera de la première rencontre où il faut remplir de nombreux formulaires et donner divers conseils. La D^{re} Gagnon donnera la deuxième consultation, et ainsi de suite.

L'infirmière suivra également les bébés en alternance avec l'omnipraticienne. Depuis septembre, la D^{re} Gagnon avait dû renoncer à cette activité à cause de sa surcharge de travail. Le besoin était pourtant criant, car les pédiatres de la région, débordés, ne prennent pratiquement plus de nouveaux enfants dans leur clientèle. « Il y avait un grand pourcentage de jeunes mères dont le bébé n'était pas suivi. Tout ce que l'enfant avait, c'était les vaccins du CLSC. C'est tout. Personnellement, cela me révoltait. Je me suis dit qu'il fallait que je trouve un moyen de suivre à nouveau les enfants de 0 à 2 ans. »

Une situation difficile dans tout le Québec

Au Québec, il y a actuellement 424 omnipraticiens qui pratiquent cinq accouchements et plus par année. Ils ne représentent que 5,4 % des généralistes. « On est un petit groupe qui, malheureusement, augmente peu par rapport à la hausse du nombre de grossesses », explique la D^{re} Gagnon. Ainsi, le taux de natalité, qui était de 9,7 % en 2002, est passé à 11,3 % en 2008, ce qui représente quelque 15 000 naissances de plus. Pendant ce temps, le nombre d'omnipraticiens accoucheurs n'a augmenté que de 25 et celui des obstétriciens-gynécologues, que de 23.

À Montréal, la D^{re} Sylvie Berthiaume, omnipraticienne à la Clinique médicale Quartier Latin, ressent elle aussi la hausse du nombre de naissances. « Depuis deux ans, on doit refuser beaucoup plus de femmes enceintes qui appellent pour avoir un rendez-vous. À certaines périodes de l'année, des femmes ne parviennent pas à trouver un médecin avant leur troisième ou quatrième mois de grossesse. »

En Estrie, la situation est également difficile. Les cinq équipes d'omnipraticiens accoucheurs du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) restreignent eux aussi le nombre de

patientes qu'ils suivent. « Les femmes se tournent vers les gynécologues-obstétriciens, mais ces derniers ne les voient qu'à 13, 14 ou 15 semaines, parce qu'ils ne le peuvent pas avant », explique le D^r Alain Demers,

généraliste qui pratique à la Clinique médicale de Fleurimont et au CHUS. Chacune des équipes d'omnipraticiens va cependant tenter de suivre un peu plus de futures mères.

Les efforts que peuvent faire les médecins ont toutefois leurs limites. « On ne peut pas rajouter des patientes à l'infini, souligne la D^{re} Berthiaume, également chef du Service de périnatalité à l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal. On va se brûler. Ce n'est pas mieux si on tombe malade ou que l'on abandonne la pratique parce qu'on en a trop fait. » Elle-même suit 80 femmes enceintes par année, en plus de sa pratique en médecine familiale.

L'aide des infirmières

Pour la D^{re} Berthiaume, l'une des solutions pourrait venir d'autres professionnels de la santé. Elle pense à un modèle qui ressemble à celui que la D^{re} Gagnon expérimente. « Si on avait des infirmières pour nous aider à faire le suivi de grossesse, on pourrait voir plus de patientes. Et en plus, ces professionnelles pourraient suivre des bébés. »

La D^{re} Berthiaume, qui travaille dans un groupe de médecine familiale, reçoit elle aussi l'aide d'une infirmière, mais qui va bientôt partir. Pour l'instant,

(Suite à la page 14) >>>



D^{re} Sylvie Berthiaume

Photo : Emmanuèle Garnier



D^r Alain Demers

Photo : Emmanuèle Garnier

◀◀◀ (Suite de la page 3)

cette dernière doit partager son temps entre les vingt médecins de l'équipe. « Pour les trois omnipraticiens qui travaillent en périnatalité, c'est une petite aide. » Néanmoins, l'infirmière voit les patientes avant la treizième semaine de grossesse et se charge de demander les examens à temps.

La D^{re} Berthiaume aimerait avoir la possibilité d'engager une infirmière à temps plein sans passer par la structure lourde et bureaucratique des CSSS. Mais n'y a-t-il pas un risque d'accentuer le manque déjà criant d'infirmières en obstétrique et en périnatalité ? « Si les médecins pouvaient engager directement des infirmières qui décident de prendre leur retraite de l'hôpital, on n'aggraverait pas ainsi la pénurie. »

Sur le plan des accouchements, ce qui aide la D^{re} Berthiaume est sa pratique de groupe. Elle est membre d'une équipe de huit omnipraticiens accoucheurs. « On fait donc des gardes à un rythme très raisonnable. Il y a des médecins qui sont disponibles pour accoucher en tout temps. La journée où moi-même je suis de garde, je ne travaille pas au cabinet, parce que cela ferait trop. » Plusieurs jeunes médecins souhaiteraient d'ailleurs se joindre au groupe à cause de la qualité de vie qu'il permet d'avoir.

La passion de l'accouchement

L'espoir repose également sur les étudiants en médecine. La D^{re} Gagnon allait en rencontrer dans trois jours. « Je vais essayer de les convaincre que l'obstétrique est la plus belle pratique du monde. » La clientèle est intéressante : des patientes en général jeunes et en bonne santé qui vivent une expérience importante. « C'est très particulier d'écouter le cœur du bébé à onze semaines de grossesse. On voit les mamans qui ont les yeux pleins d'eau. » Et il n'y a rien de plus merveilleux que de mettre un bébé au monde. « C'est un moment d'une intensité infinie. La naissance est un des moments les plus forts d'une vie, et nous, on en fait partie. Je pense qu'il n'y a rien de plus valorisant. C'est toujours miraculeux. » Bien sûr, parfois, il y a des malheurs, des bébés qui meurent ou qui ont des complications. « Mais c'est un pourcentage tellement petit de la clientèle que ça ne déteint pas sur le reste de la pratique »,

indique la D^{re} Gagnon.

La D^{re} Berthiaume a elle aussi été séduite par l'obstétrique. En tant que médecin de famille, cette pratique lui permet d'accompagner des patients dans tous les cycles de leur vie. « Quand vous avez suivi une femme pendant sa grossesse, été à son accouchement et suivi son bébé, vous avez plus de chance de rester son médecin pendant presque toute son existence. Moi, je commence maintenant à voir de jeunes femmes enceintes que j'ai mises au monde. Je pense qu'on vit davantage la continuité de la médecine générale quand on fait de l'obstétrique. »

Pour le D^r Demers, qui pratique entre 100 et 120 accouchements par année, l'attrait de l'obstétrique réside dans le lien avec les patientes. « C'est une relation de confiance mutuelle et d'amitié. Le paroxysme est la naissance de l'enfant, mais avant il s'est passé quelque chose. » Le médecin fait lui-même l'accouchement de toutes ses patientes enceintes. « J'ai besoin d'accoucher la personne avec qui j'ai développé une relation particulière pendant huit mois. Je suis là à son accouchement. Je la connais, je connais son conjoint. Je connais parfois le reste de la famille. J'ai suivi les autres enfants. J'adore ça. »

Mais comment communiquer cette passion aux étudiants en médecine ? « Il faut les mettre en contact très tôt avec l'obstétrique de la médecine familiale et non avec celle de la spécialité, estime la D^{re} Gagnon. Ils doivent commencer par voir le normal avant de voir l'anormal. Autrement, ils vont avoir l'impression que l'obstétrique est une médecine très risquée. »

Il y a quelques années, la D^{re} Berthiaume a fait une étude auprès des externes pour connaître leur perception du stage en obstétrique. « Ceux qui avaient été en contact avec des omnipraticiens trouvaient cette pratique plus encourageante et plus sécurisante que ceux qui avaient suivi des gynécologues ou des résidents. »

Autres professionnels de la santé

L'avenir reste inquiétant. Pendant que la relève se fait rare, l'âge des généralistes accoucheurs augmente. « Beaucoup sont dans la cinquantaine et ceux qui vont prendre leur retraite sont souvent des médecins qui ont un gros débit d'accouchements »,

précise la D^{re} Berthiaume, également présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec.

Du côté des 408 obstétriciens-gynécologues, la situation n'est pas plus rassurante. « Parmi nos membres, à peu près 75 % font des accouchements. Les autres sont en semi-retraite. Notre moyenne d'âge est de 50 ans. Notre nombre est nettement insuffisant, c'est sûr », reconnaît la D^{re} **Corinne Leclercq**, présidente de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec.

L'aide des sages-femmes est encore plus limitée. Selon les ententes signées entre le Regroupement les sages-femmes du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux, le nombre maximal de suivis complets que chacune peut faire est de 40 par année. Ne pourraient-elles pas suivre plus de femmes ? « Ce sont les seules professionnelles du système de santé à qui on ne demande pas un plus grand rendement », fait remarquer la D^{re} Berthiaume.



D^{re} Corinne Leclercq

L'omnipraticienne reconnaît sans hésiter que les sages-femmes donnent un excellent service. « Les femmes qu'elles suivent nous disent qu'elles leur offrent douze rencontres d'une heure. Les patientes sont très contentes, mais est-ce qu'on a les moyens d'offrir ça ? Peut-être que les sages-femmes pourraient organiser douze rencontres de 30 minutes, ce qui leur permettrait de voir un peu plus de patientes. »

Mais de manière globale, comparés aux autres professionnels de l'obstétrique, les médecins de famille perdent du terrain. Il y a quelques années, ils pratiquaient 60 % des accouchements. « Selon les dernières données de 2007-2008, 66 % des accouchements sont faits par des gynécologues, 32 % par des omnipraticiens* et 1,5 % par des sages-femmes », dit la D^{re} Leclercq qui s'inquiète de ce renversement. Elle souhaiterait que les généralistes prennent en charge un plus grand nombre de grossesses normales.

Le D^r Demers aussi est inquiet. Les omnipraticiens ne doivent pas abandonner la pratique des accouchements. « On ne peut pas parler de médecine familiale sans parler d'obstétrique. La famille commence là, avec les enfants, avec la naissance. Donc si, comme omnipraticiens, on quitte ce champ de pratique pour le laisser aux spécialistes, comment fera-t-on pour s'attribuer le titre de "médecins de famille" ? » ☞

*Le pourcentage d'accouchements faits par les omnipraticiens pourrait être plus élevé dans les faits que 32 % étant donné qu'il ne tient pas compte des accouchements commencés par des omnipraticiens, mais qui se sont terminés par une césarienne pratiquée par un gynécologue-obstétricien.

Colloque de la Commission des présidents début de l'élaboration du cahier des demandes

Emmanuèle Garnier

La FMOQ a entamé le processus consultatif qui permettra d'élaborer son cahier des demandes en vue du renouvellement de son Entente générale en avril 2010. Le président de la Fédération et les dix-neuf présidents de ses associations affiliées se sont ainsi récemment réunis, au colloque de la Commission des présidents, pour étudier certains enjeux importants : les nouveaux modèles de soins, les cabinets privés, la rémunération dans les régions éloignées, les honoraires fixes et les soins de longue durée, ainsi que la deuxième ligne de soins et les urgences. « Pour nous, c'est le début d'un long processus d'analyse et de consultation », explique le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ.

Depuis le début de l'année, divers groupes de travail de la FMOQ se sont penchés sur les améliorations à apporter aux conditions de travail et de rémunération des omnipraticiens des différents secteurs. Ces comités ont soumis un premier rapport au Bureau de la FMOQ à la fin mars. Ils viennent maintenant de présenter l'état de leurs travaux au colloque



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Louis Godin

de la Commission des présidents pour que ces derniers puissent en discuter en ateliers.

Cabinets privés

Le mandat du Comité sur les cabinets privés était de proposer des mesures pour que le milieu de travail des médecins de première ligne soit stimulant et pratique. Pour commencer, le comité s'attaque au financement des cabinets privés. Il suggère de mettre davantage à contribution le gouvernement pour bonifier l'accès aux médecins, la continuité des soins et l'étendue des services offerts. L'État pourrait, par exemple, consentir un budget pour l'embauche d'infirmières et l'informatisation. Le groupe de travail recommande aussi d'explorer la possibilité d'une participation financière des patients.

Le comité a, par ailleurs, avancé une idée originale : une mesure incitative liée à l'inscription de la clientèle générale et vulnérable. Selon sa proposition, plus un médecin prendrait en charge de patients vulnérables et non vulnérables et plus le forfait qu'il recevrait pour chacun d'eux serait important. Ainsi, un clinicien qui a moins de 600 patients ordinaires pourrait avoir un forfait annuel, par exemple, de 10 \$ pour chacun, alors que celui qui en a 1500 obtiendrait une somme trois fois plus importante. Dans les ateliers, plusieurs des présidents ont trouvé cette idée intéressante. « Cela récompenserait les médecins qui ont une grande clientèle », a estimé l'un des participants.

Le groupe de travail a également proposé de revoir la nomenclature en cabinet. « Le besoin se fait sentir de créer un nouvel acte qui reflète le suivi des patients atteints de maladies chroniques », mentionne le rapport du comité. De nouveaux codes d'actes seraient également nécessaires pour rémunérer le travail médico-administratif et les appels téléphoniques. Dans les ateliers, bien des présidents ont souligné la pertinence d'adapter la nomenclature à la pratique réelle.

En ce qui concerne la collaboration entre médecins et infirmières, le comité appuie un modèle GMF élargi où le ratio médecin/infirmière serait de un pour un. Le médecin devrait cependant recevoir un forfait mensuel pour la supervision de sa collaboratrice. Le groupe de travail favorise

également un modèle d'organisation de type clinique-réseau, dans lequel l'omnipraticien pourrait choisir l'infirmière et recevrait un montant pour payer son salaire.

Urgences et deuxième ligne

Un comité a également étudié la situation des omnipraticiens pratiquant aux urgences. « Il faut des mesures pour retenir les médecins », a fait valoir un membre du comité.

Le groupe de travail a souligné l'important écart entre la rémunération des spécialistes en médecine d'urgence et celle des généralistes « pour le même travail, la même responsabilité et le même stress. » La différence est particulièrement visible pour la pratique de soir, de nuit et de fin de semaine. Le comité propose de réduire l'écart à, au plus, 10 %. Il remet également en question la nomenclature des généralistes, qui peut sembler moins adaptée aux urgences que celles des urgentologues.

Un autre comité s'est intéressé à la deuxième ligne de soins. Il a dressé toute une liste de mesures pour améliorer la rémunération des omnipraticiens s'occupant des hospitalisations de courte durée. Il suggère entre autres de nouveaux actes :

- acte de congé et de départ ;
- acte pour rémunérer le temps passé à discuter avec les familles ;
- acte pour la discussion avec les intervenants et pour les réunions multidisciplinaires ;
- acte pour interpréter les résultats de tests (ECG, radiographie, etc.) ;
- etc.

Le comité propose également diverses modifications :

- remplacer, dans le cas de l'hospitalisation, l'examen complet majeur par un examen de prise en charge qui serait plus approprié ;
- créer un code d'acte pour le suivi quotidien afin de remplacer les examens ordinaires et complets ;
- mieux rémunérer le déplacement et les soins de nuit ;
- etc.

Le Comité sur la deuxième ligne s'est également penché sur la rémunération de la garde en disponibilité, le mode de paiement par hôpital des soins au malade hospitalisé et la rémunération du chef de département.



Photo : Emmanuèle Garnier

Les présidents d'association, les D^s Ghyslain Lacroix, Jacques Desroches et Pierre Gosselin à un atelier

Rémunération différente

Le groupe de travail sur la rémunération différente a étudié les changements que l'on pourrait apporter au système actuel d'augmentation de la rétribution des omnipraticiens en fonction de leur éloignement des grands centres. Les membres ont ainsi revu la carte actuelle et analysé la situation particulière de régions comme La Malbaie, Saint-Pamphile et l'Outaouais. Ils ont proposé des majorations diverses, tout en soulignant l'écart important qui existe actuellement entre les hausses accordées aux généralistes et celles qui sont offertes aux spécialistes dans les régions éloignées. Le comité a également proposé d'accroître les primes accordées pour retenir les omnipraticiens dans les régions éloignées après un certain nombre d'années et suggéré des améliorations pour les mesures de ressourcement.

Nouveaux modèles de pratique

En atelier, les présidents ont entre autres discuté des nouveaux modèles de pratique et tenté de définir les besoins minimaux des médecins qui en feraient partie. L'aide d'infirmières semblait essentielle aux médecins. « Il faut avoir plus d'heures de services infirmiers que dans les GMF actuels », ont dit plusieurs. D'autres ont demandé que les omnipraticiens puissent facturer les actes faits par l'infirmière. Autrement, les médecins sont perdants : ils paient les frais de cabinets, supervisent



Photo : Emmanuèle Garnier

Ateliers du colloque de la Commission des présidents

gratuitement l'infirmière et ne voient que les cas les plus lourds.

Dans le domaine informatique, certains présidents ont mentionné qu'il faudrait donner la priorité aux données sur les médicaments, les prescriptions et les interactions, mais aussi au résumé du séjour hospitalier.

En ce qui concerne les groupes de médecine de famille, certains ont souligné que les trois heures par semaine payées pour les tâches médicoadministratives sont insuffisantes. Par ailleurs, il ne faudrait pas réduire les avantages consentis aux GMF qui ne parviennent pas à répondre aux critères exigés, ce qui est le cas d'un certain nombre de groupes actuellement. « Il faudrait plutôt augmenter les avantages accordés à ceux qui répondent aux critères », ont proposé certains médecins.

Pratique mixte

Le Comité sur la pratique mixte s'est penché sur la possibilité d'exercer à la fois dans le système public et privé. Cette pratique, si elle devenait autorisée, devrait « être minimalement encadrée afin que la prestation de services au privé ne se fasse pas au détriment de la prestation de soins offerts dans le système public », mentionne le rapport du groupe de travail. Le comité propose différentes conditions, dont la principale serait « l'engagement des médecins à maintenir la même prestation de services publics qu'avant leur entrée en pratique mixte. » Le travail en pratique privée constituerait ainsi une offre de services supplémentaires. Dans cette optique, la pratique mixte permettrait d'accroître l'accès aux médecins et la productivité de ces derniers. Cependant, elle soulève de nombreuses questions éthiques et pratiques.

Comités en cours

Certains comités, dont les travaux étaient en cours, ont présenté un rapport intérimaire. Ainsi, un groupe de travail s'est penché sur les honoraires fixes et le tarif horaire et un autre sur les soins de longue durée. Les demandes des médecins de CLSC ont également été présentées.

Les prochaines étapes

La discussion en ateliers des rapports des différents comités constituait un exercice important. « Nous voulions alimenter la réflexion des médecins en vue du congrès syndical », explique le D^r Godin. Sous le thème *L'omnipraticien au cœur de la santé*, ce colloque qui sera ouvert à tous les généralistes, présentera les 28 et 29 mai prochain différentes propositions qui seront explorées et débattues.

En se fondant sur les consensus qui auront été établis pendant le congrès, le président de la FMOQ soumettra ensuite à ses membres des propositions précises au cours de sa tournée provinciale de l'automne. Dans chacune des régions, les généralistes pourront à nouveau intervenir à cette étape. « Nous voulons vraiment que les omnipraticiens qui veulent s'exprimer puissent le faire », dit le D^r Godin. Et, en décembre, un cahier des demandes définitif sera soumis au Conseil. 📄

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Pourquoi le patient fronce-t-il les sourcils ?

Il peut arriver, au cours de la consultation médicale, que le patient fronce les sourcils, semble inattentif, préoccupé ou en désaccord. Faut-il s'enquérir de ce qui ne va pas ou passer outre et continuer l'entrevue ?

« On suggère au médecin d'arrêter ce qu'il est en train de faire et de demander au patient ce qui se passe. Il faut alors être attentif à ses messages verbaux et non verbaux. Si on ne s'intéresse pas à ce qui le préoccupe, il risque de ne pas nous écouter, ni de bien observer le traitement par la suite », explique le **D^r Richard Boulé**, omnipraticien et professeur à l'Université de Sherbrooke.

Ainsi, le médecin qui explique les bases du régime méditerranéen peut être devant un patient qui a perdu son emploi et dont les priorités viennent de changer. La personne qui consulte pour un mal de tête, peut craindre, sans l'avouer d'emblée, être menacée par une hémorragie cérébrale comme en a eue sa mère.

« Le médecin peut alors réorienter l'entretien en fonction des réponses du patient. La relation thérapeutique gagne alors en efficacité, et la confiance du patient s'accroît. Cela va entraîner au bout du compte une meilleure observance », affirme le **D^r Boulé**. EG

Envoi d'ordonnances par télécopieur

Mentions à ne pas oublier

Comme nous le suggérons dans le numéro de mars dernier, les médecins peuvent envoyer des ordonnances aux pharmaciens par télécopieur en utilisant le formulaire du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec (voir dans le site du Collège – www.cmq.org – l'annexe du document intitulé : « La transmission des ordonnances de médicaments par télécopieur »).

Cependant, si les médecins utilisent un autre formulaire, ce dernier doit comporter une mention indiquant que le prescripteur certifie que :

- cette ordonnance est une ordonnance originale ;
- le pharmacien indiqué précité est le seul destinataire ;
- l'original ne sera pas réutilisé.

« Ces informations sont très importantes. Si elles sont absentes le pharmacien refusera l'ordonnance transmise par télécopieur », indique le **D^r Claude Ménard**, adjoint à la Direction générale et au secrétaire au Collège des médecins du Québec et de l'Ordre des pharmaciens du Québec comporte déjà les indications exigées. EG

Des souris et des bambins

Votre prochain patient est dans les bras de sa mère et ne semble pas vouloir collaborer. Comment l'examiner sans le faire pleurer ? « La première chose à faire est de demander à la mère de garder l'enfant sur elle. Cela va le rassurer », explique le **D^r Jean-Marc Hébert**, omnipraticien au CLSC-GMF Saint-Donat. On peut ensuite raconter une histoire à l'enfant. On pense qu'une souris s'est cachée dans son oreille. On lui montre alors notre détecteur de souris, le tympanoscope. On projette la lumière sur son doigt, on lui permet de toucher l'instrument et de regarder par la « petite fenêtre ». « L'enfant voit alors que cela ne fait pas mal. C'est ensuite plus facile d'examiner son oreille », explique le médecin.

Évidemment, comme on n'a pas trouvé la souris, il faut la chercher dans l'autre oreille. Et comme on ne la voit toujours pas, on va regarder dans la gorge. Puisque cette coquine se cache toujours, on va donc chercher, en vérifiant les adénopathies cervicales axillaires, les petites crottes qu'elle a pu laisser. Puisqu'elle reste introuvable, c'est peut-être que le chat l'a mangée. On va donc examiner les poumons pour voir si on n'entendrait pas des miaulements, des sibillances.

« Vous serez surpris à quel point les enfants se laissent faire. La prochaine fois qu'ils viendront, ils en redemanderont », dit le **D^r Hébert**. Le médecin conseille également d'avoir en réserve de jolis autocollants que l'on peut remettre au petit patient pour l'amadouer ou le récompenser de sa collaboration. EG

(adaptation d'un texte du **D^r Jean-Marc Hébert**, paru dans le *Bulletin de l'AMCLSC*)

Accord entre le Québec et l'Ontario sur la mobilité des médecins

réaction de la FMOQ

Emmanuèle Garnier

Les médecins québécois pourront bientôt pratiquer en Ontario tout comme les cliniciens ontariens pourront sous peu exercer au Québec, grâce à l'accord signé entre le Collège des médecins du Québec et le Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Pour pratiquer dans la province voisine, les médecins ontariens et québécois n'auront qu'à détenir un permis de pratique sans limitation et sans restriction.

Les deux ordres professionnels ont signé un accord sur la mobilité de la main-d'œuvre médicale, entre autres pour se conformer aux modifications sur l'Accord sur le commerce intérieur en vigueur depuis le 1^{er} avril. Certaines de ses règles définissent, pour tous les métiers et toutes les professions réglementés, les modalités de délivrance d'un permis d'exercice sur la base d'un « permis pour un permis ».

L'accord sur la mobilité des médecins répond également au souhait des gouvernements québécois et ontarien qui ont décidé, il y a un an, de créer un espace économique commun.

La FMOQ voit d'un bon œil cette entente. « S'il y a des accords pour la mobilité de la main-d'œuvre pour l'ensemble de la population québécoise, je ne vois pas pourquoi les médecins en seraient exclus », affirme le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération.

Cette entente n'est cependant pas sans risque pour le Québec qui accorde aux médecins de moins bonnes conditions que l'Ontario. « Le gouvernement aura l'obligation de s'assurer que les conditions d'exercice et de rémunération au Québec seront concurrentielles par rapport à celles qui sont offertes ailleurs, estime le D^r Godin. Des améliorations importantes devront être apportées de ce côté-là, parce qu'il est clair que nous ne sommes pas

concurrentiels par rapport au reste du Canada. Notre écart de rémunération est encore important. »

L'entente signée entre le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Fédération en 2007 était destinée à combler en partie, au cours d'une période de huit ans, l'écart brut de 45 % qui a été reconnu entre le revenu des médecins québécois et celui de leurs collègues du reste du Canada. Une différence ramenée à 30 % avec les facteurs de pondération. Cependant, les conditions de rémunération des cliniciens des provinces anglophones pourraient encore être bonifiées davantage dans l'avenir, ce qui accroîtrait l'écart. ☞

Nouveau rédacteur en chef au Médecin du Québec

le D^r Martin Labelle

Emmanuèle Garnier

Le *Médecin du Québec* a un nouveau rédacteur en chef, le **D^r Martin Labelle**, qui sera également directeur adjoint à la Formation professionnelle de la Fédération. Le D^r Labelle était, jusqu'à présent, directeur du Développement professionnel continu à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et exerçait une journée par semaine à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, à Montréal.

La perspective de continuer à travailler dans le monde du perfectionnement professionnel séduisait le D^r Labelle. « C'est un secteur en évolution. On est passé de la formation continue traditionnelle, il y a quelques années, à des concepts plus pratiques comme l'autogestion du "développement professionnel continu". Maintenant, on songe à intégrer la formation continue à notre pratique



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Martin Labelle

quotidienne. Il y a donc certainement des choses qui peuvent être faites sur ce plan et *Le Médecin du Québec* peut devenir un véhicule pour informer les médecins et les aider à inclure le perfectionnement professionnel dans leur travail. »

Le nouveau rédacteur en chef ne compte pas changer la formule de la publication. Il apprécie son importante section de formation continue faite par et pour les médecins de famille et à laquelle se greffent différentes chroniques sur la facturation, les aspects juridiques, les médicaments, etc.

« *Le Médecin du Québec* est également un outil de communication privilégié pour la FMOQ. Il faut donc garder son aspect informatif sur le plan syndical. On pourrait peut-être ajouter des chroniques sur la valorisation de la médecine de famille. »

Le D^r Labelle a été très touché par la publication de l'*Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale*, publiée l'automne dernier par la FMOQ. « En lisant ce document, je me retrouvais comme médecin de famille qui suit une clientèle et je voyais que l'on cernait certains problèmes que je constatais moi aussi. »

Le D^r Labelle, qui exerce depuis 32 ans, a connu presque tous les aspects de la médecine familiale : suivi de patients, urgences, obstétrique, pratique dans un cabinet privé, exercice à l'hôpital, visites à domicile et soins dans les résidences pour personnes âgées. En 1990, toutefois, le D^r Labelle découvre la formation médicale continue, qui va devenir sa seconde passion. Commencant dans le comité d'enseignement de l'Hôpital Fleury, où il pratiquait, il poursuit ensuite dans cette voie à une plus grande échelle dans d'autres organismes. En 1994, il pénètre dans le milieu universitaire où il gravit les échelons.

En 2002, le D^r Labelle devient responsable de formation clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal et ferme son cabinet. Il conserve néanmoins certaines activités cliniques. Un an plus tôt, l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont lui avait donné la possibilité d'enseigner aux résidents et de pratiquer. « J'ai toujours trouvé important de rester en contact avec les patients. » Et en 2006, le D^r Labelle est devenu professeur adjoint de clinique et directeur du Développement professionnel continu. ☞

M. Denis Blanchette nouveau directeur des Affaires économiques à la FMOQ

Emmanuèle Garnier

M. Denis Blanchette, économiste à la FMOQ depuis neuf ans, est devenu le nouveau directeur des Affaires économiques de la Fédération. C'est lui qui sera chargé de convertir en nombre et en dollars toutes les demandes que les omnipraticiens feront lors des prochaines négociations, en avril 2010, et de vérifier les propositions du gouvernement.

Dans son bureau lumineux, il joue et jongle avec des millions de dollars sur papier. Il va bientôt construire des modèles pour calculer ce que pourrait coûter la création de nouveaux actes, une majoration de la rémunération dans tel secteur, de nouvelles modalités de paiement dans tel autre, les changements éventuels de la carte géographique de la rémunération différenciée, etc. Tous les aspects de la pratique des généralistes, tous les profils d'exercice et tous les milieux de soins seront analysés.

Outre les demandes ciblées de la FMOQ, de grands dossiers de négociations attendent le nouveau directeur des Affaires économiques. L'un d'eux est la compétitivité de la rétribution des généralistes. « L'écart de rémunération entre omnipraticiens et spécialistes nous préoccupe. Cela va peut-être devenir un enjeu important », explique M. Blanchette. L'économiste doit également vérifier si la différence de revenus entre les généralistes québécois et leurs collègues du reste du Canada va réellement diminuer avec le temps. L'écart brut, qui avait été fixé à 45 %, doit être réduit en huit ans grâce aux mesures de redressement négociées en 2007.

L'attractivité de la rémunération des généralistes québécois pourrait devenir une question centrale. Ce point a d'ailleurs été soulevé dans *L'Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale*,

(Suite à la page 92) >>>>

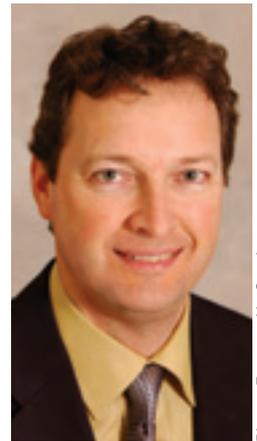


Photo : Emmanuèle Garnier

M. Denis Blanchette

◀◀◀ (Suite de la page 21)

dont la quatorzième recommandation proposait
« pour les omnipraticiens québécois une rémunération
équitable et concurrentielle par rapport à celle des
omnipraticiens canadiens et des spécialistes québécois. »

Suivre la réaction des médecins

Le nouveau directeur des Affaires économiques aura également à éclaircir certains points. Par exemple, comment se fait-il que l'enveloppe budgétaire actuelle, négociée en 2006, n'ait pas totalement été dépensée ?
« Dans notre jargon, on parle de "non-atteinte". Il reste de l'argent. Que s'est-il passé ? Quelles mesures n'ont pas fonctionné ? »

La réaction des médecins à l'arrivée d'une nouvelle mesure n'est pas toujours prévisible. Parfois, ils en profitent avec enthousiasme et facturent abondamment le nouvel acte ou le nouveau forfait, mais d'autres fois ils le boudent. Leur choix collectif a, dans chaque cas, des répercussions sur l'enveloppe.

M. Blanchette aura ainsi à suivre, entre autres, les résultats des premières mesures du plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille entrées en vigueur l'an dernier. Une somme de 11,5 millions de dollars a, par exemple, été réservée pour les forfaits des médecins enseignants. « On va voir si les omnipraticiens les facturent. » Il faudra également vérifier quel sera l'effet de l'allongement de la liste des clientèles vulnérables et suivre l'évolution de l'inscription générale commencée en janvier dernier. Par ailleurs, une somme a été réservée pour la prise en charge de 50 000 patients orphelins. Sera-t-elle suffisante ou trop importante ?

Maintenant que les premières mesures du plan d'accessibilité ont été mises en place, M. Blanchette va aussi s'intéresser à celles qui seront décidées pour 2010, 2011 et 2012. « Il nous reste six années pour lesquelles on a un budget annuel d'à peu près 25 millions. Cela fait 150 millions pour mettre en place le reste des mesures du plan. »

Titulaire d'une maîtrise, M. Blanchette a été, avant son arrivée à la FMOQ, économiste au ministère des Finances du Québec, a travaillé au Service des finances de l'Université de Sherbrooke et enseigné au niveau collégial. « M. Blanchette, qui est à la Fédération depuis plusieurs années, a été choisi comme directeur des Affaires économique pour sa connaissance des différents dossiers et la qualité de son travail », précise le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. ☞

Nouveau président de l'AMQ le D^r Jean-François Lajoie

L'Association
médicale du
Québec (AMQ)
a élu à sa tête le
**D^r Jean-François
Lajoie**, interniste et
professeur clinicien
à l'Université de
Sherbrooke. L'une
des priorités du
nouveau président,



D^r Jean-François Lajoie

dont le mandat est de deux ans, sera la
valorisation de la médecine familiale.

« À titre de médecin spécialiste,
je suis bien placé pour comprendre
l'importance des médecins de famille.
Dans ma pratique médicale, je suis
confronté quotidiennement à des
problèmes causés par un manque de
généralistes. Ce sont eux qui forment
le noyau dur de la première ligne de
soin. Pour jouer pleinement ce rôle,
ils doivent avoir accès aux meilleures
pratiques et aux meilleures
technologies, dans les établissements
publics comme dans les cliniques
indépendantes », a déclaré le D^r Lajoie
dans un communiqué de presse.

Des solutions comme la
multidisciplinarité et les technologies
de l'information pourraient faire
gagner jusqu'à 20 % de temps aux
médecins, soutient le nouveau
président. « Appliqué aux médecins de
famille de la région de Montréal, ce gain
de temps équivaut à 250 généralistes
de plus, et ce, sans un seul dollar
dépensé en formation. » Le D^r Lajoie
s'est réjoui, par ailleurs, de l'initiative
du gouvernement du Québec de créer
un groupe de travail pour régler le
problème de la pénurie de médecins
de famille. ☞

Vaincre les ennemis du sommeil

De Charles Morin



Les ennemis du sommeil ? Déjà la couverture du livre en dresse une liste : alcool, anxiété, caféine, dépression, douleur, médicaments, ménopause, etc. Édité pour la deuxième fois, ce livre propose des méthodes pour séduire Morphée sans recourir aux médicaments.

L'auteur, **M. Charles Morin**, psychologue et professeur à l'Université Laval, est un spécialiste de la question. Selon lui, il existe trois types d'insomnie : la difficulté à s'endormir le soir, les réveils nocturnes fréquents ou prolongés et le réveil matinal prématuré. Les causes de l'insomnie peuvent être de différentes natures : psychologique, médicale, médicamenteuse et environnementale.

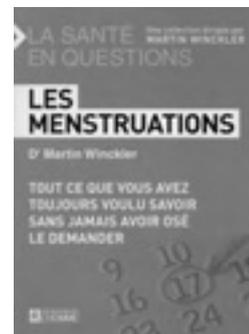
Pour vaincre l'insomnie, l'auteur explique comment changer ses habitudes de sommeil, remettre son horloge biologique à l'heure, réviser ses croyances, gérer son stress et maintenir une bonne hygiène du sommeil. Il explique également à quoi s'attendre d'une clinique du sommeil. Le lecteur qui veut savoir s'il souffre vraiment d'insomnie peut remplir le questionnaire que propose l'ouvrage. ☺

Les Éditions de l'Homme, Montréal, 2009, 288 pages, 24,95 \$.

Livres Emmanuèle Garnier

***Les menstruations :
tout ce que vous
avez toujours voulu
savoir sans jamais avoir
osé le demander***

Du D^r Martin Winckler



Les règles recèlent encore certains mystères pour plusieurs femmes et jeunes filles. Dans ce livre, ces dernières trouveront des réponses à toutes leurs questions : qu'est-ce qui s'écoule pendant la menstruation ? À quoi servent les règles ? Quelle est leur durée normale ? Qu'est-ce qui peut les retarder, les prolonger ou les rendre irrégulières ?

Ce livre, qui est une adaptation québécoise de l'ouvrage français *Les règles sans tabou* (Fleurus, 2008), s'attarde à différents aspects de la vie gynécologique, de l'adolescence jusqu'à la ménopause. Il aborde non seulement le cycle menstruel, mais aussi différents facteurs qui peuvent influencer sur les règles : la contraception, la grossesse, l'avortement et l'allaitement. L'ouvrage se penche également sur certains problèmes, comme la dysménorrhée, le syndrome prémenstruel, les kystes de l'ovaire et l'endométriose.

L'auteur, le **D^r Martin Winckler**, est un omnipraticien français qui a écrit plusieurs livres, dont *La maladie de Sachs* et *Les trois médecins*, ainsi que des essais et des ouvrages de vulgarisation médicale. ☞

Les Éditions de l'Homme, Montréal, 2009, 176 pages, 16,95 \$.