

# Ateliers du congrès syndical suggestions pour les négociations

Emmanuèle Garnier



**De multiples idées ont jailli des vingt ateliers du congrès syndical L'omnipraticien au cœur de la santé, qui a eu lieu en mai dernier. Ces suggestions vont maintenant servir de base pour préparer les prochaines négociations en vue du renouvellement de l'Entente générale en 2010.**

**À** l'heure de l'élaboration du cahier des demandes, les ateliers du congrès syndical constituent une source importante de suggestions. Les propositions ont fusé tant pour améliorer les conditions de pratique et de rémunération dans les cabinets privés, les hôpitaux et les CLSC que pour sélectionner des enjeux importants comme l'emploi d'infirmières, l'informatisation et la manière de retenir les médecins.

## Cabinets privés

De quoi ont besoin les omnipraticiens des cabinets privés ? D'aide. De l'aide d'infirmières et de secrétaires. Les participants de l'atelier sur les cabinets médicaux estimaient qu'ils perdaient trop de temps en travail médico-administratif et en tâches qu'ils pourraient déléguer.

La collaboration d'infirmières semblait particulièrement précieuse pour les médecins.

Certains proposaient de demander au moins une infirmière pour trois omnipraticiens. Dans les GMF, où il n'y en a que deux pour dix généralistes, le ratio est trop faible à leur avis.

Les généralistes souhaitaient aussi être soulagés de la « paperasse administrative », notamment des formulaires à remplir. Ils doivent y consacrer plusieurs heures par semaine. Une secrétaire pourrait donc les aider dans certaines tâches. Mais pour le travail médico-administratif dont ils doivent s'acquitter eux-mêmes, ils aimeraient être rémunérés. « Ce qui est le plus difficile, c'est la charge de travail. La gestion du dossier, les résultats de laboratoire à vérifier, les appels téléphoniques à faire. Ces tâches sont rétribuées dans les groupes de médecine de famille (GMF) et devraient l'être aussi dans les autres cabinets privés », a estimé l'un des participants.

Les omnipraticiens se sont également penchés sur de



nouveaux modes de rémunération. Pour plusieurs, la rétribution à l'acte n'est plus adaptée à la pratique. « De plus en plus, on devrait songer à une rémunération mixte », a affirmé un congressiste. La formule « forfait plus pourcentage du tarif de l'acte » pourrait être intéressante. Certains médecins ont, par ailleurs, réclamé une augmentation du paiement de la prise en charge des patients. Cela leur paraissait essentiel pour sauver les cabinets.

### **L'infirmière**

L'aide d'infirmières, qui a constitué le thème d'un atelier à lui seul, semble une solution très intéressante pour les médecins. « Nous avons besoin d'infirmières pour la prise en charge – si l'on veut que nous voyions plus de patients –, pour le triage aux consultations sans rendez-vous, pour les appels téléphoniques, etc. », a expliqué un généraliste.

Pour la majorité des congressistes, il était essentiel que le médecin puisse choisir lui-même son infirmière. Certains insistaient même pour en être l'employeur. Parce qu'actuellement, dans les groupes de médecine de famille, ces professionnelles relèvent du centre de santé et de services sociaux (CSSS) qui les rémunère, mais qui impose ses règles.

Pour avoir les moyens d'engager une infirmière, le généraliste devrait cependant être autorisé à facturer le travail de cette dernière. Une pratique actuellement interdite. La loi indique que le médecin ne peut être rémunéré que pour les actes

qu'il fait lui-même. « Il est primordial de régler la notion du "lui-même" », ont indiqué bien des participants. L'autre option serait un budget du ministère de la Santé et des Services sociaux qui permettrait aux médecins d'engager et de rémunérer eux-mêmes les infirmières.

### **CLSC**

La majorité des médecins de CLSC inscrivent leur clientèle et facturent des forfaits. Toutefois, certains n'en tirent pas de grands avantages financiers à cause de leur type de pratique. C'est le cas de ceux qui travaillent en santé mentale, dans certains programmes jeunesse, aux soins palliatifs ou qui font des visites à domicile.

Les participants de l'atelier sur les CLSC ont entre autres suggéré de remplacer les bonifications liées à l'inscription de la clientèle par une formule plus simple, telle que les primes offertes dans les CHSLD ou, encore mieux, par une hausse du taux de rémunération horaire. Les médecins de CLSC avaient, par ailleurs, l'impression que leur mode de rétribution à tarif horaire rapportait beaucoup moins que le paiement à l'acte pour les mêmes services. Ils aimeraient donc que l'on effectue une évaluation de l'équivalence actuarielle entre les modes de paiement.

En ce qui concerne les patients vulnérables, les médecins souhaitaient que l'on allonge la liste des diagnostics donnant droit à un forfait pour inclure le trouble de déficit de l'attention



avec ou sans hyperactivité, la déficience intellectuelle, la déficience physique et les accidents vasculaires cérébraux.

Par ailleurs, la pénurie de personnel administratif sévit toujours dans les CLSC. Elle s'est même aggravée avec la création des CSSS qui a provoqué la migration de ressources vers les milieux hospitaliers. Les médecins de l'atelier souhaitent vivement que l'on remédie à la situation.

### **Urgences et soins intensifs**

Les médecins s'intéressant aux urgences et aux soins intensifs avaient de nombreuses idées. Ils ont entre autres suggéré, pour simplifier la facturation, de n'avoir que deux codes d'examen : un examen initial (complet majeur) et des examens subséquents (complet). Ils ont également proposé de redéfinir les actes et les examens pour mieux les adapter à la pratique. Les participants ont, par ailleurs, souhaité que l'on majore de 33 % la rémunération du travail de soir et de 55 % celle du travail le week-end et la nuit. La garde en disponibilité pour le transfert ou les débordements pourrait aussi être payée. Les généralistes désiraient, par ailleurs, un ajustement de la rémunération dans les petits milieux où le débit de patients est moins grand.

### **Hospitalisation**

La forme de rémunération pour les soins aux patients hospitalisés est devenue inadéquate. « La nomenclature n'est plus adaptée à la réalité



actuelle », a souligné un médecin dans l'atelier sur l'hospitalisation.

Les participants ont proposé deux voies pour régler le problème. La première est de modifier carrément le mode de rémunération. Une combinaison de rémunération de base avec un forfait journalier pour chaque patient permettrait de simplifier la facturation et de couvrir des activités non rémunérées actuellement, comme les discussions avec les intervenants. Il faudrait parallèlement concevoir de nouveaux actes pour certaines des activités particulières, comme la prise en charge des patients, le transfert ou la sortie de l'hôpital, et créer une banque d'heures pour les actes médico-administratifs.

La deuxième solution serait de conserver la facturation à l'acte, mais de revoir complètement la nomenclature pour la simplifier et mieux refléter la réalité de la pratique. « Il faudrait diminuer le nombre d'examens. Il pourrait y en avoir un principal, puis des examens de suivi », a proposé un participant. Si l'on conserve ce mode de rémunération, il sera cependant nécessaire de créer de nouveaux actes et une banque d'heures pour les tâches médico-administratives.

### **CHSLD, soins palliatifs et soins psychiatriques**

Les participants de l'atelier sur les CHSLD, les soins palliatifs et les soins psychiatriques ont fait plusieurs suggestions pour améliorer la rémunération dans leur milieu de travail. L'un

*(Suite à la page 14) >>>>*

des principaux problèmes qu'ils voient ? Le tarif horaire n'est pas adapté au travail qu'ils effectuent. Certains ont proposé de le remplacer par un forfait « patients par semaine ».

Les omnipraticiens ont d'ailleurs suggéré la création de plusieurs types de forfaits. Par exemple, un pour la prise en charge, qui varierait selon le nombre de patients et permettrait de reconnaître la lourdeur de la pratique. Un forfait de garde en disponibilité de jour, ou mieux de 24 heures, devrait aussi être accordé. Celui pour la garde en disponibilité de soir, qui commence à 20 heures, pourrait par ailleurs être en vigueur dès 16 heures. Les participants ont également proposé différentes mesures telles que l'augmentation du tarif horaire à 120 \$ ou même à 140 \$, une prime de responsabilité quotidienne pour les soins palliatifs comme dans les hôpitaux, une meilleure rétribution des constats de décès, etc.

### Tarif horaire et honoraires fixes

Les médecins de l'atelier étaient préoccupés par l'écart financier qu'ils constataient entre la rémunération à l'acte et leur mode de rétribution à honoraires fixes ou à tarif horaire. Ils souhaitaient obtenir dès maintenant une majoration. Les participants ont également dénoncé la réduction du taux horaire qu'ils subissaient après 35 heures de travail par semaine. En outre, une fois ce nombre d'heures dépassé, les avantages sociaux cessaient.

### Santé publique

Il faut valoriser la pratique en santé publique, estimaient les médecins qui participaient à l'atelier. Certains pensaient qu'il faudrait que ce travail puisse plus facilement devenir une activité médicale particulière (AMP) pour y attirer les jeunes médecins. Pour rendre ce domaine plus séduisant, on devrait cependant augmenter le tarif horaire et les honoraires fixes.

### Rémunération différenciée

Les congressistes étaient d'avis qu'il fallait accroître le différentiel de rémunération entre les grands centres et les régions éloignées. Les participants conseillaient également d'éliminer

la différence de rétribution entre la pratique dans les établissements et celle dans les cabinets privés des territoires éloignés. La situation actuelle défavorise les médecins de cabinet et rend difficile leur remplacement par des collègues exerçant à l'hôpital. Les omnipraticiens de l'atelier ont, par ailleurs, fait remarquer que le tarif à 105 % offert dans les régions intermédiaires ne constituait pas un incitatif très alléchant.

### Un défi important

Au cours du congrès syndical, les 208 omnipraticiens participants se sont également penchés sur des questions comme celles des AMP et des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), la manière de retenir les médecins, les modèles d'organisation, l'informatisation et le soutien à la pratique en médecine familiale. En tout, les participants ont discuté d'une vingtaine de sujets en groupes restreints.

« Nous sommes satisfaits du travail des congressistes et du sérieux des discussions qu'il y a eu dans les ateliers. Les ateliers ont permis des échanges fructueux. Cela constituera une contribution importante à l'élaboration du cahier des demandes en vue des prochaines négociations », assure le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ.

Les ateliers ont confirmé au président les priorités des omnipraticiens. « Les médecins sont très préoccupés par la question de l'organisation de leur travail, du soutien à la pratique et du niveau de leur rémunération, a noté le D<sup>r</sup> Godin. Ils sont également très insatisfaits de l'approche coercitive et bureaucratique du gouvernement du Québec et veulent des correctifs. Le défi est donc énorme pour les prochaines négociations, parce que les attentes sont importantes et légitimes. »

Le Bureau de la Fédération présentera, dans une édition spéciale du bulletin *Nouvelles de la FMOQ*, le contenu d'un projet préliminaire de cahier des demandes conçu à partir des rapports des ateliers du congrès et des travaux internes. Les omnipraticiens pourront ainsi discuter des prochaines revendications avec le président de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Godin, au cours de sa tournée des associations, à l'automne. 🍷

## La médecine de famille une nouvelle spécialité



Dr Yves Lamontagne

En 2010, la médecine familiale sera une spécialité au Québec. Comme elle l'est depuis plusieurs années ailleurs au Canada. Actuellement, les résidents québécois en médecine familiale passent le même examen que leurs confrères anglophones, cependant seuls ces derniers deviennent des

spécialistes en médecine familiale.

« Si c'est bon pour le reste du Canada, je ne vois pas pourquoi ce ne le serait pas pour le Québec. Je suis tout à fait d'accord pour que l'on rehausse la profession de médecin de famille », explique le **Dr Yves Lamontagne**, président du Collège des médecins du Québec (CMQ). Depuis plus d'un an, l'organisme planche sur les changements à effectuer pour accorder le titre de spécialistes aux omnipraticiens.

Le président de la FMOQ, le **Dr Louis Godin**, se réjouit de ce nouveau statut pour les généralistes. « Nous avons toujours cru à la grande spécificité du travail des médecins omnipraticiens. Pour nous, la médecine familiale en soi a toujours constitué l'équivalent d'une spécialité compte tenu de la particularité et des exigences de cette pratique. Le titre de spécialiste consacre donc le rôle essentiel du médecin de famille et la grande valeur de son travail. »

Dès que la modification entrera en vigueur, tous les médecins de famille québécois seront considérés

comme des spécialistes. La FMOQ, qui a été consultée, avait d'ailleurs exigé que le nouveau statut s'applique à l'ensemble de ses membres. « On avait un problème, indique le Dr Lamontagne. Avant 1994, la médecine de famille n'existait pas comme discipline reconnue dans tout le Canada. Les médecins diplômés avant cette date allaient-ils porter le titre de spécialistes en médecine familiale ? Nous avons décidé de mettre une clause de droit acquis pour que tous puissent être des spécialistes. »

En décembre, le conseil d'administration du Collège des médecins du Québec devrait adopter le nouveau *Règlement sur les conditions et modalités de délivrance de permis et de certificats de spécialiste*. Il ne restera plus ensuite qu'à obtenir l'aval de l'Office des professions du Québec pour que la médecine de famille devienne une spécialité.

Le nouveau statut des omnipraticiens ne règlera toutefois pas la question de la valorisation de la médecine familiale, avertit le Dr Godin. « Les enjeux réels portent beaucoup plus sur la négociation d'une rémunération concurrentielle et de conditions adéquates pour le travail et l'organisation de la pratique. C'est quand on aura obtenu cela qu'on aura vraiment réussi à valoriser la médecine familiale. »

### Prix Wilbrod-Bonin



Photo : Techniques audiovisuelles HMR

Dr Daniel Racine

Le **Dr Daniel Racine**, omnipraticien de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, a reçu le prix Wilbrod-Bonin 2009 attribué au professeur ayant obtenu les meilleures évaluations de la part des externes pour le stage qu'il a supervisé. Décernée par la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, cette distinction souligne l'excellence de l'enseignement du Dr Racine et la qualité de l'encadrement qu'il a offert aux étudiants. Le journal de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont indique que le médecin s'est démarqué aux yeux des stagiaires par la qualité de sa rétroaction, ses encouragements et sa façon stimulante de les intégrer à l'équipe de soins.

Dans sa lettre de félicitations, le **Dr Jean Pelletier**, directeur du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine, écrit au lauréat, maintenant professeur de clinique, qu'il « souhaite que la passion et la persévérance qui vous ont valu ce prix servent d'exemple à tous vos collègues qui s'engagent ou qui maintiennent leur engagement à former les meilleurs médecins. »

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

## La rémunération en région éloignée moins intéressante pour les omnipraticiens que pour les spécialistes



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

Photo : Emmanuelle Garnier

Le D<sup>r</sup> Jean-Yves Boutet, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest du Québec, remet en question le fait que les omnipraticiens reçoivent une bonification pour l'éloignement moins généreuse que celle des spécialistes.

**M.Q. – : Dans les régions éloignées, les spécialistes gagnent beaucoup plus que les généralistes, entre autres parce que la majoration qu'on leur accorde pour l'éloignement est plus importante. Quelle est exactement la situation ?**

J.-Y. B. – : En Abitibi-Témiscamigue, un omnipraticien qui commence gagne 130 % de la rémunération de base à l'hôpital et 120 % dans un cabinet privé, alors que le spécialiste a, dès le départ, 145 % (tableau). Notre hausse de rémunération se fait par ailleurs graduellement. Nous n'obtenons 140 % dans les établissements qu'au bout de 20 ans. Le pourcentage qu'ont les généralistes et les spécialistes est donc différent alors qu'ils font le même travail, qu'ils se partagent les mêmes patients et qu'ils ont les mêmes responsabilités. Nous nous demandons d'où vient cet écart. Nous pensons que cela mériterait d'être remis à la table de négociations.

**M.Q. – : Cette situation crée un mécontentement parmi vos membres ?**

J.-Y. B. – : Oui, parce que cette différence de majoration ne se justifie par aucune raison particulière. En plus, en région, ce sont les omnipraticiens qui hospitalisent les patients, sauf pour les cas de

chirurgie orthopédique. Le pédiatre ou l'interniste reste souvent un consultant. Donc, quand il y a des problèmes, c'est toujours le médecin de famille qui est appelé, que ce soit pour la correction de la dose de médicaments ou les rencontres avec la famille. Rien ne justifie qu'on nous accorde un pourcentage moins important alors que nous faisons tout le travail administratif, l'admission, la garde sur téléavertisseur, que nous discutons avec le pharmacien, etc.

**M.Q. – : D'où vient le fait que les omnipraticiens s'occupent de tous les patients hospitalisés ?**

J.-Y. B. – : Cela a toujours été ainsi. Au début, quand il n'y avait pas de médecins spécialistes, les patients étaient systématiquement admis dans les unités de médecine générale. Depuis, disons, les années 1980, on a commencé à avoir des pédiatres, des internistes et quelques spécialistes, comme des cardiologues, des néphrologues et des pneumologues. Les omnipraticiens ont entrepris d'hospitaliser, ou plutôt de continuer à hospitaliser, en leur nom leurs patients pour les aider. Si les spécialistes avaient dû admettre tous les patients en leur nom et être de garde continuellement ou plus de 300 jours par année, ils seraient partis. On a donc allégé leur travail pour les garder. Cependant, ce qu'on trouve un peu particulier, c'est que le différentiel qui a été négocié il y a de nombreuses années a toujours été maintenu. Il n'a jamais été remis en question.

**M.Q. – : En mai dernier, des données ont également révélé qu'à la base les spécialistes gagnent 56 % de plus que les omnipraticiens, et ce, sans tenir compte de la majoration pour l'éloignement. Comment vos membres ont-ils réagi ?**

J.-Y. B. – : On avait déjà l'impression que les spécialistes gagnaient plus que nous. On les côtoie dans la vie de tous les jours, on voit donc un peu leur niveau de vie. Avant que l'écart soit chiffré, nous pensions qu'il était de 20 % à 25 %. Toutefois quand nous avons vu qu'il atteignait 56 %, nous avons été fortement secoués.

Cette situation est d'autant plus frustrante que, dans notre région, l'Agence de la santé et des services sociaux verse des primes d'installation et de rétention qui, à notre avis, avantagent encore les spécialistes. La première ligne est capitale, mais on semble y accorder une importance secondaire et lui consentir moins d'incitatifs.

**M.Q. – : Pour vous, quels seraient les changements financiers nécessaires dans les régions éloignées ?**

J.-Y. B. – : Je pense qu'une des améliorations nécessaires serait d'accorder la même bonification pour le travail hospitalier que pour

Tableau.

**Comparaison de la hausse de rémunération des omnipraticiens et des spécialistes en Abitibi-Témiscamigue pendant les trois premières années de pratique**

<b>Généraliste</b>	Cabinet privé	120 %
	Établissement de soins	130 %
<b>Spécialiste</b>	Établissement de soins et cabinet	145 %

la pratique en cabinet dans les régions. Actuellement, après quatre ans de pratique, un jeune médecin a une rémunération de 125 % au cabinet et de 135 % à l'hôpital. Ces dernières années, les négociations avec le gouvernement ont beaucoup porté sur la rémunération dans les urgences et les unités hospitalières de soins pour régler des crises. Le travail en cabinet est donc devenu un peu le parent pauvre de la médecine générale. Quand les jeunes omnipraticiens arrivent en région et qu'ils calculent les frais de cabinet, la rémunération qu'ils vont y gagner à l'acte et le nombre de patients à voir pour que la pratique soit rentable, ils prennent peur. À l'hôpital, ils n'ont pas la lourdeur du cabinet, ni les appels téléphoniques, les messages ou les formulaires à remplir. Il faudrait donc accorder une bonification pour la pratique en cabinet dans les régions.

Je pense également qu'on devrait rajouter le suivi de la clientèle vulnérable dans les activités médicales particulières (AMP) prioritaires. On pourrait faire un projet pilote en région. Je sais que le ministère de la Santé et des Services sociaux est très frileux à l'idée de reconnaître le suivi des patients vulnérables comme AMP. Je pense cependant qu'avec cette mesure on pourrait peut-être persuader un peu plus de médecins de travailler dans une clinique privée.

**M.Q. – : Est-ce qu'il y a de graves problèmes d'accès à un médecin de famille dans votre région ?**

J.-Y. B. – : Oui. Seulement 25 % de la population a un médecin de famille. On craint que si l'on recrute de jeunes médecins, ils travaillent à l'hôpital, ce qui ne nous permettra pas d'améliorer l'accès à un médecin de famille. Dans notre région, quand les patients ont un problème, ils sont obligés d'aller à l'urgence, mais ils n'y sont pas pris en charge. On éteint donc continuellement des feux. On a eu des statistiques sur le bilan de santé dans notre territoire. Les données révèlent que les hommes consultent peu, peut-être pour des raisons culturelles, mais également parce qu'il est difficile de voir un clinicien. Et quand les hommes se décident à se rendre chez le médecin, il est parfois trop tard. On a alors de mauvaises nouvelles à leur annoncer. On se fait de plus en plus interpellé en région par ce phénomène.

**M.Q. – : Les avantages financiers de travailler en région ne se sont-ils pas érodés avec le temps ?**

J.-Y. B. – : Oui. Maintenant, un jeune médecin qui s'installe dans une ville universitaire a 100 % de la rémunération et s'il va dans une région éloignée, il commence à 120 % ou à 130 %. Le différentiel n'est plus aussi important ni aussi attrayant qu'avant. Au-

paravant, on avait également vingt jours de ressourcement, mais ce nombre n'a pas été augmenté, possiblement parce que nous ne pouvions pas tous les utiliser en raison des obligations et de la garde à faire. Dans les centres urbains, par contre, les omnipraticiens ont obtenu sept jours. Nous avons donc un peu perdu de notre pouvoir d'attraction.

Ce qui est également ennuyeux, c'est que les montants forfaitaires pour les frais de séjour des journées de ressourcement n'ont pas suivi les coûts réels. À Montréal, les chambres d'hôtel coûtent de plus en plus cher. Les médecins pratiquant en cabinet, en particulier, me disent qu'il serait nécessaire d'augmenter ce forfait pour véritablement compenser leurs frais de clinique.

**M.Q. – : En tant que médecin, vous travaillez dans un groupe de médecine de famille (GMF). Où en est l'informatisation ?**

J.-Y. B. – : Depuis le 26 juillet, nous avons accès aux résultats des examens d'imagerie (PACS). Nous l'avons obtenu après trois ans de dur labeur, de coups de téléphone, de courriels, de conférences téléphoniques et de multiples récriminations.

C'est très intéressant d'avoir accès aux images. On peut les montrer aux patients, ce qui les intéresse beaucoup. Si l'on doit annoncer à une personne qu'elle a un cancer du poumon, on peut le lui montrer. Je crois beaucoup à la visualisation. Les patients disent souvent : « OK, le nodule n'est pas si gros que ça ». Pour eux, le fait de voir le problème crée un sentiment de confiance. Quand c'est très abstrait, la visualisation est difficile. C'est la même chose pour les personnes qui ont des hernies discales. En comparant avec l'image initiale, on peut voir si le problème a diminué. On peut sélectionner la coupe où on voit que l'encoche dans la moelle épinière est plus petite.

Je me sers également beaucoup de l'imagerie pour les problèmes locomoteurs. Quand on explique à un patient qu'il a, par exemple, de l'arthrose à un genou ou à une hanche, on peut le lui montrer sur l'image. Si un patient a une calcification de l'épaule que l'on veut infiltrer, il peut la voir. C'est un gain appréciable.

L'imagerie est un outil qui manquait beaucoup dans les cabinets, alors qu'à l'urgence on y a continuellement accès. Dans notre GMF, nous avons également les résultats de laboratoire par ordinateur, ce qui est très pratique. Ce sont deux outils de travail fondamentaux que l'on aurait dû avoir depuis très longtemps. Cependant, pour les obtenir, j'avoue que cela a été très long et ardu. Mais finalement, nous les avons ! Nous avons également hâte de voir ce que nous proposera au quotidien le Dossier de santé du Québec ! ☺

# Le Programme d'aide aux médecins du Québec

## un record de demandes d'aide

Emmanuèle Garnier



D<sup>re</sup> Anne Magnan

En 2008-2009, le nombre de nouvelles demandes d'aide au Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a fracassé des records : 451. Des omnipraticiens, des spécialistes, des résidents, des étudiants, des familles et des collègues ont appelé. En plus de ces nouveaux cas, le PAMQ a continué à traiter les 420 médecins dont il s'occupait déjà. Ainsi, il a géré 871 dossiers en tout en 2008-2009 alors qu'il n'en avait

que 635 trois ans plus tôt.

À quoi est due cette hausse ? Peut-être en partie au changement de mentalité qui s'amorce. « Je sens que le tabou d'avoir demandé de l'aide au PAMQ a un peu fléchi, affirme la D<sup>re</sup> Anne Magnan,

directrice générale de l'organisme. Quand je me promène, les médecins me disent plus ouvertement qu'ils ont consulté le programme, même s'ils ne le révèlent pas forcément à tout le monde. »

### Les différentes vagues

Au fil des années, la détresse des médecins a pris différents visages. À la création du programme, en 1990, les médecins qui appelaient souffraient surtout de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Puis vers 1998, les médecins-conseils du PAMQ ont senti qu'une nouvelle clientèle apparaissait. « Ceux qui venaient alors nous voir ressentait une insatisfaction au travail. Ils étaient débordés et n'en pouvaient plus. Cependant, ce qui les amenait à nous consulter était un incident familial – une séparation, un divorce, un enfant malade – qui faisait que tout allait craquer. À cause de l'énergie qu'ils mettaient dans leur travail, l'élastique était trop tendu et se brisait », explique la D<sup>re</sup> Magnan.

Vers 2003, un troisième type de clientèle commence aussi à cogner aux portes du programme. « Ces médecins nous disent que leur vie personnelle va bien, mais qu'ils sont épuisés. Ils n'en peuvent plus. Le travail n'a plus de bon sens. Les médecins, particulièrement les omnipraticiens, nous parlent de cette souffrance que provoque l'impossibilité de donner les services qu'ils voudraient. »

Les omnipraticiens sont d'ailleurs les plus

## 135 000 \$ pour le PAMQ



Photo : Patricia Kéroack, FMSQ © 2009

M<sup>me</sup> Myriam Auclair, présidente de la FMEQ, le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ, le D<sup>r</sup> William Barakett, président de la Fondation du PAMQ, le D<sup>r</sup> Gaétan Barrette, président de la FMSQ, et le D<sup>r</sup> Yann Dazé, président de la FMRQ,

Pour la quatrième année, les fédérations médicales ont organisé un tournoi de golf au profit de la Fondation du PAMQ. Elles ont réussi à amasser 135 000 \$ grâce à la participation de 156 médecins, des commanditaires et des donateurs.

« Nous sommes très heureux du succès qu'a remporté encore cette année le tournoi, affirme le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ. Cela va aider le PAMQ. C'est un programme dans lequel croit la Fédération. D'ailleurs, nous le soutenons non seulement en participant au tournoi, mais aussi en offrant un appui financier direct. Pour nous, aider nos membres fait partie de la mission de la FMOQ. »

Outre la FMOQ, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) et la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) ont participé à l'organisation de l'événement.

nombreux à recourir au PAMQ parmi les médecins. « Il est clair que la surcharge de travail et le contexte professionnel font partie des éléments qui sont en cause. Parfois c'est l'unique facteur, parfois c'en est un parmi d'autres », affirme la directrice du PAMQ.

Des médecins, par ailleurs, appellent maintenant pour savoir comment aider un collègue en difficulté. « Avant, la règle c'était de ne rien dire et de faire comme si cela n'existait pas », indique la D<sup>re</sup> Magnan. Maintenant, les praticiens cherchent davantage à soutenir leurs confrères en détresse. « C'est un signe très positif qu'il y a des changements de comportement. » ☞

## Formulaire de la CSST pour les lésions musculo-squelettiques précisions

*Emmanuèle Garnier*



D<sup>r</sup> Michel Desrosiers

Le nouveau formulaire de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), *Rapport de suivi d'une lésion musculosquelettique (autre que lombalgie)*, est maintenant prêt. « Le but de ce document est de permettre à la CSST de savoir quels patients pourraient bénéficier d'une intervention et quelles personnes risquent de connaître une évolution moins favorable », explique le D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ, qui a participé à la rédaction du document.

Deux questions de ce formulaire d'une page méritent des précisions. Ainsi, à la section F, la CSST demande si elle peut commencer des démarches pour permettre au patient d'avoir un travail adapté à son état en attendant sa guérison. Le but de la mesure est d'aider la victime d'une lésion professionnelle à conserver son emploi. Parce que si l'arrêt de travail dépasse un ou deux ans – selon la taille de l'entreprise –, elle perd son droit de retour au travail.

Certains employeurs donnent d'eux-mêmes des tâches différentes à l'employé qui n'est pas en mesure de reprendre son poste pendant un certain temps. « Quand l'employeur ne propose pas d'assignation temporaire, la CSST peut faire des démarches pour réintégrer le patient et lui permettre ainsi de conserver son lien d'emploi. Elle intervient lorsque l'absence risque d'être relativement longue. La Commission peut alors tenter d'obtenir une modification du poste ou un emploi différent », précise le D<sup>r</sup> Desrosiers. Un retour rapide est d'ailleurs toujours souhaitable, parce que plus longtemps une personne blessée s'absente, plus ses chances de revenir au travail se réduisent.

À la section suivante du formulaire, à la question G, la CSST demande au médecin d'indiquer s'il existe des facteurs pouvant limiter ou compromettre le retour au travail. Une annexe donne une liste de croyances, de facteurs psychosociaux et de facteurs liés au travail. « La CSST désire savoir s'il pourrait y avoir un problème au retour du patient, si la durée de l'absence risque d'être plus longue que d'habitude ou si des interventions de soutien pourraient être appropriées », indique le directeur des Affaires professionnelles.

Le *Rapport de suivi d'une lésion musculosquelettique (autre que lombalgie)* est destiné à l'omnipraticien qui fera le suivi du patient. Dès les premières consultations, s'il est en mesure de répondre aux questions, le médecin peut remplir le document, ce qui donne droit à une rémunération de 50 \$. Il ne doit rédiger un rapport qu'une seule fois par lésion. Toutefois, si un collègue continue le suivi, ce dernier peut remplir de nouveau le questionnaire. ☞

# Méthadone et buprénorphine médecins prescripteurs recherchés

*Emmanuèle Garnier*



M. Éric Fabrès

Dans certaines régions du Québec, des patients dépendant des opioïdes ont de la difficulté à obtenir une ordonnance de méthadone ou de buprénorphine (Suboxone). Le problème ? Le manque de médecins pouvant prescrire ces médicaments. À Montréal, où les besoins

sont particulièrement criants, on pense qu'il faudrait offrir un traitement pharmacologique à environ 1000 personnes de plus. Dans tout le Québec, ce sont de 2000 à 2500 personnes supplémentaires qui en auraient besoin.

« Dans les pays les plus performants en matière d'accès au traitement de substitution, comme la Suisse et les Pays-Bas, de 50 % à 60 % des gens dépendant des opioïdes se voient offrir le traitement contre de 22 % à 25 % au Québec. On est donc très loin de l'objectif », explique **M. Éric Fabrès**, coordonnateur du Service d'appui pour la méthadone du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN).

À Montréal, un toxicomane qui décide de cesser la consommation d'opiacés doit attendre de six à douze mois avant d'avoir accès à un traitement. D'autres régions sont également touchées par le manque de médecins prescripteurs. Tant sur la Côte-Nord, que dans l'ouest et le nord-ouest du Québec, la Gaspésie et le Bas-Saint-Laurent, très peu de praticiens sont en mesure de prescrire de la méthadone ou de la buprénorphine.

Contrairement à ce que l'on pense, les personnes dépendant des opioïdes ne sont pas

toutes des héroïnomanes. « Les dernières données de la Santé publique, qui viennent de l'enquête SurvUDI, nous montrent de façon très claire que l'héroïne est en train de quitter les régions. Elle ne constitue que le deuxième ou troisième produit consommé par les personnes dépendant des opioïdes. Les principales substances consommées sont la morphine et l'hydromorphone détournées de leur usage premier. »

Pour répondre aux besoins des personnes dépendant des opioïdes, le CRAN cherche à recruter de nouveaux médecins prescripteurs. Comme le traitement de substitution est très efficace, le suivi de cette clientèle peut être valorisant, souligne M. Fabrès. « Le médecin reçoit un patient dont l'état de santé est généralement très mauvais, et la situation évolue très rapidement. Cependant, comme la dépendance aux opioïdes est une maladie chronique, il s'agit d'un traitement à long terme qui peut plafonner par moments. Mais c'est quand même une intervention où l'on voit des changements importants. Elle permet de beaucoup diminuer la mortalité et la morbidité et augmente la qualité de vie du patient. » Par ailleurs, les départements régionaux de médecine générale peuvent reconnaître cette pratique comme une activité médicale particulière.

Les exigences pour prescrire de la méthadone et de la buprénorphine ? Le Collège des médecins du Québec demande de suivre une formation accréditée d'une journée sur l'emploi de ces deux médicaments. Les médecins prescripteurs peuvent ensuite recevoir l'aide du CRAN. Son service d'appui pour la méthadone (SAM) met à leur disposition des outils comme un dossier médical type et un site Internet ([www.txsubstitution.info](http://www.txsubstitution.info)). L'organisme leur permet également d'obtenir rapidement des réponses à leurs questions et de consulter au besoin un médecin expert.

Pour plus de renseignements : M. Éric Fabrès, coordonnateur du SAM au 514 284-3426 ou au 1 866 726-2343. ☎

# pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?  
Envoyez-les à [nouvelles@fmoq.org](mailto:nouvelles@fmoq.org).

## Miroir, miroir, c'est moi le plus beau

Les enfants de un à deux ans ne sont pas faciles à examiner. Mais ils sont fascinés par leur reflet dans le miroir. On peut en tirer parti pour leur inspecter les yeux ou les oreilles. En demandant à leur mère de les prendre dans ses bras près d'une glace, on dispose d'environ une minute pour effectuer l'examen. « Les bébés sont heureux de se regarder, et ils voient en plus l'image de leur maman », explique la **D<sup>re</sup> Martine Guay**, omnipraticienne au GMF Saint-Louis-du-Parc, à Montréal. À l'origine, la clinicienne avait installé le miroir pour permettre à ses patientes de vérifier leur tenue après s'être rhabillées.

La **D<sup>re</sup> Suzanne Roy**, omnipraticienne et obstétricienne de Trois-Rivières, elle, utilise la magie de son otoscope pour apprivoiser les jeunes enfants. Elle ouvre son coffret devant eux, en sort le manche et la tête et leur montre comment les deux morceaux s'emboîtent. Puis elle leur enseigne la manière d'allumer l'instrument. « Je pose alors mon doigt sur la lumière qui l'illumine. Wow ! Rendu là, habituellement, l'enfant a complètement oublié qu'il avait peur. Après avoir illuminé son propre doigt, il est prêt à accepter que l'on fasse de "la belle lumière" dans son oreille. » EG

## Surélever les jambes ? Oui, mais comment ?

Pour prévenir ou traiter les ulcères d'origine veineuse des membres inférieurs, on recommande aux patients de se surélever les jambes quelques heures par jour. Cependant, plusieurs ignorent comment s'y prendre. « Certains patients placent un oreiller ou un coussin sous leurs jambes avant de se coucher, mais au cours de la nuit, ils le font tomber en bougeant. Au rendez-vous suivant, le médecin conclura que la mesure n'a pas été efficace », explique la **D<sup>re</sup> Marie-Françoise Mégie** du CLSC du Marigot, à Laval, experte dans le traitement des plaies.

L'omnipraticienne conseille de donner des indications précises au patient. « Il faut lui recommander d'avoir les jambes plus élevées que le bassin pendant au moins deux heures par jour. Cette position favorisera le retour veineux. Le patient peut utiliser un fauteuil de repos de type La-Z-Boy qui a également l'avantage d'incliner le tronc vers l'arrière. » La nuit, pour avoir les jambes surélevées, le patient peut soit remonter le pied de son lit d'environ 10 cm avec des blocs de bois ou des planches, soit placer un gros traversin entre le matelas et le sommier pour créer une pente. L'élévation des jambes est encore plus simple si le patient dispose d'un lit orthopédique. EG

## Donner la parole au patient

Avant de procéder à l'anamnèse, il est bon de demander au patient quelle est sa vision du problème. Que pense-t-il de ses symptômes ? A-t-il des préoccupations à leur sujet ?

« Cela permet de connaître une demande qui n'a pas encore été formulée ou une préoccupation dont il faut s'occuper et, surtout, de s'assurer que l'on a une relation de collaboration et non d'autorité avec le patient », explique le **D<sup>r</sup> Richard Boulé**, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke.

On sait que lorsque le médecin se limite à poser des questions et à rédiger une ordonnance, l'observance thérapeutique n'est pas très bonne. En outre, le patient qui a une inquiétude n'en parlera pas forcément de lui-même. « C'est souvent à la fin de l'entrevue ou dans un désaccord sur le suivi que la préoccupation du patient se manifeste », indique le **D<sup>r</sup> Boulé**.

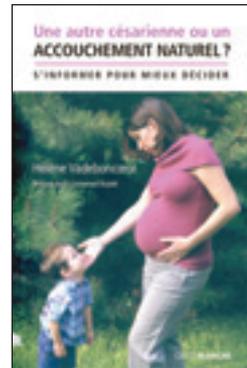
Une fois que le patient a exposé sa vision du problème ou sa préoccupation, le médecin doit la reformuler pour vérifier qu'il a bien compris. L'ensemble de l'exercice demande peu de temps. « Une étude a montré que les patients parlent en général de trente secondes à trois minutes<sup>1</sup>. Selon les médecins interrogés dans cette recherche, les informations ainsi obtenues sont très utiles. L'exercice en valait la peine même quand les patients s'exprimaient plus de cinq minutes. » EG

<sup>1</sup> Langewitz W, Denz M, Keller A et coll. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ* 2002 ; 325 : 682-3.

## **Une autre césarienne ou un accouchement naturel ?**

**S'informer  
pour mieux décider**

*d'Hélène Vadeboncoeur*



Après une césarienne, il est possible d'accoucher par voie vaginale. La chercheuse **Hélène Vadeboncoeur**, titulaire d'un doctorat sur l'humanisation de l'accouchement, offre dans ce livre tous les renseignements pour permettre aux femmes de faire un choix éclairé.

L'auteure ne cache pas que l'un des principaux risques d'un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) est la rupture utérine. Une éventualité accrue par le déclenchement et la stimulation artificielle du travail. Par contre, une nouvelle césarienne n'est pas non plus sans risques, ni pour la mère ni pour l'enfant. Cette intervention peut par ailleurs laisser des cicatrices émotionnelles chez la femme.

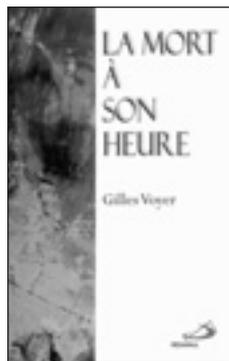
M<sup>me</sup> Vadeboncoeur explique ensuite à celles qui désirent un AVAC comment s'y prendre. Elle parle de préparation physique et mentale et indique aussi comment chercher des intervenants encourageants et un environnement propice.

On trouve dans cet ouvrage non seulement des données scientifiques et la position d'associations médicales, mais aussi l'opinion de médecins, de sages-femmes et d'autres intervenants que l'auteure a consultés. On peut également y lire des témoignages de plusieurs femmes.

Éditions Carte blanche, Outremont, 2008, 290 pages, 28,95 \$

## **La mort à son heure**

*De Gilles Voyer*



Le moment venu, il faut accepter la mort. Cesser de lutter. Mais comment savoir qu'il est vraiment l'heure ? « S'il nous semble impossible de reconnaître, même approximativement, le temps de la mort, c'est que nous avons perdu toute sensibilité à cet égard. Parce que nous "technicisons" tout, la fin de la vie est devenue pour nous une affaire de machine à faire fonctionner ou à arrêter », écrit le

**D<sup>r</sup> Gilles Voyer** dans un petit livre.

Médecin et philosophe, le D<sup>r</sup> Voyer, qui travaille à l'Université de Sherbrooke, propose certaines bases que lui a inspirées sa longue fréquentation des personnes âgées. S'opposant tant à l'acharnement thérapeutique qu'à l'euthanasie, il propose des interdits à respecter même à l'approche de la mort : ceux de l'homicide, de la manipulation et du mensonge. On ne devrait ainsi pas causer intentionnellement la mort, ni forcer des décisions sur la base d'un rapport de force ni taire les informations importantes pour le malade.

Aux yeux de l'auteur, quand une personne arrive au terme de sa vie, on doit chercher à maintenir l'autonomie dans les limites du raisonnable, tenir compte de l'âge, ne donner que les soins indiqués et soulager la douleur. Il faut également savoir chercher des consensus par le dialogue. Le D<sup>r</sup> Voyer recommande, par ailleurs, de ne transgresser les interdits que lorsque notre conscience nous l'impose. Son livre, profondément humain, pourra aider les patients, leurs proches et les équipes soignantes. ☞

Médiaspaul, Montréal, 2009, 72 pages, 9,95 \$

## ***L'avenir de la psychiatrie de l'enfant*** ***Le parcours d'un psychiatre d'enfant***

*D'Yvon Gauthier*



Psychiatre et psychanalyste au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, le **D<sup>r</sup> Yvon Gauthier** s'inquiète de l'évolution de la pédopsychiatrie. Il voit l'engouement que suscite la psychopharmacologie et le fossé qui se creuse entre spécialistes du corps et experts de la psyché. « Faut-il absolument que les progrès actuels de la neurogénépharmacologie se fassent au prix des théories relationnelles ? » demande-t-il.

Le D<sup>r</sup> Gauthier connaît, par sa pratique et ses recherches, l'importance des premières années de vie de l'enfant et les bienfaits des interventions précoces. Dans son livre, le psychiatre retrace, parallèlement à son propre parcours professionnel, les grandes étapes de l'évolution de la psy-

chiatrie de l'enfant.

Partant de Freud, l'ouvrage montre l'influence déterminante de la psychanalyse, même si bien des pans de cette méthode ont été remis en question. L'auteur mentionne d'ailleurs que ses recherches sur l'asthme infantile ont contredit l'hypothèse du lien entre cette maladie et un conflit avec la mère. Le livre présente également la naissance de la théorie de l'attachement fondée sur l'observation des interactions mère-enfant. Ce concept est maintenant « une donnée essentielle dans la compréhension du développement de l'enfant », affirme le D<sup>r</sup> Gauthier. Aujourd'hui, des programmes d'intervention précoce créés à partir de cette théorie donnent des résultats intéressants auprès de familles vulnérables.

L'auteur présente également l'évolution de la pédopsychiatrie au Québec et l'apparition de mesures pour protéger les enfants, comme l'adoption de la *Loi sur la protection de la jeunesse* en 1978. Il relate également la création de la clinique de l'attachement de l'hôpital Sainte-Justine. Le D<sup>r</sup> Gauthier estime que pour aider les enfants vulnérables, il faut compter sur les efforts de tous : les familles, les professionnels de l'enfance, les collectivités et l'État. ☞

Éditions érès, Toulouse, 2009, 240 pages, 42,95 \$

## Préparer son enfant à l'école

de Marie Charbonniaud



L'entrée à l'école est une étape importante dans la vie d'un enfant. Les portes du savoir et de l'avenir vont s'ouvrir devant lui. Comment alors bien le préparer à la toute première phase, son arrivée à la maternelle ?

Certains acquis augmentent les chances de réussite à l'école : l'éveil à l'écrit, des notions de logique mathématique, les habiletés

sociales et l'autonomie, explique l'auteure, **Marie Charbonniaud**, journaliste de la revue *Bien grandir*. Elle donne plusieurs suggestions pour bien outiller l'enfant. On peut ainsi lui lire des histoires ; compter avec lui ses doigts et ses orteils, puis les mesurer ; l'encourager à apporter son aide à un autre enfant ; lui permettre de faire des choix personnels. Les garderies, par ailleurs, constituent une étape préparatoire très utile.

Pour favoriser l'apprentissage à venir, le parent peut aider son enfant à construire son estime de soi, à avoir confiance dans le milieu scolaire et développer son sentiment d'appartenance à l'école. Mais ne risque-t-on pas d'en faire trop ? Le petit ouvrage donne des conseils pour éviter les pièges de la scolarisation précoce.

Puis arrive le premier jour d'école. Plusieurs choses peuvent être faites pour préparer l'enfant à ce moment important. Par ailleurs, comment agir si l'enfant a certains problèmes, comme un retard de langage ou une différence physique ? Le livret aborde également ces questions. 📖

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2009, 88 pages, 9,95 \$

## **Association de la Côte-du-Sud** *hommage au D<sup>r</sup> Jean Kronstrom*

*Emmanuèle Garnier*

L'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud (AMOCS) a rendu hommage au **D<sup>r</sup> Jean Kronstrom** qui a été vice-président de l'organisme de 1998 à 2007 et président par intérim en 2007, après le départ du **D<sup>r</sup> Louis Godin**, devenu président de la FMOQ.

Le Bureau de l'AMOCS a remis au D<sup>r</sup> Kronstrom un chèque-cadeau pour l'achat d'une œuvre d'art. « Nous voulions le remercier pour son travail et son engagement au sein de l'association », affirme la **D<sup>re</sup> Lucile Martin**, présidente actuelle de l'AMOCS.

Outre son travail à l'association, le D<sup>r</sup> Kronstrom a été président du comité des finances de la FMOQ et membre du comité de la Planification et de la Régionalisation. Il a également été le représentant de l'AMOCS au cours des différentes contestations contre le gouvernement et a ainsi participé à l'élaboration des stratégies employées.

Le D<sup>r</sup> Kronstrom a quitté l'association il y a un an. « J'ai adoré mon expérience de syndicaliste médical. Je pense que les médecins ont une force extraordinaire sur le plan syndical. Malheureusement, nous n'osons pas trop l'utiliser. » ☺



*D<sup>r</sup> Jean Kronstrom*