

# Jeune mère et jeune médecin

## le double défi

*Emmanuèle Garnier*

Photo : SuperStock

**Avoir des enfants en début de carrière constitue un important défi pour les jeunes omnipraticiennes. Il leur faut souvent modifier leur vie et leur pratique. Parcours et réflexions de cinq jeunes mères généralistes.**

**C**HAQUE ANNÉE, plus de 150 jeunes omnipraticiennes fraîchement sorties des universités commencent à pratiquer au Québec<sup>1</sup>. Elles rêvent d'une carrière stimulante, mais souvent, aussi, d'avoir rapidement un enfant. La double tâche qui les attend n'est pas facile.

« Les premiers pas dans la pratique sont déjà difficiles, mais les premiers pas comme mère et comme médecin en même temps constituent deux stress que l'on vit en parallèle », explique la D<sup>re</sup> Sylvie Rivard<sup>2</sup>, 31 ans. Il y a deux ans, nouvellement diplômée, la jeune omnipraticienne avait hâte d'avoir un enfant. « J'avais décidé que peu importe le moment où je tomberais enceinte, je vivrais avec et ma carrière passerait après. »

L'heureux événement ne tarde pas à se produire. Mais au milieu de ce bonheur, surgissent des problèmes que la D<sup>re</sup> Rivard n'a pas prévus. Depuis quelques mois, elle pratique comme médecin

dépanneur dans une région éloignée. Elle y exerce à l'urgence et auprès des patients hospitalisés. « J'ai dû me rendre à l'évidence que l'urgence et les fréquents voyages en avion n'étaient pas très compatibles avec la grossesse », confie-t-elle.

À sa quatorzième semaine de grossesse, la jeune femme doit ainsi cesser d'exercer à l'urgence. Le stress est trop important et les gardes de 48 heures trop longues. Et au septième mois, ne pouvant plus prendre l'avion, la D<sup>re</sup> Rivard doit arrêter sa pratique de médecin dépanneur.

Un peu prise de court par les événements, la jeune omnipraticienne n'a, par ailleurs, pas eu le temps de finir son année de dépannage. Il lui manquait quelques mois pour avoir le droit de pratiquer dans la ville de son choix. Cinq mois après avoir accouché d'une petite fille, la D<sup>re</sup> Rivard doit donc repartir, le bébé dans les bras, son conjoint à ses côtés, en région éloignée.

Sur le plan professionnel, fonder une famille peu de temps après la fin des études est un défi. « Quand on vient juste d'avoir son diplôme, c'est

1. Depuis 2007.

2. Le nom a été changé.

difficile de faire un arrêt de presque un an, parce qu'on a l'impression de ne pas avoir eu la chance de consolider assez ses acquis. » La D<sup>re</sup> Rivard ne regrette pas sa grossesse survenue rapidement, mais plutôt l'âge où elle a fini ses études. Comme beaucoup de ses collègues, elle a fait un baccalauréat avant son doctorat en médecine.

Maintenant, la D<sup>re</sup> Rivard travaille dans une unité de médecine familiale (UMF) d'une ville universitaire. La prochaine grossesse devrait être plus facile à conjuguer avec la pratique.



D<sup>re</sup> Anne Piché et Maxime

« Je suis dans une équipe formidable qui compte beaucoup d'autres femmes, dont certaines sont enceintes. Toute l'équipe offre un grand soutien. »

### **Adapter une pratique tourbillonnante**

En 2008, quand la D<sup>re</sup> Annie Piché, 30 ans, est devenue enceinte, elle était depuis trois ans au cœur d'une vie professionnelle trépidante. Transferts ambulanciers en avion, pratique dans le

Grand Nord, enseignement à l'unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, suivi et accouchement de ses patientes enceintes et même clinique de santé-voyage.

La grossesse de la D<sup>re</sup> Piché s'est très bien passée. La jeune omnipraticienne a cessé les transferts en avion à 28 semaines, a continué jusqu'au cinquième mois à accoucher ses patientes enceintes à Montréal, est ensuite partie exercer dans le Grand Nord jusqu'à sa 32<sup>e</sup> semaine et est revenue dans la métropole pratiquer à la clinique de santé-voyage jusqu'à sa 38<sup>e</sup> semaine. Et la semaine suivante, elle



D<sup>re</sup> Mélanie D'Amours avec Élisabeth et Philippe

accouchait d'un petit garçon prénommé Maxime.

Ses plans de future mère étaient déjà faits. Dès que l'enfant aurait cinq mois, son conjoint et elle iraient vivre un an dans le Grand Nord. Papa prendrait une année sabbatique pendant que maman irait travailler.

Bientôt de retour à Montréal, la dynamique D<sup>re</sup> Piché a maintenant un casse-tête à régler. Comment s'arranger pour avoir une vie familiale stable ? Elle recommencera à pratiquer des accouchements à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, mais de manière différente. « Avec un enfant, ce serait difficile de partir plusieurs nuits par semaine par n'importe quel temps. Mes collègues et moi allons probablement nous organiser et nous regrouper. » La D<sup>re</sup> Piché enseignera et pratiquera encore à l'UMF. Elle travaillera aussi au service de consultations sans rendez-vous d'une clinique privée.

L'omnipraticienne aimerait par ailleurs continuer à aller dans le Grand Nord. « C'est difficile de cesser d'y exercer, parce que c'est une super pratique. » Mais peut-être abandonnera-t-elle la clinique de santé-voyage. « Il y a sans doute une limite à ce qu'on peut faire dans une semaine quand on a un enfant... »

La D<sup>re</sup> Piché va essayer de trouver un équilibre entre sa vie familiale et sa pratique. Ainsi, fini les périodes de travail de seize heures ou plus. « J'ai choisi d'avoir un horaire fixe. Je veux être à la maison à 19 heures. Je vais aussi peut-être

m'organiser pour avoir une demi-journée libre par semaine. » Les priorités de la jeune femme ont changé. « Je reste passionnée par mon travail, mais je sais qu'il y a une limite. Je sais que je compte pour mes patients, mais il y a d'autres médecins. Je suis plus importante pour mon fils. »

### **L'importance du milieu de pratique**

Pour vivre une grossesse heureuse, il faut entre autres un

milieu de pratique compréhensif. La **D<sup>re</sup> Mélanie D'Amours**, 31 ans, mère de deux jeunes enfants de seize mois et de trois ans, a eu cette chance.

Le Centre de santé et de services sociaux de Rimouski-Neigette, où elle exerce, a des règlements avantageux pour les femmes enceintes. « À partir de vingt semaines, on n'a plus à faire de tournée hospitalière et on a un an pour les reprendre. On peut également, dès la vingtième semaine, cesser de pratiquer à l'urgence majeure et travailler à l'urgence mineure. On a aussi la possibilité d'arrêter de travailler la nuit à l'urgence dès que le test de grossesse est positif. » La **D<sup>re</sup> D'Amours** a des collègues dans d'autres hôpitaux qui n'ont pas pu bénéficier des mêmes dispositions. Elles ont traversé la période de la grossesse beaucoup plus difficilement. « Dans notre centre hospitalier, il y a beaucoup de femmes. On a donc établi des règlements pour s'aider et par la suite on s'entraide. C'est sûr que c'est un peu plus lourd pour les hommes, mais ils acceptent quand même bien cela. »

La **D<sup>re</sup> D'Amours** a eu la même chance dans la clinique où elle pratique avec cinq autres omnipraticiens. « À ma première grossesse, j'ai eu deux arrêts de travail pour des saignements. Tout de suite, mes collègues prenaient le relais. Ils organisaient le tout assez rapidement et ne m'en parlaient même pas. »

Reste-t-il des lacunes à combler pour aider les omnipraticiennes enceintes ? « Il y a la question des retraits préventifs, indique la jeune femme. Une infirmière peut en avoir un à partir de huit semaines de grossesse, tandis que nous, nous travaillons jusqu'à 38 semaines dans des conditions semblables, sinon pires. À l'urgence, par exemple, nous sommes exposées entre autres aux virus. Comme travailleur autonome, nous sommes moins protégées. »

Malgré ses bonnes conditions de travail, le retour à la pratique n'a pas été facile pour la **D<sup>re</sup> D'Amours**. Elle a repris graduellement le travail quatre mois et demi après la naissance de ses enfants. « On a un petit remords de conscience quand on a travaillé cinq jours de suite et qu'on n'a pas beaucoup été là. » Heureusement, son conjoint, qui travaille

de nuit, est à la maison le jour. Si cela n'avait pas été le cas, l'omnipraticienne aurait changé ses activités ou diminué ses heures de travail.

C'est encore déchirant pour elle de partir le matin, surtout quand son fils aîné lui demande pourquoi elle travaille encore. « Parfois, on se demande : "Est-ce que je vais avoir des regrets dans dix ans ? Vais-je me dire que j'ai trop travaillé et que je n'ai pas vu mes enfants ?" Ce sont de petites prises de conscience que j'ai une fois par semaine. » C'est d'ailleurs pour cette raison que la **D<sup>re</sup> D'Amours** a cessé les tournées hospitalières.

### **Le difficile premier trimestre**

Si la **D<sup>re</sup> Isabelle Rheault**, 31 ans, pouvait changer une chose pour faciliter la grossesse des omnipraticiennes, ce serait d'alléger leur travail pendant le premier trimestre. Mère d'un bébé de quelques mois et d'un enfant de deux ans, elle a connu des débuts de gestation pénible avec fatigue et nausées.



*D<sup>re</sup> Isabelle Rheault avec Maxine et Colin*

« Quand on devient enceinte, il est difficile de changer nos activités à l'hôpital, parce que la liste des gardes est déjà faite pour les trois à six mois suivants. » En outre, l'horaire de l'urgence avec ses postes successivement de jour, de soir et de nuit est exigeant. « Cela a été la période la plus difficile, parce qu'on arrive difficilement à récupérer. Et comme quand on est fatiguée, on a plus de nausées, c'est un cercle vicieux. »

Pratiquant à l'Hôtel-Dieu de Gaspé, la **D<sup>re</sup> Rheault** a continué à travailler jusqu'à sa 21<sup>e</sup> semaine à l'urgence, même si elle aurait pu cesser dès le début de sa grossesse. Elle a mis fin à toutes ses gardes à trente semaines pour ne pas risquer d'entrer en travail prématurément.

*(Suite à la page 14) >>>>*

◀◀◀ (Suite de la page 3)

Un choix fait en partie pour ses collègues. En région éloignée, où l'équipe n'est pas très grande, mieux vaut ne pas avoir à être remplacée à pied levé.

Maintenant en congé de maternité pour un an, la D<sup>re</sup> Rheault compte modifier un peu sa pratique lorsqu'elle retournera travailler. Elle a déjà laissé tomber les soins intensifs et leurs horaires trop irréguliers. Elle va se consacrer à l'urgence et aux soins aux patients hospitalisés. Son idéal serait de ne travailler que cinq jours par semaine plutôt que cinq et demi ou six. « Souvent on rajoute du travail. On fait une demi-journée de plus à cause des gardes de fin de semaine. »

Quand on est aussi occupée, fait-on davantage de concessions dans sa vie familiale ou dans sa vie professionnelle ? « Dans mon cas, les concessions sont surtout dans ma vie personnelle. Je ne vais pratiquement plus au resto, voir des amis ou au cinéma. Comme je suis facilement absente deux ou trois soirs par semaine à cause des gardes, je ne veux pas encore avoir à faire garder mes enfants. » De la culpabilité à travailler autant ? « Non, parce que je pense que mon conjoint et moi passons du temps de qualité avec les enfants. Comme je leur consacre presque tout mon temps libre, je ne me sens pas coupable d'aller travailler. »

### **Le défi des mères médecins**

Être mère et médecin n'est pas facile, reconnaît la D<sup>re</sup> Catherine Blais Morin, 32 ans, mère de deux petites filles. « On veut être performante. On désire rappeler rapidement les patients qui nous ont laissé un message, mais il faut avoir quitté le bureau assez tôt pour être à la garderie à 17 heures. Et comme maman, on veut être présente ». L'omnipraticienne se sent parfois devant une tâche colossale. « Être mère et médecin sont deux emplois extraordinaires et très intéressants, mais qui ne sont pas facilement compatibles. C'est très exigeant. »

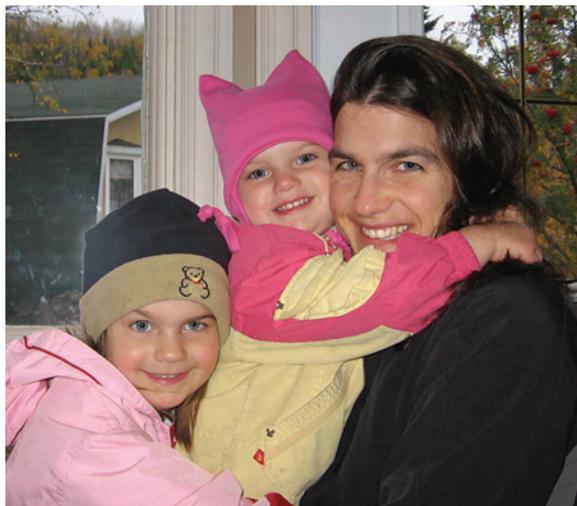
La jeune omnipraticienne a parfois eu des moments de détresse. Le retour au travail après le premier congé de maternité a été particulièrement difficile. « On se dit : ce n'est

pas possible. Je ne peux pas faire les deux ensemble. Mais finalement les choses se placent, et on réussit à trouver son rythme. Le défi reste toujours grand, mais devient moins pénible. »

Il peut arriver à la généraliste de travailler quinze ou vingt et un jours de suite, mais elle est toujours avec ses filles à 17 h. Le secret pour survivre est d'être très efficace, bien organisée et bien entourée, estime-t-elle. Elle a pour l'aider l'éducatrice de la garderie, une gardienne et un conjoint compréhensif. Elle est également devenue experte dans la gestion de ses dossiers.

La D<sup>re</sup> Blais Morin admet toutefois qu'une partie de la pression des mères médecins vient d'elles-mêmes. « Je pense qu'il y a une importante ouverture dans nos hôpitaux et nos regroupements de médecins. On est de plus en plus de femmes, et les hommes sont très ouverts en ce qui concerne les congés et la souplesse nécessaire pour les mamans. Je pense que c'est nous qui nous donnons beaucoup d'objectifs et de défis. »

Malgré les exigences de la pratique médicale, la D<sup>re</sup> Blais Morin a toujours voulu fonder une famille. « C'est quelque chose d'extraordinaire. Quand je suis entrée en médecine, je savais que je voulais des enfants. La question ne se posait même pas. Tant la famille que le travail sont importants, mais s'il fallait que j'en élimine un, ce serait la pratique. Mais je n'en ai pas envie, parce que j'adore ce que je fais. » ☺



D<sup>re</sup> Catherine Blais Morin avec Cassandre et la petite Myriam

# Réunion du Conseil de la FMOQ

## GMF, grippe A (H1N1) et négociations

*Emmanuèle Garnier*

Le renouvellement des contrats des groupes de médecine de famille (GMF) avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) provoque des inquiétudes. Parmi les 39 GMF dont l'entente doit être reconduite en 2009, 21 sont en difficulté. Ils n'ont pas réussi à atteindre la cible fixée : 15 000 patients inscrits par GMF. D'ailleurs, seize de ces groupes ont recruté moins de 9000 personnes.

La FMOQ et le MSSS tentent actuellement de trouver des solutions. « Au cours de l'automne, un comité paritaire FMOQ-MSSS va étudier les cas des vingt et un GMF en difficulté. La Fédération demande que l'on introduise des critères de modulation. Nous avons bon espoir d'améliorer le sort de beaucoup de groupes en difficulté. Cependant, ces GMF n'auront pas tous le financement qu'ils avaient initialement, parce qu'il y a une question d'équité envers les groupes qui ont réussi à inscrire 15 000 patients », a expliqué le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, au cours du Conseil du 3 octobre dernier. Si le comité paritaire n'arrivait pas à s'entendre au sujet de certains GMF, leur dossier serait soumis directement au ministre de la Santé et au président de la FMOQ.

Pour les 36 GMF qui doivent renouveler leur contrat en 2010, la même méthode s'appliquerait. Déjà, 17 seraient en difficulté.

La Fédération compte faire de la question des GMF un enjeu des prochaines négociations. Elle estime qu'il faut promouvoir ce modèle d'organisation. « Il y a environ 200 GMF au Québec, mais l'augmentation de leur nombre plafonne », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin. La FMOQ demandera un assouplissement des critères d'accréditation ainsi qu'une bonification du soutien technique et financier accordé.

### Grippe A (H1N1)

Que se passera-t-il si une deuxième vague de grippe A (H1N1) survient ? Le plan d'urgence du Ministère prévoit trois phases possibles :

#### 1) Fonctionnement habituel

À cette étape, la situation pourrait ressembler à celle du printemps dernier lors de la première vague de grippe : dans les cabinets, les médecins sont un peu débordés, mais peuvent absorber la hausse des cas d'infections par le virus A (H1N1).

#### 2) Création de « cliniques de grippe »

Quand la situation s'aggraverait, le MSSS ouvrirait des cliniques consacrées à la grippe. L'objectif sera d'empêcher les personnes atteintes de côtoyer les autres patients dans les cliniques ordinaires. Il est possible que le Ministère demande à certains omnipraticiens de transformer leur cabinet médical en « clinique de grippe ». Il pourrait y en avoir une par territoire de centre de santé et de services sociaux.

« Nous devons négocier la manière dont seront payés les médecins qui travailleront dans ces cliniques », a mentionné le D<sup>r</sup> Godin au Conseil. Les omnipraticiens pourraient être rémunérés à l'acte, selon les tarifs en vigueur dans les cabinets médicaux. Mais qu'arrivera-t-il au début ou à la fin de la vague de grippe, lorsque les patients se feront moins nombreux ? « Nous voulons que le médecin ait le choix entre un revenu garanti ou une rémunération à l'acte. »



Photo : Emmanuèle Garnier

Réunion du Conseil de la FMOQ



Délégués au Conseil

### 3) Ouverture de lieux de soins non habituels

À cette étape, de 30 % à 40 % de la population, et probablement des médecins, seront infectés par le virus A (H1N1). Plusieurs cliniques seront alors incapables d'ouvrir leurs portes. Les patients grippés seront donc orientés vers des lieux de soins non habituels. La FMOQ doit négocier les conditions de travail et de rémunération des omnipraticiens qui y pratiqueront. « Nous allons demander une rémunération adéquate compte tenu de la situation », a précisé le président.

En ce qui concerne le soutien financier, le MSSS paiera tout le matériel nécessaire et les frais inhérents au fonctionnement des cliniques de grippe et des lieux de soins non habituels. Pour ce qui est des autres cliniques, le gouvernement remboursera le matériel jugé nécessaire par le MSSS ou la Santé publique.

### Infirmières praticiennes

Le Bureau de la Fédération s'est penché sur la question des infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. En Ontario, dans certaines villes comme Sudbury, elles pratiquent de manière autonome dans leurs cliniques. Les infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne « ne sont ni des médecins de deuxième ordre, ni des aides-médecins », précise d'ailleurs le site de l'Association des infirmières praticiennes de l'Ontario.

Le Bureau de la FMOQ ne souhaite pas que la pratique des infirmières praticiennes prenne

cette direction au Québec. « Il est d'accord avec la présence des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne, à condition qu'elles travaillent avec un médecin de famille », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin. Elles pourraient faire le suivi des malades chroniques dans les cabinets, les unités de médecine familiale et les CLSC sous la supervision d'un omnipraticien qui serait rétribué pour cette tâche.

### Négociations

Les négociations pour le renouvellement de l'Entente générale des omnipraticiens s'amorceront bientôt. Tant la Fédération que le gouvernement se sont fixé des objectifs à atteindre.

Le MSSS, pour sa part, cherchera probablement à augmenter l'accès aux services de première ligne et à donner à tous les Québécois la possibilité d'avoir un médecin de famille.

La FMOQ, de son côté, aura pour but de :

- valoriser la médecine familiale ;
  - concrétiser l'Énoncé de principe de la Fédération, dévoilé en octobre 2008 ;
  - rendre la médecine familiale attrayante ;
  - simplifier l'entente.
- De manière plus précise, la FMOQ suggère que le cahier des demandes porte sur :
- la rémunération
  - les cliniques médicales ;
  - les honoraires fixes et le tarif horaire ;
  - les centres d'hébergement et de soins de longue durée ;
  - les autres établissements ;
  - la garde en disponibilité ;
  - la rémunération différente selon l'éloignement ;
  - la rétribution des tâches médico-administratives ;
  - les activités médicales particulières et les plans régionaux d'effectifs médicaux.

Les demandes que propose la FMOQ à ses membres sont relativement ambitieuses, reconnaît le D<sup>r</sup> Godin. « La situation économique n'est pas facile. Il faudra donc se battre, mais nous avons un bon dossier. Jamais la médecine familiale n'a pris autant de place. Il faut absolument que nos membres soient mobilisés. La prochaine entente sera, par ailleurs, soumise à l'ensemble des omnipraticiens. »

## Les nouveaux PREM des données encourageantes

*Emmanuèle Garnier*



*Dr Serge Dulude*

Beaucoup doutaient de l'utilité des nouveaux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Les dernières données vont les rassurer. « Avant 2004, année où l'on a mis sur pied la nouvelle approche des PREM, les régions éloignées recrutait seulement 39 % des nouveaux

facturants auxquels elles avaient droit. En 2009, elles en ont obtenu 71 % », explique le **Dr Serge Dulude**, directeur de la Régionalisation et de la Planification à la FMOQ.

Pour les autres régions, les chiffres sont encore plus encourageants. Cette année, l'objectif de recrutement de nouveaux omnipraticiens est atteint à hauteur de :

- 94 % dans les régions intermédiaires ;
- 102 % dans les zones périphériques ;
- 100 % dans les territoires universitaires.

Fait intéressant, la majorité des jeunes médecins semblent se plaire dans leur région d'adoption. Seulement de 10 % à 15 % d'entre eux déménagent au bout d'un an ou deux.

De manière globale, chaque année, une centaine de médecins de tout âge quittent leur région pour une autre. Où vont-ils ? Surtout dans les régions intermédiaires et périphériques. En 2009, ces territoires ont attiré respectivement 100 % et 91 % du nombre de médecins auquel ils avaient droit dans la catégorie « mobilité interrégionale ».

Les médecins qui changent de territoire choisissent, par ailleurs, peu les régions éloignées et les régions universitaires. Les zones éloignées n'ont ainsi recruté que la moitié de leur part des médecins qui veulent déménager. Et contre toute

attente, les régions universitaires n'en ont récolté que 68 %. L'Estrie n'a ainsi attiré que 29 % du nombre d'omnipraticiens qui auraient pu y déménager et Montréal, 42 %.

« Au total, un moins grand nombre de médecins semblent passer d'une région à une autre. Est-ce un signe de stabilisation ? », se demande le Dr Dulude.

### **Un engouement pour le dépannage**

Les dernières données sur les PREM révèlent un phénomène nouveau : l'engouement des jeunes médecins pour le dépannage. En 2009, vingt-six nouveaux facturants ont demandé un PREM de dépannage exclusif, alors qu'auparavant ils n'étaient qu'entre dix et quinze par année. « Le Comité de gestion des effectifs médicaux en médecine générale FMOQ-MSSS va se pencher sur ce nouveau phénomène et voir s'il y a lieu d'intervenir », affirme le Dr Dulude.

Toutefois, on sait que les médecins dépanneurs n'adoptent pas un mode de vie itinérant très longtemps. Après un an ou deux, ils se fixent dans une région en faisant une demande de mobilité interrégionale. Dans 60 % des cas, ils s'installent dans une région universitaire et dans 22 % dans une région périphérique.

### **Nouveau calcul pour le PREM 2010**

Les PREM de 2010 devraient mieux répondre aux besoins des régions. Le calcul des plans d'effectifs comprend dorénavant une nouvelle pondération pour tenir compte de la situation de la première ligne de soins. Trois nouveaux facteurs sont ainsi considérés :

- l'éloignement des collectivités des établissements de soins ;
- l'accès relatif aux spécialistes ;
- le taux de roulement des omnipraticiens.

La nouvelle pondération favorise les régions éloignées, mais aussi l'Outaouais, la Montérégie, les Laurentides et Lanaudière.

### **Du renfort**

En 2010, 245 nouveaux diplômés en médecine familiale arriveront en renfort dans les différentes régions du Québec. L'ajout net ne sera cependant

que de 87 omnipraticiens si l'on soustrait le nombre de ceux qui prendront leur retraite. Il s'agit certes d'un petit apport pour combler la pénurie de presque 1000 généralistes. « Ce n'est pas énorme, mais c'est plus que dans les années antérieures », relativise le D<sup>r</sup> Dulude.

L'avenir est néanmoins encourageant. Une importante relève se prépare. Les facultés de médecine ont fait le plein avec 789 inscriptions en 2009-2010. Et ce nombre atteindra 847 en 2011-2012. « Cependant, pour réussir à combler la pénurie et offrir aux Québécois un meilleur accès à un médecin de famille, il faudra trouver rapidement une solution pour pourvoir les postes de résidence de médecine familiale et atteindre un équilibre de 50 %-50 % entre les postes en omnipratique et ceux en médecine spécialisée », affirme le D<sup>r</sup> Dulude. ☞

## Prix Gilles- des Rosiers 2007 remis au D<sup>r</sup> Michel Lapierre

*Emmanuèle Garnier*

Le Prix Gilles-des Rosiers 2007, qui récompense un omnipraticien qui s'est distingué en formation médicale continue, a été remis au **D<sup>r</sup> Michel Lapierre** au congrès de la FMOQ, qui se tenait à Prague, en mai dernier. Professeur



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Michel Lapierre et Pierre Raïche

adjoint de clinique, le lauréat exerce au sein des groupes de médecine de famille de la Cité de la Santé et de Lorraine.

« On reconnaît, chez le D<sup>r</sup> Lapierre, le professeur d'unité de médecine familiale qui se fonde sur des données probantes. Il utilise une approche structurée pour aborder diverses affections médicales. Il est capable d'avoir une vision globale d'une situation et d'en faire ressortir les points essentiels », explique le **D<sup>r</sup> Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

Le D<sup>r</sup> Lapierre s'est particulièrement illustré par son travail à la FMOQ. Il est le président du comité de rédaction scientifique du *Médecin du Québec* depuis huit ans. Il y a amené des éléments novateurs, comme la chronique *Info-comprimée* écrite conjointement par un médecin et un pharmacien. Il est également à l'origine de la publication des articles Info-POEMs (*Patient-Oriented Evidence that Matters*). Par ailleurs, le D<sup>r</sup> Lapierre a été le rédacteur en chef par intérim de novembre 2008 à avril 2009, a également été responsable de plusieurs numéros et a signé de nombreux articles. Conférencier à de multiples occasions, le lauréat a aussi été le directeur scientifique d'un congrès sur l'omnipratique.

« Le D<sup>r</sup> Lapierre représente un peu l'idéal du médecin de famille. Il est polyvalent, bon communicateur, a des connaissances à jour et est d'un commerce agréable », estime le D<sup>r</sup> Raïche. ☞

## Nouvelle option pour les médecins d'urgence un forfait, plus 75 % du tarif des actes

*Emmanuèle Garnier*

Les équipes d'omnipraticiens pratiquant dans les urgences disposent, depuis le 1<sup>er</sup> novembre, d'une nouvelle option de rémunération : un

(Suite à la page 118) >>>

# pratico-pratique

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

## Du lubrifiant pour opérer le cuir chevelu

Lorsqu'on pratique une petite intervention sur le cuir chevelu, comme l'exérèse d'un kyste sébacé, la présence des cheveux complique parfois un peu la tâche. Pour éviter d'avoir à les couper et les forcer à rester sagement en place, on peut utiliser un lubrifiant à base d'eau de type « muco ».

La **D<sup>re</sup> Marie-Josée Filion**, qui pratique à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Laval, à Québec, utilise ce truc. La technique est simple. « Je désinfecte le cuir chevelu avec un peu d'alcool, je fais l'anesthésie locale et, avant de faire l'incision, je mets le lubrifiant pour séparer les cheveux et ainsi mieux voir ce que je fais », explique-t-elle. **EG**

## Une liste de médicaments pour faciliter la prescription de départ

À Québec, les médecins de l'unité de courte durée gériatrique (UCDG) de l'Hôpital Saint-François d'Assise disposent d'un outil très utile pour effectuer les prescriptions de départ d'un patient. Il s'agit d'une feuille volante, laissée sur le dessus du dossier, qui contient la liste des médicaments de ce dernier.

Le document comprend deux colonnes. La première, remplie par le pharmacien au moment de l'admission, recense les médicaments que prend le malade à son arrivée. La seconde, destinée au médecin, lui permet de faire une mise à jour au moment du départ du patient. Le clinicien y indique si les médicaments sont prescrits de nouveau, cessés ou si leur posologie est modifiée. Le médecin inscrit également les nouvelles molécules ajoutées pendant l'hospitalisation.

« Le patient quitte l'unité avec cette feuille qui fait office d'ordonnance de départ et la remet au pharmacien d'officine. Cette manière de procéder nous évite d'oublier un médicament, de recevoir des appels du pharmacien et de recopier l'ensemble des produits », explique la **D<sup>re</sup> Karine Bergeron**, omnipraticienne à l'UCDG, qui apprécie ce système mis au point par les pharmaciens de son établissement. **EG**

## Dans le doute, soyez sûr et humble !

Pas toujours facile de poser le bon diagnostic et d'appliquer le traitement idéal. « Cela dépend souvent du temps dont on dispose, de la qualité de l'information obtenue du patient, de l'accès au plateau technique et du stade de la maladie », indique le **D<sup>r</sup> Jean-Marc Hébert**, omnipraticien au GMF Saint-Donat et responsable régional de la formation continue à l'AMCLSCQ.

Ainsi, les cliniciens se trouvent parfois en terrain incertain. Comme la pratique de la médecine relève à l'occasion plus de l'art que de la science, le **D<sup>r</sup> Hébert** fait deux recommandations :

- 1) Ne jamais dire au patient qu'on ne sait pas ce qu'il a ou qu'on n'en est pas sûr. Il faut plutôt lui expliquer qu'on va lui donner notre opinion en fonction de nos connaissances et à partir des données dont on dispose au moment où l'on fait l'évaluation. Il est par ailleurs inutile de présenter au patient un diagnostic différentiel complet. Ce dernier pourrait en être impressionné, mais ne saura pas plus ce qu'il a.
- 2) Ne jamais critiquer devant le patient la conduite d'un collègue qui l'a examiné avant nous. On voit la personne à un moment différent, dans un contexte différent et à un stade différent de la maladie. On ne gagne rien à discréditer un collègue.

« La confiance est un puissant remède, il faut savoir s'en servir correctement », rappelle le **D<sup>r</sup> Hébert**. **EG**

# Entrevue avec la D<sup>re</sup> Lyne Thériault

## La présence des femmes est de plus en plus importante



D<sup>re</sup> Lyne Thériault

Photo : Emmanuelle Gagné

*La D<sup>re</sup> Lyne Thériault est devenue, depuis septembre dernier, la nouvelle présidente de l'Association des médecins omnipraticiens des Bois-Francs. Membre du Bureau de l'organisme depuis six ans, elle demeurera responsable de la formation continue. La D<sup>re</sup> Thériault pratique à temps plein dans un cabinet médical, à Princeville. Auparavant, elle a cependant exercé pendant 22 ans à l'urgence, notamment de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska.*

### **M.Q. – Qu'est-ce qui vous a motivée à accepter la présidence de l'Association ?**

L.T. – Quand je suis entrée au Bureau de l'Association comme responsable de la formation continue, je n'étais pas très attirée par la vie syndicale. Cependant, depuis six ans, j'ai vu que c'était intéressant. Le fait d'être dans une association syndicale permet d'être un peu plus près des décisions. On se rend compte que lorsqu'on s'implique cela donne des résultats. Ainsi, les projets spéciaux que l'on propose peuvent avoir une certaine portée. J'ai donc accepté la présidence entre autres pour essayer de faire quelque chose pour ma région.

Je me souviens que lorsque je suis entrée au Bureau, j'avais l'impression que c'était une chasse gardée. J'avais peur d'être à part. Pour certains médecins, surtout pour les jeunes, la FMOQ est comme une grosse organisation, où les décisions se prennent sans consultation. J'ai constaté, au contraire, que la Fédération a un grand souci de transparence, surtout depuis l'arrivée du D<sup>r</sup> Louis Godin à la présidence. On se rend également compte qu'il y a de plus en plus de jeunes et de femmes. J'espère que je vais représenter un peu cela et que je vais donner le goût à d'autres de s'impliquer.

### **M.Q. – Les femmes sont de plus en plus nombreuses en médecine. D'après vous, deviennent-elles plus présentes dans le syndicalisme et les postes importants ?**

L.T. – Elles représentent maintenant plus de la moitié des médecins qui sortent des facultés de médecine. Si je regarde dans

ma région, à l'hôpital, la chef du Département de médecine familiale est une femme. La représentante de notre Département régional de médecine générale est aussi une femme. Pour ma part, je suis maintenant présidente de l'Association et j'ai été chef de l'urgence pendant huit ans. Donc, les femmes apportent leur contribution.

Il faut cependant tenir compte du fait qu'il y a des périodes de la vie où l'on ne peut pas tout faire en même temps. Les femmes peuvent moins s'engager pendant les années où elles élèvent leurs enfants. Moi, par exemple, je suis plus disponible maintenant que mon fils a 18 ans. Néanmoins, il faut quand même encourager les jeunes femmes à participer à la vie syndicale. Nous avons recruté au Bureau de l'Association un nouveau membre, la D<sup>re</sup> Guylaine Lagüe, qui a été auparavant membre du conseil d'administration de la Fédération des médecins résidents du Québec. Mais c'est sûr que pour recruter de jeunes femmes, il faut parfois fixer les heures de réunion en conséquence. Dans notre groupe de médecine familiale (GMF), on ne fait pas de réunion le soir, mais plutôt l'après-midi, après une activité de formation médicale continue. Il faut quand même que l'on voie nos enfants !

Je pense toutefois qu'il n'y a pas que la présence des femmes qui change les choses, il y a aussi le fait que souvent les deux conjoints travaillent. Comme médecins, on n'a donc pas autant de latitude que nos anciens collègues dont la conjointe restait à la maison et s'occupait des enfants. La réalité a changé.

### **M.Q. – Le syndicalisme doit donc s'adapter à cette nouvelle réalité ?**

L.T. – Oui, le syndicalisme doit s'adapter, et c'est ce qui se passe. On le voit au Conseil de la FMOQ. Il y a de plus en plus de femmes et il va y en avoir encore plus. Actuellement, les hommes sont plus nombreux, mais c'est parce qu'il y a vingt ans ils étaient majoritaires en médecine. Maintenant, avec la relève, on commence à voir arriver les femmes. Je pense que cela a vraiment à voir avec l'âge. Souvent, les jeunes médecins sont très occupés, ils ont donc un peu moins de temps pour la vie syndicale. Mais c'est en train de changer également. Ils s'impliquent parce que c'est important. On leur demande leur avis. Le syndicalisme n'est plus une chasse gardée.

### **M.Q. – Quels sont vos projets en tant que présidente ?**

L.T. – Nous sommes en train de créer le site Internet de l'Association. Le projet est assez avancé. On va d'abord y mettre toutes les activités d'enseignement de notre association. On va également s'en servir pour communiquer des informations syndicales, faire part des décisions à prendre, proposer aux membres de voter, faire des rapports sur les progrès des négociations. Notre objectif est d'avoir un portail attirant. On sait que nos membres sont intéressés par le perfectionnement professionnel. On s'est donc dit qu'en mettant sur notre site des informations concernant ces activités, les médecins le visiteraient. Les médecins pourront éventuellement s'inscrire par ordinateur aux journées médicales. Je pense que la formation est la façon de joindre les omnipraticiens. Pour nous, les médecins, le perfectionnement est obligatoire, et on aime ça en plus. Alors chez nous, on se rend compte que tous les messages syndicaux passent bien quand on les transmet au début ou à la fin d'une réunion d'enseignement. La formation médicale est une façon pour les médecins de se rejoindre, de se côtoyer et de se parler des différents problèmes. Quand le contenu d'une rencontre n'est que syndical, c'est difficile de rassembler les gens.

#### M.Q. – Quels enjeux syndicaux vous semblent importants ?

L.T. – J'ai rencontré quelques fois le D<sup>r</sup> Godin depuis un an et je trouve, comme lui, que la valorisation de la médecine familiale et la reconnaissance du médecin de famille sont importantes. Au Québec, le système de santé repose sur les omnipraticiens. Quand les gens ont un bon médecin de famille, ils ont moins besoin de spécialistes et cela finit par coûter moins cher au système. Je pense qu'il faut vraiment que le rôle du généraliste soit reconnu, mais aussi que ce dernier soit payé en conséquence. Aux dernières négociations, la Fédération a obtenu un rattrapage par rapport à la rémunération des omnipraticiens du reste du Canada, mais on ne le voit pas encore totalement dans nos poches. Selon les ententes signées, on ne rejoindra nos collègues des autres provinces que dans quelques années sur le plan financier. En ce qui concerne l'écart avec les spécialistes, l'objectif des prochaines négociations sera de le réduire.

Un autre enjeu important est la promotion des cabinets médicaux. Je pratique moi-même presque exclusivement en cabinet. Depuis cinq ou six ans, on voit que d'un côté les jeunes médecins trouvent les frais de cabinet trop lourds et que de l'autre la

rémunération à l'urgence s'est beaucoup améliorée. Nous avons donc de la difficulté à recruter. Nous, les médecins plus âgés qui ont acheté des cliniques, risquons de rester pris avec. Il faut faire des rabais pour attirer des médecins. Je pense vraiment qu'il faut régler la question des frais de cabinet.

On doit également se pencher sur le fait que le médecin ne peut être payé que pour les actes qu'il fait lui-même. On doit pouvoir être rémunérés pour ce que l'infirmière fait sous notre supervision. Souvent, elles vont nous consulter, nous poser des questions. Il faut les encadrer. Je pense que cela mérite d'être rétribué. Pour les gens de notre région, c'est un dossier important.

#### M.Q. – Que pensez-vous de l'ajout d'infirmières ?

L.T. – L'ajout d'infirmières peut nous donner un coup de main. Je collabore avec certaines, parce que je fais partie d'un GMF. C'est intéressant de travailler en équipe et je pense que l'aide d'infirmières peut nous aider à voir un plus grand nombre de patients. Elles peuvent entre autres s'occuper de l'enseignement aux patients diabétiques ou hypertendus. Cependant, je pense qu'il est important que les infirmières ne soient pas cantonnées dans des tâches rigides. Dans notre secteur, elles font beaucoup de suivi de diabète. Toutefois, on en a parfois besoin au jour le jour pour les consultations sans rendez-vous, pour dépanner ou encore pour des prévisites. Si on avait plus d'infirmières, on pourrait recourir à elles pour une plus grande gamme de services.

#### M.Q. – Votre région souffre par ailleurs d'une pénurie de médecins.

L.T. – Nous sommes l'une des régions où la pénurie d'effectifs est la plus importante. Pourtant, nos médecins travaillent beaucoup. Dans les trois pôles des Bois-Francs, soit Drummondville, Victoriaville et Thetford Mines, les omnipraticiens exercent beaucoup à l'hôpital. Ils pratiquent à l'urgence, dans les unités de soins, font toutes sortes de choses. Cela se répercute toutefois sur les cabinets médicaux. Il n'y a ainsi pas assez d'omnipraticiens dans les cliniques, parce que beaucoup sont ailleurs. À mon cabinet, on a d'ailleurs tous les jours des appels de patients qui se cherchent un médecin. On ne peut cependant plus en prendre. Et même les nouveaux médecins qui arrivent ont une liste de rendez-vous complète avant même d'avoir commencé. L'accès à un médecin de famille est donc un problème important qu'il faudrait régler. 🗨️

## L'éthique médicale et la bioéthique

De Didier Sicard



Les termes « éthique médicale » et « bioéthique » font partie du langage quotidien du praticien. Voici donc un ouvrage qui en clarifie les enjeux respectifs et communs, ainsi que les débats contradictoires que suscitent ces disciplines.

L'auteur, **M. Didier Sicard**, qui fut président du Comité consultatif national d'éthique jusqu'en 2008, est professeur émérite de médecine à l'Université Paris Descartes. Dans un premier temps, il revoit l'histoire de l'éthique et de la bioéthique et replace ces deux domaines dans le contexte des droits de la personne. Il passe ensuite en revue les notions de consentement, de préservation du secret et de non-discrimination essentielles à l'application de l'éthique. En outre, il indique les différences et les rapprochements entre les deux termes et leurs applications cliniques.

Traitant de questions tout à fait d'actualité, l'auteur discute également du don d'organe où les besoins sont plus grands que la disponibilité. En outre, il parle de l'assistance médicale à la procréation comme la fécondation *in vitro*, des mères porteuses et du dépistage prénatal visant à déterminer la normalité du fœtus.

Traitant de questions tout à fait d'actualité, l'auteur discute également du don d'organe où les besoins sont plus grands que la disponibilité. En outre, il parle de l'assistance médicale à la procréation comme la fécondation *in vitro*, des mères porteuses et du dépistage prénatal visant à déterminer la normalité du fœtus.

Par ailleurs, le P<sup>r</sup> Sicard discute de la complexité des cellules souches et de l'embryon, du VIH et des nanotechnologies. Bien sûr, il est également question de génétique, de la recherche sur l'homme et des neurosciences. Une partie du livre se penche, par ailleurs, sur de délicats sujets, dont la fin de vie, l'éthique et l'économie ainsi que l'éthique et la religion. ☞

Presses universitaires de France, Collection Que sais-je?, Paris, 2009, 128 pages, 17,95 \$

# **Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale**

**Pourquoi et comment  
faire évoluer les pratiques ?**

*Sous la direction de Jean-François Pelletier,  
de Myra Piat, de Sonia Côté et d'Henri Dorvil*



Au Québec, le grand mouvement de la désinstitutionnalisation des personnes vivant dans les établissements psychiatriques a laissé de profondes cicatrices et de grandes interrogations. Ainsi, les mesures destinées à répondre aux besoins des patients souhaitant retourner vivre dans la société sont-elles adéquates ?

Afin de tenter de répondre à cette question, cet ouvrage explore les différentes formules d'hébergement et de soutien au logement destinées aux gens aux prises avec des problèmes de santé mentale graves. Le livre indique comment les aider à redevenir des citoyens à part entière. Les auteurs soulignent

que ces personnes ont les mêmes attentes que tout le monde. Ainsi, elles ont besoin d'un revenu suffisant, d'un logement décent, de s'instruire et de recevoir une formation leur permettant de faire un travail satisfaisant. Il faut également leur assurer une participation à la vie communautaire et sociale ainsi que la possibilité de se créer un réseau de relations et d'amis. Selon les experts de l'ouvrage, l'autonomisation et l'autodétermination constituent des éléments fondamentaux dans le processus de reprise d'une vie satisfaisante en dépit de la maladie.

Rédigés en français et en anglais, les textes rappellent aussi l'importance d'une politique de santé mentale devant être établie au même titre que celle touchant les problèmes de santé en général. Les auteurs favorisent le rétablissement de la personne, bien sûr à partir d'un logement adéquat, mais ils misent également sur le soutien de la collectivité et de ses ressources. Cet ouvrage comprend aussi des témoignages de plusieurs personnes en rétablissement qui décrivent leur parcours vers la réintégration sociale et une vie active. Différents modèles de réintégration en vue du rétablissement des patients sont proposés, dont celui du Royaume-Uni avec ses avantages, ses inconvénients et ses contradictions. 📶

Presses de l'Université du Québec, Québec, 2009, 166 pages, 22 \$

◀◀◀ (Suite de la page 18)

**Tableau comparatif  
Rémunération les jours de semaine**

Forme de rémunération		Heures de travail	Régime A	Régime B (nouvelle option)
Forfait	Établissements du groupe 1	8 h – 20 h	331,20 \$	202,80 \$
		20 h – 24 h	361,60 \$	221,40 \$
	Établissements du groupe 2	8 h – 20 h	301,80 \$	182,60 \$
		20 h – 24 h	331,20 \$	200,40 \$
	Établissements du groupe 3	8 h – 24 h	271,40 \$	163,30 \$
Tarif des actes			45 %	75 %

forfait, auquel s'ajoutent 75 % du tarif des actes. Auparavant, les médecins ne pouvaient être rétribués que selon deux formules : soit le tarif à l'acte, soit un forfait, plus 45 % du tarif à l'acte.

La nouvelle option accorde un forfait moins important que la formule « forfait, plus 45 % du tarif des actes », mais un pourcentage du tarif des actes plus élevé (*tableau comparatif*). « La différence de revenu ne devrait pas être très grande entre les deux régimes », explique le **D<sup>r</sup> Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

La nouvelle option a cependant un grand avantage : il n'y a pas de limite au nombre de forfaits auquel peut avoir droit une urgence. Ainsi, contrairement au régime « forfait, plus 45 % des actes », aucun comité ne décide du nombre de forfaits consentis à une équipe.

« Dorénavant, si un milieu estime que le nombre de forfaits que lui a accordé le comité paritaire FMOQ-MSSS n'est pas assez élevé, il peut adopter la nouvelle solution. Cela va lui donner plus de souplesse pour adapter ses effectifs à la charge de travail », explique le D<sup>r</sup> Desrosiers.

Le régime d'un forfait plus 75 % du tarif des actes a, par ailleurs, le mérite de favoriser une certaine efficacité. Ainsi, même si plusieurs médecins travaillent en même temps dans une urgence, chacun doit faire un nombre suffisant d'actes pour obtenir un revenu adéquat. Les forfaits leur assurent toutefois une certaine sécurité financière. ☞



D<sup>r</sup> Michel Desrosiers

Photo : Emmanuelle Garnier

# **Escalader l'Aconcagua pour une bonne cause**

## **le Club des petits déjeuners du Québec**

*Francine Fiore*

Le 28 décembre prochain, la **D<sup>re</sup> Micheline Thibodeau**, du Service de radiologie du CHUM–Pavillon Notre-Dame, entreprendra l'ascension de l'Aconcagua, en Argentine. Nommé « le Colosse » à cause de ses 6960 m d'altitude, ce sommet est considéré comme le plus élevé en dehors de la grande chaîne himalayenne. Seulement de 20 % à 30 % d'élus ont la chance d'en faire la conquête. « À titre de comparaison, les camps de base de l'Everest (sud ou nord) sont autour de 5200 m, les camps 2 et 3 se trouvent entre 6600 m et 7200 m, donc l'équivalent de l'altitude de l'Aconcagua », explique la D<sup>re</sup> Thibodeau.

La radiologiste tient à relever ce défi afin de récolter 15 000 \$ pour le Club des petits déjeuners du Québec, qui fête ses quinze ans cette année. Si elle assume seule les frais de cette entreprise, elle sollicite toutefois la collaboration de ses collègues pour la collecte de fonds.

La D<sup>re</sup> Thibodeau a participé, auparavant, à plusieurs campagnes de financement dans le domaine culturel. Très inspirée par le message du **D<sup>r</sup> Gilles Julien**, elle a décidé, cette fois, de faire un acte d'engagement social envers les enfants. « En m'appuyant, vous me donnez un souffle additionnel pour atteindre le sommet, dit-elle aux médecins. Mon objectif : sensibiliser le plus de gens possible et amasser 15 000 \$. Bien peu, direz-vous, pour régler les problèmes de pauvreté ! Au contraire ! Chaque pas compte pour atteindre le sommet de cette montagne mythique. »

Chaque année, plus de deux millions de petits-déjeuners sont servis à l'école aux élèves des milieux défavorisés. Plus de 15 000 enfants n'entrent ainsi pas en classe le ventre vide et peuvent mieux se concentrer. L'objectif est de briser la spirale « échecs scolaires-décrochage-pauvreté-exclusion sociale ».

L'expédition de la D<sup>re</sup> Thibodeau nécessite, par

*(Suite à la page 128) >>>>*

◀◀◀ (Suite de la page 121)

ailleurs, un entraînement intense et une excellente forme physique et psychique en raison des conditions climatiques, des charges à porter et de l'altitude. Mais le médecin n'en est pas à ses premiers pas en hauteur. Sans être une alpiniste aguerrie, elle est une adepte de longue date de la marche en montagne. Ainsi, depuis l'âge de douze ans, elle parcourt les montagnes de Suisse, à Montana-Crans et à Zermatt. Elle a fait du ski dans les Alpes à plusieurs reprises, entre autres sur le plateau Rosa (Zermatt) et dans la vallée Blanche (mont Blanc). Il y a deux ans, elle s'est lancée dans l'ascension du Kilimandjaro (5865 m), dans le cadre d'une collecte de fonds pour l'organisme *Enfant-Retour*. De plus, elle a fait un *trek* au Népal, du côté de l'Annapurna Sud et s'est rendue en Équateur (Cotopaxi).

Pour appuyer la D<sup>re</sup> Thibodeau, on peut :

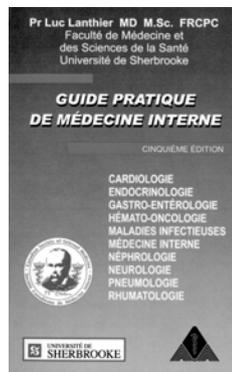
- ☉ envoyer un chèque au nom du Club des petits déjeuners du Québec, adressé à la D<sup>re</sup> Micheline Thibodeau, Hôpital Notre-Dame, Service de radiologie 1560, Sherbrooke Est Montréal (Québec) H2L 4M1
- ☉ envoyer un chèque à l'ordre du Club des petits déjeuners du Québec directement à l'organisme : à l'attention de M<sup>me</sup> Chantal Pagé 151-D, boul. de Mortagne Boucherville (Québec) J4B 6G4 (inscrire « Aconcagua 2009 » au verso du chèque ainsi que vos coordonnées et votre adresse courriel).
- ☉ faire un don en ligne à [clubdespetitsdejeunersaconcagua.org](http://clubdespetitsdejeunersaconcagua.org). (Inscrire « Aconcagua 2009 » dans la case entreprise). Un reçu d'impôt sera remis pour tout don d'au moins 20 dollars. ☎



## **Guide pratique de médecine interne**

### **Cinquième édition**

*Sous la direction du Pr Luc Lanthier*



Ce petit guide a connu un véritable succès depuis son lancement en 1999. Plus de 12 500 exemplaires ont été vendus jusqu'à présent. Son auteur principal, le **D<sup>r</sup> Luc Lanthier**, interniste au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke (CHUS), vient d'en faire une cinquième mise à jour pour tenir compte des nouvelles lignes directrices et des progrès médicaux depuis la dernière édition, publiée il y a un an et demi. Vingt-deux coauteurs et collaborateurs, venant pour la plupart du CHUS, ont participé à ce travail.

Le guide couvre dix spécialités de la médecine : la cardiologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, l'héματο-oncologie, l'infectiologie, la médecine interne, la néphrologie, la neurologie, la pneumologie et la rhumatologie.

Dans chacun des dix chapitres, les affections sont présentées de manière synthétique sous forme de tableau. Pour chacune, on y trouve des informations sur la physiopathologie, les causes, le tableau clinique, les critères diagnostiques, les examens à prescrire, le traitement, etc.

L'ouvrage, facile à consulter, permet de vérifier en un coup d'œil la conduite à tenir dans un cas d'angine, d'avoir sous la main les caractéristiques de tous les traitements antidiabétiques, de consulter la liste des causes possibles d'une pneumonie extrahospitalière, d'obtenir rapidement un algorithme diagnostique de la syncope, etc.

Les annexes de l'ouvrage donnent, quant à elles, les doses initiales et usuelles de différents médicaments : anti-inflammatoires non stéroïdiens, bronchodilatateurs par inhalation, antihypertenseurs, etc. On y trouve également les interactions médicamenteuses liées au cytochrome P450 et à la warfarine. On peut aussi y consulter des tableaux servant à calculer le risque de mortalité cardiovasculaire et le risque de fracture ostéoporotique chez l'homme.

Ce guide, qui se glisse facilement dans une poche, vient par ailleurs d'être traduit en anglais sous le titre *Practical Guide to Internal Medicine*.

Les Éditions Formed, Trois-Rivières, 2009, 400 pages, 44,95 \$