



## **Faut-il autoriser l'euthanasie ?**

**la majorité des omnipraticiens serait d'accord**

*Emmanuèle Garnier*

**L'heure de débattre de l'euthanasie est arrivée. La majorité des omnipraticiens estime que le recours à cette extrémité devrait faire partie des soins offerts en fin de vie. Un grand nombre de leurs confrères spécialistes sont du même avis.**

**S**I LA LOI ET LES RÈGLEMENTS le permettaient, 71 % des omnipraticiens seraient prêts à recourir à l'euthanasie dans leur pratique médicale, selon un sondage mené par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)\*.

La consultation, à laquelle 1086 généralistes ont participé par Internet et par la poste, a eu lieu du 9 au 28 octobre 2009. Presque 80 % des répondants travaillaient dans un cabinet médical, un CLSC ou une unité de médecine familiale. Plus des trois quarts (79 %) devaient parfois ou souvent faire face à des enjeux éthiques ou déontologiques concernant les soins appropriés en fin de vie.

Pour 75 % des répondants, l'euthanasie, définie par *Le Petit Robert* comme un « usage de procédés qui permettent d'anticiper ou de provoquer la mort pour abrégier l'agonie d'un malade incurable ou lui épargner des souffrances extrêmes » et par le Sénat comme un « acte qui consiste à

provoquer intentionnellement la mort d'autrui pour mettre fin à ses souffrances », devrait être considérée comme une étape ultime de soins admise dans la pratique médicale au Québec. Un peu plus de la moitié des omnipraticiens (53 %) estiment d'ailleurs que l'euthanasie, sous diverses formes et de façon indirecte, se pratique actuellement au Québec.

Pour 74 % des médecins interrogés, l'euthanasie devrait être un moyen pour le médecin de remplir son devoir déontologique. L'article 58 du Code de déontologie précise que le clinicien « doit agir de telle sorte que le décès d'un patient qui lui paraît inévitable survienne dans la dignité. Il doit assurer à ce patient le soutien et le soulagement appropriés. »

Parmi les répondants, 74 % estimaient que de nouvelles balises réglementaires et législatives devaient être adoptées pour permettre le recours à l'euthanasie. Selon 87 %, la décision de recourir à l'euthanasie devrait cependant se prendre dans un cadre bien défini. Elle nécessiterait la volonté

\* Le sondage portait uniquement sur l'euthanasie et les soins appropriés en fin de vie et non sur le suicide assisté.



Photo : Emmanuèle Garnier

**« Il est temps qu'un véritable débat de société ait lieu au Québec et au Canada sur la question de l'euthanasie »**

— D<sup>r</sup> Louis Godin

clairement exprimée du patient (ou de ses proches en cas d'incapacité du malade), du médecin traitant et d'un tiers, qui serait un autre médecin.

Le D<sup>r</sup> **Louis Godin**, président de la FMOQ, n'est pas surpris des résultats du sondage. « De cette consultation, je retiens surtout que les médecins omnipraticiens souhaitent que le cadre clinique qui balise l'euthanasie soit revu et véritablement défini de manière à correspondre davantage aux réalités scientifiques et aux valeurs d'aujourd'hui, explique-t-il. Ce débat de société est devenu incontournable. Il est temps que ce sujet tabou ne le soit plus. » Selon le D<sup>r</sup> Godin, la question de l'euthanasie concerne non seulement les médecins, mais aussi toute la population. « Il est donc temps qu'un véritable débat de société ait lieu au Québec et au Canada sur cette question. »

**Les défenseurs de l'euthanasie**

Bien des médecins ont accompagné leurs réponses de commentaires. Il en ressort un spectre d'opinions parfois aux couleurs tranchées, parfois

en demi-teintes. À l'une des extrémités se trouvent les défenseurs de l'euthanasie.

Pour plusieurs, l'euthanasie est une option nécessaire. Une omnipraticienne qui travaille dans le domaine déplore que certains soutiennent qu'avec de bons soins palliatifs, l'euthanasie est inutile. « L'un n'est pas en contradiction avec l'autre. Je considère que l'euthanasie devrait être l'une des solutions possibles dans le traitement des patients en phase terminale, dont nous savons pertinemment que la mort est inévitable et qui sont soumis (ainsi que leur famille) à une agonie inutile. »

Un de ses confrères abonde dans le même sens. « Selon moi, c'est dans les cas où il n'y a pas moyen de soulager la personne que l'euthanasie doit avoir sa place. » Quand les doses d'opiacés prescrites apaisent le malade, il n'y a pas lieu d'envisager cette solution, affirme-t-il.

Plusieurs médecins sont bouleversés par la douleur de leurs patients. L'un des répondants confie qu'environ une fois par mois un malade lui

demande de l'aider à mourir. « Plusieurs patients continuent à vivre dans des conditions inhumaines. J'aimerais que la société soit assez ouverte pour offrir la mort comme solution plus humaine. Encadré éthiquement, bien sûr. »

Pour certains, l'euthanasie fait partie du travail du clinicien. « Quand la plus grande souffrance est de vivre, c'est mon devoir en tant que médecin de soulager la personne qui demande mon aide. »

C'est la société qui souhaite la possibilité de recourir à l'euthanasie, estime un praticien. « Il est grandement temps que le législateur légifère pour tenir compte des besoins réels d'une bonne partie de la population qui veut de plus en plus un accès à l'euthanasie dans un contexte où les balises sont claires. Ce geste de compassion ultime est déjà accessible ailleurs sur le globe sans abus. Il ne doit toutefois pas faire place à des soins palliatifs bâclés ou inappropriés. »

### **Les opposants**

À l'autre extrémité du spectre se trouvent des omnipraticiens totalement opposés à l'euthanasie. Parmi les répondants, 26 % étaient contre l'adoption de nouvelles balises réglementaires et législatives permettant le recours à cette option. Pour certains, il n'est pas nécessaire de légaliser l'euthanasie. Elle n'est l'unique solution à la douleur que dans de rares cas, affirme un omnipraticien. « La sédation terminale est un moyen efficace d'éliminer la souffrance, tout en évitant de banaliser le meurtre ou le suicide en les permettant dans la loi. Il faudrait miser davantage sur la formation des médecins en ce qui concerne la gestion de la souffrance et favoriser la création d'équipes multidisciplinaires en soins palliatifs. »

Certains généralistes doutent de la pertinence d'offrir l'euthanasie. L'un d'eux n'a jamais eu ce type de demande, même s'il accompagne souvent des patients en fin de vie. « Les gens confondent régulièrement arrêt de traitement, soins de confort et euthanasie... et souvent, après discussion, ils font la part des choses. »

Pour plusieurs praticiens, l'euthanasie est incompatible avec leur profession. « Nous devons aimer et respecter la vie et soulager les

symptômes et la douleur. Je ne pense pas que les médecins doivent être mis dans une situation où la vie et la mort soient leur décision... Un médecin doit s'efforcer de préserver la vie et la qualité de vie... cela doit arrêter là. »

Certains ont des mots très durs à l'égard de l'euthanasie. C'est « un crime contre l'humanité », affirme l'un des répondants. Un autre a inscrit : « Tu ne tueras pas ». Plusieurs médecins ne veulent pas être forcés à pratiquer l'euthanasie. « N'obligeons pas le médecin (par des procédures législatives ou autres) à se rendre complice de meurtres. Soulager la souffrance fait partie de ses obligations, mais pas décider de la vie ou de la mort des personnes, ni par ailleurs, devenir l'outil dénué de toute conscience morale, de choix individuels ou sociétaux favorables à l'euthanasie. »

### **Les craintes**

Entre l'appui sans réserve à l'euthanasie et son rejet radical, il y a toute une gamme de positions. Plusieurs médecins sont ainsi d'accord avec l'euthanasie, mais ne veulent pas l'employer eux-mêmes. C'est le cas de cet omnipraticien qui affirme : « Ce qui m'empêcherait d'y avoir recours dans ma pratique serait d'avoir à poser le geste qui entraîne la mort, même si cette dernière est souhaitée par le patient. » Certains des répondants demandent d'ailleurs que l'on tienne compte des valeurs du médecin traitant.

D'autres sont prêts à donner certains traitements, comme la sédation terminale, mais sont mal à l'aise devant des options plus radicales. Ainsi, un médecin qui travaille depuis de nombreuses années en soins palliatifs explique qu'il peut recourir à la sédation terminale environ deux fois par année. « Cette procédure est bien connue dans notre service. Il faut que le patient en fasse la demande. Nous pouvons parfois lui en avoir parlé à la suite de l'expression d'une souffrance "globale" évidente. Le patient doit être constant dans sa demande et ne pas sembler la remettre en question régulièrement. La famille doit être consultée

(Suite à la page 14) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

et idéalement en accord. » Cependant, ce clinicien se sent mal à l'aise s'il a à évaluer un patient qui reçoit des doses exponentielles de morphine.

Plusieurs omnipraticiens craignent les dérives. Les dangers qu'ils appréhendent ? Une « pression indue sur les médecins pour des motifs autres que la qualité de vie : argent, famille fatiguée ou pressée, etc. ». Certains ont peur de ce que pourrait devenir l'utilisation de l'euthanasie. « Doit-on euthanasier, provoquer la mort des déments dont l'état est devenu insupportable pour les proches ? Pour le médecin traitant ? Pour la société ? »

Un autre généraliste estime lui aussi que le recours à l'euthanasie « va nécessairement aboutir à des abus, soit du système de santé, soit des proches, qui ne pourront pas supporter la personne agonisante jusqu'au bout. Nos patients qui ne voudront pas de l'euthanasie finiront par passer pour des égoïstes. »

Comme il s'agit d'une question très délicate, un praticien affirme qu'il sera « très important lors de ce débat de rassurer la population en précisant que des précautions blindées assureront qu'il ne pourra y avoir possibilité de procéder à une euthanasie pour d'autres raisons (par ex.,

économiques, stratégiques, "d'intérêt", etc.) que le plus grand bien du malade. »

Pour finir, bien des répondants se réjouissaient que l'on discute enfin de l'euthanasie sur la place publique. ☞

## **Collège des médecins du Québec euthanasie et soins appropriés en fin de vie**

*Emmanuèle Garnier*

La mort du patient est imminente. Sa souffrance est intense. De façon inhabituelle, rien n'arrive à soulager le malade. Ni la morphine, ni une sédation terminale. Son médecin voudrait l'aider à mourir...

« Un médecin qui, dans un tel contexte, poserait un tel geste avec l'accord du patient et en utilisant son jugement professionnel, ne commet pas un meurtre, selon le Collège des médecins. Il utilise l'euthanasie comme un soin

## **Le sondage des spécialistes**



Photo : Marcel La Haye © 2006

*Dr Gaétan Barrette*

Tout comme les omnipraticiens, les spécialistes sont en faveur de l'euthanasie. Ainsi, 75 % seraient certainement ou probablement favorables à sa légalisation dans un cadre balisé, révèle un sondage de la firme Ipsos Descarie. Menée à la demande de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), l'enquête a permis d'obtenir l'opinion de 2025 des 8717 spécialistes par Internet ou par la poste.

Les spécialistes pratiqueraient-ils l'euthanasie ? Dans un cadre législatif balisé, 54 % le feraient certainement ou probablement. Par contre, 20 % s'y refuseraient. Par ailleurs, 62 % des spécialistes estiment que l'euthanasie devrait faire partie des soins appropriés en fin de vie, alors que 27 % y sont opposés. La moitié des répondants pensent que l'euthanasie est souvent ou parfois pratiquée au Québec.

Et qu'en est-il de la sédation palliative ? Pour 95 % des répondants, elle devrait faire partie des soins appropriés en fin de vie. Cependant, 48 % la voient comme une forme d'euthanasie, alors que pour 46 %, elle ne l'est pas.

**Le Dr Gaétan Barrette**, président de la FMSQ, estime à la lumière de ce sondage qu'il faudra respecter les décisions individuelles de ses membres. « Le médecin devra toujours demeurer entièrement libre de choisir d'accompagner un patient dans cette voie, et nous allons être vigilants à cet égard. »

médicalement approprié dans des circonstances exceptionnelles », a expliqué le **D<sup>r</sup> Yves Robert**,



D<sup>r</sup> Yves Robert

secrétaire du Collège des médecins du Québec (CMQ), au cours d'une conférence de presse. À l'heure actuelle, cependant, le Code criminel interdit à un clinicien de provoquer délibérément la mort d'un malade. « Puisque le *statu quo* limite actuellement le développement de soins appropriés en fin de vie, des changements législatifs sont probablement nécessaires, a estimé le **D<sup>r</sup> Yves Lamontagne**, président du CMQ.



D<sup>r</sup> Yves Lamontagne

Ces changements, qu'ils soient apportés dans le Code criminel ou ailleurs, devraient selon nous viser un seul objectif : rassurer les patients, les médecins et la société sur le fait que les soins prodigués en fin de vie seront les plus appropriés possible. » Ainsi, toute la gamme de soins possibles, dont

l'euthanasie, pourrait être offerte.

Le CMQ, qui vient de rendre public le document *Le médecin, les soins appropriés et le débat sur l'euthanasie* ([www.cmq.org](http://www.cmq.org)), apporte au débat ses propres réflexions. Le Collège, qui se penche sur la question depuis plus de trois ans, s'est inspiré du rapport de son groupe de travail en éthique clinique sur les soins appropriés du début à la fin de la vie.

### **Sédation terminale irréversible**

Qu'entend exactement le Collège par euthanasie ? « L'euthanasie est de faire un geste intentionnel dans le but de provoquer la mort. Ce qui la distingue du meurtre, c'est que la volonté du patient est requise. L'euthanasie se fait

dans un contexte de compassion, et nous ajoutons à cela, qu'elle devrait se faire lorsque la mort est imminente ou inévitable », a précisé le D<sup>r</sup> Robert.

Selon le Collège, le recours à l'euthanasie ne serait nécessaire que dans des cas exceptionnels. Des situations où la mort est inéluctable et difficile malgré les traitements. Des cas où l'agonie se prolonge douloureusement.

Il existe bien la sédation terminale, mais elle n'apporte pas toujours le soulagement nécessaire. Sa frontière avec l'euthanasie est par ailleurs ténue. La sédation apaise, mais parfois accélère la mort. Dans la littérature médicale, des auteurs commencent même à parler de sédation terminale réversible et irréversible. « Quelle est la ligne entre l'euthanasie et la sédation terminale irréversible ? Cette dernière est probablement une forme d'euthanasie et elle se pratique au Québec », a confirmé le D<sup>r</sup> Robert au cours de la conférence de presse.

La situation doit donc être éclaircie et balisée. L'euthanasie ne doit plus être considérée sous l'angle légal, mais plutôt l'être sous l'angle médical, juge le D<sup>r</sup> Lamontagne. « Il faut sortir de la logique de droit actuelle pour aller vers une logique de soins appropriés et adapter le cadre législatif en conséquence. » Une nouvelle loi devrait permettre de définir le processus permettant au médecin et au patient (ou à sa famille) de prendre ensemble une décision satisfaisante pour que le malade reçoive les meilleurs soins possibles.

Le Collège s'oppose toutefois à ce que le rôle du clinicien ne consiste qu'à accomplir la volonté du patient. « Il est impensable que les médecins deviennent de simples exécutants et que les soins soient prodigués sur demande. Les médecins doivent être là pour porter un jugement clinique, pour apporter les éléments d'information indispensables à la discussion et à la prise de décision et, enfin, pour agir dans l'intérêt du patient », a dit le D<sup>r</sup> Lamontagne.

Le Collège invite les autres acteurs concernés par la question de l'euthanasie, dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Barreau du Québec, à faire connaître leur point de vue. Il convie également les médecins et la population à participer au débat. 📡

# L'AMCLSCQ fête ses 35 ans !

## Assemblée générale des médecins de CLSC

*Emmanuèle Garnier*



Photos : Emmanuèle Garnier



*Dr Sylvain Dion*

le président de l'AMCLSCQ, le **Dr Sylvain Dion**, a retracé tout le chemin parcouru par l'association depuis sa création.

Un soir d'août 1974, une vingtaine de médecins de CLSC se regroupent à Drummondville pour créer « L'AME des CLSC », l'Association des médecins employés dans un CLSC du Québec. Les premiers centres locaux de services communautaires n'étaient apparus qu'un an auparavant.

En 1975, l'AME des CLSC s'affilie à la FMOQ. Le nombre de CLSC atteint déjà 65. « Nous avons

eu une première entente négociée par la Fédération dans l'année qui a suivi », a expliqué le Dr Dion.

L'arrivée de médecins dans les CLSC a suscité de nombreuses résistances à la fois dans le monde des CLSC et dans certaines strates de la communauté médicale. Néanmoins, au fil des années, de plus en plus d'omnipraticiens se sont laissé séduire par les nouveaux centres.

Grâce à leur action sur le terrain, les médecins de CLSC ont été des agents de changement. Ils étaient de tous les mouvements : le droit à l'avortement, le développement de services pour le « mieux naître », les services dans les milieux de vie, les soins à domicile, les soins palliatifs et les nouvelles approches en santé mentale.

Les CLSC étaient peut-être aussi un modèle avant-gardiste. « Notre environnement a beaucoup évolué depuis trente-cinq ans : les GMF, les réseaux locaux et les cliniques-réseau intégrées (CRI). D'aucuns diront que c'est dans la pratique médicale en CLSC et dans l'organisation CLSC qu'est venue l'inspiration pour ces GMF et ces CRI. Loin de nous isoler, nous avons





Neuf des 35 médecins à qui l'AMCLSCQ a rendu hommage

fait le pari de continuer notre mission en nous impliquant dans ces développements de notre réseau », a souligné le D<sup>r</sup> Dion.

Au sein de la FMOQ, les relations entre les médecins de CLSC et les autres groupes d'omnipraticiens n'ont pas toujours été faciles. Crises, incompréhension, mais aussi réconciliations. Plusieurs membres de l'AMCLSCQ ont d'ailleurs été élus au bureau de la Fédération : les D<sup>rs</sup> Jean Rodrigue, André Munger et Sylvain Dion.

L'histoire de l'AMCLSCQ a, par ailleurs, été marquée par quelques péripéties loufoques. En 1978, s'est ainsi produit « l'épisode du festival de la tomate ». Trois médecins de CLSC ont été congédiés pour avoir refusé d'aller travailler à cet insigne événement. Le différend a été réglé six mois plus tard. En 1980, quelqu'un a lancé l'idée de se désaffilier de la FMOQ pour se joindre à la CSN ! « Devant la tiédeur de la CSN à nous accueillir, le choix fut simple. Et on voulait rester avec des médecins », a rappelé le D<sup>r</sup> Dion.

L'AMCLSCQ est maintenant un organisme en pleine maturité. Le D<sup>r</sup> Dion est fier du bilan de son association. « Je m'en voudrais de ne pas souligner la contribution essentielle de nos membres à ce qu'a été et est aujourd'hui notre association après trente-cinq ans d'histoire. Nous avons innové dans les soins à donner à nos patients. Nous avons su aussi évoluer dans nos environnements professionnels et nous adapter malgré des contextes parfois peu favorables. Pour cela, je vous dis Bravo ! », a lancé le président à ses membres.

Pour voir les photos de la soirée :

<http://tinyurl.com/ydgal9e>. 📷

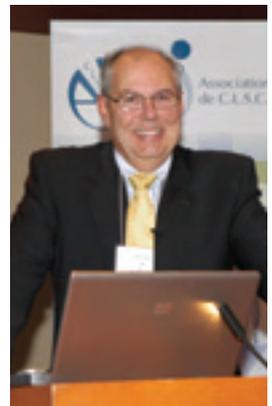
## Négociations et rémunération discours du président de la FMOQ

*Emmanuèle Garnier*

Au cours des prochaines négociations, la FMOQ demandera une rémunération concurrentielle pour ses membres, a expliqué le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, à l'assemblée générale des médecins de CLSC du Québec.

La Fédération réclamera non seulement une augmentation au moins équivalente à celle du secteur public, mais aussi des hausses pour que la rétribution de ses membres reste concurrentielle par rapport à celle des omnipraticiens canadiens et qu'elle le devienne par rapport à celle des spécialistes québécois. « On s'est aperçu qu'il y avait un écart de revenu de 55 % avec les médecins spécialistes. C'est tout à fait injustifiable, et il faut corriger la situation. Si rien n'est fait, cet écart va continuer à augmenter », a averti le D<sup>r</sup> Godin.

Un autre enjeu financier est particulièrement



D<sup>r</sup> Louis Godin



Assemblée générale de l'AMCLSCQ

important pour les médecins de CLSC : l'équité entre les modes de rétribution. Pour répondre à cette préoccupation, la FMOQ est en train de faire une étude sur l'équivalence actuarielle entre le paiement à honoraires fixes, à tarif horaire et à l'acte. « J'ignore quel va en être le résultat, mais cet exercice m'apparaît d'une importance capitale. C'est facile de parler d'équité par rapport aux médecins spécialistes et aux omnipraticiens canadiens, mais il faut commencer entre nous. »

### **Médecins rémunérés à tarif horaire et à honoraires fixes**

Les médecins de CLSC rémunérés à tarif horaire ont, outre l'équivalence actuarielle, différentes demandes. Ils désirent obtenir des forfaits pour certaines clientèles vulnérables, en particulier dans le domaine des soins à domicile, des soins palliatifs et de la santé mentale. La Fédération a déjà fait des démarches pour régler ce problème. « On va maintenant s'occuper de ce dossier dans le cadre du renouvellement de l'entente générale », a annoncé le D<sup>r</sup> Godin.

La Fédération demandera également, au cours de négociations, l'allongement de la liste des clientèles vulnérables et un meilleur soutien administratif pour les médecins de CLSC. « Si vous avez décidé de ne pas avoir une rémunération à l'acte, vous êtes en droit de vous attendre à un soutien administratif. Et ce dernier doit être accordé dans tous les milieux. »

Les médecins payés à honoraires fixes, eux, ont des préoccupations au sujet du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). « Il y a de plus en plus d'argent que vous gagnez et qui n'est pas pris en considération dans le calcul du RREGOP. Il va falloir régler cela. En général, une des raisons pour laquelle on choisit le mode de rémunération à honoraires fixes, c'est la présence du régime de retraite », a soutenu le D<sup>r</sup> Godin. Les médecins rémunérés à honoraires fixes sont également préoccupés par la hausse des primes d'assurance et désiraient avoir des semaines de vacances supplémentaires.

### **Autres milieux de pratique**

Le D<sup>r</sup> Godin a également énuméré les demandes que la FMOQ propose de faire dans d'autres secteurs au cours des futures négociations.

#### **Hospitalisation**

La FMOQ désire obtenir une majoration de la rémunération pour les soins donnés aux patients hospitalisés le soir et la fin de semaine. Elle tentera par ailleurs de simplifier la nomenclature dans le domaine hospitalier. « Les examens complets et ordinaires ne correspondent plus à la réalité de la pratique. On voudrait les remplacer par un acte de prise en charge hebdomadaire quand le médecin fait sa tournée initiale, et ensuite par des actes de suivi qui pourraient être facturés plusieurs fois. »

#### **Urgence**

La FMOQ va demander une augmentation de la rétribution pour le travail de soir, de nuit et de fin de semaine dans les urgences.

#### **Soins de longue durée et soins palliatifs**

La Fédération examine de nouvelles avenues pour la rémunération des soins de longue durée et des soins palliatifs. Pour les soins de longue durée, elle propose un forfait hebdomadaire jumelé à un pourcentage du tarif des actes. Le médecin aurait le choix entre cette possibilité et les modes actuels de rémunération. Dans le domaine des soins palliatifs, un forfait quotidien par patient (comme c'est le cas pour les malades hospitalisés) s'ajouterait à la rétribution habituelle.

#### **Garde en disponibilité**

« Pour nous, le paiement de la garde en disponibilité devrait commencer à 16 heures plutôt qu'à 20 heures pendant la semaine », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin. Le montant de la rémunération pourrait aller jusqu'à 30 % de la rémunération quotidienne.

Toutes ces propositions seront soumises le 12 décembre au Conseil de la FMOQ. Si elles sont approuvées, elles feront partie du cahier des demandes que la Fédération déposera en vue des négociations avec le gouvernement. ☞

## Bilan de l'année discours du président de l'AMCLSCQ

*Emmanuèle Garnier*



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Sylvain Dion

La rédaction de l'Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC est maintenant achevée, a annoncé le président de l'AMCLSCQ, le Dr Sylvain Dion au cours de l'assemblée générale qui a réuni 72 participants. « Nous avons tenté, en utilisant nos connaissances, de bonifier le projet médical

qui est connu en CLSC depuis les années 1980. »

Le document est actuellement entre les mains des délégués et des représentants régionaux qui l'étudient. Au printemps 2010, une journée de réflexion et d'appropriation sera par ailleurs consacrée à cet énoncé de position. L'AMCLSCQ y invitera les chefs de médecine et souhaiterait que des représentants de chacun des CLSC y assistent aussi. « Cette journée nous permettra d'échanger sur le document et surtout de regarder comment aller de l'avant pour que ce projet continue à évoluer. »

### Services aux membres

Le nombre de membres de l'AMCLSCQ, qui frôle les 1000, reste stable. Cette année, cependant, parmi les nouveaux venus se trouvent une dizaine de médecins de santé publique de la Montérégie. « En tant qu'omnipraticiens rémunérés à tarif horaire et à honoraires fixes, ils ont jugé que nous étions les mieux placés pour les représenter », a expliqué le Dr Dion. Évidemment, à cause des statuts de l'AMCLSCQ, l'adhésion de ces nouveaux membres a fait l'objet de discussions au Bureau de l'Association, qui a cependant estimé qu'il y avait des convergences entre les deux groupes de

médecins : la prévention, le travail interdisciplinaire, etc. « On ne voyait pas d'inconvénient à accepter leur venue. De toute façon, on ne peut empêcher un cœur d'aimer... » L'un des médecins de santé publique a par ailleurs été élu au Bureau de l'association à la fin de l'assemblée générale.

La plus grande partie du travail de l'AMCLSCQ est de répondre aux demandes de ses membres, a souligné le président. L'association a reçu un certain nombre de plaintes concernant les conditions de pratique. « Il y a encore beaucoup de CLSC où elles sont pitoyables, que ce soit en ce qui a trait au secrétariat ou à l'organisation même de la pratique », a affirmé le président. L'association a d'ailleurs fait quelques interventions au cours de l'année. Le Dr Dion est ainsi allé en Outaouais rencontrer une équipe de médecins et leurs gestionnaires. Il devrait se rendre sous peu dans la région de Québec et éventuellement en Abitibi. Le président offre ce service à tous ses membres. « Nous pouvons aller dans vos milieux pour échanger avec les médecins sur notre vision d'un environnement professionnel adéquat et pour rencontrer vos gestionnaires. »

L'AMCLSCQ peut également soutenir ses membres au moment de la visite de la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec. Elle a eu l'occasion de le faire au cours de l'année.

À la demande de ses membres, l'Association va par ailleurs produire un avis sur le temps de conservation des dossiers médicaux. Dans certains CLSC, les archivistes les détruisent après cinq ans, alors que l'Association canadienne de protection médicale recommande de les conserver dix ans. « Notre avis n'aura pas force de loi, évidemment, mais il décrira la position de l'AMCLSCQ et appuiera vos revendications. »

### Propositions faites au congrès syndical

Le Dr Dion est revenu sur le Congrès syndical de mai dernier pour souligner certaines propositions importantes qui concernaient les médecins de CLSC. Plusieurs suggestions se trouveront d'ailleurs dans le cahier des demandes que présentera la FMOQ au cours des prochaines négociations avec le gouvernement.

Dans l'atelier sur les CLSC, les participants ont

soulevé la question de l'insuffisance de leur rémunération. Ils ont également souligné que le manque de services de secrétariat dans certains CLSC était un frein à la productivité. Les médecins devraient, par ailleurs, avoir leur mot à dire dans l'organisation du travail des secrétaires médicales.

En ce qui concerne les forfaits pour le suivi des clientèles vulnérables, ils ne sont pas assez élevés dans le domaine des soins à domicile, des soins palliatifs et de la santé mentale. « La formule actuelle est peu intéressante pour les médecins de ces secteurs. Leur pratique est lourde et ne leur permet pas d'avoir un grand volume de patients. Le type de compensation demandé serait un forfait, comme celui qui est accordé dans les CHSLD », a expliqué le D<sup>r</sup> Dion. Par ailleurs, il faudrait aussi allonger la liste des clientèles vulnérables en ajoutant plusieurs diagnostics : le trouble du déficit de l'attention et d'hyperactivité, la déficience intellectuelle, les douleurs chroniques et les accidents vasculaires cérébraux.

Dans l'atelier sur le tarif horaire et les honoraires fixes, de grandes discussions ont eu lieu sur l'équivalence actuarielle entre les deux modes de rémunération. Parce qu'au cours de la dernière décennie, les allocations de formation continue et le congé de maternité ont été ajoutés au tarif horaire. Les participants de l'atelier désiraient également la vérification de l'équivalence actuarielle entre la rémunération à tarif horaire et à l'acte. « Les participants prétendaient qu'un écart s'était créé avec les années entre ces deux modes de rétribution. »

En ce qui concerne les médecins payés à honoraires fixes, plusieurs autres points ont également été abordés au cours de l'atelier : l'impossibilité de réclamer des déductions fiscales pour les congés de perfectionnement, l'incapacité de cotiser davantage au régime de retraite pour ceux qui travaillent plus de 35 heures par semaine et la question du congé d'adoption qui devrait être l'équivalent du congé de maternité.

L'année 2008-2009 a ainsi été chargée pour l'Association des médecins de CLSC du Québec. La prochaine, au cours de laquelle auront lieu les négociations entre la FMOQ et le gouvernement, devrait être intéressante. ☞

## Le lauréat du prix Inukshuk 2009 : Le D<sup>r</sup> André Munger

*Emmanuèle Garnier*



*D<sup>r</sup> Sylvain Dion et D<sup>r</sup> André Munger*

Le prix Inukshuk 2009 a été décerné au **D<sup>r</sup> André Munger**, omnipraticien pratiquant au GMF des Grandes Fourches, à Sherbrooke. Cette distinction est remise à un membre

de l'AMCSLCQ qui a apporté une contribution importante à la vie syndicale et professionnelle, est un modèle reconnu par ses collègues, s'est démarqué par ses réalisations et a un rayonnement local.

Le D<sup>r</sup> Munger, dont les premiers contacts avec la vie syndicale remontent à 1982, a été président de l'AMCLSCQ de 1989 à 1996 et de 2000 à 2002. Le lauréat a également marqué ses collègues en tant que médecin.

« Le monde de la médecine tel que je le connais ne serait pas le même sans André », a expliqué sa consœur, la **D<sup>re</sup> Isabelle Vaillancourt**. Dans son discours, elle a brossé les grandes lignes de l'aventure médicale du D<sup>r</sup> Munger. « Jeune barbu, il saute dans la barque des CLSC dès leur création et plonge dans la pratique de terrain, à l'hôpital, à domicile et dans les groupes communautaires. » Le D<sup>r</sup> Munger s'est intéressé à la médecine générale sous toutes ses formes. « Du mouvement pour l'humanisation des naissances à la défense des travailleurs accidentés, en passant par la médecine sportive, la santé au travail, les soins palliatifs, il visite, éternel étudiant, les approches parallèles (c'était comment déjà l'auriculothérapie ?), les écoles émergentes et les techniques de toutes sortes. Pour soulager, il faut comprendre, essayer, s'adapter. » ☞

# Le guide

## Le D<sup>r</sup> Jean Maziade, Médecin de famille 2009

Emmanuèle Garnier

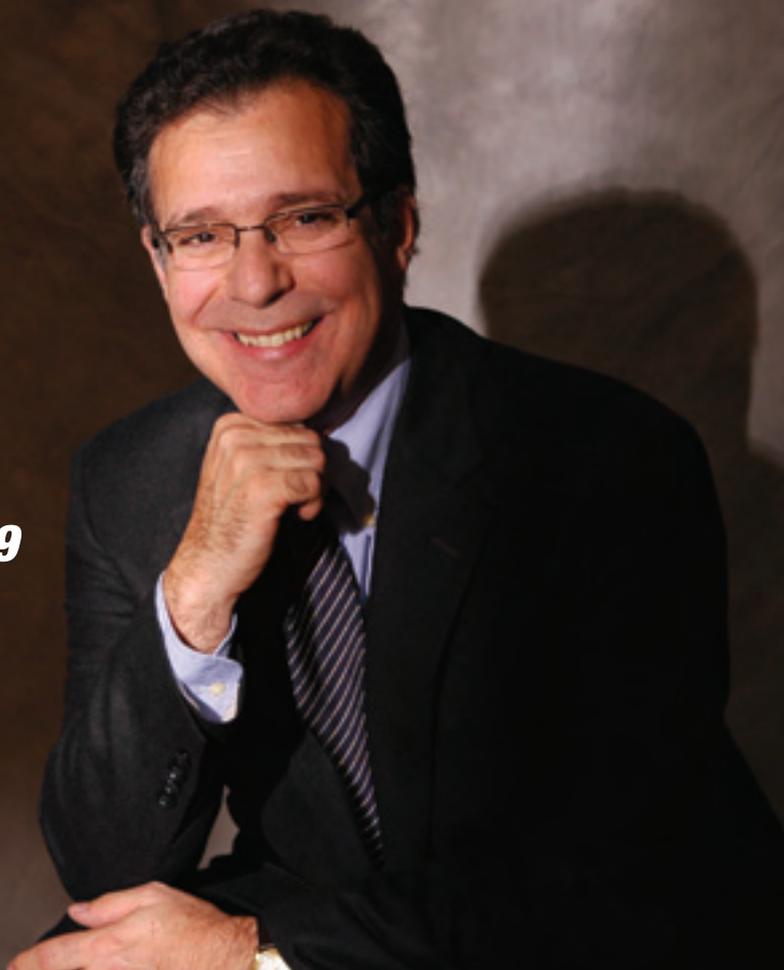


Photo : Emmanuèle Garnier

**L'**ÊTRE HUMAIN est une eau profonde sur laquelle **Jean Maziade** aime se pencher. Il y voit les abysses, les richesses, les courants souterrains. Pragmatique, il sait que ces observations lui seront utiles.

Quand un nouveau patient entre dans le cabinet du D<sup>r</sup> Maziade, il ignore que le médecin plongera dans son monde. Qu'il l'écouterá intensément, profondément, religieusement. Qu'il établira avec lui un contact d'humain à humain. Que l'omnipraticien s'intéressera à ses différentes dimensions et finira par sceller avec lui une alliance thérapeutique.

Le suivi médical est l'une des passions du D<sup>r</sup> Maziade, qui pratique à l'unité de médecine familiale de la Haute-Ville du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, à Québec. « La plus belle partie de mon travail de médecin est d'avoir un patient devant moi, de lui parler, de le connaître, de le suivre et de l'accompagner dans le courant de son existence », explique le généraliste.

La vie des patients est comme un film qui se déroule sur des décennies sous les yeux du médecin. Il assiste dans les coulisses de son cabinet aux petits et aux grands événements, à titre

de gardien de la santé. Il y a ainsi cette patiente qui n'était qu'une petite fille de 2 ans quand le D<sup>r</sup> Maziade a commencé à la suivre. Elle fait maintenant son baccalauréat en sciences infirmières. « C'est cela la beauté de la médecine familiale, explique le praticien. Le médecin de famille n'est pas là ponctuellement ; il accompagne le patient pendant des années. »

Soigner, aux yeux du clinicien de 49 ans, c'est remplir une mission profondément humaine. « Être un médecin de famille, c'est aller au-delà du côté médical, parce que si l'on reste strictement sur ce plan, on va perdre quelque chose. Il faut être à l'écoute de la personne qui est en face de soi, sinon rien ne peut se passer. On doit réussir à utiliser ce qu'on a en soi, ses connaissances et l'ensemble de ses habiletés et les mettre au service de celui qui vient nous voir. »

### **Prix du Collège des médecins de famille du Canada**

Le patient qui entre dans le cabinet du D<sup>r</sup> Maziade ne sait probablement pas qu'il va être traité par l'un des dix *Médecins de famille de l'année 2009*. « Ce n'est sûrement pas lui qui va le lui dire. Il est très modeste », explique le

**D<sup>r</sup> René Lamontagne**, vice-doyen au développement à la Faculté de médecine de l'Université Laval. C'est lui qui, avec sa collègue, la **D<sup>re</sup> Johanne Théorêt**, a proposé la candidature du D<sup>r</sup> Maziade.

Ainsi, le 31 octobre dernier, l'omnipraticien a reçu, tout comme neuf généralistes de chacune des autres provinces canadiennes, le prix Reg L. Perkin remis par le Collège des médecins de famille du Canada. Cette distinction souligne les soins exceptionnels que ces cliniciens donnent à leurs patients, leur contribution à la santé de leur collectivité ainsi que leur engagement dans la recherche et dans la formation des futurs médecins de famille.

Pratiquant depuis 1986, le D<sup>r</sup> Maziade suit des patients très divers. Des enfants, des adultes, des cardiaques, des diabétiques, mais aussi d'autres plus difficiles comme des toxicomanes ou des personnes souffrant de problèmes mentaux. « La prise en charge que fait le D<sup>r</sup> Maziade est vraiment exceptionnelle. Son suivi est inconditionnel, peu importe le type de problème de santé ou la difficulté que peut présenter le patient. Son intérêt pour les clientèles vulnérables, que ce soit dans le domaine de la psychiatrie ou de la toxicomanie, est également exceptionnel », explique la D<sup>re</sup> Théorêt, omnipraticienne qui pratique avec le lauréat.

Le téléavertisseur ouvert 24 heures sur 24, le D<sup>r</sup> Maziade est par ailleurs la version moderne du bon médecin de famille d'antan. « Sa disponibilité est hors de l'ordinaire », indique sa consœur. Et il a non seulement beaucoup de compassion, mais aussi beaucoup d'humour. Voisine de bureau, elle l'entend régulièrement rire avec ses patients.

### **Savoir écouter**

Le D<sup>r</sup> Maziade tente de transmettre son plaisir de pratiquer à ses futurs collègues, car l'enseignement est son autre passion. Il désire faire comprendre aux résidents l'essence de leur travail. La tête chargée de connaissances, anxieux de faire le bon geste, ils en oublient parfois la base. « Il faut comprendre les raisons de notre profession. Quel est notre rôle dans la société et auprès de nos patients. Les résidents ne s'intéressent pas nécessairement à ces aspects humanistes »,

indique le professeur titulaire de clinique à l'Université Laval.

Ce qu'enseigne le P<sup>r</sup> Maziade ? Entre autres, à écouter le patient. À se mettre à la place de celui qui a longtemps attendu son rendez-vous, qui a peut-être mal dormi à l'idée de rencontrer le médecin, qui s'est répété ce qu'il allait lui dire dans la salle d'attente. Souvent les résidents, désireux de récolter l'information nécessaire, le prennent immédiatement d'assaut : avez-vous des problèmes de tabagisme ? De cholestérol ? « Il faut pouvoir dire : qu'est-ce qui vous amène ? Je vous écoute. Vous êtes impatient de me dire quelque chose. Je suis là. Souvent, c'est la clé pour réussir à avoir une alliance thérapeutique extraordinaire avec le patient. Cela élimine beaucoup de contraintes et de difficultés », assure le généraliste.

Ensuite, il faut pénétrer dans l'univers du patient. S'intéresser à ses différents aspects pour être plus à même de lui proposer une solution. « Toute cette partie-là est pour moi l'art de la médecine. Ce ne sont pas nos connaissances issues des livres. Cela vient d'une partie de nous. Il faut savoir adapter ce qu'on a comme bagage de connaissances en médecine, en psychologie et en relations humaines pour faire progresser notre patient vers le meilleur plan de traitement possible. »

Le suivi des patients et l'encadrement des résidents ont des exigences communes : être capable de communiquer avec l'autre et de se pencher sur ses motivations profondes. Certains résidents, par exemple, craignent qu'on les fasse entrer dans des moules. « Le gros du travail de l'enseignant en médecine familiale est de déterminer les forces du futur omnipraticien et de le faire cheminer pour qu'il puisse bien les utiliser dans sa pratique, précise le D<sup>r</sup> Maziade. Il n'y a pas de pérennité dans le travail de médecin si l'on n'utilise pas notre personne et la force vive qui est en nous pour entrer en relation avec les autres. »

Une bonté perce à travers les paroles du D<sup>r</sup> Maziade. Mais aussi à travers ses gestes. Derrière le médecin souriant, il y a un chevalier. « Il n'a jamais hésité à défendre ses patients sur tous les plans. Il est même allé en cour quand

il sentait qu'ils étaient lésés dans leurs droits », révèle la D<sup>re</sup> Théorêt. Le généraliste prend également les résidents sous son aile. « Il s'est toujours organisé pour que leur bien-être prime », affirme, de son côté, le D<sup>r</sup> Lamontagne. Ainsi, malgré les pressions, le D<sup>r</sup> Maziade n'acceptait pas que les résidents soient obligés de fournir plus de services au détriment de leur formation.

Ces qualités ont leur versant opposé. Homme de principe, le médecin peut paraître rigide à ceux qui ne le connaissent pas. « Quand il a une idée, il ne la lâche pas facilement », avoue le D<sup>r</sup> Lamontagne.

### **Le domaine de la normalité**

Le *Médecin de famille de l'année* a aussi un côté cartésien. « Il a des qualités humaines, mais également beaucoup de rigueur. Cela en fait un médecin complet », estime le D<sup>r</sup> Lamontagne. Le D<sup>r</sup> Maziade a fait, en 1992, une maîtrise en épidémiologie, ce qui lui a ouvert les portes de la recherche. Avec son regard d'omnipraticien, il a entre autres étudié l'effet du rappel téléphonique sur la couverture vaccinale antigrippale, le dépistage de l'hypertension artérielle dans une unité de médecine familiale, un questionnaire sur les conséquences émotionnelles, physiques et sociales du dépistage du cancer du sein, la collaboration interprofessionnelle, etc. Il a également supervisé pendant dix-huit ans les travaux de recherche des étudiants.

À l'heure où l'étoile de la médecine familiale pâlit, où moins d'étudiants se sentent attirés par son appel, le D<sup>r</sup> Maziade sait en faire ressortir toute la grandeur. Contrairement à la médecine spécialisée qui traque et traite l'anormal, le domaine du médecin de famille est celui de la normalité. L'expertise de l'omnipraticien doit être vaste. Car c'est lui qui sonne l'alarme. Que le problème relève de la cardiologie, de la pneumologie, de l'endocrinologie ou autre. « Quand on sent que quelque chose ne va pas chez un patient, il faut se fier à son instinct. On voit beaucoup de problèmes de santé dont les conséquences seront minimales. Il faut savoir les distinguer des problèmes graves. »

En médecine familiale, les réussites vont parfois

jusqu'aux frontières de la mort. Le D<sup>r</sup> Maziade se souvient de ce patient pour qui le cardiologue ne pouvait plus rien. Le malade passait son temps entre la maison, l'unité coronarienne et une unité de soins. « Nous avons décidé ensemble qu'il ne retournerait plus à l'hôpital. On l'a traité à la morphine lorsqu'il avait des crises d'angine à la maison. » Le généraliste a ainsi soigné le patient pendant deux ans. Le malade est resté heureux dans sa famille jusqu'à la fin. « Cette partie de la médecine familiale est extraordinaire. C'est de réussir à négocier avec le patient une qualité de vie, une espérance de vie, un bonheur d'une certaine façon. »

### **Le calcul Maziade**

La médecine n'est pas toute la vie du D<sup>r</sup> Maziade. Marié à une omnipraticienne, la **D<sup>re</sup> Francine Vézina**, père d'un fils de 16 ans, il s'occupe d'un club de badminton pour les jeunes de la région de Québec. Auparavant, il entraînait une équipe d'enfants au soccer. Il joue lui-même au golf et au badminton.

Une importante partie de la carrière de l'omnipraticien a été, par ailleurs, dans l'administration. Directeur, depuis 2002, de l'unité de médecine familiale (UMF) où il travaille, il vient de finir son mandat. Gestionnaire créatif, il a mis au point ce qu'on a appelé le « calcul Maziade ». Un système permettant de déterminer le nombre de médecins nécessaire dans une UMF pour répondre à ses missions de soins, d'enseignement et de recherche. Ce calcul a été adopté par les autorités provinciales. Le D<sup>r</sup> Maziade s'est par ailleurs beaucoup dévoué en tant que directeur. Il a entre autres transformé l'UMF en un groupe de médecine de famille.

L'omnipraticien va maintenant se diriger davantage vers l'enseignement de la collaboration interprofessionnelle. Mais il continuera à voir ses patients. À participer au film qu'est leur vie. « Ce qui est beau en médecine familiale, c'est que c'est l'histoire de centaines et de centaines de patients qu'on a pu rencontrer. Ils nous apportent une vision de la médecine complètement différente de celle qu'on pouvait avoir quand on a terminé notre formation. » 

# Accès aux médecins de famille et aux services de première ligne deuxième rencontre de la Table de concertation

*Emmanuèle Garnier*

La deuxième rencontre de la Table de concertation sur l'accès aux médecins de famille et aux services de première ligne, qui a eu lieu le 19 octobre dernier, n'a pas permis de grands progrès pour améliorer la situation des omnipraticiens. Les mesures tangibles tardent.

En avril dernier, au cours de la première réunion, trois grands objectifs avaient été fixés :

- faire passer de 180 à 300 au cours des quatre prochaines années, le nombre de groupes de médecine de famille ;
- augmenter à 50 % la proportion d'étudiants en médecine qui choisissent l'omnipraticque ;
- offrir l'accès à un omnipraticien au plus grand nombre de familles possible.

« Ce qui a été réalisé est bien mince par rapport aux attentes qu'on avait, estime le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ. On a dépassé depuis fort longtemps l'étape de la réflexion ou du diagnostic. On est vraiment rendu à celle des gestes concrets ». La Fédération va donc continuer à participer à la Table de concertation, mais aussi œuvrer de son côté pour améliorer la situation de la médecine familiale.

« On va profiter des prochaines négociations pour discuter directement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux de mesures pour améliorer le soutien à la pratique. On va aborder les questions de l'accès au plateau technique, de la présence d'infirmières, de l'informatisation et de l'accès aux consultations spécialisées. »

## **Des progrès du côté des universités**

À la suite de la première réunion de la Table de

concertation, trois groupes de travail avaient été formés. Ils portaient sur :

- l'attractivité et la valorisation de la médecine familiale ;
- l'organisation des soins et des ressources ;
- les pratiques cliniques et la prestation de services.

Le comité qui s'est penché sur l'attractivité de la médecine familiale et la formation avait des résultats concrets à présenter à la deuxième rencontre. « Des groupes d'intérêt en médecine familiale ont été formés et des journées consacrées à l'omnipraticque ont été organisées. Chacune des universités s'est également dotée d'un code d'éthique auprès de ses membres pour valoriser la médecine familiale », indique le D<sup>r</sup> Godin. Dans les deux autres groupes, les progrès étaient moins tangibles.

Toutefois, à la suite des travaux des trois comités et de discussions, plusieurs propositions ont été soumises à la Table :

- faire de la médecine familiale le pivot de l'organisation des soins de santé ;
- établir un consensus sur le fait que le rôle du médecin de famille consiste principalement à suivre des personnes dans la collectivité ;
- adopter le *Guide d'implantation pour l'accueil clinique* qui vise à faciliter l'accès aux plateaux diagnostiques pour les patients présentant un problème clinique précis et suivis par les médecins de famille ;
- reconnaître les personnes atteintes de maladies chroniques comme une clientèle prioritaire ;
- faire la synthèse des mesures mises en place dans les quatre facultés de médecine pour favoriser le contact précoce avec la médecine familiale ;
- déposer des plans d'action pour augmenter l'attractivité et la valorisation de la médecine familiale.

La Table de concertation réunissait de nombreux acteurs du monde de la santé : en plus des représentants de la FMOQ et du gouvernement, il y avait ceux des médecins spécialistes, des résidents, des étudiants en médecine, des infirmières, des universités, des pharmaciens, des agences de la santé et des services sociaux, des malades, etc.

« Nous espérons que tous ces intervenants qui appuient la problématique de la médecine familiale pousseront dans le même sens et faciliteront la mise sur pied de mesures. La Fédération, de son côté, va continuer à traiter avec le gouvernement pour améliorer la situation des omnipraticiens », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin. 📞

## Fédération des médecins résidents du Québec quatorzième Journée Carrière Québec

*Francine Fiore*

La quatorzième *Journée Carrière Québec* de la FMRQ a été un véritable succès. Plus de 600 médecins résidents provenant des quatre facultés de médecine du Québec y ont participé, le 16 octobre dernier au Palais des congrès de Montréal. Les représentants de plus de 125 établissements de santé étaient également présents pour les rencontrer.

« Le but de cet événement est de mieux faire connaître les différentes régions et le type de pratique qui attend les jeunes médecins, affirme le D<sup>r</sup> Yann Dazé, président de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). C'est

également l'occasion pour les responsables des établissements de remettre de la documentation et de donner de l'information en personne aux résidents. »

En dépit des efforts déployés pour favoriser la pratique en région, le D<sup>r</sup> Dazé est étonné de l'accueil que réserve le gouvernement aux jeunes médecins en leur imposant encore des mesures coercitives. « La limitation des postes disponibles et les obligations des médecins de famille en début de pratique, notamment les activités médicales particulières (AMP), ont des effets pervers. » Le président de la FMRQ a fait remarquer que son organisme participe activement aux travaux d'élaboration des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) afin de convaincre le gouvernement d'établir des mesures incitatives pour remplacer les contraintes actuelles. La FMRQ se préoccupe également des plans d'effectifs médicaux universitaires (PEMU) afin que les médecins ayant fait une formation complémentaire à l'étranger puissent revenir s'installer au Québec et y offrir des services spécialisés, tout en contribuant à la recherche et à l'enseignement.

### *La FMOQ sur place*

Au stand de la FMOQ, les choses allaient bon train. « J'ai rencontré de nombreux résidents, indique le D<sup>r</sup> Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. Nous leur avons remis des documents d'information, expliqué les PREM, les AMP, les services offerts par la FMOQ, etc. » La Journée Carrière constitue l'événement idéal pour promouvoir la médecine familiale. Cette dernière est d'ailleurs la base des soins de santé en région selon de nombreux omnipraticiens présents.

Selon le D<sup>r</sup> Patrick Merrett, du Centre de Santé Innulitsivik, ce sont les médecins de famille qui tiennent la médecine des régions à bout de bras. Généraliste de Montréal, il s'est installé au Nunavik où l'on compte maintenant sept omnipraticiens.

Partageant son avis, la D<sup>re</sup> Chantal Guillemette, médecin de famille pratiquant à Havre-Saint-Pierre depuis quatre ans, avoue qu'elle avait toujours souhaité exercer en région. Mais c'est



Photo : Jacques Fiore

D<sup>r</sup> Serge Dulude et D<sup>r</sup> Yves Bolduc devant le stand de la FMOQ

au cours d'une Journée Carrière qu'elle en a eu la confirmation. « C'est vraiment en visitant le stand de Havre-Saint-Pierre que s'est établi le premier contact avec la région », affirme-t-elle.

### **Une année à la fois**

Présent une bonne partie de la journée, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le **D<sup>r</sup> Yves Bolduc**, était accompagné de plusieurs députés. Ils ont fait le tour des stands et discuté avec les résidents.

« L'une de mes préoccupations est de travailler conjointement avec les établissements en vue du recrutement dans les régions. Pour moi, il s'agit depuis longtemps d'une nécessité, précise le ministre. Être présent à la Journée Carrière me permet donc de dialoguer avec chacun des représentants des établissements et de savoir comment les choses se passent vraiment. Il ne faut pas oublier que l'une de mes principales tâches est de m'informer de ce qui se passe sur le terrain, et il n'y a rien de mieux pour y arriver que de parler avec les gens de la base. Quant aux résidents, je leur dis de faire une année à la fois en région. Une fois qu'ils s'y sont rendus, la majorité demeure sur place. »

## **Prix Gilles-des Rosiers décerné au D<sup>r</sup> Marc Steben**

*Emmanuèle Garnier*

Le **D<sup>r</sup> Marc Steben**, omnipraticien expert dans les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), a reçu le prix Gilles-des Rosiers 2009 en octobre dernier, à l'occasion du congrès sur la neurologie. Ce prix remis par la FMOQ souligne l'engagement constant et soutenu du lauréat dans le perfectionnement professionnel de ses collègues.

« Le D<sup>r</sup> Marc Steben est un excellent vulgarisateur, mais également un scientifique qui s'appuie sur des données probantes. Le



*D<sup>r</sup> Marc Steben et D<sup>r</sup> Pierre Raïche*

Photo : Emmanuèle Garnier

travail qu'il fait en formation professionnelle sur les ITSS est remarquable. Son expertise a atteint un niveau d'excellence confirmé par tous. Il jouit d'ailleurs d'un rayonnement international », explique le **D<sup>r</sup> Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

Le D<sup>r</sup> Steben, qui applique l'approche centrée sur la personne, traite beaucoup de patients atteints d'ITSS, dont le sida. Il exerce entre autres à la clinique Gynécologie-Vuva du CHUM (spécialisée dans les problèmes de la vulve, du col de l'utérus et des cellules précancéreuses). Il est également membre du groupe d'experts sur les lignes directrices canadiennes sur les ITSS et médecin-conseil à l'unité des ITSS de l'Institut national de santé publique du Québec.

Le lauréat s'intéresse à la formation professionnelle depuis le début de sa carrière. Conférencier recherché, il a également été directeur scientifique de plusieurs congrès de la FMOQ, notamment sur la santé des femmes. Il a aussi agi à titre de responsable de thème de plusieurs numéros du *Médecin du Québec* et y a rédigé de nombreux articles. Il organise, par ailleurs, le congrès international sur le virus du papillome humain, qui se déroulera à Montréal en 2010.

« Le travail du D<sup>r</sup> Steben fait de lui une précieuse ressource. Il a la vision du médecin de famille qui est en contact avec la réalité du terrain. Pour cette raison, ses collègues se reconnaissent beaucoup en lui », indique le D<sup>r</sup> Raïche.

# pratico-pratique

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

## Auscultation pulmonaire et punch rénal

*Petits trucs pour avoir de meilleurs résultats*

Vous faites l'auscultation pulmonaire d'une personne âgée ? Commencez l'examen par les bases plutôt que par le haut. « Les patients âgés ne donnent pas de nombreuses inspirations profondes. Ils peuvent en faire trois ou quatre. Souvent, les signes intéressants qu'on cherche sont aux bases. Il faut donc profiter des premières bonnes inspirations pour tenter de les détecter tout de suite. Après, c'est plus difficile. Les patients respirent moins fort et sont plus fatigués », explique la D<sup>re</sup> **Sophie Gourdeau**, qui pratique à l'unité transitoire de récupération fonctionnelle du Centre d'hébergement Christ-Roy, à Québec.

Par ailleurs, pour avoir un résultat plus précis lorsqu'il évalue les loges rénales (*punch rénal*), le médecin peut installer le patient en décubitus dorsal, placer ses mains entre les côtes et le bassin et exercer une pression vers le haut (l'équivalent de la « percussion »). « Cela permet d'éliminer certaines douleurs musculosquelettiques qui peuvent fausser l'évaluation des loges rénales », a découvert la D<sup>re</sup> Gourdeau. **EG**

## Pour une entrevue efficace

Assis dans le cabinet du médecin, le patient sort sa liste de problèmes. Le clinicien, lui, a en tête sa liste de points à vérifier depuis le dernier rendez-vous. « Pour faciliter une entrevue avec n'importe quel patient, il faut s'informer de ses besoins, mais aussi lui communiquer les nôtres. Ainsi, il sera possible de coordonner les deux ordres du jour et de mieux structurer la rencontre », explique le D<sup>r</sup> **François Roy**, omnipraticien et professeur d'enseignement clinique au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke.

Quand un patient arrive avec une longue liste de demandes, le D<sup>r</sup> Roy la regarde avec lui et ensemble ils sélectionnent les plus importantes. Les autres seront traitées à la prochaine consultation. Le médecin mentionne cependant au patient qu'il veut garder du temps pour faire le suivi de ses problèmes de santé chroniques. « J'insiste surtout lorsque j'ai fait des changements sur le plan des médicaments. Je veux m'assurer que le traitement fonctionne bien et que le patient n'a pas ressenti d'effets indésirables. Si c'est le moment de faire l'examen annuel, j'en avise également la personne. » **EG**

## Le petit irréductible qui refuse de se faire examiner

Il a 3 ans et a décidé qu'on ne l'examinerait pas. Il crie, pleure, se débat. Le médecin a tout fait pour l'amadouer. Sa mère, très ennuyée par la situation, essaie doucement de le raisonner. Elle tente de lui expliquer l'importance de l'examen. La consultation menace de s'éterniser alors que les autres patients attendent.

Dans une telle situation, le D<sup>r</sup> **Richard Boulé**, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke, offre deux choix au parent. « Je lui dis : on peut prendre l'enfant avec votre aide, le tenir et faire l'examen. Il va pleurer et se débattre, mais dans dix minutes nous aurons fini. La seconde possibilité c'est que vous continuiez à négocier avec l'enfant dans une autre salle. Quand il sera prêt, vous lui direz de venir me chercher. »

Une bonne partie des parents décident que l'examen se fait maintenant. L'enfant regimbe, hurle et se calme quand tout est terminé. « Certains parents apprennent ainsi qu'on peut faire preuve d'autorité sans que cela soit un drame. »

D'autres parents, par contre, sont heureux de ne pas être bousculés et de pouvoir continuer à discuter avec l'enfant. La négociation la plus longue qu'ait connue le D<sup>r</sup> Boulé a duré une heure. « Quelle que soit la solution choisie, l'important est que ce soit le parent et non le médecin qui prenne la décision. » **EG**

## **Drogues et adolescence**

### **Réponses aux questions des parents**

*Par Étienne Gaudet*



La drogue à l'adolescence fait de nombreux ravages qui se poursuivent souvent à l'âge adulte. Cet ouvrage, qui en est à sa deuxième édition, constitue un guide afin d'aider les parents à intervenir auprès des jeunes.

Psychoéducateur et intervenant en toxicomanie auprès des adolescents et de leurs parents, **Étienne Gaudet** rappelle ce qu'est l'adolescence et offre une mise à jour des substances

psychotropes utilisées aujourd'hui. Il tente d'expliquer les raisons qui incitent les jeunes à y recourir. Il indique comment dépister la consommation chez un adolescent et les interventions nécessaires.

Par ailleurs, l'auteur évoque des pistes d'intervention pour prévenir la consommation de drogue chez les jeunes. Plusieurs facteurs jouent dans le recours à ces substances : les échecs scolaires, les carences affectives, la toxicomanie des parents, les agressions sexuelles, la violence, les problèmes de santé mentale, etc.

Sur le plan de l'intervention, l'auteur rappelle que le premier pas à faire pour aller vers l'adolescent est d'établir une bonne communication. M. Gaudet indique les comportements à adopter envers ce dernier et mentionne quelles personnes et quels organismes peuvent apporter de l'aide. Il est aussi question de l'aspect légal et de ce qui peut arriver à l'adolescent pris en possession de drogues. À la fin du livre, on trouve une liste de ressources pertinentes et de nombreux sites Internet destinés aux parents et aux ados. ☺

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2009, 140 pages  
14,95 \$

## **En finir avec les brûlures d'estomac**

**Des conseils d'experts  
et plus de 100 délicieuses recettes**

*De Barbara Wendland et de Lisa Marie Ruffolo*



Certains aliments peuvent aggraver les brûlures d'estomac : les agrumes, les tomates, la menthe, le chocolat, les oignons et l'ail. D'autres ont un effet bienfaisant : les viandes, la plupart des fruits, les légumes non frits et non acides, etc.

La diététiste **Barbara Wendland** et la journaliste **Lisa Marie Ruffolo** révèlent, dans leur livre traduit de l'anglais, les secrets les mieux gardés sur les brûlures d'estomac et tous les dessous de cette affection. S'adressant aux patients, elles ex-

pliquent en détail ce qu'est le reflux gastro-œsophagien, ce qui le provoque et quelles personnes sont susceptibles d'en souffrir. Le livre aborde également les différents traitements qui existent, des médicaments aux interventions chirurgicales, en passant par les changements du mode de vie.

Une importante section explique les bases d'une alimentation saine et dresse la liste des aliments nuisibles et curatifs. L'ouvrage indique également les mesures diététiques à prendre pour gérer les brûlures d'estomac chroniques. Il mentionne aussi quand consulter un médecin.

L'ouvrage est complété par une centaine de recettes pour éviter les brûlures d'estomac et le reflux acide. Les auteures proposent des soupes, des hors-d'œuvre, des salades, des sandwiches, des viandes, des poissons, des légumes et des desserts. Plusieurs de ces plats mettent l'eau à la bouche, comme la salsa de papaye, le saumon à l'orientale, la sauce à l'artichaut, le gratin d'asperges et la soupe au fenouil. ☞

Guy Saint-Jean, Laval, 2009, 256 pages, 21,95 \$

## **Vivre avec un proche cardiaque**

*Du D<sup>r</sup> Serge Doucet*



Site de la vie et de l'amour, le cœur constitue l'un des moteurs du corps humain. Ainsi, vivre avec une personne souffrant d'une maladie cardiaque est une affaire de cœur dans tous les sens du terme. Constamment inquiets par la situation, les proches du malade ressentent de grandes craintes devant l'éventualité de complications sérieuses. Heureusement, la médecine moderne a plusieurs cordes à son arc, tout comme Cupidon.

Dans cet ouvrage, le **D<sup>r</sup> Serge Doucet**, cardiologue à l'Institut de Cardiologie de Montréal, présente tous les aspects de la maladie cardiaque, de son origine à son traitement, en passant par l'anatomie du cœur. Le spécialiste fait également le point sur l'infarctus, la dilatation coronarienne, l'insuffisance cardiaque et la transplantation. Il souligne aussi les facteurs de risque, dont le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'embonpoint et l'obésité. Pour de nombreux patients, une perte de poids est d'ailleurs nécessaire.

Dans cet ouvrage, le **D<sup>r</sup> Serge Doucet**, cardiologue à l'Institut de Cardiologie de Montréal, présente tous les aspects de la maladie cardiaque, de son origine à son traitement, en passant par l'anatomie du cœur. Le spécialiste fait également le point sur l'infarctus, la dilatation coronarienne, l'insuffisance cardiaque et la transplantation. Il souligne aussi les facteurs de risque, dont le cholestérol, le diabète, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'embonpoint et l'obésité. Pour de nombreux patients, une perte de poids est d'ailleurs nécessaire.

Sur le plan pharmacologique, le D<sup>r</sup> Doucet parle de la simple aspirine, mais également de la nitroglycérine, des statines et des anticoagulants. L'association de médicaments à d'autres produits, comme l'alcool, le pamplemousse, les vitamines et les produits naturels, est passée en revue. L'auteur insiste par ailleurs sur l'importance du rôle du pharmacien et de l'infirmière praticienne.

Outre l'aspect purement médical, cet ouvrage aborde le côté psychologique de la maladie cardiaque et parle du retour à la vie normale. Il est question, par exemple, de l'activité physique, de la nutrition, de la vie sociale, du travail, de la vie amoureuse et même des troubles sexuels et de la prise de Viagra. Le D<sup>r</sup> Doucet versera ses droits d'auteur à la Fondation de l'Institut de Cardiologie de Montréal. 

Bayard Canada Livres, Montréal, 2009, 192 pages, 21,95 \$

## **Les meilleurs desserts pour diabétiques**

*Sous la direction de Barbara Selley  
En collaboration avec l'Association  
canadienne du diabète*



Cent cinquante desserts appétissants et sucrés raisonnablement. Un vrai rêve pour diabétiques. On trouve dans ce livre traduit de l'anglais des recettes de gâteaux, de biscuits, de strudels, de muffins, de mousses, de croustillants, de biscottis et autres gâteries.

Certaines donnent immédiatement l'eau à la bouche, surtout quand on voit la quantité de glucides par portion : le sabayon à l'orange avec petits fruits (19 g de glucides par portion), le flan à l'érable et aux noix (9 g), les crêpes au chocolat (15 g), le sorbet aux fruits frais (13 g), etc.

Réalisé par **M<sup>me</sup> Barbara Selley**, diététiste et professeure de cuisine, ce livre contient des recettes qui, sans avoir été conçues expressément pour les diabétiques, s'intègrent bien à leur régime alimentaire. Certains desserts doivent cependant être réservés pour les grandes occasions, comme le croustillant aux pommes, poires et canneberges qui contient 51 g de glucides par portion, mais d'autres peuvent être mangés plus souvent, tels que les croquants à la vanille et aux amandes à 3 g de glucides par morceau.

Dans son introduction, M<sup>me</sup> Selley explique qu'il n'est plus interdit aux diabétiques de consommer des « sucres ajoutés ». Ils peuvent prendre quotidiennement jusqu'à 10 % de leurs calories sous cette forme. Cela équivaut, pour une alimentation de 2000 calories par jour, à 50 g de glucides, soit 10 cuillères à café de sucre. De quoi faire plaisir à bien des personnes. ☺

Guy Saint-Jean éditeur, Laval, 2009, 262 pages, 21,95 \$