

Association du nord-ouest du Québec début de la tournée du président

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

La Sarre

LE 8 SEPTEMBRE dernier, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, le **D^r Louis Godin**, a entamé à La Sarre, en Abitibi, sa tournée annuelle de la province. Devant les membres de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec (AMONOQ), il a fait le point sur la situation.

Quatre jours plus tôt, un gouvernement péquiste minoritaire avait été élu à la tête du Québec. La période préélectorale avait été intéressante. « Jamais pendant une campagne électorale la médecine familiale n'avait occupé autant de place. Auparavant, on entendait surtout parler de l'attente à l'urgence et des listes d'attente en chirurgie », a rappelé le D^r Godin.

Maintenant au pouvoir, le Parti québécois a beaucoup de travail devant lui. Il a promis, au cours de la campagne, que chaque Québécois aurait un médecin de famille d'ici quatre ans.

Il a indiqué qu'il augmenterait à 300 le nombre de groupes de médecine de famille (GMF). Il prévoyait d'ailleurs assouplir les critères pour les cliniques qui veulent en devenir un et accorder trois ressources professionnelles supplémentaires à chaque GMF.

Au cours de la période préélectorale, l'un des projets du **D^r Réjean Hébert**, alors candidat péquiste, était de rendre la médecine familiale plus attrayante. « Il a dit qu'il faudrait améliorer les conditions de pratique des médecins de famille, revoir la distribution des tâches entre les spécialistes et les omnipraticiens ainsi que réduire l'écart de rémunération entre les deux groupes », a précisé le D^r Godin. Le Parti Québécois a également affirmé qu'il voulait améliorer les soins à domicile, élargir le rôle des pharmaciens et des infirmières et investir dans la prévention et la promotion de la santé.

La nouvelle nomenclature

Où en sont les différents dossiers de négociations ? Le travail sur les nouvelles nomenclatures avance. « Le libellé des nouveaux examens dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) est terminé. On est en train de finir la nouvelle nomenclature pour les soins de longue durée qui va également s'appliquer aux centres de réadaptation. Notre objectif est d'avoir de nouveaux tarifs applicables d'ici à la fin de l'automne », a mentionné le D^r Godin.

Dans les CHSGS, de nouveaux codes vont apparaître entre autres pour les visites de prise en charge, les visites pour un suivi normal ou ponctuel et les visites de prise en charge après un transfert. Dans les centres de soins de longue durée, la nouvelle nomenclature comprendra, elle, des codes d'actes entre autres pour l'évaluation médicale globale, la visite de suivi courant et les échanges interdisciplinaires ou les discussions avec les proches des patients.

Que faire si on ne retrouve pas dans ces nouvelles nomenclatures le code de l'acte qu'on a effectué ? « Vous pouvez utiliser le code de l'intervention clinique. Il faut toujours garder cela en tête, a dit le D^r Godin aux médecins de l'AMONOQ. Ce code peut s'appliquer dans tous les milieux et pourra continuer à être utilisé quand les nouvelles nomenclatures seront en vigueur. »

Les hausses de l'automne

L'automne sera occupé pour la Fédération. Elle travaillera à régler, pour les cliniciens payés à honoraires fixes, la question du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics. « Il faut que ces médecins puissent obtenir une rente de retraite basée sur 40 heures de travail par semaine. Actuellement, le calcul est fondé sur 35 heures, même si les cliniciens en travaillent 40 ! », a expliqué le président.

La FMOQ étudie également la manière de moduler la bonification de la pratique polyvalente pour les cliniciens enseignants. « Les médecins des unités de médecine familiale nous ont dit qu'ils ne pouvaient pas inscrire autant de patients que ceux qui n'avaient pas d'activités d'enseignement. » Les seuils de 700, de 1000 et de 1500 patients qui

donnent droit à des majorations respectivement de 2,5 %, de 5 % et de 10 % seront donc ajustés.

Cet automne, les travaux sur la hausse de la rémunération dans certains domaines de pratique vont commencer. Il avait été convenu, lors du renouvellement de la dernière Entente générale, que tous les secteurs bénéficieraient d'une augmentation équivalente sur une période de six ans. « On en arrive maintenant à l'obstétrique, aux soins intensifs et à l'anesthésie », a indiqué le D^r Godin. Bientôt, par ailleurs, le travail de nuit dans les urgences va être majoré.

Sur le plan des relations publiques, la FMOQ va lancer sous peu une nouvelle campagne publicitaire. « Cette campagne sera essentiellement télévisuelle. Nous allons montrer le travail d'un médecin de famille. » La Fédération estime important de garder une présence médiatique dans les périodes moins tumultueuses.

Pour finir, le D^r Godin a indiqué que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec faisait un sondage auprès de ses membres pour connaître leur opinion sur un éventuel changement de nom, étant donné qu'ils sont maintenant des spécialistes en médecine de famille. L'un des choix possibles serait « Fédération des médecins de famille du Québec. »



Le D^r Louis Godin a reçu, comme cadeau de bienvenue, une petite horloge de parquet remise par M^{me} Marguerite Couture, présidente du conseil d'administration de la Commission scolaire Lac-Abitibi. L'assemblée générale de l'AMONOQ se déroulait au Centre de formation professionnelle Lac-Abitibi, à La Sarre.

L'Abitibi-Témiscamingue

une région dynamique et novatrice

Photos : Emmanuelle Garnier



Dr Jean-Yves Boutet

L'ABITIBI-TÉMISCAMINGUE semble être une terre d'expérimentation et de projets. En médecine familiale, il y a un tel bouillonnement d'idées que tous les deux mois, les médecins des groupes de médecine de famille (GMF) profitent de leur table de concertation pour échanger leurs plans, leurs projets, leurs initiatives.

Ce dynamisme est d'une grande importance stratégique. En fait, il est même indispensable pour recruter et retenir les médecins dans la région, estime le **Dr Jean-Yves Boutet**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec (AMONOQ). La rémunération dans les territoires éloignés est attirante. Cependant, il faut plus. « Les jeunes médecins regardent l'environnement de travail. Si on veut qu'ils viennent s'installer chez nous, il faut qu'ils voient que dans les GMF la pratique interdisciplinaire est intéressante et que toutes sortes de projets y sont créés. »

Une foule d'idées a jailli en première ligne. Le GMF de Val-d'Or, par exemple, s'est dirigé

vers la gériatrie ambulatoire. « Pour éviter que les patients en perte d'autonomie soient hospitalisés, une équipe a été mise sur pied pour aller les voir à domicile », indique le Dr Boutet. Un autre GMF a créé un programme de prévention des maladies cardiovasculaires au sein des entreprises. Au GMF d'Amos, le programme Cible permet de faire de la prévention auprès des patients qui, sans être diabétiques ni cardiaques, ont des risques élevés de problèmes cardiovasculaires à cause de leur poids, de leur hypertension ou de leur taux de triglycérides élevé. Le GMF, qui collabore avec une diététiste et un kinésologue, est même en train de préparer un livre de recettes.

Il y a, chez les médecins du territoire, un profond désir d'innover et de rendre la première ligne plus dynamique. « Même l'Agence de santé et de services sociaux a cette volonté. Ce qui nous manque souvent, c'est l'argent. Les médecins se sont donc dit qu'ils devraient peut-être s'asseoir avec les représentants du ministère de la Santé pour leur expliquer leurs projets. On pense que plusieurs de ces idées pourraient être reprises dans d'autres endroits. »

Le nord-ouest du Québec compte sept GMF qui regroupent tous les cabinets médicaux des principales villes de la région. Dans ces milieux, 124 médecins suivent plus de 75 000 patients, dont 38 % sont vulnérables, a expliqué le Dr Boutet, au cours de l'Assemblée générale de l'AMONOQ. En tout, le Nord-Ouest compte 183 médecins de famille. Même si les chiffres deviennent plus encourageants, ils ne sont pas encore assez élevés. « Le nombre de médecins équivalents temps plein est de 178 ; l'idéal serait de 209. Il y a donc un écart de 31 médecins. Dans les prochaines années, cependant, les cohortes de nouveaux médecins vont commencer à être de plus en plus nombreuses, ce qui va réduire la pénurie. »

Le choix du DME

La Table de concertation permet à tous les GMF d'être au même diapason. Entre autres sur le plan informatique, un domaine particulièrement important pour la région.

L'an dernier, les médecins de GMF se sont tous mis d'accord pour adopter le même système



Assemblée générale annuelle de l'AMONOQ

de dossier médical électronique (DME). En décembre 2011, ils ont donc fait venir les fournisseurs des cinq dossiers électroniques homologués. Pour faciliter le choix, des résidents de l'unité de médecine familiale (UMF) Horizon, de Rouyn-Noranda, avaient préparé des critères d'évaluation au cours d'un projet de recherche. À la fin de l'exercice, deux logiciels de dossiers électroniques se sont démarqués par leur facilité d'utilisation : OmniMed et KinLogix.

Le choix définitif a été arrêté en mai dernier. Les médecins coordonnateurs, les secrétaires et les réceptionnistes des GMF se sont réunis pour évaluer le volet médico-administratif des deux DME finalistes. Le produit d'Omnimed en est sorti gagnant. « C'est sa facilité d'utilisation et sa rapidité de traitement qui ont été déterminantes », a mentionné le D^r Boutet aux membres de son association.

Tous les GMF de l'Abitibi vont donc utiliser le même DME. Déjà, il y a quelques années, les hôpitaux de la région s'étaient concertés pour choisir le même fournisseur pour la transmission des résultats de laboratoire et d'imagerie médicale. Ainsi, l'interface qui sera utilisée pour les DME sera la même pour tous.

Le D^r Boutet estime que sa région est dorénavant bien positionnée. « Si on est bien outillé sur le plan informatique, si on a toutes sortes de petits projets qui commencent à surgir, on a de bonnes chances d'attirer des médecins et de les garder. »

« Sortir ensemble des sentiers battus ! »

Le fonctionnement de la première ligne est

cependant perfectible dans le Nord-Ouest. « Le D^r Antoine Boivin, qui est médecin-conseil à la direction de la Santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, s'est rendu compte dans une étude qu'il a effectuée que la dispensation des soins se fait en silo dans notre région. Il n'y a pas de communication entre le CLSC, l'hôpital et les cabinets médicaux. Chacun ignore ce que les autres font », a expliqué le D^r Boutet. Pour trouver des solutions, un colloque va être organisé le 25 octobre prochain à Rouyn-Noranda : *Sortir ensemble des sentiers battus !*

Trois thèmes seront abordés au cours du congrès : l'accès aux soins, les pratiques interdisciplinaires et la collaboration entre les partenaires dans le réseau de la santé. Tous les acteurs de la première ligne vont y être : les directeurs des agences de santé, les directeurs des services professionnels, les coordonnateurs médicaux et les infirmières de GMF. Même le sous-ministre, le D^r Jean Rodrigue, sera présent. Il y aura également de brefs témoignages sur vidéo de patients qui donneront leur avis sur l'accès aux soins. « L'objectif, a expliqué le D^r Boutet, est de se connaître, de partager nos expériences et de se mobiliser pour avoir une première ligne beaucoup plus efficace. » EG



Prise en charge de plus de patients comment une infirmière auxiliaire peut vous aider

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock

Comment augmenter le nombre de patients pris en charge ? Un GMF a engagé une infirmière auxiliaire pour préparer les consultations des médecins. Les résultats sont étonnants.

INSCRIRE 800 PATIENTS de plus ? Voir trois personnes supplémentaires par demi-journée ? Est-ce vraiment possible pour les médecins qui suivent des patients ? Cela pourrait être réaliste, selon une expérience menée à Mont-Joli. Dans cette région, deux omnipraticiennes ont réussi à accroître de manière impressionnante leur efficacité en collaborant avec une infirmière auxiliaire.

L'an dernier, le groupe de médecine de famille (GMF) de La Mitis cherchait une solution. Sa liste d'attente était énorme. Certains de ses cliniciens envisageaient en outre de prendre leur retraite. Qui plus est, les médecins du GMF savaient que plusieurs patients se présentaient aux urgences pour des problèmes qui auraient dû être suivis en première ligne. Il fallait donc augmenter le nombre de personnes prises en charge. Mais comment ?

Les médecins du GMF lancent alors une idée séduisante : recourir à une collaboratrice pour préparer leurs consultations. Ils pensent d'abord à une infirmière technicienne. Une expérience récente, bien qu'un peu différente du projet qu'ils ont en tête, avait été fructueuse avec ce type d'infirmière. « On a alors réussi à prendre 650 nouveaux patients pendant cette période », indique la **D^{re} Monique Léger**, médecin responsable du GMF de La Mitis. La suggestion est donc retenue. Cependant, une importante pénurie d'infirmières techniciennes sévit. Les médecins songent alors à une infirmière auxiliaire.

Enthousiasmées, deux des omnipraticiennes, la **D^{re} Isabelle Descoteaux** et la **D^{re} Maryse Lemieux**, se portent volontaires pour tenter l'expérience. Le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de La Mitis, pour sa part, accepte de payer le salaire



D^{re} Monique Léger

de l'infirmière auxiliaire. En février 2012, les deux médecins commencent donc un projet pilote de quinze semaines où elles vont se partager les dix-huit demi-journées auxquelles elles ont droit avec leur nouvelle collaboratrice.

Préparer tout ce dont le médecin a besoin

Qu'allait faire la nouvelle infirmière ? Elle apporterait son aide pour les examens complets, que ce soit pour la prise en charge d'un nouveau patient ou le bilan de santé annuel. Les D^{res} Descoteaux et Lemieux ont d'ailleurs profité de l'occasion pour réorganiser leur façon de fonctionner.

Dorénavant, quand un patient arrive, la secrétaire lui demande de remplir un questionnaire comprenant la liste des appareils et des systèmes de l'organisme. La personne doit cocher ceux qui concernent les problèmes dont elle veut discuter avec le médecin. Par exemple, si elle a mal au ventre, elle coche « Problèmes digestifs » et ensuite précise son affection en mettant un crochet à côté de « douleur abdominale fréquente » dans la liste des sous-catégories.

L'infirmière auxiliaire entre ensuite en jeu. Elle reçoit le patient, revoit avec lui le questionnaire et l'interroge sur chaque point qu'il a indiqué. Quand le problème est-il apparu ? S'est-il accru ?

L'infirmière prend des notes et sélectionne ensuite les points pertinents pour la consultation. Elle peut, par exemple, éliminer de la liste un mal au genou chronique et stable qui n'est pas la véritable raison de la consultation. « Elle fait un deuxième tri », indique la D^{re} Descoteaux.

L'exercice est très utile. « Quand je rencontre le patient, je vois d'emblée de quoi on doit parler, combien il y a de problèmes à régler et comment organiser mon temps », affirme la D^{re} Descoteaux. Elle évite ainsi les situations où le patient, la main sur la poignée de la porte, dit tout à coup : « Ah, oui, je voulais aussi vous parler d'un autre problème... »

L'infirmière auxiliaire fait cependant plus qu'interroger le patient. Quand la clinicienne arrive dans le cabinet, tout a été préparé. L'infirmière a ouvert sur l'ordinateur la liste des médicaments du patient et la mise à jour. « S'il y a des médicaments à prescrire, elle fait toutes les ordonnances et je n'ai qu'à cliquer si je suis d'accord. » L'infirmière a également mis à l'écran, s'il y a lieu, les résultats des épreuves de laboratoire et des radiographies.

Le patient, lui, a été pesé et mesuré. L'infirmière a aussi pris sa pression artérielle et son tour de taille. Elle a également mis à jour la feuille des antécédents familiaux et personnels, des allergies et des habitudes de vie.

Si une patiente doit passer une cytologie, elle est déjà vêtue d'une chemise d'examen quand le médecin entre. La feuille de demande a été remplie, la lame préparée et le spéculum sorti. S'il y a une mammographie à faire passer,

l'infirmière a vérifié dans le dossier la date du dernier examen et préparé la feuille de prescription. « L'infirmière prépare tout ce dont je pourrais avoir besoin », résume la D^{re} Descôteaux.

Régler huit problèmes en trente minutes

Le travail de l'infirmière ne se termine pas là. Elle peut revenir au cours de la consultation si sa rencontre avec le patient suivant se termine

« Une fois, j'ai eu une patiente qui venait pour un examen annuel et avait une liste de huit problèmes. En trente minutes, nous avons tout réglé. Cela m'aurait pris une heure sans l'infirmière. »

– D^{re} Descoteaux

plus tôt. Elle aide alors le médecin, par exemple, en préparant à sa demande la prescription d'une orthèse ou d'une radiographie.

Le tandem est d'une grande efficacité. « Une fois, j'ai eu une patiente qui venait pour un examen annuel et avait une liste de huit problèmes. En trente minutes, nous avons tout réglé. Cela m'aurait pris une heure sans l'infirmière », affirme la D^{re} Descoteaux. L'omnipraticienne veille cependant à disposer d'une période où elle est seule avec le patient. Il a ainsi un moment pour lui parler de questions délicates sans témoin.

L'infirmière auxiliaire pourrait, par ailleurs, rendre de grands services en dehors des consultations. La D^{re} Descoteaux aimerait l'avoir à ses côtés quand elle prend connaissance des résultats d'examen de laboratoire. Si, par exemple, il faut augmenter la dose de Synthroid d'un patient et vérifier son taux de TSH dans deux mois, l'infirmière pourrait préparer l'ordonnance et la demande de test, puis appeler le patient. Le médecin n'aurait qu'à signer les papiers.

Gagner quatre-vingt-dix minutes par demi-journée

Au cours du projet pilote, la D^{re} Descoteaux a collaboré environ huit fois avec l'infirmière auxiliaire. Les résultats l'ont enthousiasmée. Si elle pouvait travailler à temps plein avec sa nouvelle collaboratrice, elle multiplierait sa capacité de suivi. « Je pense que je pourrais prendre en charge au moins 800 patients de plus. C'est un minimum de trois patients de plus par demi-journée. » La D^{re} Léger le confirme : l'infirmière auxiliaire permet de gagner une heure et demie par demi-journée de travail.

Et maintenant ? Après cette expérience prometteuse, le GMF a demandé au CSSS de prolonger le projet pilote. « On a défendu ce dossier en faisant valoir que l'augmentation de l'accès aux soins était vraiment dans les orientations ministérielles », indique la D^{re} Léger.

Le nouveau projet vient tout juste de commencer. Cette fois, cinq médecins y participent. L'infirmière auxiliaire, elle, a été engagée à temps plein. « Le



D^{re} Isabelle Descoteaux

CSSS a cependant mis une condition : il fallait que le groupe des médecins participants s'engage à prendre 300 nouveaux patients au cours de la nouvelle année », souligne la D^{re} Léger. Mais déjà, les cliniciens ont ajouté à leur horaire d'octobre trois ou quatre patients de plus par demi-journée. Si les résultats sont positifs, le projet, normalement de six mois, pourrait être prolongé de six autres mois et peut-être même plus.

La D^{re} Léger va, elle aussi, travailler avec l'infirmière auxiliaire. Elle a, pour sa nouvelle collaboratrice, des projets qui vont au-delà de l'aide pendant la consultation. « Elle pourrait peut-être prendre les messages ou rappeler les patients. On voudrait regarder toutes les compétences qu'elle a et les mettre à profit. » La responsable du GMF imagine aussi très bien l'infirmière auxiliaire venir

à la fin de la consultation, entre autres, pour réexpliquer au patient les informations qu'il n'a pas bien comprises. « Cela va augmenter la qualité des soins. »

La D^{re} Léger aimerait que d'ici deux ou trois ans, le GMF de La Mitis dispose de deux infirmières auxiliaires. Une dizaine de médecins pourraient profiter de leurs services. La D^{re} Descoteaux, de son côté, souhaite qu'on en arrive à donner à chaque médecin la possibilité de recevoir une aide directe au cours des consultations médicales. 📞

L'infirmière auxiliaire permet de gagner une heure et demie par demi-journée de travail.

Entrevue avec le D^r Marc-André Asselin comment sauver les cliniques-réseau ?



D^r Marc-André Asselin

Photo : Emmanuèle Garnier

Les cliniques-réseau se portent mal. À Montréal, il n'en existe que trente, et elles sont débordées. Comment leur permettre de survivre ? Le D^r Marc-André Asselin, premier vice-président de la FMOQ et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, avance plusieurs solutions.

M.Q. – Quelle est la situation des cliniques-réseau à Montréal ?

M.-A. A. – Il y a une dizaine d'années, les cliniques-réseau ont été créées pour que les patients sans médecin de famille puissent consulter et avoir des soins à l'extérieur des hôpitaux. À Montréal, on en avait prévu 40, mais il n'y en a actuellement que 30. Et elles sont surchargées. Plus de 600 000 personnes n'ont pas de médecin de famille dans la métropole. C'est énorme. Cela ne tient pas compte des 15 % de patients de la couronne qui consultent un médecin à Montréal. Il faudrait donc augmenter le nombre de cliniques-réseau ou leur équivalent et leur permettre d'offrir des services de dix à douze heures par jour.

M.Q. – Comment y parvenir ?

M.-A. A. – Un comité formé de représentants de la FMOQ, du ministère de la Santé et de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a été mis sur pied pour étudier la question. Nous avons eu plusieurs rencontres. La Fédération prépare actuellement une recommandation qui sera déposée sous peu.

M.Q. – Qu'allez-vous proposer ?

M.-A. A. – Nous voulons revoir le modèle de la clinique-réseau. Il remonte à huit ans et n'arrive pas à attirer de nouveaux médecins. Nous pensons que les cliniques-réseau devraient avoir, pour commencer, une infirmière de triage pour recevoir les patients et établir les priorités. Elle ferait passer les cas urgents en premier et permettrait aux gens dont le problème est bénin et temporaire de retourner à la maison plutôt que d'attendre deux ou trois heures.

M.Q. – Et en ce qui concerne les médecins ?

M.-A. A. – Pour garder les médecins dans les cliniques-réseau, je

pense qu'il faudra leur offrir des incitatifs. Ils doivent répondre à beaucoup d'exigence en termes d'heures, d'engagement, de contrat et ils retirent peu d'avantages à pratiquer dans ces milieux. Ils ont droit à 10 % supplémentaire s'ils travaillent le soir. De jour, ils n'ont aucune majoration. Ils n'ont pas droit, comme les médecins des groupes de médecine de famille (GMF), à trois heures rémunérées par semaine pour le travail médico-administratif. Je pense que les cliniciens des cliniques-réseau devraient obtenir la même bonification. Et ceux qui pratiquent dans un GMF-clinique réseau pourraient recevoir un forfait établi en fonction de leurs responsabilités.

M.Q. – Quelles sont vos autres priorités en ce qui concerne les cliniques-réseau ?

M.-A. A. – Les corridors d'accès. Lorsque les cliniques-réseau ont été créées, elles devaient avoir un plateau technique et l'accès à la deuxième ligne de soins. Actuellement, pour certaines, cela fonctionne très bien. C'est le cas d'une clinique-réseau de l'est de Montréal qui a un très bon service d'orthopédie. Quand un patient a une fracture, le médecin fait la radiographie, la met sur ordinateur et l'envoie à l'hôpital. L'orthopédiste regarde les films et indique tout de suite quoi faire. C'est super. Cependant, cela ne fonctionne pas comme ça dans toutes les spécialités, ni dans toutes les cliniques-réseau. Il faut vraiment que les corridors d'accès aux spécialistes, aux examens de laboratoire et à l'imagerie de l'hôpital soient plus ouverts qu'ils ne le sont actuellement. Si on veut une échographie qui n'est pas urgente, le patient est mis sur la liste d'attente comme tout le monde. Il me semble que les cliniques-réseau devraient avoir priorité, ne serait-ce qu'à cause de leur engagement à offrir un accès et des heures d'ouverture accrues.

M.Q. – Y a-t-il beaucoup d'exigences pour les cliniques-réseau ?

M.-A. A. – Oui. Les cliniques doivent être ouvertes 365 jours par année. Pendant la semaine, elles doivent donner des services de 8 h à 22 h et la fin de semaine au moins huit heures par jour. En plus, la moitié de leurs services doivent consister en une prise en charge de clientèle. Donc, les cliniciens sont obligés à la fois d'être un médecin de famille pour leurs patients et d'être disponibles pour les autres patients du réseau.

Quand on pratique dans un GMF, c'est différent. On a des patients inscrits, on les suit, et c'est le bonheur. On peut avoir un service de consultations sans rendez-vous pour ces patients, et c'est très bien. Mais si la clinique est aussi une clinique-réseau, on doit accueillir tous les habitants du secteur qui viennent. Ce sont des patients

qu'on ne connaît pas et qui font en sorte qu'on ne peut pas voir nos patients qui se présentent au service de consultations sans rendez-vous, parce que la demande est trop forte. Certains GMF-cliniques-réseau envisagent même d'avoir deux portes : une pour les patients inscrits et une seconde pour les autres.

Tant que nous n'aurons pas un réseau de quarante cliniques bien distribuées dans tout le territoire, très bien équipées, ayant des infirmières de triage et de bons corridors de service, cela va continuer à boiter.

M.Q. – Quelles sont les prochaines étapes ?

M-A. A. – Il faut s'arranger pour ne pas perdre les cliniques déjà existantes, car plusieurs pensent à sortir du réseau. Il faut que le Ministère, l'Agence et la FMOQ travaillent ensemble. Le Ministère, par des politiques, pourrait permettre l'augmentation du personnel de soutien dans les cliniques-réseau. L'Agence, pour sa part, pourrait investir pour que l'on puisse agrandir les locaux et embaucher du personnel supplémentaire. De son côté, la FMOQ peut créer des mesures pour favoriser la participation des médecins à ces cliniques. Il faudrait arriver à des résultats avant Noël.

M.Q. – Ce ne serait que pour Montréal ?

M.-A. A. : Pour le moment, on se concentre sur l'île de Montréal. Il semble cependant que Laval et la Montérégie, qui souffrent des mêmes problèmes, gagneraient à avoir les mêmes solutions.

M.Q. – Et qu'en est-il des GMF ?

M-A. A. : Il s'agit d'un modèle mal adapté à la métropole, parce que les cliniques y sont petites. Le nombre de médecins exigés pour créer un GMF est en moyenne de dix à temps plein, alors que les cliniques de Montréal en compte en moyenne de trois à cinq. Donc, le nombre de GMF n'augmente pas et la prise en charge des patients stagne.

M.Q. – En ce qui concerne l'AMOM en tant que telle, l'Association a entamé un processus pour se renouveler. En quoi consiste-t-il ?

M-A. A. – Cela fait 51 ans que l'Association existe. Nous nous sommes dit que ce serait bien de revoir nos activités pour évoluer et offrir de meilleurs services. Le comité qui a été mis sur pied a décidé d'effectuer un sondage auprès des membres. Mille trois cents questionnaires ont été envoyés par voie électronique. À notre grande surprise, le taux de réponse a été de presque 30 %. Cela nous a permis d'arriver à un ensemble de conclusions. Le constat le plus important

concerne l'engagement de l'Association au sein du Département régional de médecine générale (DRMG) et de l'Agence. Je pense que pour les médecins de Montréal, il est fondamental que l'AMOM joue un rôle régional sur le plan médical.

M.Q. – Qu'avez-vous l'intention de faire ?

M-A. A. – La première étape a été de commencer les démarches pour participer aux élections au sein du DRMG. Depuis quatre ans, nous nous étions un peu retirés. Il y aura donc des gens de l'Association qui se présenteront à certains postes pour qu'il y ait un lien entre le DRMG et l'AMOM. Jusqu'à présent, les membres du DRMG ne savaient pas dans quelle direction se dirigeaient les négociations à la FMOQ. De notre côté, nous ignorions vers quoi s'enlignait l'organisation des soins.

M.Q. – Dans le sondage, y a-t-il des choses qui vous ont surpris ?

M-A. A. – Une des choses qui m'a surpris est le fait que les médecins montréalais connaissent peu le rôle de l'Association et les représentants de l'AMOM. Ils savent généralement qui est le président. Toutefois, les conseillers de secteur sont peu connus. Est-ce que le Bureau de l'AMOM prend trop de place par rapport aux responsables de secteur ?

M.Q. – L'AMOM rejoint-elle moins certains groupes de médecins ?

M-A. A. – Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait un problème concernant l'engagement du milieu anglophone. Nous pensons qu'il va falloir mettre sur pied un comité pour voir ce que les médecins anglophones attendent de l'Association et de la FMOQ. On sait qu'il y a 480 médecins qui demandent que l'on communique avec eux en anglais.

M.Q. – Est-ce que ce sondage vous a beaucoup éclairé ?

M-A. A. – C'est un gros travail qui est très utile. Il permettra à ceux qui me succéderont de fonctionner pendant au moins dix ans avant que l'AMOM ne se remette en question encore une fois. Il y avait longtemps que nous ne nous étions pas demandé : Est-ce qu'on remplit notre rôle adéquatement ? Est-ce qu'on doit le modifier ? Comment doit-on le faire ? Ce sont des questions que toute association doit se poser. Nous pouvons d'ailleurs faire parvenir notre sondage sous forme électronique et sur papier aux associations intéressées par notre démarche. Certaines nous en ont déjà fait la demande. 

Des nouvelles des associations...

Association de Laval Site Internet et santé des médecins



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Claude Saucier

Le site Internet de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL), *amol.ca*, possède maintenant un nouvel onglet sur la santé des médecins. « Le clinicien qui veut des renseignements pour son propre bien-être ou pour sa formation aura accès à des sources d'informations intéressantes », explique le D^r Claude Saucier, président de l'AMOL.

Le nouvel onglet possède entre autres un lien vers le site *e-santedesmedecins.com*. Il s'agit d'un programme créé par des experts canadiens pour aider les médecins à accroître leur résilience dans leur vie personnelle et professionnelle. On y trouve des modules notamment sur la dépression, l'anxiété, les limites et le comportement perturbateur.

Les praticiens qui suivent des collègues, pour leur part, peuvent lire la version électronique du *Guide pour les médecins traitant des médecins* conçu par le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et auquel l'AMOL a collaboré.

Quant aux omnipraticiens qui cherchent des moyens de mieux s'en sortir sur le plan psychologique, ils peuvent consulter la section « Guide de survie » comprenant des articles publiés dans *Le Médecin du Québec* et *Santé inc.* : « Les périls du perfectionniste ou comment devenir son propre ennemi », « Le stress décortiqué ou comment sortir de la cage à hamster », etc. On trouve également, dans le nouvel onglet, un lien menant au site du PAMQ ainsi que des suggestions de lectures. 📖

Tournoi de golf des fédérations médicales
au profit de la Fondation du PAMQ

Merci aux participants
et partenaires présents au club
Le Mirage, le 23 juillet dernier,
pour la cause des médecins
en difficulté !



À l'année prochaine,
le lundi 22 juillet 2013

Financière des
professionnels

FONDS
FMOQ

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie
CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Desjardins

Sogemec
ASSURANCES

BCP

ims|brogan
UNE UNITÉ DES

Association canadienne de protection médicale • Association des optométristes du Québec • Desjardins Sécurité financière • Fiducie Desjardins • Fiera Capital • Gestion globale d'actifs CIBC Inc. • Investissements SEI • La Capitale assurances et gestion du patrimoine Inc. • La Personnelle assurance de groupe auto et habitation • SSQ groupe financier

Infos sur les sites des fédérations médicales :
fmoq.org, fmeq.ca, fmrq.qc.ca, fmsq.org



L'éthique dans la pratique souffrance et dilemmes des médecins

Emmanuèle Garnier

Les médecins sont parfois déchirés entre le bien de leurs patients et les contraintes parfois dramatiques que leur impose le système. Devant ces dilemmes, ils peuvent avoir le sentiment de se trahir et de trahir leur clientèle. Ils ressortent de ces expériences avec « une conscience meurtrie », a découvert le chercheur Christian Genest.

LA POPULATION ne s'en doute généralement pas. Les patients eux-mêmes l'ignorent souvent. En fait, peu de gens savent que les médecins vivent de profonds dilemmes d'ordre éthique. Ils ont des choix déchirants à faire. Ils doivent trancher entre la qualité et la quantité des soins qu'ils donnent. Décider de se battre ou non contre le système pour aider leurs patients. Dénoncer ou se taire devant l'inadmissible. Il arrive ainsi qu'ils assistent, impuissants, à des situations inacceptables.

« J'ai vu trop de patients mourir, parce que la fin de semaine nous n'avons pas accès au *scan*, à la résonance magnétique, parce que l'hôpital dit ne pas avoir d'argent pour avoir un technicien en radiologie, en laboratoire », dénonce par exemple un médecin spécialiste.

Ce clinicien savait que ce qui aurait dû être fait pour ces malades ne l'a pas été. « Il vivait cela comme un problème de conscience. Il se disait qu'il aurait pu soigner ces patients et qu'il n'en a pas été capable. Il n'a pas pu respecter son serment », explique **M. Christian Genest**, qui vient de finir sa thèse de doctorat à l'Université Laval sur la souffrance que vivent les médecins sur le plan éthique. Le chercheur a voulu voir comment les dilemmes d'ordre éthique provoquent chez les cliniciens une douleur parfois telle qu'elle affecte leur santé mentale.

La thèse s'appuie sur de nouveaux concepts. « J'ai vraiment l'impression que Christian Genest touche au cœur du problème. Sa recherche met des mots sur ce que nous voyons au Programme



« Ce qui nous paraît évident au Programme d'aide aux médecins, c'est que tout en continuant à travailler sur la personne, on doit travailler sur les aspects organisationnels du système, sinon on ne progressera pas. »

– D^{re} Anne Magnan

d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). Il nous amène un nouvel éclairage », affirme la **D^{re} Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ.

M. Genest a rencontré, dans différentes régions du Québec, vingt médecins : quinze omnipraticiens et cinq spécialistes. Âgés en moyenne de 47 ans, ils lui ont parlé environ une heure et demie chacun. Ils ont raconté leur quotidien de praticien, les conflits de valeur auxquels ils devaient faire face, leurs déchirements, leurs malaises.

M. Genest a dégagé de leurs récits trois situations types qui plongeaient les médecins dans un désarroi moral : « la bataille perpétuelle », « l'état qui se resserre » et « la collaboration imposée ». « Par ces situations, il donne un sens à ce que les médecins nous décrivent. M. Genest a réussi à montrer qu'en arrière il y a des dilemmes qui viennent toucher l'individu au plus profond de son être. Ce sont des dilemmes d'ordre éthique

qui amènent des conflits de valeur. Et là on comprend pourquoi cela a autant de répercussions », indique la D^{re} Magnan.

La bataille perpétuelle

Les médecins se trouvent plongés dans une lutte continue. Ils sont comme des chevaliers qui doivent partir en guerre et déployer d'immenses efforts pour soigner leurs patients. Cette situation, M. Genest l'appelle la « bataille perpétuelle ».

Sur le plan organisationnel, le clinicien a de la difficulté à avoir accès aux ressources. S'il ne se bat pas pour que ses patients obtiennent dans un temps raisonnable leurs tests, leurs examens ou leurs traitements, ils en pâtiront. Ces retards peuvent compromettre la qualité des soins. « Certains médecins m'ont dit : Parfois c'est urgent. Est-ce que je vais faire attendre

le patient plusieurs mois ? Alors j'essaie de faire des papiers, j'inscris « urgent », je mets de la pression pour que le patient ait son test plus tôt, je tente de joindre le médecin spécialiste, mais il n'est pas disponible ou ne rappelle pas. Il faut se battre pour avoir accès aux spécialistes, aux examens, aux traitements », explique Christian Genest, maintenant docteur en science de l'orientation.

Les médecins se retrouvent parfois au cœur de véritables tragédies. Un clinicien a confié au chercheur qu'il a eu un jeune patient chez qui on a découvert une tumeur. Il a essayé de lui trouver une place dans l'horaire de traitement de l'hôpital pour le faire soigner. « Tous les jours, j'avais un NON catégorique, on me disait : il n'y a pas de place, on ne peut pas. Oui, demain, etc. Alors chaque fois, c'était demain, demain, et moi j'essayais d'étirer le temps, mais finalement tous les jours j'allais m'excuser auprès des parents en disant : "oui, oui, on va commencer bientôt", etc. Et pour finir, est arrivé ce qui devait arriver : la tumeur a poussé », a raconté le médecin.

Et parfois survient le décès du patient. Les médecins savent que dans certains cas tout n'a pas été fait pour sauver le malade. « C'est rendu que c'est le nombre de places de traitement qui va déterminer si le patient va être traité ou pas », a dénoncé un participant de la recherche.

Sur le plan humain, les médecins ont souvent l'impression d'être seuls. Ils essuient des refus de la part des collègues, des infirmières, des établissements, parce qu'il n'y a plus de places, plus de ressources disponibles. « Cela crée des difficultés dans les relations interpersonnelles », dit le chercheur. Presque tous les jours, les médecins de l'étude avaient, en outre, des frictions avec leurs confrères. Visions divergentes sur les traitements à donner, priorités différentes, manque de temps, absence de communication.

Cette bataille perpétuelle est épuisante,

douloureuse. Le médecin a le sentiment de se buter constamment à un mur. « Il a de la difficulté à faire face aux injustices qu'il constate », indique M. Genest. Le clinicien se trouve alors face à un dilemme sur le plan éthique : se démener ou démissionner. Se battre seul contre le système pour ses patients, téléphoner, faire des démarches, travailler de longues heures supplémentaires, ou alors baisser les bras, faire uniquement ce qu'on lui demande avec les moyens qu'il a, au détriment du malade. « C'est difficile de choisir cette dernière solution pour les médecins, parce qu'ils ont fait leur cours de médecine pour soigner les gens. »

L'étau qui se resserre

Les médecins se sentent étouffés. Le nombre de demandes auxquelles ils doivent répondre ne cesse de croître, le temps leur manque,

les exigences bureaucratiques se multiplient, les ressources font défaut, les risques de poursuites les hantent. C'est « l'étau qui se resserre », une pression qui empêche les praticiens de soigner leurs patients aussi humainement et adéquatement qu'ils le voudraient.

Du point de vue organisationnel, les contraintes professionnelles pleuvent sur le médecin : directives des établissements de soins de santé, exigences du Collège des médecins

du Québec, demandes des compagnies d'assurance, etc. « Les médecins me disaient que les exigences et les contraintes s'accroissent tellement qu'ils ont beaucoup moins de temps pour soigner leurs patients, ce qui pour eux est le temps de vrai travail », dit Christian Genest.

Sur le plan humain, les pressions deviennent aussi de plus en plus envahissantes. Les patients sont de plus en plus directifs. Ils veulent, par exemple, ce médicament conseillé par un ami ou ce traitement vu sur Internet. « Les médecins ont l'impression d'être comme des machines distributrices », indique le chercheur.

Les médecins ont la pénible impression d'être utilisés par le système. Ils le sentent comme un étau qui les compresse. Ils voient l'écart constant entre leurs idéaux de cliniciens et la réalité.

Les familles aussi font des pressions. Surtout lorsqu'un de leurs proches va mourir. Certains veulent hâter la mort et d'autres, la retarder. Résultat ? « Ça fait que là tu envoies le patient de 85 ans passer une angioplastie à Québec, ou tu ne débranches pas quelqu'un qui devrait être débranché », a indiqué un clinicien au doctorant.

Les tensions peuvent également venir des collègues. Leur degré d'interventionnisme, par exemple, peut être différent. Un médecin a raconté à M. Genest qu'il avait transféré à un confrère un patient âgé dont il avait stabilisé l'état. Quelques jours plus tard, son collègue lui dit : « Tu sais, le patient a recommencé à faire de la fièvre et j'ai décidé que c'était le temps qu'il meure. » Abasourdi, le médecin lui a demandé s'il avait fait des tests pour trouver l'origine de l'infection ou prescrit d'autres examens. Non, rien n'avait été fait. Le collègue a simplement répondu : « Ah ! Tu sais, il était vieux, il était temps qu'il meure. »

Les gestionnaires avec leurs directives pèsent également sur le médecin. Un participant de la recherche a expliqué : « C'est toute une question monétaire. Il faut libérer des lits, il faut que le test soit fait parce qu'il faut libérer le lit pour que quelqu'un d'autre puisse entrer. » Mais ensuite le médecin

reste parfois habité par la crainte d'avoir fait sortir son patient trop tôt de l'hôpital.

Les médecins ont ainsi la pénible impression d'être utilisés par le système. Ils le sentent comme

un étai qui les comprime. Ils voient l'écart constant entre leurs idéaux de cliniciens et la réalité. Et dans leur pratique, ils sont écartelés par un dilemme d'ordre éthique : voir beaucoup de patients ou prendre le temps nécessaire avec chacun. La qualité ou la quantité. « S'ils choisissent le volume, ils ont l'impression de ne pas bien faire leur travail et de passer à côté de leur mission. S'ils optent pour la qualité, ils verront moins de patients, financièrement ce sera moins rentable et leur liste d'attente va augmenter », analyse le chercheur.

La réalité de la pratique écrase souvent les idéaux et crée alors une profonde souffrance. « Les médecins savent qu'on ne peut pas toujours faire au mieux. Ils ont l'impression qu'ils sont

loin de remplir leurs obligations et de respecter le serment qu'ils ont fait envers la pratique médicale, les patients, la société. C'est un sentiment pénible pour eux », a constaté M. Genest.

Une collaboration imposée

Les médecins se sentent souvent complices malgré eux du système. Complices d'un réseau dominé par des impératifs financiers qui lèsent les patients. Inévitablement, cela entraîne des situations difficiles.

« Combien de fois j'ai vu des gens mourir dans les corridors de façon indigne de la condition humaine, parce que les administrateurs de l'hôpital ferment des lits pour équilibrer leur budget, parce qu'eux ne veulent pas être sous la tutelle du ministre de la Santé. Ils sont de bons administrateurs s'ils équilibrent leur budget », a expliqué à M. Genest un omnipraticien qui travaillait dans un hôpital.

Un autre médecin de famille qu'a rencontré le chercheur était carrément révolté. « Vous savez, ma conception du patient dans le système de santé québécois c'est que "s'ils peuvent mourir, maudit, ils vont nous coûter moins cher".

« Les médecins savent qu'on ne peut pas toujours faire au mieux. Ils ont l'impression qu'ils sont loin de remplir leurs obligations et de respecter le serment qu'ils ont fait envers la pratique médicale, les patients, la société. C'est un sentiment pénible pour eux. »

— M. Christian Genest

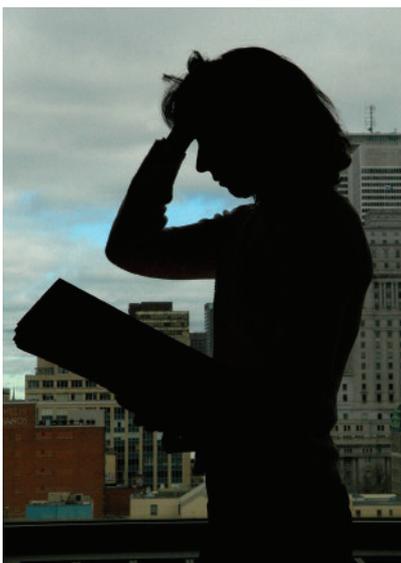


Photo : Emmanuelle Garnier

Un médecin dans le système de santé du Québec, c'est comme un mal nécessaire. Je suis heureux d'avoir quitté ce système de santé. Pour qui il est fait, je me le demande, pour qui ? Parce qu'il n'est pas fait, à mon humble avis, pour aucun professionnel de la santé, encore moins pour les patients. »

Les cliniciens sont non seulement témoins des lacunes du système, mais aussi des fautes professionnelles de certains de leurs collègues, des situations inacceptables que vivent les patients, de la dégradation de la qualité des services de santé, des recommandations de la Santé publique qui ne sont pas appliquées, de l'influence de l'industrie pharmaceutique.

Les praticiens se trouvent alors devant un dilemme : se taire ou parler. Mais dans leur milieu règne une culture du silence. Une obligation tacite de garder le secret. « Ou ils se taisent et continuent à participer à la situation ou ils la dénoncent, mais alors comment est-ce que cela va être accepté ? Comment vont-ils être vus ? Est-ce qu'ils vont passer pour des faibles ou des gens incapables de s'adapter ? », indique M. Genest.

Un médecin lui a confié : « Je vais probablement un jour mourir avec un certain nombre de secrets que je ne peux pas partager, qui ne sont pas acceptables socialement. Je pense que c'est éthique, mais à un certain moment, je me demande si ce n'est pas non éthique. »

Faute de place et d'ouverture pour discuter de ces situations, les médecins se sentent contraints au silence. Mais ce mutisme est douloureux. « Ils ont l'impression, par leur attitude, de participer jusqu'à un certain point à la perpétuation d'un système qui ne donne pas aux patients ce à quoi ils ont droit », dit le docteur en science de l'orientation.

Ne plus être seul devant la souffrance

Ainsi, plongés dans une bataille perpétuelle,

pris en étau par les nombreuses contraintes professionnelles et complices malgré eux d'un système parfois inique, les médecins vivent un choc des valeurs. Ils sont notamment déchirés entre la qualité et la quantité des soins à donner, entre se démener pour obtenir des services pour leurs patients ou laisser tomber, entre dénoncer ou taire les situations inacceptables.

Les médecins sont prisonniers de ces impasses. Ils essaient de faire au mieux, mais ressentent au fond d'eux un sentiment de triple trahison.

« La souffrance éthique vient du fait que le médecin a l'impression de trahir les patients et leur entourage, mais aussi de trahir le

travail médical, c'est-à-dire l'établissement, le système de santé et même la profession. Mais ce qui est encore plus douloureux, c'est qu'ils ont la sensation de se trahir eux-mêmes », affirme M. Genest.

Cette trahison tridimensionnelle qu'éprouvent les cliniciens provoque une blessure intérieure que le chercheur appelle la « conscience meurtrie ». « Elle vient de l'écart entre ce que les médecins pourraient faire et ce que la réalité de la pratique leur permet concrètement de réaliser. »

La souffrance d'ordre éthique est très difficile à supporter. Parfois trop. Bien des médecins participants ont d'ailleurs vu des

confrères accrocher leur stéthoscope. « Certains de leurs collègues qui n'étaient pas censés s'en aller à la retraite ont quitté la profession après avoir vécu trop de situations difficiles. Ils n'étaient plus capables d'en affronter de nouvelles. Certains ont pris une retraite prématurée, d'autres ont décidé de s'occuper de tâches administratives. »

La douleur mène cependant vers différentes avenues. Elle peut se révéler pathogène lorsqu'il n'y a plus d'espoir d'améliorer la situation. Mais elle peut aussi être créatrice. Parfois, elle pousse à la réflexion et à l'action pour améliorer la situation. C'est ce qui s'est produit pour les sujets

« Combien de fois j'ai vu des gens mourir dans les corridors de façon indigne de la condition humaine, parce que les administrateurs de l'hôpital ferment des lits pour équilibrer leur budget, parce qu'eux ne veulent pas être sous la tutelle du ministre de la Santé. »

– un médecin participant à la recherche

de cette étude qui ont profité de la porte qui s'ouvrait devant eux. Ils ont dénoncé l'intolérable. Ils ont effectué une brèche dans le mur du silence.

Certains de ces médecins tenaient vraiment à participer à la recherche. Plusieurs sont arrivés avec des pages de notes pour n'oublier aucun aspect important. « J'avais rarement vu cela. Ils avaient un vif désir de me parler de la situation et d'aller dans les détails. » Certains se sont racontés pendant plus de deux heures.

Mais les autres médecins ? Comment vont-ils s'en sortir ? « Le fait qu'ils puissent voir qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation, que d'autres en ont parlé ouvertement est déjà un baume. Ils verront qu'ils ne sont pas fous. Il n'y a rien de pire que de penser que le problème vient de nous », indique M. Genest.

Le cœur du problème : l'organisation du travail

Les coûts humains et sociaux liés aux dilemmes d'ordre éthique sont probablement très lourds. On sait déjà que les médecins ont un haut taux d'épuisement. Leur nombre de suicides est particulièrement élevé. « Il sera important d'être sensible aux questions de dilemmes éthiques, surtout dans un contexte où il y a une pénurie de médecins et où la population vieillissante va demander de plus en plus de soins. Si on n'a pas les moyens et le temps nécessaires pour intervenir adéquatement, les médecins s'épuiseront davantage. Ce ne sera pas payant socialement. Je pense que tout le système de santé a une responsabilité », estime M. Genest.

Les conclusions du chercheur changent certaines perspectives. « Ce qui nous paraît évident au Programme d'aide aux médecins, c'est que tout en continuant à travailler sur la personne, on doit travailler sur les aspects organisationnels du système, sinon on ne progressera pas. Cela va au-delà de l'individu. Jusqu'à maintenant, on a toujours travaillé en regardant en quoi le médecin avait un problème, mais là on se dit que l'organisation du travail contribue aussi grandement à son désarroi », dit la D^{re} Magnan. 🍷

Les médecins de l'étude sont-ils représentatifs ?

Certains des témoignages de la thèse de **M. Christian Genest** ébranlent. Des médecins parlent de patients qui meurent faute d'avoir pu passer des examens la fin de semaine, de tumeurs qui n'ont pas été traitées suffisamment tôt, de décès dans des conditions inhumaines. Est-ce représentatif de ce qui se passe dans le système de santé ?

Ancien coordonnateur d'urgence et ex-chef de département de médecine générale, le **D^r Claude Guimond**

ne le croit pas. Lui-même, en 20 ans de pratique, n'a pas été témoin de ces situations intolérables.

« Ce qu'on décrit dans la thèse est probablement le quotidien de médecins dans des milieux de pratique où l'organisation

des soins n'est pas optimale. Mais dans d'autres milieux, c'est tout à fait l'opposé. Des médecins d'Abitibi, par exemple, viennent tout juste de me parler avec enthousiasme de leur plateau technique et de leur organisation des soins », explique le directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

Le D^r Guimond pense que l'écart entre les deux points de vue vient de la méthode de recrutement de l'étude. Les sujets de cette recherche qualitative ont été invités à y participer par des annonces dans des publications médicales et par l'intermédiaire du Programme d'aide aux médecins du Québec. Il est possible que les cliniciens qui ressentaient une détresse aient été plus enclins à communiquer avec le chercheur.



D^r Claude Guimond

Photo : Emmanuelle Garnier

Le D^r Guimond ne nie pas, par ailleurs, l'existence des situations mises en lumière par M. Genest. Il sait que les médecins doivent affronter à des degrés divers la « bataille perpétuelle » et « l'étau qui se resserre ». Mais, à son avis, il y a moyen d'y faire face. Une grande partie des problèmes repose sur l'organisation des soins. Déjà, plusieurs mesures, comme la création de groupes de médecine de famille et la collaboration interprofessionnelle, permettent d'améliorer la situation. Et d'autres initiatives vont aussi aider les médecins : le dossier médical électronique, la gestion proactive des rendez-vous, une interdisciplinarité plus poussée, des ateliers sur la gestion du temps et du stress, etc.

Et en ce qui concerne l'impression d'être complice du système ? Un médecin de l'étude a dénoncé, par exemple, le fait que des patients mouraient dans des conditions inhumaines à cause de décisions administratives. « Je ne conteste pas que cela ait pu arriver. On a tous vécu des situations catastrophiques », explique le D^r Guimond. Lui-même a travaillé pendant dix-sept ans à l'Hôpital Anna-Laberge, à Châteauguay. Sa vision de la situation est cependant différente. « Quand il y avait un patient en phase terminale dans le corridor, l'équipe de soins essayait de libérer un lit ou de trouver un endroit où il puisse mourir dignement accompagné des siens. Évidemment, on ne réussissait pas toujours. Cependant, je trouve exagéré de dire que le système de santé ne fait rien et qu'on est complices. »

Selon le D^r Guimond, il faut prendre garde de ne pas généraliser les situations difficiles qu'ont vécues les sujets de l'étude. « Je pense que les personnes qui travaillent dans le réseau de la santé sont très humaines. Je l'ai vu autant dans des grands centres, comme l'Hôpital Notre-Dame, que dans de plus petits, comme celui où je travaillais. Il faut également savoir qu'il y a de beaux milieux cliniques. On voit chez les médecins qui y exercent une joie de pratiquer. Ils sont heureux de l'organisation des soins. Ils en parlent avec passion. » 

es nouvelles des associations...

Prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ

Saguenay-Lac-Saint-Jean

Jeudi 4 octobre Vers 16 h 30	Auberge Universel 1000, boul. des Cascades Alma G8B 3G4 418 668-5261
------------------------------------	---

AMOEP

Vendredi 5 octobre Vers 12 h 30	Institut universitaire en santé mentale 2601, chemin de la Canardièrre Salle Adéline-Gauvin (J-1636) Québec G1J 2G3
---------------------------------------	--

Bois-Francs

Jeudi 11 octobre Vers 16 h 30	Manoir du lac William 3180, rue Principale Saint-Ferdinand G0N 1N0 418 428-9188
-------------------------------------	--

CLSC

Vendredi 12 octobre 13 h 15	Hôtel Gouverneur, Place Dupuis 1415, rue Saint-Hubert Montréal H2L 3Y9 514 842-4881
-----------------------------------	--

Côte-du-Sud

Jeudi 18 octobre 18 h 30	Quality Inn 5800, rue des Arpents Lévis G6V 0B5 418 833-1212
--------------------------------	---

Québec

Vendredi 19 octobre 12 h 30	Hôtel Sheraton Four Points 7900, rue de Marigot Québec G1G 6T8 418 627-8008
-----------------------------------	--

(Suite à la page 113) >>>

pratico-pratique

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

Des nœuds dans les cheveux pour réparer une lacération

Au service des consultations sans rendez-vous, le Dr Michel Lapierre surprend parfois certains patients. Ainsi, ceux qui arrivent avec une lacération du cuir chevelu repartent, un peu étonnés, avec une série de nœuds dans les cheveux. Ils ne se plaignent cependant pas, ils n'ont pas vu d'aiguille, pas eu de points de suture, ni ressenti de douleur.

La technique de réparation du Dr Lapierre est simple. « Tous les un ou deux centimètres, je prends de chaque côté de la plaie une mèche d'environ 5 à 10 cheveux et, à l'aide de la pince porte-aiguille, je fais un nœud simple. Pour le fixer, je demande à la personne qui m'aide de mettre une goutte de colle tissulaire. Et le tour est joué ! », explique le médecin qui pratique au groupe de médecine de famille Jacques-Cartier, à Sherbrooke.

Si on n'a pas de colle tissulaire, on peut prendre de la Crazy Glue. Et si personne ne nous aide, on peut utiliser une pince hémostat pour tenir une des deux mèches du nœud et se libérer une main pour mettre la colle. « La guérison se fait ensuite très bien », assure le Dr Lapierre. **EG**

Un condom sur le spéculum

Il n'est pas toujours facile de pratiquer un examen gynécologique chez une femme âgée. À cause de l'atrophie du vagin, l'insertion du spéculum peut être douloureuse. Une cytologie peut aussi être difficile à effectuer chez une patiente obèse, parce que les replis de la paroi vaginale bouchent souvent la vue du col de l'utérus.

La solution dans les deux cas ? Un condom lubrifié ! Il faut en sectionner l'extrémité et le glisser sur le spéculum. « On doit couper le condom de manière à laisser le bout du spéculum dégagé d'environ un centimètre. De cette manière, l'extrémité n'est pas obstruée et on peut facilement les fausser, comme cela peut être le cas lorsqu'on utilise de la gelée lubrifiante », explique la Dr^e Catherine Martin, résidente effectuant une troisième année en soins aux personnes âgées, à l'Université Laval.

Grâce à la lubrification du préservatif, il devient ainsi plus facile d'insérer le spéculum chez une femme âgée. Chez la patiente corpulente, le condom maintient les parois vaginales en place. « Souvent, on utilise un spéculum plus grand chez les femmes obèses. Cependant, celles qui sont âgées peuvent aussi avoir une atrophie vaginale. L'utilisation d'un condom permet alors de recourir à un instrument plus petit », explique la Dr^e Martin qui tient l'idée d'utiliser un préservatif de médecins pratiquant en périnatalité. **EG**

Les mots pour le dire

Être médecin demande souvent beaucoup de tact. Dans son cabinet de Sainte-Adèle, la Dr^e Maryse Desmarais prend garde de ne pas heurter ses patients quand ils ont un problème de santé dû à une mauvaise hygiène de vie. Par exemple, une pancréatite alcoolique, une insuffisance veineuse attribuable à l'obésité, etc.

La clinicienne commence par nommer les causes connues et les traitements possibles des symptômes dont ils se plaignent, en gardant la véritable solution pour la fin. Par exemple, elle a expliqué à une patiente obèse qui souffrait de maux de genoux que son arthrose pouvait contribuer à son problème. Dans certains cas, les infiltrations de cortisone peuvent apporter un soulagement, mais cela n'a pas fonctionné chez elle. Un spécialiste pourrait lui faire des infiltrations avec d'autres produits, mais le traitement coûte 450 \$. Sinon, la patiente peut utiliser une canne ou encore recourir à des médicaments, comme l'acétaminophène, les anti-inflammatoires ou d'autres encore plus puissants. Mais la plupart ont des effets indésirables.

La Dr^e Desmarais a finalement indiqué à sa patiente avec empathie : « Ce qui vous aiderait de manière sûre, ce serait de perdre 10 kg ; 20 kg, ce serait encore mieux. Mais je comprends que c'est plus facile à dire qu'à faire. » Et elle lui a donné les informations nécessaires pour perdre du poids et lui a indiqué les premières étapes à entreprendre. « Mes patients me sont toujours très reconnaissants de mon respect envers eux, et cela augmente beaucoup leur motivation à se mettre à la tâche ou à observer les traitements conseillés. » **EG**

Des nouvelles des associations...

Prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ (suite)

Richelieu–Saint-Laurent

Jeudi 25 octobre 17 h	Hôtel Alt du quartier Dix-30 6500, boul. de Rome Brossard J4Y 0B6
------------------------------------	---

Ouest-du-Québec

Vendredi 26 octobre 13 h 30	Hilton Lac Leamy 3, boul. du Casino Gatineau J8Y 6X4 819 790-6444
--	---

Mauricie

Mercredi 7 novembre	Hôtel Delta 1620, rue Notre Dame Trois-Rivières G9A 6E5 819 376-1991
-------------------------------	--

Yamaska

Jeudi 8 novembre Vers 17 h	Club de golf Saint-Hyacinthe 3840, boul. Laurier Ouest Saint-Hyacinthe J2S 7B2 450 773-8579 ou 514 336-1401
---	--

Etrie

Vendredi 9 novembre	À déterminer
-------------------------------	---------------------

Laurentides–Lanaudière

Mercredi 14 novembre 17 h	Best Western 420, boul. M ^{gr} Dubois Saint-Jérôme J7Y 3L8 450 438-1155
--	--