



Photo : SuperStock

Inspections professionnelles

qui est dans la mire du Collège des médecins du Québec ?

Emmanuèle Garnier

Le Collège des médecins du Québec, dont la mission est de protéger le public, a plusieurs moyens pour dépister les cliniciens dont la pratique ne correspond pas aux normes. Il se fonde sur une liste de facteurs de risque, mais surtout sur les informations qu'il reçoit.

CHAQUE ANNÉE, le Collège des médecins du Québec (CMQ) soumet environ 150 cliniciens à une visite d'inspection professionnelle. Comment les choisit-il parmi tous les omnipraticiens et spécialistes de la province ?

Les six inspecteurs du Collège pourraient sélectionner des praticiens au hasard. Ils l'ont déjà fait à titre expérimental. Dans la grande région de Montréal, ils ont visité 100 médecins et constaté que 93 % avaient une bonne pratique. Sept, cependant, avaient besoin d'un certain encadrement, dont trois présentaient des problèmes importants. Ils pouvaient souffrir de troubles de santé mentale ou physique ou avoir cessé toute formation continue.

Le but des inspecteurs est de repérer ces quelque 7 % de médecins qui ne pratiquent pas de manière optimale et, surtout, les 3 % qui présentent de graves lacunes. « Notre objectif est de découvrir ces médecins avant que les avocats ne le fassent à la suite d'un tort causé

à un patient », dit le **D^r André Jacques**, directeur de l'Amélioration de l'exercice au Collège.

Pour trouver plus efficacement que par des inspections aléatoires ces médecins à la pratique sous-optimale, la Direction de l'amélioration de l'exercice fonctionne à partir de facteurs de risque et, surtout, de renseignements et de signalements.

La Direction se fie beaucoup aux informations qu'elle reçoit. Sur les 161 visites que ses inspecteurs ont faites en 2007, 108 se fondaient sur des renseignements qu'elle avait eus. Sa principale source réside dans la Direction des enquêtes du Collège (*figure*). Après avoir examiné une plainte contre un médecin, un enquêteur peut signaler le cas à un inspecteur qui vérifiera alors toute la pratique du clinicien. Dans quelque 40 % des cas, l'enquête révèle des lacunes. L'an dernier, les inspecteurs ont visité 62 médecins repérés par la Direction des enquêtes.

Les inspecteurs du Collège peuvent également déceler



« Il y a des médecins très compétents qui ont plein de facteurs de risque. L'important, à nos yeux, est la pratique en tant que telle du médecin. »

— *Dr Marc Billard*

eux-mêmes un filon en effectuant une visite d'inspection dans un hôpital. « Parfois, on regarde quelques dossiers d'un médecin et on se dit que si toute sa pratique est comme cela, il y a un problème. Comme on ne peut pas juger de son travail à partir de quelques dossiers, on revient », dit le **Dr Marc Billard**, directeur adjoint à la Direction de l'amélioration de l'exercice et secrétaire du comité d'inspection professionnelle du CMQ.

Le Collège s'appuie également sur les signalements extérieurs qu'il peut recevoir. Un médecin qui appelle parce que la pratique d'un de ses collègues l'inquiète. Un pharmacien qui se pose des questions à cause de prescriptions de narcotiques douteuses.

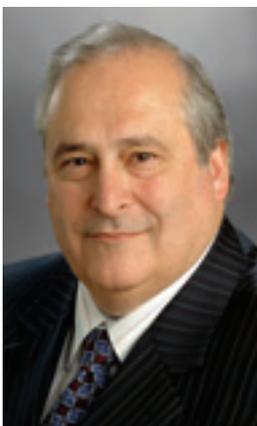
Le CMQ surveille aussi de près les médecins

en difficulté avec qui il a eu affaire. Ainsi, 17 % des visites d'inspection sont des rencontres de contrôle après une première visite ou à la suite d'un stage ou d'un tutorat demandé par la Direction des enquêtes ou le comité d'inspection.

Les médecins âgés

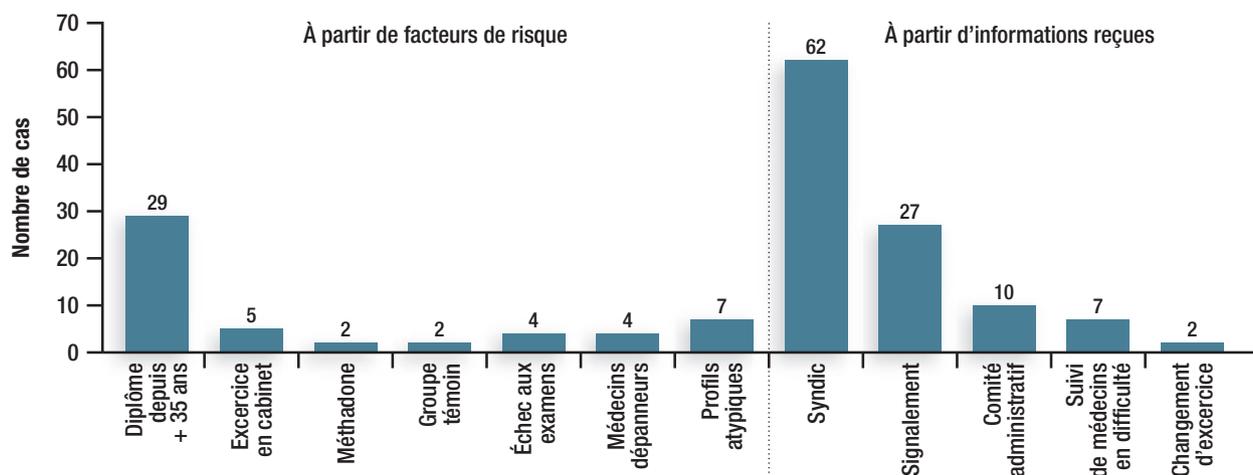
Pour mieux découvrir les médecins susceptibles d'avoir une pratique déficiente, le Collège utilise également des facteurs de risque. Pour cela, il sort des listes de données administratives. La plus utilisée : celle indiquant le nombre d'années de pratique. Les médecins dont le diplôme remonte à plus de 35 ans sont dans la mire du CMQ. En 2007, il en a visité 29.

« À force de faire des études d'inspection, on sait que plus un médecin est âgé, plus il risque d'avoir une pratique en dehors des normes. Ce fait est confirmé par la littérature. Cela ne signifie pas que tous les médecins qui



Dr André Jacques

Figure.
Visites d'inspection professionnelle effectuées du 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2007



Source : Le Collège des médecins du Québec.

pratiquent depuis 35, 40 ou 45 ans n'exercent pas la médecine adéquatement. S'ils se sont tenus à jour, poursuivent leur formation continue, restent actifs et ont une bonne santé, ils peuvent avoir une pratique tout à fait normale », précise le D^r Billard.

Cependant, 36 % des cliniciens âgés que visitent les inspecteurs n'exercent pas la médecine selon les normes. Les médecins très âgés suscitent particulièrement la méfiance du Collège.

« On trouve plus de médecins ayant une pratique inadéquate à 85 ans qu'à 75 ans, et plus à 75 ans qu'à 65 ans. Il y a un effet linéaire. Notre mission de protéger le public nous oblige à nous assurer que ces médecins-là pratiquent bien », explique le directeur adjoint à la Direction de l'amélioration de l'exercice.

L'ampleur de la pratique joue également dans la décision de faire une inspection. « Si vous avez 85 ans et que vous facturez 1000 \$ par année, nous n'irons probablement pas vous visiter. Vous ne travaillez presque pas. Probablement que vous renouvelez des ordonnances pour des patients que vous connaissez ou que vous les suivez avec des spécialistes, indique le D^r Jacques. Mais si vous avez 85 ans et que vous gagnez 200 000 \$

Certains facteurs de risque abandonnés

Le Collège a abandonné certaines catégories de facteurs de risque. Ainsi, le fait de changer de lieu de pratique plus de trois fois en dix ans n'est plus considéré comme suspect. Le CMQ avait craint que les praticiens aux prises avec des problèmes professionnels déménagent pour éviter de se faire repérer. Les inspecteurs ne se penchent également plus sur le cas des omnipraticiens qui consacrent plus de 25 % de leur exercice à des activités de psychothérapie. Il n'y a également plus d'enquête sur les généralistes dont les visites à domicile représentent plus de la moitié de la pratique. Et les médecins étrangers détenant un permis restrictif ne sont plus surveillés de manière particulière par le Collège depuis 2006. Un an après l'obtention de leur permis, ils recevaient auparavant la visite d'un inspecteur. « On s'est aperçu que leur pratique était comparable à celle des médecins formés ici », indique le D^r Billard.

par année, vous avez une grosse pratique. Nous irons vous voir. »

Certains médecins âgés s'en sortent cependant bien. Ils se tiennent à jour et pratiquent selon les normes. « Le truc pour les médecins qui vieillissent est de se concentrer sur un champ d'activité qu'ils connaissent bien et dans lequel ils se sentent à l'aise », indique le D^r Billard.

(Suite à la page 13) >>>>

Quelques chiffres

Catégorie	Nombre
⊗ Omnipraticiens diplômés en 1971 ou avant	538
⊗ Omnipraticiens pratiquant seulement dans un cabinet privé	1665
⊗ Médecins en pratique active sans plan de formation professionnelle	1294

Les divers facteurs de risque

Une autre catégorie de cliniciens est également surveillée de près par le Collège : les spécialistes consacrant plus de 30 % de leur exercice à des activités qui n'appartiennent pas à leur spécialité. « Si un chirurgien ne fait que de la médecine générale, on peut se demander s'il a la formation pour le faire et si sa pratique est adéquate. » Souvent, ce n'est pas le cas, constatent les inspecteurs. L'an dernier, le Collège a visité sept de ces médecins.

Les cliniciens exerçant uniquement dans un cabinet privé sont également sous la loupe du CMQ. Pourquoi ? Parce qu'ils ne sont soumis à aucun système de surveillance. Aucun comité de médecins, dentistes et pharmaciens ne supervise leur pratique comme dans les hôpitaux. « Le fait de travailler seul depuis dix ans dans un cabinet, sans avoir de contact avec d'autres médecins ou avec les hôpitaux peut constituer un facteur de risque », souligne le D^r Billard.

En 2007, les inspecteurs du Collège ont visité cinq médecins de cabinet privé. En soi, le fait d'exercer dans ce type de milieu ne constitue pas un très grand risque. Les inspecteurs ne débusquent de pratiques critiquables que dans 23 % des cas. « C'est sûr que le médecin qui travaille dans une clinique médicale avec sept ou huit confrères avec qui il partage des informations et des dossiers ne présente pas un risque très élevé. Par contre, le risque est plus grand pour le clinicien isolé », précise le D^r Billard. Le Collège ignore cependant, de prime abord, si un médecin pratique seul ou au sein d'un groupe.

Les omnipraticiens ne faisant que du dépannage sont également dans la mire du CMQ. Leur

Pour éviter une visite d'inspection

Comment éviter de faire l'objet d'une visite d'inspection professionnelle ? Il existe quelques trucs. Le premier est d'avoir un bon plan d'autogestion de la formation professionnelle et de maintenir ses compétences à jour. Ensuite, comme le Collège se sert surtout des informations qu'il reçoit, entre autres celles de sa Direction des enquêtes, il faut éviter qu'une plainte soit retenue contre soi. « La meilleure façon d'augmenter ses chances que la plainte soit rejetée, c'est de bien tenir ses dossiers médicaux », explique le D^r Billard. Des dossiers bien remplis sont souvent le signe d'une bonne pratique.

Par ailleurs, le cumul des facteurs de risque peut également attirer l'attention du Collège. « Si vous avez 85 ans, que vous avez une pratique importante, que vous exercez seul et qu'en plus vous n'avez pas de plan d'autogestion de formation continue, vous avez plusieurs facteurs de risque à nos yeux. On va vous rendre visite. Pour nous, cette accumulation est potentiellement un problème, mais il se peut que ce ne le soit pas dans la réalité », précise le D^r Jacques. Une multitude de facteurs de risque n'est pas un signe automatique d'incompétence. « Il y a des médecins très compétents qui ont plein de facteurs de risque, souligne pour sa part le D^r Billard. L'important, à nos yeux, est la pratique en tant que telle du médecin. »

pratique, comme celle de leurs collègues qui n'exercent qu'en cabinet, n'est pas vraiment contrôlée. « Si un médecin dépanneur incompétent va une fois à Gaspé, une fois à Rimouski, une fois à LaSarre, ce n'est pas sûr que quelqu'un va s'en apercevoir. C'est la répétition des erreurs qui éveille des soupçons », indique le directeur adjoint à la Direction de l'amélioration de l'exercice. En 2007, quatre cliniciens dépanneurs ont reçu la visite des inspecteurs. Mais généralement, la pratique de ces médecins présente peu de problèmes.

Le Collège suit également de près les praticiens qui prescrivent de la méthadone. Les inspecteurs en ont rencontrés environ la moitié. « Ces médecins font affaire avec une clientèle difficile. On veut être sûr qu'ils suivent bien les lignes directrices du Collège », dit le D^r Billard. Après vérification, les prescripteurs de méthadone pratiquent adéquatement et seuls quelques-uns ont reçu des recommandations. « Nos visites nous ont surtout permis d'uniformiser la prescription de méthadone. »

Les médecins ayant échoué deux fois ou plus aux examens de permis d'exercice peuvent également recevoir la visite d'inspecteurs.

L'an dernier, le Collège en a rencontré quatre. « On s'est aperçu que ces visites donnaient peu de résultats », en a conclu le directeur adjoint.

Chaque année, le Collège choisit également au hasard entre deux et dix cliniciens n'ayant aucun facteur de risque. « Ces médecins-là trouvent notre visite un peu bizarre. C'est très rare qu'on découvre des problèmes dans leur travail. Néanmoins, ces visites permettent aux inspecteurs de voir une pratique normale. On poursuit à petite échelle l'étude que l'on a faite sur les 100 médecins

pris au hasard », précise le D^r Billard.

Le risque pour le médecin d'avoir une visite d'inspection professionnelle n'est finalement pas très élevé. Il y en a quelque 150 annuellement parmi les 17 400 médecins du Québec en pratique active. Certains facteurs de risque comme l'âge ou le fait de ne pas exercer dans son domaine augmente toutefois les risques. Mais les signalements et les informations issues de la Direction des enquêtes constituent la source de plus de la moitié des enquêtes. 📞

Vous allez avoir une visite d'inspection professionnelle ?

Que faire si l'on reçoit un avis d'inspection professionnelle ? Faut-il appeler un avocat ? L'Association canadienne de protection médicale ? La FMOQ ? L'association syndicale régionale ?

« Je pense que le premier réflexe doit être de garder son calme, explique M^e Christiane Larouche, avocate à la FMOQ. Pour éviter le sentiment de panique, le meilleur remède est de comprendre le processus de l'inspection professionnelle ». Normalement, le Collège des médecins du Québec (CMQ) envoie le dépliant *La visite d'inspection professionnelle* au médecin dont il va examiner la pratique. Ce document est très utile pour bien saisir ce qui va se passer. Si le praticien ne le reçoit pas, il peut le trouver dans le site du CMQ (www.cmq.org).

Mais ensuite ?

- ⊗ Il faut répondre avec diligence au questionnaire qu'envoie le Collège. Ce dernier cherche à obtenir des informations sur l'organisation de la pratique, les lieux d'exercice, les activités de formation continue, etc. « Il n'y a aucun intérêt à cacher quoi que ce soit, souligne M^e Larouche. Au moment de la visite, l'inspecteur aura probablement déjà eu le profil du médecin de la Régie de l'assurance maladie du Québec et de l'établissement de soins où il travaille. »
- ⊗ Pour éviter d'accroître le stress, mieux vaut annuler les consultations prévues le jour de la visite d'inspection.
- ⊗ L'erreur à éviter : aller étoffer les dossiers que l'on trouverait incomplets. « Un médecin ne peut pas modifier un dossier médical sans indiquer clairement qu'il y a fait un ajout. Il doit dater le changement et inscrire à côté ses initiales. »

Et pendant la journée de l'inspection :

- ⊗ On doit s'assurer, avant la venue de l'inspecteur, que le bureau est bien rangé et qu'aucun dossier de patient ne traîne.
- ⊗ Il faut se montrer respectueux et coopératif avec le représentant du Collège.
- ⊗ Quand l'inspecteur pose une question sur un dossier, il faut prendre le temps nécessaire pour donner une réponse adéquate. « Le médecin peut demander de revoir le dossier, relire ses notes et prendre le temps de se remémorer le contexte de la consultation pour comprendre la décision qu'il a prise. L'inspecteur va respecter ces demandes », indique M^e Larouche.
- ⊗ Il est prudent de garder la liste des dossiers qu'a revus l'inspecteur et des cas qui ont été discutés avec lui de manière plus approfondie.

Contrairement aux enquêtes du Collège, les visites d'inspection professionnelle ne nécessitent pas les services d'un avocat, à moins que le médecin n'ait déjà eu des problèmes avec l'organisme. Dans ce cas, il devrait communiquer avec son assureur. Le clinicien peut, par ailleurs, entrer en contact avec l'association syndicale de sa région pour avoir un soutien moral. « Dans chaque association, un médecin peut être désigné pour accompagner un omnipraticien qui en fait la demande », rappelle M^e Larouche. Le Service juridique de la FMOQ est également à la disposition des généralistes (514 878-1911 ou 1 800 361-8499).



M^e Christiane Larouche

Photos : Emmanuèle Garnier

Médecins enseignants conclusion d'une entente sur la rémunération

Emmanuèle Garnier



Dr Louis Godin

La supervision des stages des externes et des résidents en médecine familiale sera maintenant adéquatement rémunérée. La FMOQ et le ministre de la Santé et des Services sociaux viennent de parapher une entente particulière pour régler le problème de la rétribution.

Ainsi, dans les établissements de soins, les médecins enseignants recevront pour une demi-journée de supervision un forfait supplémentaire de :

- 35 \$ pour un résident ;
- 42 \$ pour un externe.

Dans les cabinets, les forfaits par demi-journée seront un peu plus élevés pour tenir compte des frais de pratique :

- 46,65 \$ pour un résident ;
- 56 \$ pour un externe.

La nouvelle entente particulière offre donc aux futurs omnipraticiens la possibilité de faire des stages dans tous les milieux de pratique : unités de médecine familiale (UMF), urgences, unités d'hospitalisation, centres d'hébergement et de soins de longue durée, mais aussi cabinets privés. Ils seront pris en charge par des omnipraticiens enseignants qui en auront la responsabilité et les superviseront sur le plan clinique.

Le responsable des stages, qui peut être le chef de l'UMF ou le directeur de l'enseignement, s'assurera de la répartition des forfaits liés aux

stages entre les différents secteurs concernés de l'établissement. Lui-même, ou un responsable de chaque service, veillera à ce que les forfaits soient distribués en fonction des charges de supervision des médecins enseignants. Une fois que les modalités de facturation seront connues, ces derniers pourront commencer à facturer leurs forfaits supplémentaires en remontant jusqu'au 1^{er} juillet 2008.

« Pour nous, cette entente est d'une grande importance, explique le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ. Nous estimons qu'il est crucial que les externes et les résidents en médecine familiale aient des enseignants omnipraticiens. Il est donc essentiel de bien rémunérer l'enseignement pour y intéresser un nombre suffisant de médecins. »

Les omnipraticiens qui supervisent déjà des futurs généralistes semblent satisfaits de l'accord. « L'accueil est très enthousiaste, estime le **Dr Sylvain Dion**, lui-même médecin enseignant et président de l'Association des médecins de CLSC du Québec. Les forfaits négociés sont intéressants. C'est un gain tant pour ceux qui étaient déjà rémunérés pour l'enseignement que pour ceux qui ne l'étaient pas. On espère que cette nouvelle mesure permettra d'attirer des médecins d'expérience dans les unités d'enseignement. Nous avons jusqu'à présent des problèmes de recrutement à cause de la faible rémunération offerte. »



Dr Sylvain Dion

La FMOQ dans la campagne électorale des questions pour les partis politiques

Pour obtenir des partis politiques des engagements dans le domaine de la santé,

la FMOQ s'est immiscée dans la campagne électorale provinciale. Dans une lettre ouverte envoyée à chacune des formations et aux journaux, elle pose sept questions. Elle demande entre autres aux chefs de partis :

- ❶ Vous engagez-vous formellement à tout mettre en œuvre au cours de votre mandat pour que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille ?
- ❷ Que comptez-vous faire pour que les omnipraticiens aient un meilleur accès aux ressources techniques, aux tests diagnostiques et aux consultations spécialisées ?
- ❸ Que ferez-vous pour assurer un meilleur financement des cabinets des médecins de famille ?
- ❹ Vous engagez-vous à reconnaître la complexité et l'ampleur de la pratique des omnipraticiens en leur offrant une rémunération concurrentielle ?

La Fédération a également tenté de sensibiliser les partis politiques à la précarité des cabinets privés. Ces cliniques, qui prennent en charge la majorité des patients, sont menacées de disparaître. Elles doivent faire face aux frais de pratique croissants, à la lourdeur de la clientèle, à la désaffection de la relève et au fardeau que constitue la gestion d'une entreprise.

La lettre abordait également la question de la rétribution des généralistes. « L'écart de rémunération entre un omnipraticien et un médecin spécialiste au Québec doit être réduit à un niveau acceptable et concurrentiel », écrit la FMOQ. En outre, les omnipraticiens québécois doivent avoir une rémunération comparable à celle de leurs collègues du reste du Canada.

Quelques jours après l'envoi de la lettre, les partis politiques ont dévoilé un à un leur programme en matière de santé. **M^{me} Pauline Marois**, chef du Parti québécois, a ainsi promis que chaque Québécois aurait, d'ici cinq ans, son médecin de famille...

On peut lire la lettre ouverte de la FMOQ au www.fmoq.org.

Augmentations en santé publique une entente est paraphée

Emmanuèle Garnier

Les médecins travaillant en santé publique seront dorénavant mieux rémunérés grâce à une entente conclue entre la FMOQ et le gouvernement du Québec. Cet accord majore leur rétribution pour les activités associées à la première ligne de soins.



D^{re} Pierrette Michaud

Pour 2008, les médecins de la santé publique auront droit à une prime horaire pour leur soutien aux services de santé de première ligne. Cette augmentation, qui s'applique à 70 % de leurs heures de travail, équivaut à une hausse de 2 % de l'ensemble de leur rémunération. Le début de cette mesure remontera, de manière rétroactive, au 1^{er} avril 2008.

À partir d'avril 2009, les omnipraticiens de la santé publique pourront également recevoir un forfait de 20 \$ l'heure pour épauler la première ligne. Que devront-ils faire pour cela ? Des interventions directes auprès des intervenants des centres de santé et de services sociaux, ainsi que des cabinets privés. Il pourra s'agir de rencontres, de séances de formation, de réunions d'information ou autres qui aideront les cliniciens à intégrer à leur pratique des mesures préventives.

Une banque de 20 000 forfaits de 20 \$ sera ainsi créée. Les directions régionales de santé publique et l'Institut de santé publique se répartiront les sommes et les utiliseront selon leurs priorités. La majorité des médecins de santé publique devra cependant recevoir des forfaits, selon l'entente.

De nouveaux codes d'activités seront par ailleurs créés pour certains domaines d'intervention :

- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ;
- les habitudes de vie et les maladies chroniques ;
- les traumatismes non intentionnels ;
- les maladies infectieuses ;
- la santé environnementale ;
- la santé et la sécurité au travail.

Dans le domaine de la santé et la sécurité au travail, les médecins de santé publique bénéficieront d'une mesure incitative évaluée à 2 % de la rémunération versée dans ce secteur. Un comité mixte va rapidement être créé pour concrétiser ce projet dès le 1^{er} avril 2009.

« Toutes ces mesures permettront aux médecins travaillant en santé publique d'avoir un redressement de 5 % de leur rémunération en 2008 et un autre en 2009, tout comme leurs collègues des autres secteurs », explique le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. Les médecins de la santé publique n'avaient eu droit, depuis le 1^{er} avril 2008, qu'à la hausse de 3 % du tarif horaire ou des honoraires fixes. Et, en 2009, seule une autre augmentation de 3 % était prévue.

L'accord ouvre également la porte à d'autres bonifications. « Cette lettre d'entente va nous permettre d'amorcer dès maintenant des discussions pour qu'en 2010 on convienne d'un « plan d'affaires » pour les médecins de la santé publique. Ce plan cernerait les activités prioritaires destinées à aider le médecin de famille et comprendrait des modalités de rémunération incitatives », dit le D^r Godin.

La **D^{re} Pierrette Michaud**, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens en santé publique du Québec (AMOSPQ), est très heureuse du résultat des négociations. « Je peux affirmer que la lettre d'entente reçoit l'assentiment de la majorité des médecins joints par notre association. Dans son ensemble, cet accord souligne la volonté et la capacité des médecins de santé publique de soutenir les services de première ligne, mais surtout, le droit de le faire dans des conditions qui respectent la bonne pratique médicale populationnelle. Les particularités du travail des médecins de santé publique, qui œuvrent auprès des populations et non pas auprès d'individus, sont ainsi reconnues. »

Assemblée générale de l'AMOEP des omnipraticiens pratiquant comme les psychiatres

Emmanuèle Garnier

Les omnipraticiens québécois sont-ils suffisamment payés ? « On dit toujours que l'argent n'a pas d'importance. Nous pensons cependant que cela peut quand même orienter la décision de choisir la médecine familiale. Il faut donc que les omnipraticiens aient une rémunération



D^r Louis Godin

Photo : Emmanuèle Garnier

équitable et concurrentielle », a affirmé le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, au cours de l'assemblée générale de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques (AMOEP).

Le D^r Godin, présentait aux 25 membres de l'AMOEP présents sur les 111 actifs, les quinze recommandations du plan de valorisation de la médecine familiale qu'a élaboré la Fédération. La quatorzième, qui porte sur la rétribution, n'est pas la moindre. Les généralistes québécois devraient avoir une rémunération équitable par rapport



Hôpital Douglas

Photo : Emmanuèle Garnier

à leurs collègues des autres provinces et aux spécialistes québécois.

« On a fait un premier pas grâce à la Lettre d'entente 138 qui devrait permettre que la rémunération des omnipraticiens québécois corresponde à 82 % de celle de nos confrères canadiens en 2016. Mais cela implique que ces derniers n'aient pas d'augmentations supérieures aux nôtres d'ici là », souligne le D^r Godin.

Par ailleurs, il faut également que les revenus des omnipraticiens soient justes par rapport à ceux des spécialistes, entre autres pour attirer les étudiants en médecine familiale. « Le travail des omnipraticiens est un travail de grande valeur, qui à notre sens est aussi complexe et difficile que celui d'un néphrologue ou d'un neurochirurgien. Il existe probablement des écarts de rémunération acceptables et qu'on doit reconnaître compte tenu de la durée de formation différente. Il faut cependant s'assurer qu'ils ne s'agrandissent pas. »

Quand commenceront les démarches pour améliorer la rémunération des omnipraticiens ? Pour le D^r Godin, le grand rendez-vous est en 2010. « On aura alors à négocier notre entente générale avec le gouvernement. C'est là que seront discutés les sujets importants comme la rémunération. »

Mais au cours des prochains mois, la Fédération parlera de toutes les mesures de son plan de valorisation avec ses grands partenaires, mais surtout avec les omnipraticiens. Ensuite, à la fin de mai 2009, il y aura le congrès syndical. « Cela va être une étape importante où les médecins de chacun des secteurs de pratique pourront nous faire part de leurs attentes. » Les propositions seront ensuite rassemblées, et la FMOQ rédigera des propositions précises. Au cours de l'automne 2009, elle fera part à ses membres du cahier des demandes qu'elle présentera au gouvernement. Et les négociations devraient commencer à la fin de 2009 ou au début de 2010.

Les omnipraticiens moins payés que les psychiatres

L'une des grandes préoccupations des médecins pratiquant dans le milieu psychiatrique est l'écart entre leur rémunération et celle des psychiatres. « Je fais de la psychiatrie en deuxième ligne au sein

d'une équipe de trois psychiatres, a expliqué un membre de l'AMOEP dépité. Je fais des gardes comme eux, mais je reçois un forfait qui est la moitié du leur. J'ai également regardé leur salaire, et il est beaucoup plus élevé que le mien. Pourtant, je fais le même travail. Cette situation me donne seulement envie de partir. Quand je vais prendre ma retraite, je vais me dire qu'au moins je ne travaillerai plus en gagnant la moitié du salaire des autres. »

Ce type de situation est inéquitable, a convenu le D^r Godin. Auparavant, l'écart de rémunération entre omnipraticiens et spécialiste était d'environ 20 % à 25 %, a-t-il expliqué au médecin. « Où en est-il maintenant ? On n'a pas la réponse exacte, mais on pense qu'il s'est accru. Et cela peut amener des situations comme la vôtre. »

L'une des premières étapes pour remédier au problème est de chiffrer avec exactitude la différence de rémunération entre omnipraticiens et spécialistes. Parce qu'il faut des données exactes. « Il va falloir que j'arrive à la table de négociations en 2010 en indiquant que l'écart est précisément de tant entre tel groupe d'omnipraticiens et tel groupe de spécialistes. » La Fédération a d'ailleurs déjà entrepris des travaux de recherche à ce sujet.

Les nombreux dossiers à régler de l'AMOEP

Le président de l'AMOEP, le D^r **Benoît Poulin**, qui a été réélu à l'unanimité, aimerait pour sa part qu'une entente soit négociée au sujet des omnipraticiens qui exercent la psychiatrie au même titre que les psychiatres. Mais il désire qu'on corrige aussi une autre situation qui défavorise ces médecins : l'absence de rémunération des gardes en disponibilité pour les malades non hospitalisés. « Il y a des forfaits de disponibilité pour les malades admis à l'hôpital, mais pas à l'urgence. Cela s'explique par le fait que les omnipraticiens dont les services sont requis aux urgences pratiquent généralement sur place et



D^r Benoît Poulin

Photo: Emmanuèle Garnier

n'ont pas besoin d'une garde en disponibilité. Par contre, ceux qui exercent dans une spécialité, comme nos membres, doivent être disponibles pour le service des urgences, mais ne sont pas rémunérés. Cette situation devra être corrigée. »

Dans le domaine des revenus, le président de l'AMOEP aimerait également que l'on vérifie s'il y a encore une équivalence entre la rémunération à honoraires fixes, principal mode de rétribution de ses membres, et les autres modes. « Initialement, le tarif horaire a été établi en fonction du fait que la rémunération à honoraires fixes était associée à des avantages sociaux. Depuis quelques années, les médecins rémunérés à tarif horaire ont eux aussi des congés de perfectionnement et de maternité. Les deux modes de rémunération ne sont donc probablement plus équivalents. »

Pour le D^r Poulin, il reste encore des dossiers à régler dans bien d'autres domaines. L'un d'eux est la question du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). « Nous devrions avoir un régime adapté à nos besoins, comme les cadres du gouvernement. » Les omnipraticiens de l'AMOEP sont entre autres désavantagés par rapport aux autres membres du RREGOP, parce que les avantages de ce régime ont été conçus en fonction d'un revenu moyen. En plus, un certain pourcentage de leurs revenus est laissé de côté dans le calcul du montant de leur retraite.

L'AMOEP aimerait également des améliorations sur le plan des avantages sociaux. Par exemple, une semaine additionnelle de vacances après l'âge de 55 ans et une autre après 57 ans, comme pour les salariés des secteurs public et parapublic. « C'est un avantage qui a été donné aux infirmières », souligne le D^r Poulin. Il désire aussi que le gouvernement augmente sa contribution au régime d'assurances collectives auquel participent ses membres. À cause du vieillissement du groupe, la hausse du coût des primes risque d'être difficile à absorber sans aide dans les prochaines années.

Il reste donc encore beaucoup de travail à faire. Dans un an au plus tard, le D^r Poulin passera les rênes de l'Association à un nouveau président qui aura la tâche de poursuivre ses efforts pour régler les nombreux dossiers en cours. 🍷

Association des CLSC prix Inukshuk

Emmanuèle Garnier

Au cours de son assemblée générale, l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) a remis le prix Inukshuk à trois omnipraticiennes : les D^{res} **Suzanne Dionne, Vania Jimenez et Donna Cherniak**. « Ce sont trois femmes travaillant en périnatalité dans un CLSC qui se sont toutes démarquées de façon différente », explique le D^r **Sylvain Dion**, président de l'AMCLSC.

La D^{re} Dionne, du CLSC de la Haute-Yamaska, a acquis, par son expérience professionnelle et maternelle, un savoir-faire exceptionnel dans le domaine de l'allaitement. L'une de ses plus grandes réalisations a été sa collaboration au document *L'allaitement maternel au Québec : Lignes directrices*, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en 2001. Elle a transmis ses connaissances en allaitement dans tout le Québec, mais aussi à Vancouver, à Toronto, en République centrafricaine, en Haïti et en Tunisie. Elle a même été consultante au Liban pour l'UNICEF, en Polynésie française pour le ministère de la Santé français et au Bénin pour l'Organisation mondiale de la Santé.

La D^{re} Vania Jimenez, elle, est un chef de file en obstétrique pour les médecins de famille du Québec. Auteur de deux romans, mère de sept enfants, elle pratique au CLSC Côte-des-neiges. Elle y a entre autres créé le « Service intégré pour les femmes enceintes » pour améliorer les services offerts à une clientèle souvent vulnérable : immigrantes récentes,



D^{re} Suzanne Dionne



D^{re} Vania Jimenez



D^{re} Donna Cherniak

pratico-pratique

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

Trois questions pour aider les patients

Parfois, les symptômes d'un patient ont un lien avec ses problèmes émotifs. La thérapie cognitivocomportementale peut alors être très utile. Elle offre plusieurs outils comme ces trois questions : Est-ce bien vrai ? Peut-on le voir autrement ? Est-ce si terrible ? La thérapie permet également de corriger des distorsions cognitives par des moyens simples : diminuer ses exigences, assouplir ses règles personnelles, éviter les jugements globaux et accepter l'inévitable.

« J'utilise la thérapie cognitivocomportementale dans ma pratique non pas comme un protocole complet, mais plutôt comme des ajouts pertinents ici et là. Cela a augmenté l'efficacité de mes interventions psychologiques auprès de mes patients », explique le D^r Wilfrid Boisvert, médecin de famille de Laval. Lui-même applique d'ailleurs plusieurs principes de cette thérapie dans sa propre vie. EG

Pour en savoir plus sur la méthode, on peut consulter *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*, le nouveau livre du D^r Louis Chalouit, psychiatre québécois (Voir p. 125). EG

Renouvellement des avis de nomination sans condition

Un hôpital peut-il obliger un médecin à faire des tâches supplémentaires pour obtenir le renouvellement de son avis de nomination ? Non, et cette démarche est même illégale. « On ne trouve à nul endroit dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) que le renouvellement d'une nomination puisse être lié à une modification obligatoire des privilèges et des obligations d'un médecin », explique M^e Pierre Belzile, directeur du Service juridique de la FMOQ.

Selon l'avocat, une demande de renouvellement de l'avis de nomination ne peut être refusée qu'en raison de problèmes liés aux qualifications, à la compétence ou au comportement du médecin. Il est cependant possible de modifier les tâches d'un médecin dans un service. Les autorités de l'établissement de soins et le clinicien peuvent, d'un commun accord, décider que les activités de ce dernier seront différentes. « La LSSSS ne prévoit cependant pas que cette modification puisse être imposée de façon unilatérale. » EG

Une citation à comparaître ? Que faire ?

Quand un médecin reçoit une citation à comparaître à la cour, il n'a souvent aucune idée de son expéditeur. Est-ce l'avocat d'un patient ? Celui d'un employeur ? Le procureur de l'ex-mari d'une patiente ?

« La première chose à faire est de déterminer l'auteur de la citation à comparaître et les raisons de la convocation, recommande M^e Christiane Larouche, avocate à la FMOQ. Comme il s'agit d'un ordre de la cour, on ne peut pas simplement le mettre de côté. »

Le médecin doit donc appeler l'avocat dont le nom apparaît sur la citation à comparaître. Cela lui permettra, entre autres, de vérifier si sa présence est vraiment nécessaire. Dans certains cas, le dépôt du dossier du patient, avec le consentement de ce dernier et de l'autre partie, peut être suffisant. Pour éviter de témoigner, le médecin peut même effectuer une transcription dactylographiée de ses notes.

S'il doit assister au procès, le médecin peut convenir avec l'avocat de certains arrangements. Peut-on lui préciser le moment de son témoignage pour n'être présent que pendant la demi-journée où il témoignera ? L'avocat peut-il, par ailleurs, l'appeler quelques heures avant sa comparution pour qu'il n'attende pas toute la journée ?

Au cours de sa conversation avec l'avocat, le médecin doit cependant faire très attention et s'en tenir aux modalités entourant sa présence à la cour. « Le clinicien n'a pas carte blanche pour discuter du dossier en long et en large. Il est tenu au secret professionnel jusqu'à ce qu'il en soit relevé par son patient ou par la cour », rappelle M^e Larouche. EG

femmes socioéconomiquement défavorisées ou victimes de violence. La D^{re} Jiminez a également fondé la Maison bleue, un programme pour les femmes enceintes qui présentent de grands risques de problèmes psychosociaux. L'omnipraticienne est aussi, à temps partiel, directrice des services professionnels à Puvirnituk. Là, elle a aidé les sages-femmes autochtones à faire reconnaître leur formation par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

La D^{re} Cherniak, du CLSC de Sherbrooke, est elle aussi une généraliste exceptionnelle. Éprise de justice sociale, elle s'est battue pour le libre choix en matière d'avortement et a travaillé pour aider les femmes victimes de violence. Elle a fait partie de groupes communautaires, de comités gouvernementaux et d'associations médicales. Elle s'est intéressée au VIH chez les femmes enceintes, aux conditions de vie des immigrantes, aux nouvelles technologies de reproduction. En médecine, elle pratique avec passion et compassion, que ce soit auprès des nouveau-nés, des enfants ou des adultes. Titulaire d'une maîtrise en santé des femmes, elle enseigne aussi et est l'auteur de textes scientifiques et de vulgarisation.

« Ces trois omnipraticiennes se sont toutes engagées dans la collectivité, souligne le D^r Dion. La pratique en CLSC favorise d'ailleurs ce type de contribution, en raison des liens plus étroits avec les autres intervenants en périnatalité et les organismes communautaires. »

Le D^r Jean Grégoire **médecin** **de famille de l'année**

Francine Fiore

Le D^r Jean Grégoire a récemment été nommé « Médecin de famille de l'année ». Décerné par le Collège québécois des médecins de famille, ce prix constitue une importante reconnaissance des pairs et souligne l'ensemble de la carrière de médecins extraordinaires. Et le D^r Grégoire est de ceux-là !

Pratiquant à Saint-Georges-de-Beauce, le D^r Grégoire partage son temps entre le Centre de

santé et de services sociaux de Beauce et la clinique familiale du même endroit. Il traite des patients à l'hôpital, pratique des accouchements et est coordonnateur à l'enseignement médical.

En plus de son importante participation à l'organisation hospitalière, le D^r Grégoire laisse une marque indélébile dans le domaine communautaire. En effet, il s'est engagé dans tout ce qui concerne la périnatalité. Il a entre autres contribué à la campagne provinciale d'information sur l'importance de tourner les bébés sur le dos, réalisée il y a quelques années. « Cette intervention a permis de diminuer de moitié le taux de mortalité attribuable au syndrome de mort subite du nourrisson, rappelle-t-il. Aujourd'hui, coucher le bébé sur le dos est devenu une pratique reconnue et fait partie des mœurs. »

Le D^r Grégoire a aussi participé à la promotion de la prise d'acide folique chez la femme enceinte pour prévenir le spina-bifida et d'autres malformations congénitales. En plus de collaborer à des projets de recherche en périnatalité, le D^r Grégoire a également contribué à la création d'un réseau provincial d'enseignement de la réanimation néonatale.

Un médecin qui s'investit

Avec son épouse, l'infirmière **Marie-Paule Gagnon**, et des amis, le D^r Grégoire a fondé un club d'entraide pour les jeunes parents. « Le Club Parentaïde est une sorte de club social qui fonctionne depuis une quinzaine d'années, précise le médecin. L'idée originale repose sur le fait que les gens peuvent s'aider entre eux, sans l'apport obligatoire d'un professionnel, tout simplement en luttant contre la solitude et l'isolement. »

Plus récemment, le D^r Grégoire s'est consacré au développement de l'enseignement de la médecine familiale en région. « Nous avons réalisé un projet conjoint avec l'unité de médecine familiale de Lac-Etchemin. En plus des stages, nous offrons toute la résidence en médecine familiale en région. »

Selon le D^r Grégoire, le médecin de famille idéal est celui qui va sur le terrain et s'engage dans sa

(Suite à la page 109) >>>>



D^r Jean Grégoire

◀◀◀ (Suite de la page 21)

collectivité. « Il ne fait pas que constater ce qui ne va pas, dit-il. Il s'investit et tente de trouver des solutions aux problèmes. En plus de la pratique clinique, il est important de faire partie de la vie de la communauté. » Quant au peu d'effectifs en médecine familiale, le D^r Grégoire estime que cette situation peut être due à une mauvaise perception de la pratique. « Je crois que nous devons travailler à mieux faire connaître la médecine familiale et montrer aux jeunes que ce domaine est important et intéressant. »

Le prix « Médecin de famille de l'année » souligne donc l'ensemble de la carrière du D^r Grégoire et son engagement social et communautaire. « Je travaille toujours en équipe. Lorsque je travaille seul, je m'ennuie ! » précise-t-il. 📧

La Médaille du mérite de l'AMLFC décernée au D^r Gilles Julien

Francine Fiore

L'Association des médecins de langue française du Canada (AMLFC) a remis la Médaille du mérite au **D^r Gilles Julien**, pédiatre, pour son engagement envers les enfants et la défense de leurs droits.

Exerçant la pédiatrie sociale depuis plus de trente ans, le D^r Julien est co-fondateur du centre Assistance aux enfants en difficulté d'Hochelaga-Maisonnette ainsi que du Centre de services préventifs de Côte-des-Neiges. Il a également créé la Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale.

« Je voulais créer une approche pédiatrique se situant près des enfants en difficulté victimes de la morbidité sociale. De plus, ces centres contribuent à la formation en pédiatrie et en médecine familiale, car le développement de cette discipline passe par les omnipraticiens dont nous avons besoin », précise le médecin.

Au cours de sa carrière, le D^r Julien a été, entre autres, directeur du Département de santé communautaire de



D^r Gilles Julien

(Suite à la page 113) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 109)

l'Hôpital Sainte-Justine et de l'Hôtel-Dieu de Montmagny. Il a aussi été responsable du secteur Santé des Inuits du Nord québécois au Centre hospitalier de l'Université Laval. Actuellement, il enseigne aux facultés de médecine de l'Université de Montréal et de l'Université McGill.

Ce prix s'ajoute aux nombreuses récompenses décernées au D^r Julien, dont le prix *Médecin de cœur et d'action* de l'AMLFC (2004) dans la catégorie *Médecin du domaine humanitaire*. « C'est un honneur pour moi de recevoir la reconnaissance de mes pairs. En plus, l'AMLFC nous offre un soutien pour la formation médicale et contribuera à recruter des médecins intéressés à la pédiatrie sociale dans les différentes régions du Québec. » En effet, le gala de l'AMLFC a pris l'allure d'un gala-bénéfice au profit de Fondation pour la promotion de la pédiatrie sociale afin de soutenir des projets de pédiatrie sociale. ☺

Le prix Hélios Lauréate : la D^{re} Johanne Blais

Francine Fiore

Le prix Hélios, décerné par le Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Laval, a été remis à l'un de ses professeurs titulaires de clinique, la **D^{re} Johanne Blais**. Cette récompense lui a été remise afin de souligner son engagement exceptionnel à l'extérieur de la Faculté.



D^{re} Johanne Blais

Médecin et enseignante à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Saint-François-d'Assise, à Québec, la D^{re} Blais est coordonnatrice des partenariats interfacultaires et chargée de projet pour le Centre de développement professionnel continu de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Elle a rédigé plusieurs articles médicaux, participé à de nombreuses conférences et publié récemment deux livres portant sur la santé des femmes. Elle anime également maintenant l'émission de télévision *Toc Toc Docteur*, au Canal Vie. ☺

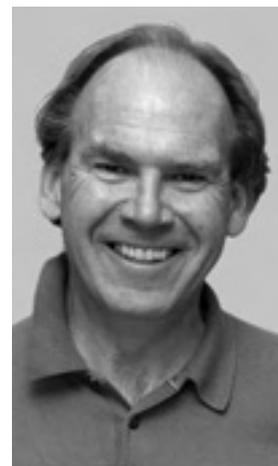
(Suite à la page 115) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 113)

Le « *President Award* » remis au D^r Timothy Allen

Francine Fiore

Le prix *President Award* a été remis au D^r Timothy Allen, professeur titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec lors du congrès de l'Association



D^r Timothy Allen

canadienne des médecins d'urgence. Ce prix national reconnaît une contribution importante à l'Association et à ses membres.

Véritable pionnier, le D^r Allen est devenu, en 1973, le premier Canadien à être diplômé d'un programme américain de médecine d'urgence. De retour au Québec, il a travaillé sans relâche, avec ses collaborateurs, à faire reconnaître la médecine d'urgence en tant que spécialité. Au Département de médecine familiale, il a participé à la création et au développement de la section de médecine d'urgence et à la reconnaissance de cette discipline comme champ de formation universitaire. De plus, le D^r Allen a fondé les deux premiers programmes francophones de résidence en médecine d'urgence. Il a également reçu le prix Polaris du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence. 🏆

(Suite à la page 119) ▶▶▶

◀◀ (Suite de la page 115)

Le Prix Gaïa décerné au D^r Régnald Bergeron

Francine Fiore

Le D^r Régnald Bergeron a reçu récemment le Prix Gaïa de la Faculté de médecine de l'Université Laval où il est professeur titulaire au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence et vice-doyen au développement stratégique. Cette récompense souligne l'engagement à long terme d'un membre du Département et sa persévérance dans l'enseignement. Le D^r Bergeron a été un modèle tant pour les résidents que pour les autres enseignants par la continuité et la stabilité de sa participation. 📣



D^r Régnald Bergeron

Soins de première ligne

Étendue des activités médicales exercées par l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne

De l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du Collège des médecins du Québec



Autres temps, autres mœurs. L'ère des superinfirmières est arrivée. Et nouvelle technologie oblige, leur mode de pratique est entre autres dans Internet. Facile et rapide à consulter en tout temps, le document porte sur les champs d'action de cette nouvelle génération de professionnels de la santé.

Rédigé en collaboration par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ), ce guide décrit en détail toutes les activités médicales que peut exercer l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

On y indique son rôle et ses responsabilités, dont la promotion de la santé, la prévention, l'évaluation des patients, la gestion des problèmes courants et des maladies chroniques, ainsi que le suivi de grossesse. L'infirmière praticienne peut prescrire certains examens diagnostiques, dont des examens radiologiques, des analyses de laboratoire, des médicaments ou des traitements médicaux. L'ouvrage mentionne également les différentes activités réservées que le médecin de famille et l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne peuvent partager ou non. Par ailleurs, les aspects légaux et l'encadrement de cette nouvelle forme de pratique sont précisés dans un langage facile d'accès.

En outre, deux documents d'accompagnement sont disponibles, soit le *Guide pratique d'élaboration d'une entente de partenariat entre une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne et un ou plusieurs médecins*, conçus par la FMOQ, ainsi qu'un texte portant sur l'*Entente de partenariat entre l'infirmière praticienne spécialisée et le médecin partenaire*, rédigé par l'OIIQ.

M^e Christiane Larouche, avocate à la FMOQ, et le **D^r Yves Langlois**, omnipraticien au Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville et membre du Bureau de la FMOQ, ont apporté leurs connaissances et leur expérience en tant que consultants à cet outil précieux dans l'organisation des soins.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et Collège des médecins du Québec, Montréal, 2008, 91 pages, 20 \$ pour les membres de l'OIIQ et 24 \$ pour les non-membres. On peut également trouver le document dans les sites Internet du CMQ et de la FMOQ.

La thérapie cognitivo-comportementale

Théorie et pratique

De Louis Chaloult



Pas toujours facile d'être bien dans sa tête et dans sa peau. Dans bien des cas, les perturbations émotives influencent et dérangent le comportement. Cet ouvrage propose alors l'aide de la thérapie cognitivocomportementale.

Qu'il s'agisse de problèmes comme les troubles de l'humeur et l'anxiété, la dépression, la schizophrénie, les troubles alimentaires, le trouble bipolaire, le trouble

panique avec agoraphobie, l'insomnie, la toxicomanie, la dépendance, la peur du danger ou de la maladie, l'inhibition émotionnelle, le pessimisme ou les différentes formes de contrôle, la thérapie cognitivocomportementale peut en aider plusieurs. En effet, ce livre est destiné autant à l'intervenant qu'au patient et à ses proches. La technique y est expliquée dans son ensemble et ses détails.

Présentant les principes fondamentaux de la thérapie cognitivocomportementale, ce livre décrit aussi les principaux modèles théoriques qui ont servi à son élaboration, son historique ainsi que les indications cliniques chez l'adulte, mais aussi chez l'enfant et l'adolescent. En outre, ce livre comprend de nombreux exemples, études de cas et exercices pratiques (grilles d'entrevue, questionnaires, etc.) que l'on peut aussi trouver sur le site www.cheneliere.ca/chaloult.

L'ouvrage, qui constitue une référence sur le sujet, a été rédigé par le **D^r Louis Chaloult**, psychiatre à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert-Prévost, en collaboration avec la **D^{re} Thanh-Lan Ngo**, psychiatre au même endroit, le **D^r Jean Goulet**, psychiatre à la Cité de la Santé de Laval, et **M. Pierre Cousineau**, psychologue de Montréal.

Gaétan Morin éditeur, Les Éditions de la Chenelière, Montréal, 2008, 360 pages, 54,95 \$.

Le nouveau défi alimentaire de la femme

de Louise Lambert-Lagacé



Plats cuisinés, présentés sous vide ou congelés, comptoirs d'alimentation rapide, barres de céréales, le prêt-à-manger à la cote ! Mais achetés à l'extérieur du foyer ou pris au restaurant, ces repas ont souvent perdu de leur valeur nutritive. Le monde moderne de l'alimentation comprend également de nouveaux produits et suppléments qui constituent un vrai casse-tête. Comment s'y retrouver ?

Soulignant le 20^e anniversaire du *Défi alimentaire de la femme*, cet ouvrage reprend les grands concepts d'une bonne alimentation au féminin et apporte de nouvelles réponses afin de remédier aux lacunes qui persistent. L'auteur, **M^{me} Louise Lambert-Lagacé**, sommité en matière de nutrition, révèle des trucs afin d'améliorer le menu de la femme d'aujourd'hui, peu importe son âge. Par exemple, elle favorise les aliments riches en protéines, en fer et en magnésium. De plus, elle souligne l'importance de la vitamine D, notamment pour l'angiogenèse et l'apoptose dans la prévention des cancers. L'ouvrage fait également le point sur les autres suppléments.

Afin de concrétiser le tout, la nutritionniste propose des recettes rapides et faciles à concocter. En outre, des tableaux révèlent le contenu calorique des aliments mangés à la maison ou offerts au restaurant, et même des différents cafés que l'on boit.

Les Éditions de l'Homme, Montréal, 2008, 208 pages, 21,95 \$.

Manuel clinique des psychothérapies de couple

Sous la direction de John Wright, Yvan Lussier et Stéphane Sabourin



Dans un couple, le bonheur ne fait pas bon ménage avec la détresse et la tristesse. Il ne suffit pas de s'aimer. Il faut s'entendre. Par conséquent, il arrive qu'une thérapie de couple s'impose.

Rédigé par des experts québécois et américains, cet ouvrage destiné aux couples en péril et aux thérapeutes est à la fine pointe des

connaissances de la psychologie du couple d'aujourd'hui. Les auteurs revoient les dilemmes diagnostiques, thérapeutiques et déontologiques les plus complexes. Des stratégies d'évaluation et d'intervention innovatrices, adaptées aux nouveaux rapports amoureux, y sont présentées de manière claire et précise. Ainsi, qu'il s'agisse de relations traditionnelles, d'unions avec ou sans cohabitation, de familles recomposées, de couples du même sexe et de couples en processus de séparation, chaque situation est explorée.

Les auteurs discutent entre autres de la fragilité de l'engagement, de l'intimité, de la sexualité, des facteurs de stress conduisant à l'insatisfaction conjugale, etc. Par ailleurs, les ruptures précoces, la violence, les agressions sont aussi abordées, tout comme la détresse des enfants qui se retrouvent au milieu du chaos.

Cet ouvrage de référence fait également état des troubles mentaux souvent associés ou responsables des troubles conjugaux. De nombreuses présentations de cas témoignent de situations vécues. Les auteurs y indiquent la conduite à suivre lors des entretiens cliniques avec les couples et des démarches que ces derniers doivent entreprendre.

Les Presses de l'Université du Québec, Québec 2008, 855 pages, 85 \$.