



Future médecin, future mère un difficile défi - I

Emmanuèle Garnier

Le phénomène de la grossesse pendant la résidence risque de devenir de plus en plus fréquent. Les jeunes femmes sont maintenant majoritaires dans les facultés de médecine et certaines, à cause de leurs longues études, se sentent pressées par les années. Avoir un enfant pendant la résidence est réalisable, mais n'est pas sans difficulté, car tant la formation que la maternité a ses exigences.

L'HORLOGE BIOLOGIQUE AVANCE. Les futures omnipraticiennes et spécialistes l'observent du coin de l'œil à mesure que leurs études progressent. Un premier baccalauréat pour certaines : 21 ans. Ensuite, les études en médecine : 26 ans. Puis la résidence : entre 28 et 32 ans.

« Les années jouent contre nous si l'on finit d'étudier à 32 ans et que l'on ne parvient pas à devenir enceinte tout de suite. C'est ce qui m'a décidée à avoir un enfant pendant ma résidence », explique la **D^{re} Marie-Pierre Dumas**, 30 ans, de retour d'un congé de maternité. Résidente en médecine familiale, après une incursion en anesthésiologie, elle a d'abord fait des études en physiothérapie.

« Malheureusement, les facultés hésitent parfois à prendre des jeunes qui sortent du cégep.

On les envoie faire un baccalauréat ou une maîtrise avant. Bien des étudiantes arrivent donc plus âgées », indique la **D^{re} Diane Francœur**, chef du Service d'obstétrique-gynécologie au CHU Sainte-Justine, à Montréal. Au Canada, le quart des étudiants acceptés en médecine en 2006 avaient déjà fait des études universitaires.

Le phénomène de la grossesse chez les résidentes risque de s'amplifier aussi parce que les femmes ont commencé à envahir plusieurs spécialités. Au Québec, elles occupent 100 % des places de résidence en rhumatologie, 88 % en gériatrie, 88 % en dermatologie, 86 % en endocrinologie, selon les données de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). En médecine familiale, elles représentent 73 % du groupe.

Entrer dans un monde d'imprévu

Le défi qui attend les résidentes à l'orée de la maternité est de taille. Tant la formation médicale que la grossesse a ses exigences. Et la fusion des deux produit des situations parfois imprévisibles. Sur le plan médical, par exemple, les résidentes enceintes auraient un risque un peu plus grand de travail prématuré, de prééclampsie et de retard de croissance fœtale, selon certaines études.

« Toutes les femmes qui travaillent plus de 35 heures par semaine courent plus de risques, c'est indéniable. Ces risques sont reconnus pour n'importe quelle femme enceinte qui doit rester debout longtemps ou qui a des périodes de travail prolongées. La majorité des résidentes, cependant, ont des grossesses normales où tout va bien », assure la D^{re} Diane Francoeur, également présidente sortante de l'Association des obstétriciens et gynécologues du Québec.

Devenir enceinte pour une résidente, c'est par ailleurs entrer dans un monde d'imprévu où les règles du jeu changent soudainement. « Jusqu'alors, la résidente avait toujours excellé en tout et tout réglé, et là ça ne marche plus. Il faut accepter que lorsqu'on va avoir un enfant, on ne puisse plus tout décider. On subit. Si cela va bien, tant mieux, mais si ce n'est pas le cas, le bébé passe avant tout », avertit la gynécologue-obstétricienne.

L'un des plus grands problèmes de bien des résidentes enceintes est la fatigue. « Comme toutes les femmes, on a une période de fatigue extrême entre la 10^e et la 15^e semaine. Et à un moment où l'on est plus épuisée que jamais, on nous demande d'être aussi performante », indique la D^{re} Dumas qui était en troisième année de résidence en anesthésiologie quand elle est devenue enceinte.

Le plus difficile ? Les longues journées debout, mais surtout les gardes. « On peut être 24 heures à courir d'un côté et de l'autre dans l'hôpital, à essayer de répondre à tous les appels et à ne pas vraiment avoir le temps de se reposer ni de manger à des heures régulières. Parce qu'à l'hôpital, la priorité ce sont les patients. Tant qu'il y a des cas urgents, on ne peut pas se permettre d'aller manger.

Ce n'est toutefois pas normal pour une femme enceinte. »

Il y a également les nausées. « On ne se sent pas bien, mais on ne veut pas être celle qui se plaint. C'est un milieu qui fonctionne beaucoup comme ça », reconnaît la D^{re} Dumas.

Heureusement, à partir de la 20^e semaine de grossesse, les résidentes peuvent être exemptées des gardes, grâce à l'entente collective négociée par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ). Lorsqu'elles ne sont pas de garde, elles ne devraient pas travailler plus de huit heures par jour, et ce, dès le début de la grossesse. L'Entente leur octroie également deux jours de congé consécutifs par semaine.



Photos : Emmanuelle Garnier

L'extrémité sombre du spectre : les retraits préventifs

Les malaises de la grossesse peuvent rendre la résidence très difficile. « Quand c'est trop dur, on recommande aux résidentes de sauter une année et de finir plus tard tout simplement », dit la D^{re} Francoeur. Mais l'objectif de la plupart est de terminer le plus tôt possible. C'est ce que visait aussi la D^{re} **Maxine Dumas Pilon**, qui faisait sa résidence en médecine familiale pendant sa grossesse. « Je suis maintenant superviseure et je regarde mes résidentes enceintes. La plupart ont le même réflexe. On a hâte de finir. On se dit qu'on va passer au travers. »

La D^{re} Dumas Pilon a eu la chance d'avoir une

grossesse facile au cours de sa résidence. « Oui, c'est une période exigeante. Mais comme je n'ai pas eu de complications médicales, cela n'a pas été si difficile que ça de continuer à vivre et de faire ce qu'il y avait à faire. J'ai performé dans les limites de ce qui était acceptable », se rappelle-t-elle.

Parfois, l'esprit veut poursuivre, mais le corps se révolte. À la 28^e semaine de grossesse, la D^{re} Marie-Pierre Dumas, elle, a dû cesser de travailler. À la fin de chaque journée, elle avait des problèmes d'arythmies. « Mon cœur s'emballait. C'était vraiment lié à la fatigue. Dès que j'avais de grosses journées où j'étais debout longtemps, cela commençait. » Elle s'est sentie soulagée quand son médecin lui a prescrit un retrait préventif. « Initialement, mon but était de continuer jusqu'à la 35^e semaine. Mais *a posteriori*, je vois mal comment j'aurais pu le faire. »

La D^{re} Claudine Lamarre, jeune chirurgienne, a elle aussi dû cesser de travailler au cours de sa première grossesse pendant sa résidence. À 24 semaines, elle commençait déjà à avoir des contractions. « On se demande : est-ce que je vais entrer en travail prématurément ? Je n'arrivais plus vraiment à opérer, parce que dès que je faisais une torsion du corps ou que j'adoptais une position peu ergonomique, j'avais davantage de contractions ». La situation a été difficile à accepter. « J'étais très déçue. On se dit : comment ça se fait que moi je n'en suis pas capable ? On ressent ça un peu comme une faiblesse, même si ce n'en est pas une. »

Les médecins qui suivent ces jeunes femmes sont très prudents. « Dès qu'il y a des contractions, on ne court pas de risque. On met les résidentes au repos tout de suite », indique la D^{re} Francœur, qui a elle-même suivi des résidentes. Les complications sont néanmoins relativement rares. Parmi les dix dernières résidentes enceintes dans son service, la gynécologue-obstétricienne n'en a vu qu'une seule avoir des problèmes.

L'exigeant retour au travail

La grossesse n'est souvent pas la partie la plus difficile. Le retour au travail est plus exigeant encore. Les résidentes, maintenant mères d'un tout petit bébé, doivent reprendre leur vie d'avant. Réunions matinales, consultations, urgences, responsabilités.

Mais dorénavant il y a la vie familiale, les besoins de l'enfant et les impératifs domestiques. « Souvent dans les spécialités très exigeantes, la grossesse est moins populaire à cause de cela », indique la D^{re} Francœur.

Pour certaines, c'est un véritable choc. Il y a huit ans, la D^{re} Isabelle Gingras, alors résidente en anesthésiologie, est retournée au travail alors que son fils avait 7 mois. « Je partais le matin vers 6 heures pour aller faire ma tournée et je rentrais vers 18 ou 19 heures. J'allaitais mon bébé, puis j'allais le coucher. Je n'avais donc pas le meilleur de lui. C'était difficile », se rappelle-t-elle.

Physiquement, elle était épuisée. La nuit, son fils se réveillait toutes les heures et demie et pleurait. Et tous les cinq jours, elle devait faire des gardes de 24 heures. Elle n'arrivait jamais à récupérer.

Et puis il y a eu la goutte qui a fait déborder le vase. Un déclic brutal. Un jour, elle a dû s'absenter pour amener l'enfant chez le pédiatre. À son retour, une secrétaire a exigé qu'elle déduise ses heures d'absence de sa banque de congés, alors qu'elle travaillait déjà plus de 80 heures par semaine. « Je me suis dit que

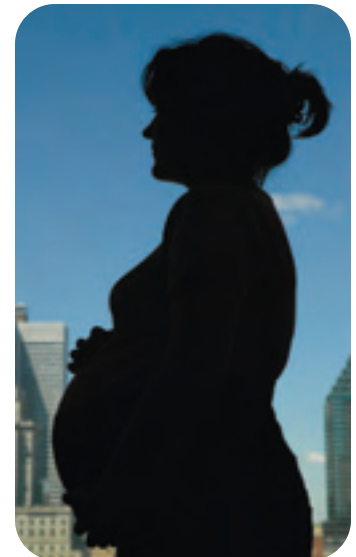
je ne voulais pas, pendant cinq ans encore, être dans une situation où je n'avais aucune marge de manœuvre pour ma famille, où je devais être au bloc opératoire à telle heure jusqu'à telle heure, où dès qu'il y avait un imprévu à cause de mon enfant tout le système était déstabilisé. »

La résidente s'est donc réorientée vers la psychiatrie.

Quand elle a eu son deuxième enfant, pendant sa formation de psychiatre, l'expérience a été totalement différente. Les horaires étaient beaucoup plus souples. « Je pense qu'il y a des spécialités qui sont plus compatibles avec la maternité, en tout cas durant la résidence. »

La D^{re} Marie-Pierre Dumas, elle, avait fait des démarches pour passer de l'anesthésiologie

(Suite à la page 11) >>>



◀◀◀ (Suite de la page 3)

à la médecine familiale avant même d'être enceinte. « Je trouvais que la médecine familiale correspondait plus à la réalité que je cherchais. »

D'autres résidentes, par contre, apprennent à vivre la maternité différemment. Cela a été le cas de la D^{re} Lamarre. Les yeux des jeunes résidentes s'écarquillent toujours quand elles apprennent qu'elle a eu deux grossesses pendant la formation si exigeante de chirurgienne. Elles veulent savoir : n'a-t-elle pas eu pas l'impression d'être une mère absente pendant sa résidence ? « Je réponds que j'ai d'abord eu la chance d'avoir un long congé de maternité de 9 mois où j'ai donné tout mon temps à ma fille. Par la suite, mon mari en a peut-être fait plus que moi, mais cela lui a permis de tisser un très bon lien avec l'enfant. Il faut être capable de laisser aller. Mon lien avec ma fille est demeuré très fort. La nuit, quand elle se réveille parce qu'elle a des cauchemars, c'est maman qu'elle appelle », dit la spécialiste qui est revenue de son second congé de maternité il y a sept mois.

Il y a toutefois des conditions pour vivre une maternité heureuse pendant la résidence : être très bien organisée et très bien entourée. Il faut savoir que les ressources d'une jeune femme seule ne sont pas suffisantes. « Contrairement à Madame Tout-le-Monde, une résidente ne peut avoir un enfant toute seule. Il faut quelqu'un pour s'occuper de l'enfant. Celles qui n'ont pas de famille ni de conjoint pour les aider vont trouver cela difficile », indique la D^{re} Francoeur.

La résidence : peut-être un moment favorable pour la grossesse

Malgré tous ses inconvénients, la résidence pourrait être une période privilégiée pour avoir un enfant. « C'est plus difficile lorsqu'on commence sa pratique, parce que nos responsabilités sont énormes. Quand on est résidente, si l'on a des complications pendant la grossesse, on s'en va et

le reste de l'équipe prend la relève », explique la D^{re} Francoeur.

La D^{re} **Mélanie Mondou**, résidente en gériatrie, est d'accord. De retour depuis neuf mois d'un congé de maternité, elle voit plusieurs avantages à une grossesse durant la formation. D'abord à cause de la prise en charge de la clientèle. « Pendant mon congé de maternité, mes patients étaient suivis par le patron qui me supervisait. Si j'avais été gériatre, j'aurais dû vérifier auprès de mon service si les autres médecins pouvaient se

partager la tâche. » Ensuite, sur le plan financier, le congé de maternité qu'a négocié la FMRQ pour les résidentes est avantageux. Et pour finir, il y a la durée de l'absence. « On s'attend à un retour plus rapide pour les patronnes que pour les résidentes », précise la D^{re} Mondou.

En médecine générale, la situation semblerait différente. À l'UMF-GMF Notre-Dame du CHUM, les résidentes discutent parfois du meilleur moment pour devenir maman avec la D^{re} **Caroline Béique**, directrice du programme local de médecine familiale. «

Personnellement, je pense que c'est probablement plus simple de devenir enceinte après la résidence. Selon moi, il y a un peu plus de souplesse quand on est sortie de la formation. La résidence est plus rigide. On est là à temps plein. On ne peut pas y travailler à temps partiel. » L'omnipraticienne a elle-même choisi d'avoir des enfants après sa formation.

La D^{re} Maxine Dumas Pilon, médecin de famille, a connu toutes les situations. Elle a été enceinte pendant l'externat, au cours de la résidence et vient tout juste d'avoir son troisième enfant. Maintenant qu'elle pratique, le stress est différent. Elle a dorénavant la charge d'une clientèle, des responsabilités administratives et des tâches d'enseignement. Mais elle a réussi à s'arranger. « Je préfère cette grossesse-ci et ce contexte-ci, parce que j'ai une meilleure maîtrise de la situation. »



Photo : Emmanuèle Garnier

Un système qui s'adapte aux grossesses

Le réseau universitaire de santé devra-t-il s'adapter au phénomène de la maternité chez les résidentes ? Certaines spécialités sont particulièrement concernées. Actuellement, au Québec, parmi les dix résidents en néphrologie une est en congé de maternité, et en génétique médicale, il y en a deux sur quinze, d'après les données la FMRQ. Il y a également treize nouvelles mères en congé parmi les 643 résidents en médecine familiale.

Qu'arrive-t-il alors pour les gardes ? Normalement, quand une résidente n'en fait pas, ses collègues doivent se répartir la tâche. « S'il y a plusieurs résidentes enceintes en même temps, cela peut cependant devenir une source de conflits entre les résidents eux-mêmes ou entre les patrons et les résidents. C'est une situation à surveiller », estime la D^{re} Claudine Lamarre. La D^{re} Diane Francœur, elle, ne croit pas que le système doive changer sa manière de fonctionner. « On finit toujours par s'organiser. Les patrons sont là et s'arrangent sans résident tout simplement, même si ces derniers nous aident énormément sur le terrain. »

La formation aussi s'adapte. « Le Département de médecine familiale de l'Université de Montréal va se repencher prochainement sur la question de l'équité des gardes entre tous les résidents pour que les femmes enceintes aient une aussi bonne formation que leurs collègues », indique la D^{re} Béique. La maternité représente d'ailleurs un risque sur le plan universitaire. « On sait, en médecine familiale, que les résidents qui interrompent leur formation, que ce soit

pour une raison médicale ou un congé de maternité, ont un peu plus de risque d'échouer aux examens. »

Certaines précautions sont également prises pour la santé de la mère et de l'enfant. Lorsqu'elles apprennent qu'elles sont enceintes, les résidentes devraient voir s'il est nécessaire de modifier l'ordre de leurs stages, recommande la D^{re} Francœur. « On ne fait pas exprès de faire un stage aux soins intensifs dans les semaines où il y a des risques d'accouchement prématuré. » Certaines résidentes planifient d'ailleurs avec soin la période de leur formation où elles deviendront enceintes.

Être un meilleur médecin

Les résidentes nouvellement mères semblent très contentes d'avoir eu un enfant pendant

leur formation. Elles se relanceraient dans l'aventure, si c'était à refaire. Elles ont connu une période difficile, mais avec des lendemains heureux.

Dans certaines spécialités, l'expérience est professionnellement d'une grande richesse. Entre autres, en médecine familiale. « Je pense que la maternité fait des résidentes de meilleurs médecins sur certains plans. Elles comprennent mieux les mamans enceintes et les nouveaux parents », estime la D^{re} Béique. C'est exactement ce que ressent

Marie-Pierre Dumas. « Le fait d'avoir un enfant nous donne une autre perspective dans nos contacts avec nos patients. Je sais que cela rassure souvent les patientes qui vont accoucher de savoir qu'on est passé par là. Pour cela, je trouve que c'est une belle expérience. »

À venir dans les prochains mois : La maternité et le début de la pratique – II



Photo: Emmanuèle Garnier

Le Dossier de santé du Québec bientôt une réalité

Le projet pilote de Québec

par Francine Fiore,
avec la collaboration
d'Emmanuèle Garnier

Souhaité, voire rêvé par plusieurs depuis longtemps, le « dossier de santé du Québec » (DSQ) devrait bientôt être une réalité. Se déroulant dans la ville de Québec, la première partie du projet expérimental vise à évaluer la faisabilité, la fiabilité et l'efficacité de ce système.

Actuellement, deux cliniques, quatre pharmacies et un laboratoire d'hôpital participent au projet. Quelque 10 000 patients en font également partie, dont 1000 possèdent déjà des données dans leur dossier. Pour l'instant, le projet-pilote se limite aux médicaments prescrits, mais les premières étapes concernant les résultats d'examen de laboratoire ont commencé. Avant la fin de l'année, une deuxième région devrait se joindre au projet. D'ici la fin 2010, le DSQ devrait être présent dans une dizaine de réseaux locaux de services répartis dans de cinq à huit régions.

Le visualiseur

Le centre névralgique du DSQ est le visualiseur, soit l'ensemble des données apparaissant à l'écran de l'ordinateur. Dans un premier temps, le visualiseur a affiché la liste des médicaments, les doses, le nom du prescripteur, le numéro de code du médicament, le nombre de renouvellements, etc. Depuis février, les résultats de tests de laboratoire commencent à y être ajoutés dans le cadre de tests technologiques. Éventuellement, le DSQ comportera également la liste des allergies et des intolérances, les renseignements immunologiques (vaccins) et les données nécessaires en cas d'urgence (diabète, antécédents de transfusion, traitements particuliers, etc.).

Une étape importante sera celle de l'ajout des

examens d'imagerie dans le DSQ. Actuellement, on en est à la numérisation. « Nous implantons des outils permettant de numériser l'imagerie dans les hôpitaux, précise le D^r André Simard, directeur général du Bureau du Dossier de santé du Québec. On doit établir une base de données qui permettra au médecin d'avoir accès à ces images. Il reste donc à fournir la numérisation aux hôpitaux qui ne l'ont pas. » Déjà, tous les établissements de soins du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de l'Outaouais et de l'Abitibi-Témiscamingue l'ont. Dans la région de Québec, l'imagerie de sept établissements est informatisée, tout comme celle du CHUS, en Estrie, et de l'Hôpital du Sacré-Cœur, à Montréal.

Depuis septembre dernier, les volets de performance et de fiabilité ont été traités en priorité. « Des modifications sont également constamment apportées au visualiseur concernant la présentation de l'information, la technique, la configuration du serveur, la télécommunication, etc. », précise le D^r Simard. L'été dernier, soit de juin à août, environ 200 bogues liés à la lenteur, à l'accès et à l'affichage ont été décelés. En janvier, il n'y en a eu que 34.

Un premier GMF et son DSQ

Le groupe de médecine de famille (GMF) Saint-Vallier, situé dans la basse-ville de Québec, a été le premier centre à participer au projet-pilote du DSQ. Quatre médecins y vérifient les données inscrites par trois pharmacies concernant 5000 patients du GMF. « Actuellement, nous procédons à des tests de



D^r André Simard

Photo : Emmanuèle Garnier



D^r André Fréchette

vérification, entre autres sur les données des médicaments, précise le **D^r André Fréchette**, médecin de famille responsable du GMF Saint-Vallier. Nous évaluons l'information, la rapidité avec laquelle on y accède, la répartition des renseignements sur l'écran, etc. » Bientôt, les médecins vérifieront également les entrées des résultats d'examen de laboratoire effectués au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ).

Déjà, les médecins du GMF Saint-Vallier ont apporté plusieurs corrections, notamment à l'affichage des données du DSQ et au langage utilisé. « Il n'y avait pas d'uniformité d'une pharmacie à l'autre, déclare le D^r Fréchette. En plus, nous recevions souvent des informations relevant plus du langage des pharmaciens que de celui des médecins. Par exemple, pour le nombre de renouvellements d'une prescription, on veut que l'information indiquée soit utile non seulement au pharmacien, mais aussi au clinicien. Il faut que ce soit le nombre de renouvellements restant. »

Selon le D^r Fréchette, le DSQ se révèle un progrès des plus intéressants. Il permettra aux médecins de vérifier rapidement certaines données. « Nous pourrions connaître les médicaments que prend le patient, comparer le traitement en cours avec les précédents, obtenir rapidement les résultats d'examen, vérifier la fidélité au traitement, etc. De nos jours, tout est informatisé, mais en médecine nous sommes restés à l'âge de pierre dans ce domaine. »

Négociations avec la FMOQ

Le DSQ n'est pas difficile à comprendre. Parmi les difficultés possibles pour les utilisateurs, le D^r Fréchette souligne la perte du mot de passe ou sa mauvaise utilisation et la difficulté à trouver le bon fichier. En fait, les mêmes problèmes que dans tout apprentissage informatique. « Il faudra de l'information et une formation pour les utilisateurs du DSQ, dit-il. À mon avis, tous les médecins du Québec devraient avoir accès gratuitement au DSQ. »

Certains cliniciens ont, par ailleurs, déjà leur propre dossier informatique contenant leurs

notes de consultation. Le D^r Fréchette estime qu'il n'est pas souhaitable de fonctionner avec deux systèmes parallèles. Cependant, certains patients refusent de participer au DSQ. Il faut donc trouver un moyen de conserver les données concernant leurs médicaments ainsi que leurs résultats d'examen de laboratoire et d'imagerie et d'y avoir accès rapidement.

Selon le D^r Fréchette, l'idéal serait la création d'un dossier-patient informatisé complet et universel pour chaque Québécois. Tout s'y trouverait : les antécédents, les consultations en spécialité, les notes sur l'hospitalisation, les médicaments, les résultats d'examen, etc. « Il serait également souhaitable de faire glisser des données du DSQ dans le dossier informatique du médecin. Actuellement, la situation est ambiguë sur ce plan. On ignore si cela est permis. »

Par ailleurs, il faudrait que la rémunération du médecin suive le tournant technologique de la pratique. « La rétribution des omnipraticiens doit tenir compte de l'utilisation du DSQ, estime le D^r Fréchette. On pourrait bonifier la rémunération des médecins utilisateurs du DSQ, comme on a bonifié celle des médecins en GMF. Toutefois, les omnipraticiens qui n'utiliseront pas le DSQ ne doivent pas être pénalisés. »

Tournez le dos à la lombalgie en DVD

Le document audiovisuel *Tournez le dos à la lombalgie* est maintenant offert non seulement en vidéo-cassette, mais aussi en DVD. Il s'agit du document associé au « Rapport de prise en charge d'une lombalgie » pour le compte de la CSST (code 09975). On peut se procurer la version anglaise ou française en remplissant le bon de commande que l'on trouve au www.fmoq.org (voir *Services aux membres, puis Formulaires et documents*).

pratico-pratique

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

Y a-t-il un médecin dans l'avion ?

Un médecin est-il obligé de porter secours à une personne malade dans un avion ? « Au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne stipule que "toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril", qu'elle soit médecin ou non », explique M^{re} **Christiane Larouche**, avocate à la FMOQ.

Par contre, dans certains pays, et par conséquent dans leur espace aérien, l'aide à une personne en danger n'est pas une obligation légale. La question de porter secours à un passager est alors davantage une question d'ordre moral. Le médecin qui intervient doit cependant savoir que la couverture offerte par l'Association canadienne de protection médicale ne lui est pas assurée à l'étranger. « On recommande aux médecins de limiter les soins médicaux au "secourisme avancé" et de transférer le malade à un médecin du pays à l'arrivée », conseille M^{re} Larouche.

Au Québec, le médecin, comme toute autre personne, ne sera pas tenu responsable des éventuels préjudices découlant de son intervention. La loi considérera qu'il a tenté d'agir en « bon samaritain ». C'est seulement s'il commet une faute lourde ou intentionnelle qu'il pourrait être responsable d'un dommage en portant secours à une personne en danger. EG

Simplifier le renouvellement des prescriptions

Comment se simplifier la vie quand il faut renouveler des prescriptions multiples ? Simplement en demandant au pharmacien, par l'intermédiaire du patient, la liste complète des médicaments de ce dernier sur une feuille type. On n'a alors qu'à signer ce document au bas de la page et à y indiquer le nombre de renouvellements. « On évite ainsi les erreurs. On en profite aussi pour vérifier tous les médicaments, entre autres ceux qui ont été prescrits par d'autres médecins », explique la D^{re} **Geneviève Dechêne**, du Groupe de médecine de famille (GMF) du Sud-Ouest, à Montréal.

Dans le cas où le rendez-vous d'un patient est retardé ou que ce dernier a rapidement besoin d'un renouvellement de prescription, on peut recourir au télécopieur pour communiquer avec le pharmacien. Une méthode encouragée par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec qui ont fait un formulaire à cette fin (voir dans le site du Collège l'annexe du document « La transmission des ordonnances de médicaments par télécopieur »). Il suffit d'y inscrire le nom du patient, sa date de naissance et le médicament à renouveler (même un narcotique) et de le signer. « Cette façon de faire permet de limiter les erreurs, de ne pas déranger le pharmacien et surtout de gagner du temps », estime la D^{re} Dechêne. EG

Mieux faire comprendre l'hypertension aux patients

Si un patient comprend bien sa maladie, il a plus de chance de bien suivre son traitement. Comment expliquer simplement, par exemple, l'hypertension et les valeurs de la pression artérielle ? Le D^r **Jean-Marc Hébert**, du CLSC-GMF Saint-Donat, a inventé une petite histoire sur deux pelleyeurs pour illustrer ces notions. L'un a une pelle en aluminium et l'autre, en acier. Le travail est plus facile pour le premier. « On peut expliquer que la pelle correspond à la « seconde valeur », qui est la pression diastolique, et que son poids doit toujours être inférieur à 90*. En haut de ce chiffre, ça force, ça fatigue à la longue. »

Pour expliquer la première valeur, la systolique, on peut dire au patient que l'un des pelleyeurs doit soulever de la neige mouillée, ce qui est lourd, et l'autre de la neige poudreuse, ce qui est beaucoup plus facile. « Le poids de la neige et de la pelle combiné ne doit pas dépasser 140*. C'est la pression systolique, le premier nombre. Tout poids excédant 140 cause une fatigue à long terme », indique le médecin. Morale de l'histoire : pour rester en bonne santé, mieux vaut avoir une pelle légère ne dépassant pas 90 mm Hg, et pelleter de la neige poudreuse qui n'augmente pas le poids à soulever au-dessus de 140 mm Hg. EG

*ou moins, selon les facteurs de risque et atteinte des organes cibles.

Entrevue avec le D^r Michel Lafrenière

Le renouvellement de la prochaine Entente générale



D^r Michel Lafrenière

Photo : Emmanuelle Garnier

L'Association des médecins omnipraticiens de Québec, présidée par le D^r Michel Lafrenière, commence déjà à se préparer aux négociations de la prochaine entente qui débiteront en 2010. Ses grandes priorités : encourager la pratique dans les CHSLD, bonifier encore la rémunération de la prise en charge et du suivi des patients et continuer à stimuler la pratique dans les urgences.

M.Q. – Les négociations pour le renouvellement de l'Entente générale

des omnipraticiens vont commencer dans un an.

Quelles sont les priorités de votre association ?

M.L. – Je pense qu'il va falloir donner un important coup de barre pour stimuler la pratique dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Dans la région de Québec, il y en a beaucoup, et on cherche désespérément des médecins pour prendre en charge les patients de ces établissements. Visiblement, les dernières mesures adoptées, même si elles ont été bien reçues par les médecins, n'ont pas eu l'effet attendu sur le recrutement des effectifs. Je pense donc qu'il va falloir non seulement encore mieux rémunérer les soins de longue durée, mais aussi être imaginatifs et trouver une nouvelle façon de mieux les intégrer à l'ensemble de la pratique des médecins de famille.

M.Q. – Les soins de longue durée sont-ils difficiles à concilier avec la pratique des médecins de famille ?

M.L. – Je pense que le problème se trouve sur le plan de l'organisation des services. La pratique dans les CHSLD est souvent un travail du lundi au vendredi. Cela peut impliquer que cette semaine-là, le médecin ne fait que ça. Vous savez notre travail est de plus en plus segmenté. On a des réunions, de la formation, on donne des consultations sur rendez-vous et sans rendez-vous, on exerce à l'urgence, on a nos activités médicales particulières et là, tout à coup, il faudrait tout arrêter pour aller travailler une semaine au CHSLD. Nous serions peut-être plus gagnants si les médecins pouvaient plus facilement y pratiquer quelques heures ou quelques jours à la fois.

M.Q. – Quelles sont vos autres priorités pour le renouvellement de l'Entente générale ?

M.L. – Je pense qu'on doit continuer à bonifier la rémunération de la prise en charge et du suivi des patients pour qu'elle devienne au moins équivalente à ce que rapportent les consultations sans rendez-vous. On pourrait majorer, par exemple, la rétribution de la prise en charge de nouvelles clientèles vulnérables. Par exemple, un patient qui se présente avec un interprète demande plus de temps, tout comme un patient en fauteuil roulant, car il est plus difficile à examiner. Je pense qu'on est bien parti en ce qui concerne la rémunération de la prise en charge, mais il faut continuer.

M.Q. – Y a-t-il d'autres secteurs qui doivent être privilégiés ?

M.L. – Oui, la médecine d'urgence. Je crois qu'on devra aussi faire un effort de ce côté-là. Pas nécessairement parce qu'un retard important s'est accumulé sur le plan financier, mais justement pour ne pas en prendre, ce qui est important.

M.Q. – Préparez-vous un cahier des demandes pour le renouvellement de l'Entente ?

M.L. – Un membre de notre Bureau s'en occupe. Il consulte les médecins sur le terrain dans chaque domaine et recueille leurs commentaires. Ces données seront ensuite acheminées au congrès syndical. Notre Bureau participe également à la réflexion.

M.Q. – Quels sont les problèmes prioritaires dans votre région ?

M.L. – Chez nous, la pénurie d'omnipraticiens est moins importante que dans d'autres régions, mais elle existe quand même. Il y a des difficultés quotidiennes dans les salles d'urgence. Les horaires de garde sont difficiles à remplir, et ce sera pire dans les prochains mois. Ce qu'on a par ailleurs observé au cours des dernières années, et qui nous irrite, c'est que les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ne tiennent pas compte des efforts qui sont faits pour remplir les horaires de garde. L'été dernier, dans notre région, les médecins d'un établissement ont donné un coup de main à ceux d'un autre établissement pour éviter une interruption des services. On n'a pas l'impression que l'effort est ensuite reconnu à sa pleine valeur lorsque vient le moment du partage des effectifs. C'est ce qui s'est passé à La Malbaie. Parce que l'on avait réussi à s'en sortir par toutes sortes de pirouettes, la situation a été considérée comme étant moins grave qu'ailleurs. On n'a pas reçu le peu d'effectifs demandés. Il faudrait pouvoir intervenir dans une région avant que ne survienne une interruption des services.

M.Q. – Y a-t-il d'autres choses à modifier dans les PREM ?

M.L. – Il est dommage que les PREM ne nous accordent pas toute

la latitude nécessaire pour mieux orienter les effectifs vers des sous-secteurs en pénurie. Il peut s'agir d'une salle d'urgence, d'une sous-région ou d'un établissement. Parfois, il suffit de l'arrivée de deux médecins pour revigorer toute l'équipe et résoudre le problème.

M.Q. – Bientôt, certains cabinets privés seront des lieux d'enseignement pour les résidents et les étudiants. Est-ce que cela vous semble intéressant ?

M.L. – C'est une voie d'avenir. On forme de plus en plus les résidents dans les CLSC, parce qu'on veut qu'ils connaissent la première ligne. Mais les soins de première ligne se font aussi et surtout dans les cabinets privés. Ce sera fort intéressant pour un résident d'y travailler. Mais ce sera aussi une expérience intéressante pour le médecin qui accueille un stagiaire. Cela va permettre aux médecins de famille de mettre leur expertise du quotidien au service de l'enseignement.

M.Q. – Est-ce qu'autour de vous des médecins semblent intéressés par ce projet ?

M.L. – C'est certain qu'il y aura beaucoup de personnes intéressées. L'enseignement doit cependant s'intégrer à nos autres activités. La majorité des médecins vont probablement attendre de voir exactement de quoi il s'agit vraiment avant de s'engager dans cette tâche.

M.Q. – Bien des mesures ont été adoptées pour aider les cabinets privés. Commencent-elles à avoir des effets ?

M.L. – Ce qui nous inquiète en cabinet privé c'est l'absence de relève. Il y a eu beaucoup de belles initiatives au cours des dernières années, notamment les GMF, les cliniques-réseau, les forfaits, les suppléments de revenu, l'inscription des patients, les forfaits pour les clientèles vulnérables, etc. Il s'agit d'une certaine forme de compensation pour la lourdeur de la tâche. Mais, en même temps, cela indique qu'il existe effectivement une lourdeur du travail en première ligne, ce qui a longtemps été nié par une grande partie du réseau de la santé.

Un de mes collègues qui pratique en établissement me disait récemment qu'il travaillait de 8 heures à 16 heures. Cet horaire lui plaît, car à 16 h 10 il a terminé. Il est rare qu'un médecin de famille finisse sa journée à 16 heures en cabinet privé. Ce dernier doit faire des appels, vérifier les résultats de tests de laboratoire, voir les cas urgents qui se sont ajoutés, remplir de la paperasse. Bien des médecins remplissent des formulaires d'assurance le soir ou la fin de semaine à la maison. Ils empiètent donc sur leur temps familial. Ce

n'est pas pour rien que la relève est difficile à trouver. Les jeunes médecins estiment qu'on leur en demande trop. Ils souhaitent avoir une pratique agréable, tout en se protégeant professionnellement. On ne peut pas travailler 60 heures par semaine tout le temps. Il faut avoir une vie familiale et une vie personnelle. Cet aspect m'inquiète.

M.Q. – La lourdeur administrative semble un problème important.

M.L. – On a l'impression que personne ne gère cette lourdeur administrative et que cela arrange tout le monde. Si un médecin veut prescrire, par exemple, une résonance magnétique, il faut qu'il remplisse lui-même le formulaire des contre-indications fourni par l'hôpital. Chaque établissement a un formulaire différent. Auparavant, une technologue le faisait à l'accueil de la radiologie, mais les centres hospitaliers ont aboli ces postes par souci d'économie. Et la demande d'examen n'est acceptée que si le document est rempli. Et qui le fait ? Encore le médecin. C'est devenu ainsi dans plusieurs spécialités médicales. Cela rend la pratique désagréable.

Il y a également un autre aspect qui devra un jour être abordé si l'on veut avoir une belle qualité de vie en médecine familiale. C'est le fait que le médecin de famille est considéré comme un dépanneur. Le patient entre dans son cabinet et lui parle de tous ses problèmes : de son asthme, de ses difficultés érectiles et de son moral qui ne va pas vraiment bien, puis il se met à pleurer. La commande n'en finit plus. Il s'agit d'un problème important dans la pratique médicale. On a l'impression que, parce qu'on est un médecin de famille, le patient peut nous demander n'importe quoi. Mais, en vingt minutes, on ne peut régler huit problèmes avec la même minutie et la même qualité d'intervention que l'on pourrait souhaiter. Cela en irrite plus d'un.

M.Q. – On négocie beaucoup la rémunération et les conditions de pratique, va-t-on en venir à négocier la qualité de vie ?

M.L. – Je crois que les spécialistes commencent à le faire. Par exemple, récemment, les anesthésistes soutenaient que leur travail consiste à surveiller une salle à la fois et non deux. Ils souhaitent que le travail soit bien fait et ils ne veulent pas prendre de risques. Un autre exemple est leur rémunération à la fois à forfait et à l'acte. Le médecin spécialiste peut ainsi être payé pour son après-midi et non pas par patient. Cela lui permet de travailler normalement et non pas à une vitesse record. Je crois qu'il faudra absolument en arriver là en médecine familiale. Il est urgent de regarder les conditions de vie et donc de pratique du médecin de famille afin qu'il se sente bien dans son travail. ☺

AMOEP départ du D^r Benoit Poulin

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Benoit Poulin

Le D^r **Benoit Poulin** a le militantisme dans le sang. Déjà, au collège, il était vice-président de l'association des étudiants ; à l'université, il était secrétaire de l'Association des résidents et des internes de Québec. Mais son plus long engagement a été à la FMOQ : 35 ans. Il a battu tous les records comme délégué. Et maintenant, il vient de mettre un terme à son activité syndicale. Pendant toutes ces décennies,

le D^r Poulin a entre autres été président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud pendant un an, mais il a surtout été à la tête de l'Association des médecins œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques au Québec (AMOEP) pendant 32 ans.

« Le D^r Poulin a été l'un des grands défenseurs des médecins omnipraticiens au Québec. Sa contribution est énorme. Il s'est battu pour l'omnipratique. C'est un homme droit, qui tient à ses idées et qui a défendu avec vigueur ses mandants. C'était un des grands piliers de la vie syndicale », estime le D^r Louis Godin, président de la FMOQ.

Le D^r Poulin a été, plus précisément, le champion d'un groupe particulier de médecins. « Ce que je désirais faire et ce que j'ai fait pendant les trente dernières années a été de lutter pour les intérêts des omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes, et, dans une certaine mesure, pour ceux qui étaient payés à tarif horaire », explique-t-il.

Des gains tous les dix ans

Fin stratège, le bouillant président de l'AMOEP a observé que tous les dix ans, il y avait dans le monde des négociations un terrain favorable pour améliorer le sort des médecins rémunérés à honoraires fixes. Début des années 1980 : première

correction. Le D^r Poulin avait proposé à cette époque que l'on compare la rétribution des omnipraticiens qu'il défendait à ceux des médecins fonctionnaires. « On s'est alors aperçu que ces derniers étaient beaucoup mieux payés que nous. » Les médecins à honoraires fixes ont donc obtenu la parité, ce qui a accru leurs revenus d'environ 20 %.

1988. Le nouveau protocole d'accord signé entre les omnipraticiens et le gouvernement ne comportait aucun gain pour les médecins rémunérés à honoraires fixes. Devant ces résultats décevants, le D^r Poulin et le président de l'Association des médecins de CLSC du Québec ont obtenu que de nouvelles négociations aient lieu pour leurs membres. Après un an de pourparlers, le D^r Poulin et ses alliés arrachent une refonte complète du mode de rétribution à honoraires fixes. « Il y a eu une amélioration des conditions d'exercice et de rémunération ainsi que des changements importants dans le calcul des congés », se souvient le président sortant, particulièrement fier de cette victoire.

Les années passent et la rémunération à honoraires fixes est de nouveau distancée par la rétribution à l'acte. En 2002 : nouvelles corrections en faveur des médecins à honoraires fixes. La leçon à retenir ? « Chaque fois qu'il y a des négociations, les médecins rémunérés à honoraires fixes doivent se battre pour ne pas prendre de retard, et même pas pour faire des gains. Pour en obtenir plus, ils doivent aller chercher des avantages en surplus. La Fédération et les membres du Bureau l'ont très bien compris », estime le D^r Poulin.

Un grand syndicaliste

En dehors des négociations officielles pour le renouvellement de l'Entente générale, le D^r Poulin a aussi réussi à remporter des victoires importantes pour ses membres, comme l'obtention du forfait pour le suivi et la prise en charge de la clientèle vulnérable dans les milieux psychiatriques, cette dernière n'ayant pas été reconnue comme telle jusqu'alors. « Cela a été une amélioration très importante de nos conditions de rémunération », estime le D^r René Pineau, qui secondait le D^r Poulin en tant que vice-président.

Toujours prêt à aider ses membres, le D^r Poulin savait aussi remporter ces petites victoires qui comptent tant sur le plan individuel. « Si un médecin était lésé, il était prêt à monter aux barricades. Et il l'a fait plusieurs fois », confirme le D^r Pineau. Pour régler les problèmes de ses membres, le D^r Poulin n'hésitait pas à communiquer avec la Fédération ou la Régie de l'assurance maladie du Québec. Il avait d'ailleurs une véritable expertise dans la rémunération à honoraires fixes. « C'est un mode de rétribution complexe. Quand des problèmes particuliers surviennent, il faut déterminer ce qui ne va pas et faire les démarches nécessaires pour les régler », indique le président sortant.

Sur le plan de la défense de l'omnipratique, le D^r Poulin s'est également battu, il y a plusieurs années, pour faire reconnaître le département de médecine générale dans tous les établissements psychiatriques. Pour le D^r Pineau, le D^r Poulin n'a pas été qu'un grand président pour l'AMOEP. « Je pense qu'il a aussi été un grand syndicaliste médical. »

Président intérimaire de l'AMOEP le D^r René Pineau

Emmanuèle Garnier



D^r René Pineau

Le nouveau président qui assure l'intérim à l'AMOEP est le **D^r René Pineau**, du Centre hospitalier Robert-Giffard-Institut universitaire en santé mentale, à Québec. Il était jusqu'alors vice-président de l'association. Ses projets ? Reprendre le flambeau du **D^r Benoît Poulin** dans les dossiers

importants de l'AMOEP. « Plusieurs, semble-t-il, sont en train d'avancer », annonce-t-il.

La grande priorité de l'AMOEP concerne le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). Actuellement, les médecins rémunérés à honoraires fixes ne peuvent verser de cotisations que pour 35 heures de travail par semaine, alors qu'ils travaillent souvent beaucoup plus. « À la retraite, cela peut représenter des sommes importantes », explique le D^r Pineau.

Un nouvel élément va maintenant faire progresser le dossier : l'AMOEP a appris que certains médecins fonctionnaires avaient le droit de verser des cotisations correspondant à 40 heures de travail par semaine, ce qui bonifie leur régime de retraite. « Cela devient une iniquité, ce qui est généralement un bon cheval de bataille pour la Fédération. Du côté du gouvernement, il semblerait y avoir une certaine ouverture pour examiner la question. »

Le RREGOP pénalise aussi les omnipraticiens payés à honoraires fixes dans les régions éloignées, car leurs revenus peuvent dépasser la limite des 138 000 \$ pour 35 heures de travail. Leurs cotisations ne reflètent donc pas leur rémunération. « Il y a un problème qui doit être examiné », estime le nouveau président.

La question des assurances constitue un autre dossier qui préoccupe l'AMOEP. Les médecins rémunérés à honoraires fixes forment un groupe de plus en plus âgé dont les primes s'accroissent continuellement. Le gouvernement, pour sa part, n'apporte qu'une contribution de 3 % de la rémunération du médecin. « Il faudrait revoir avec le ministère ce qui peut être fait », dit le D^r Pineau.

Autre dossier : l'équivalence des modes de rémunération. La rétribution à honoraires fixes est-elle vraiment équivalente à celle à l'acte ou à tarif horaire ? « On voudrait en avoir une preuve actuarielle. » Pour finir, il y a la question des heures supplémentaires à régler. « Il faut faire en sorte que les médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes ne soient plus pénalisés sur le plan financier lorsqu'ils sont obligés de faire plus d'heures en raison d'un manque d'effectifs médicaux. » Un programme chargé attend donc le nouveau président de l'AMOEP.

Le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

De Stacey Bélanger et autres



Non seulement le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) affecte les enfants, mais, dans la moitié des cas, il se prolonge à l'adolescence et à l'âge adulte. Par conséquent, il faut s'en occuper et vite !

Rédigé par des professionnels de la santé, dont les **D^{rs} Stacey Bélanger**, pédiatre, **Michel Vanasse**, neurologue, et **Gilles Pelletier**, psychiatre, cet ouvrage multidisciplinaire révèle tous les secrets du trouble de déficit de l'attention.

Les auteurs rappellent les fondements du TDAH, soit l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité. Ils précisent les causes de ce problème, discutent de son diagnostic, des aspects génétiques et de l'évaluation neuropsychologique. Ils abordent également la question des maladies psychiatriques concomitantes, comme les troubles anxieux, le trouble obsessionnel compulsif, la dépression et la perte de l'estime de soi. Les sujets atteints de TDAH ont par ailleurs souvent des troubles de comportement, comme la brutalité, l'intimidation envers d'autres personnes, la provocation à la bagarre, la cruauté physique envers les personnes et les animaux, les agressions sexuelles et la destruction de biens matériels.

D'autres problèmes sont également liés au TDAH. Ainsi, un enfant atteint de ce trouble a plus de risque de subir des blessures lors d'accidents touchant des piétons ou des cyclistes. Il est également plus exposé aux blessures graves, comme un traumatisme crânien. À l'adolescence, la conduite automobile peut être un sérieux problème pour lui. Enfin, à l'âge adulte, il peut avoir des difficultés au travail et dans ses relations sociales et affectives.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2008, 200 pages, 19,95 \$

Le système de santé et de services sociaux du Québec

De Benoît Gaumer



Voici un livre d'histoire. Celle des soins de santé au Québec. Organisé et parfois désorganisé, le système de santé québécois n'est pourtant pas né d'hier. À l'aube de ses 40 ans, il devrait être parvenu à l'âge adulte. Mais son évolution a connu et connaît encore des hauts et des bas. En voici la synthèse. Si l'on accepte 1970 comme sa date de naissance officielle, on peut dire que le système de santé a fait ses premiers pas dans les perturbations d'une

situation socioéconomique et sanitaire des plus difficile.

Médecin et historien, l'auteur de cet ouvrage, **Benoît Gaumer**, raconte cette grande odyssée de la santé sur plusieurs décennies. Puisque l'État providence plonge ses racines dans le passé, il a divisé son livre en quatre périodes, soit 1921-1946, 1947-1971, 1972-1985 et 1986-2006. Chacune tient compte des caractéristiques de la population de l'époque, de son état de santé et du cadre sociopolitique, économique et culturel. Le D^r Gaumer analyse à la fois le système de santé et le jeu de ses acteurs à chaque étape de ce rallye vers le bien-être de la population.

À travers l'histoire du système de santé, l'ouvrage raconte des moments importants, dont la naissance de l'assurance maladie, la Loi sur l'assistance médicale de 1966, la création de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les premières batailles des médecins et l'avènement du syndicalisme médical. Plus près de nous, l'auteur parle, entre autres, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des médecines douces et des centres de santé et de services sociaux (CSSS). En rappelant l'histoire du système de santé, ce livre revoit celle du Québec contemporain.

Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2008, 306 pages, 42,95 \$

L'obésité chez les jeunes

Un problème explosif

Du Dr Maurice Larocque



Préoccupée par l'élu de son cœur, Chloé, 15 ans, en a perdu l'appétit. Annabelle, elle, a 13 ans et pense manger sainement, mais ignore les gras cachés qu'elle avale constamment. Quant à Mélanie, 17 ans, elle regarde la télévision et passe beaucoup de temps devant l'ordinateur.

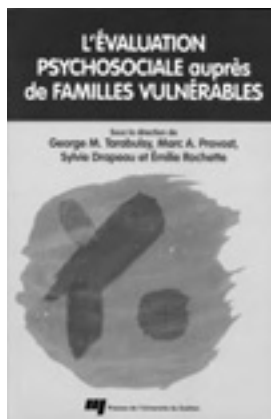
Hot-dog, hamburgers, frites et pizza, jeux vidéo et Internet composent souvent le menu quotidien et les loisirs des jeunes d'aujourd'hui. Mais l'obésité est un problème qui commence tôt. Il faut donc agir vite et bien.

Spécialiste du traitement de l'obésité, le **Dr Maurice Larocque** s'intéresse cette fois à la santé des jeunes de 12 à 20 ans. Dans un premier temps, l'auteur présente différents cas comme ceux de Chloé, d'Annabelle et de Mélanie. Puis, il explique les éléments essentiels d'une saine alimentation et discute de problèmes comme l'hypoglycémie, la boulimie et l'anorexie. Il précise par ailleurs le nombre de calories à dépenser pour perdre un kilo, les aliments à éviter, ceux qu'il faut absolument consommer, etc. Une place importante est accordée aux émotions qui perturbent le comportement.

Éditions Édimag, Montréal, 2008, 112 pages, 14,95 \$

L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables

Sous la direction de George M. Tarabulsy, Marc A. Provost, Sylvie Drapeau et Émilie Rochette



Un intervenant rencontre une famille dite vulnérable dans un quartier populaire. Sur le palier de la porte, il observe la rue, les maisons et le parc juste au coin. À l'intérieur, se trouve un enfant jouant sur le plancher devant la télévision. Rien ne doit lui échapper afin d'évaluer le milieu de vie du tout-petit.

Ce guide a pour but d'aider les intervenants et les autres praticiens à mieux comprendre les familles auprès desquelles ils œuvrent et à prendre les bonnes décisions. Fondé sur les connaissances les plus actuelles dans le domaine de l'intervention sociale, cet ouvrage, adapté au

contexte québécois, reflète les données de la recherche actuelle.

Ainsi, il est question d'environnement familial, d'adaptation parentale, de réseaux de soutien et, bien sûr, du développement cognitif, émotionnel et social de l'enfant. Les auteurs se penchent également sur la dépression chez les parents qui peut entraîner de la négligence et des abus, ainsi que le lien entre les troubles de la personnalité et les mauvais traitements infligés aux enfants. En effet, les incapacités intellectuelles, le stress, l'isolement, un statut économique faible et l'absence du conjoint ont des répercussions sur l'enfant. En outre, les auteurs présentent la théorie de l'attachement et l'interaction de l'enfant avec ses parents.

Par ailleurs, apparaissent les notions de microsystème (milieu de vie immédiat d'une personne), de mésosystème (interrelations entre les microsystèmes), d'exosystème (milieux où n'évolue pas l'acteur, mais où surviennent les événements) et de macrosystème (système de valeurs et de croyances culturelles). Les auteurs proposent aussi différents outils d'intervention, dont une grille d'évaluation.

Les Presses de l'Université du Québec, Québec 2008, 228 pages, 27 \$