

Le patient difficile

peut-on mettre un terme à la relation thérapeutique ?

Emmanuèle Garnier

Que peut faire le clinicien quand un patient est continuellement agressif ou désagréable avec lui ? D'un côté, le Code de déontologie des médecins impose certaines obligations au praticien, de l'autre, la situation peut devenir intenable et nuire au patient. Cependant, avant de rompre une relation thérapeutique plusieurs méthodes peuvent être tentées.

LA MÂCHOIRE SERRÉE, le regard mauvais, M. Tremblez ouvre d'un coup brusque la porte du cabinet. Avant même de s'asseoir, comme à son habitude, il apostrophe son omnipraticienne, la D^{re} Laliberté. « C'est toujours la même chose avec vous. Ça fait deux heures que j'attends. Il n'y a jamais moyen de vous parler quand on a un problème. La ligne est toujours occupée ou ça ne répond pas. Vos maudites pilules, elles sont pas meilleures que les autres. Elles me donnent mal à la tête... Si je n'avais pas besoin de prescription pour ma codéine, ça fait longtemps que je ne viendrai plus vous voir. »

Comme d'habitude, la D^{re} Laliberté se sent agressée, mais essaie de ne pas le montrer. Inutile de dire à M. Tremblez de ne pas appeler pendant la pause du midi, comme il le fait toujours. Ni de

lui expliquer qu'il y a eu des urgences aujourd'hui. Chaque fois, la généraliste est ébranlée par le comportement de M. Tremblez. Que faire avec ce patient ? Est-elle obligée de subir son attitude ? Peut-elle mettre fin à la relation thérapeutique ?

Il est indéniable que le clinicien qui veut cesser de suivre un patient a certaines obligations déontologiques. « Le médecin doit d'abord informer le patient que la relation thérapeutique se termine et lui en expliquer les raisons. Le médecin doit noter ces éléments dans le dossier. Il demeure toutefois responsable du suivi du patient jusqu'à ce qu'un collègue assure à ce dernier le suivi requis par son état », explique le D^r Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec.

Mais peut-on arrêter de traiter un patient simplement parce qu'il est détestable ? L'article 19

du code de déontologie mentionne que « le médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique lorsqu'il a un motif juste et raisonnable de le faire, notamment lorsque les conditions normales requises pour établir ou maintenir une confiance mutuelle sont absentes ou si cette confiance n'existe plus ». Le code précise, un alinéa plus bas, qu'une raison juste et raisonnable consiste en « l'incitation de la part du patient à l'accomplissement d'actes illégaux, injustes ou frauduleux ».

Y a-t-il d'autres cas où l'on peut mettre fin à un lien thérapeutique ? « Oui, quand il commence à y avoir une relation plus intime. Quand il y a une attirance entre le médecin et le patient. Là, il est clair qu'il faut mettre fin à la relation thérapeutique. Pourquoi ? D'une part, à cause de l'indépendance professionnelle, d'autre part, à cause du danger d'entrer dans la zone d'inconduite sexuelle », précise le D^r Robert.

La sérénité nécessaire pour soigner

Si le patient est agressif, le médecin peut-il cesser de le soigner ? Il insulte la secrétaire, intimide les autres patients, rudoie psychologiquement le clinicien. « Selon le Collège, le besoin médical du patient est la priorité et non le besoin de confort du médecin. Si le patient n'avait pas de problème, il n'irait pas consulter. Son problème peut cependant se manifester de bien des façons, par de la dépression, de l'agressivité, etc. Je peux comprendre qu'un patient qui vient d'apprendre qu'il a un cancer puisse être agressif. Tout comme un patient souffrant d'une maladie bipolaire peut avoir des phases agressives, mais c'est parce qu'il est malade », dit le secrétaire du CMQ.

Pour M^e Pierre Belzile, directeur du Service juridique de la FMOQ, la décision de cesser une relation thérapeutique doit être évaluée au cas par cas. L'agressivité d'un patient peut ébranler un médecin, selon l'avocat. « Le clinicien doit voir si les conditions normales pour maintenir la confiance existent toujours. Si ce n'est pas le cas, je pense que cela peut constituer un motif juste et raisonnable de mettre fin à la relation thérapeutique. Le médecin doit également se demander si en continuant à suivre son patient, il ne risque pas de compromettre la qualité des soins qu'il lui donne. »

L'article 43 du *Code de déontologie des médecins* mentionne que « le médecin doit s'abstenir d'exercer sa profession dans des circonstances ou états susceptibles de compromettre la qualité de son exercice ou de ses actes (...) ».

Le Bureau du syndic du Collège des médecins du Québec, de son côté, a d'ailleurs déjà indiqué dans la revue de l'organisme que « si le comportement du patient ne se modifie pas après les discussions, si les essais infructueux font naître chez le médecin un sentiment d'antipathie ou de méfiance risquant de porter atteinte à son objectivité, alors il est préférable pour lui de transférer le cas à un confrère. »

Être autoritaire ou conciliant ?

Avant de rompre une relation thérapeutique, plusieurs stratégies peuvent être tentées. Le D^r Richard Boulé, omnipraticien et professeur de médecine à l'Université de Sherbrooke, a conçu des ateliers sur les patients difficiles.

Que faire quand il faut en affronter un ? « Le cas le plus fréquent, d'après mon expérience, c'est le patient qui a beaucoup attendu aux consultations sans rendez-vous ou aux urgences », indique le D^r Boulé. Le patient arrive, peut frapper sur la table, se mettre à blasphémer, apostropher le médecin en le tutoyant et en lui manquant de respect. Le médecin a alors le choix entre plusieurs attitudes. Il peut jouer la carte de l'autorité. « Vous arrêtez ça ou vous sortez d'ici. » Cette méthode peut fonctionner, mais n'est pas sans risque. « Si cela ne marche pas, on vient de fournir des ventouses au patient pour grimper encore plus. C'est dangereux », prévient le professeur.



D^r Yves Robert

Photo : © Paul Labelle Photographie



M^e Pierre Belzile

Photo : Emmanuelle Garnier



D^r Richard Boulé

Le D^r Boulé recommande plutôt une attitude conciliante. « On suggère de dire : je vois que vous êtes fâché. Je comprends que vous avez attendu longtemps. Je le déplore comme vous, mais je suis tout seul aujourd'hui. Maintenant, c'est votre tour. Je m'engage à bien m'occuper de vous, mais je vous demanderais d'arrêter de me manquer de respect et de cesser de blasphémer. J'aimerais qu'on puisse s'occuper de votre problème. Est-ce possible ? »

Une telle attitude permet de calmer la majorité des patients en colère. Si le patient reste violent au point d'être menaçant, le médecin peut lui demander s'il y a un risque qu'il le frappe. Le D^r Boulé l'a déjà fait. « Le patient m'a répondu : je ne vous frapperai pas, Docteur. Ce truc a l'air simpliste, mais il fonctionne très bien, sauf si le patient est complètement délirant. » Quand le malade est intoxiqué ou dans une phase aiguë de psychose, mieux vaut le prévenir qu'on va sortir et qu'on va revenir. Le clinicien doit d'abord assurer sa propre sécurité.

Obtenir de l'aide

Que faire si un patient, comme M. Tremblez, est agressif à chaque visite ? Il est perpétuellement fâché, même si le médecin a essayé plusieurs stratégies pour désamorcer sa colère. Le praticien a tenté, par exemple, de lui faire prendre conscience que la relation était difficile parce qu'elle se déroulait toujours sur le mode de la colère, mais en vain.

Arrive parfois un point où l'aide d'un psychiatre ou d'un psychologue est nécessaire. « On peut dire au patient : vous avez peut-être des raisons d'être toujours fâché. On n'arrive pas ensemble à modifier notre relation. Moi, je veux vous aider et vous, vous voulez être aidé. Peut-être qu'on a besoin tous les deux de se faire aider par quelqu'un qui va examiner la situation. Accepteriez-vous de rencontrer un de mes collègues qui est psychiatre ? », explique le D^r Boulé, qui a la chance de côtoyer ce type de spécialiste dans son milieu de travail.

Le médecin peut également voir si un collègue peut prendre en charge le patient. « Quand on n'est plus capable d'avancer, que l'on sent qu'on n'a plus la capacité d'aider le patient, qu'on a peur de perdre le contrôle, on peut demander au patient s'il accepterait de voir un de nos collègues. Peut-être que ce dernier aurait une meilleure façon de voir

la situation. Il faut bien comprendre que si on demande ce service à un collègue, il faut s'attendre devoir lui rendre le même », prévient le professeur.

Méthode DEC

Pour régler les conflits avec les patients, le D^r Boulé et son collègue **M. Gilles Girard**, psychologue en Estrie, ont mis au point la méthode DEC : Difficulté-Émotion-Contexte. Elle permet de voir où le bât blesse. Première question : le problème relève-t-il des émotions ? Si c'est le cas, il faut les nommer. « On peut dire au patient : vous êtes fâché. Vous frappez sur le bureau. Que se passe-t-il ? Il faut s'occuper de l'émotion. » Le médecin doit aussi être conscient que ses propres émotions peuvent à l'occasion perturber la relation. Parfois, les commentaires ou la façon d'agir du patient touchent des points sensibles et font réagir le praticien.

Deuxième point : le contexte. Quelquefois, c'est simplement la situation qui rend la relation difficile. « Le contexte peut faire que le médecin va considérer le patient ou la relation difficile cette journée-là », dit le professeur. Le médecin peut être fatigué, le patient stressé ou la consultation peut se dérouler dans des conditions pénibles.

Si ni les émotions, ni le contexte ne sont en cause, il faut, troisièmement, se concentrer sur la difficulté. Au cours d'une relation thérapeutique, médecin et patient doivent s'entendre sur le problème de santé, les cibles à atteindre et le plan de traitement. Et à chacune de ces étapes, un dérapage peut se produire.

Il faut d'abord être d'accord sur la nature de l'affection du patient. Par exemple, un homme vient consulter à cause d'un mal de tête. Après l'avoir écouté, interrogé et examiné, le clinicien conclut qu'il s'agit d'une céphalée de tension et lui prescrit des examens complémentaires. À la visite suivante, le patient n'a été passer aucun des tests. En fait, ce dernier ne croit pas au diagnostic de son médecin et craint d'avoir une tumeur au cerveau, comme son beau-frère. « Quand on s'entend sur le problème, l'observance est beaucoup plus grande. C'est pour cette raison qu'il faut chercher, au cours de l'entretien, ce qui préoccupe le patient derrière son symptôme », indique le D^r Boulé.

Médecin et patient doivent ensuite se mettre d'accord sur les objectifs à atteindre. Des frictions

Précautions à prendre

- ⊗ Le médecin doit noter dans le dossier d'un patient qui se montre difficile tous les détails des incidents désagréables qui surviennent : l'heure, les circonstances et ce que le patient a dit ou fait.
- ⊗ Avant de rompre une relation thérapeutique, mieux vaut consulter son assureur en responsabilité professionnelle.

peuvent venir de divergences sur ce plan. Le patient qui souffre d'un mal de dos, par exemple, ne s'attend à retourner au travail qu'à la disparition complète de son mal, alors que son praticien, lui, vise une réduction de 75 % de la douleur. « On peut discuter des cibles à atteindre dans bien des domaines : la durée d'un congé, la quantité de médicaments à prendre, la perte de poids, le niveau d'exercice. Le médecin et le patient peuvent négocier des objectifs qui sont réalistes pour tous les deux. »

Et pour finir, il faut être d'accord sur la contribution du patient. Si le clinicien et le patient s'entendent sur le problème et les objectifs, en principe le plan de traitement ne devrait pas poser de problème. « Quand on ne s'entend pas là-dessus, c'est parce que quelque chose ne va pas : le médicament est trop cher, il y a des effets secondaires, le patient n'est pas prêt à changer ses habitudes, etc. Il faut être capable de parler, d'écouter et de modifier au besoin nos prescriptions pour que le patient soit plus fidèle au traitement », mentionne le D^r Boulé.

En fin de compte, quand un médecin fait attention aux émotions, au contexte et aux difficultés dans son cadre d'intervention, presque toutes ses consultations devraient bien se passer, estime le D^r Boulé. Souvent, ce sont davantage les situations que les patients qui sont difficiles. « Si le médecin écoute le patient et s'intéresse à ses préoccupations, vraisemblablement de 75 % à 85 % de ses entrevues se dérouleront bien. Si, en plus, il utilise des techniques adéquates, il n'aura probablement affaire qu'à 1 % ou 2 % de patients ou de situations difficiles pour lesquels il n'y aura d'autre issue que de négocier un arrêt de suivi. » Le patient difficile reste donc un phénomène exceptionnel. 🍷

Médecins enseignants entente particulière paraphée

Emmanuèle Garnier

L'entente particulière déterminant les conditions d'exercice et de rémunération des médecins enseignants est maintenant paraphée. À quoi auront droit les omnipraticiens professeurs ?

Ils recevront 35 \$ pour superviser un résident pendant une demi-journée et 42 \$ pour un externe. Un stage d'un mois comprend 40 demi-journées de formation.

L'entente, qui est rétroactive et commence le 1^{er} juillet 2008, précise que les généralistes peuvent encadrer plus d'un stagiaire. Lorsque les activités cliniques ont lieu dans un cabinet privé reconnu, le médecin a droit à une majoration (*tableau*).

Une somme de 20 \$ s'ajoute également si la formation se déroule dans une région qui était considérée comme « désignée » dans le programme antérieur d'enseignement décentralisé. Les territoires concernés peuvent être relativement rapprochés, comme Saint-Jérôme, Argenteuil, Richelieu-Yamaska, Sorel-Tracy, etc. L'ancien programme accordait un forfait de 1 140 \$ par stage pour la supervision d'un résident ou d'un externe, mais bien des médecins ne touchaient pas la totalité du forfait. La FMOQ a finalement récupéré la somme de 800 \$



D^r Pierre Raïche

Photo : Emmanuèle Garnier

Tarif par demi-journée, par stagiaire

Stagiaire	Rémunération de base	Région désignée	Formation dans un cabinet privé reconnu
Résident	35 \$	—	46,65 \$
		55 \$	73,30 \$
Externe	42 \$	—	56 \$
		62 \$	82,65 \$

par mois par médecin enseignant, qui a été divisée en bonifications additionnelles de 20 \$ pour chaque demi-journée d'encadrement (*tableau*).

Le **D^r Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ, se réjouit de cette nouvelle entente. « C'est bien que l'on reconnaisse la valeur du rôle d'enseignant du médecin omnipraticien. Pour la première fois, ce travail est rémunéré de façon systématique dans la province. »

L'entente sur les médecins enseignants innove par ailleurs par son mécanisme de contrôle. Ainsi, les omnipraticiens pourront facturer quotidiennement le nombre de demi-journées de supervision qu'ils auront faites et la vérification ne sera effectuée qu'à la fin de l'année. Un comité paritaire s'assurera alors que le total des forfaits demandés correspond au nombre initialement attribué par les universités.

« C'est la première fois que le gouvernement se fie à la bonne foi des médecins qui facturent et n'impose pas de contrôle préalable. Je trouve que c'est bien. J'espère que cela ouvre une nouvelle ère dans nos relations avec le ministère de la Santé et des Services sociaux », affirme le D^r Raïche. ☞

Activités AMPRO en obstétrique une formation de groupe rémunérée

Emmanuèle Garnier

Les omnipraticiens des unités d'obstétrique ont maintenant droit à des allocations pour suivre une formation dans le cadre du programme *Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux* (AMPRO^{OB}), et ce, grâce à une nouvelle entente conclue entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Depuis le 1^{er} avril 2009, les généralistes pratiquant en obstétrique peuvent obtenir un forfait de 293,65 \$ pour chaque demi-journée de formation AMPRO^{OB}. Cette mesure est, par ailleurs, rétroactive. Ceux qui ont participé à des activités AMPRO^{OB} entre avril 2008 et avril 2009 ont droit à une somme de 279,65 \$ par matinée ou après-midi de formation.

« Les forfaits ne sont toutefois pas accordés pour les activités individuelles, comme les lectures ou le travail à l'ordinateur. Ils rémunèrent une activité de formation de groupe », précise le **D^r Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

L'objectif du programme AMPRO^{OB} est d'aider l'ensemble des professionnels de la santé d'une unité d'obstétrique à créer une culture de soins visant à éviter les événements indésirables. Au-delà du perfectionnement des connaissances, le programme AMPRO^{OB} mise sur la communication entre les professionnels eux-mêmes et avec les patientes. Le programme s'intéresse également à l'organisation des soins. La participation de tous les intervenants, dont les médecins, est une condition à sa réalisation dans chaque milieu.

Le programme AMPRO^{OB} s'étalera sur trois ans. Un tiers des équipes a commencé ou commencera cette année, un deuxième tiers l'an prochain et le dernier tiers dans deux ans. « On s'attend à ce qu'environ 300 omnipraticiens y participent », indique le D^r Desrosiers.

Les généralistes de l'équipe de formateurs, eux, ont droit à un forfait de 880,95 \$ pour chaque séance de formation donnée à partir du 1^{er} avril 2009. Si l'activité est de moins de sept heures, leur rémunération sera proportionnelle à la durée de l'atelier. Les médecins ayant agi comme formateurs au cours d'une activité AMPRO^{OB} entre avril 2008 et avril 2009 recevront une somme de 838,95 \$ par période de sept heures de formation. Une centaine d'omnipraticiens pourraient avoir droit à ces forfaits. ☞

Enseignement aux étudiants omnipraticiens recherchés

Emmanuèle Garnier

L'Université de Montréal est à la recherche de médecins de famille pratiquant dans les cabinets privés, les CLSC, les GMF et les cliniques-réseau. L'établissement souhaite faire passer de 11 % à 20 % le pourcentage d'omnipraticiens qui servent de tuteurs aux étudiants de première et de deuxième année dans les séances d'apprentissage par problème (APP). L'université désire donc recruter une cinquantaine de généralistes supplémentaires. Et pour la première fois,

elle fait appel à des médecins de famille travaillant dans la collectivité.

« Le principal but est de permettre aux étudiants d'être en contact étroit avec des médecins de famille pendant leurs premières années de formation en médecine. Ils verront ainsi comment des omnipraticiens faisant de la « vraie médecine familiale »



D^r François Lehmann

peuvent aussi enseigner les connaissances médicales de base. Il ne faut pas que les modèles qu'ont les étudiants ne soient que des médecins spécialistes », explique le **D^r François Lehmann**, directeur du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

Ce que les omnipraticiens auront à faire ? Guider de jeunes étudiants. Deux matinées par semaine, pendant de quatre à six semaines, les cliniciens aideront chacun un groupe de huit à dix étudiants à comprendre la physiopathologie des divers systèmes de l'organisme. « Le tuteur a pour rôle de faciliter la compréhension des mécanismes physiopathologiques en jeu dans les situations cliniques proposées aux étudiants. Il doit également s'assurer que les étudiants atteignent les objectifs d'apprentissage déterminés par le Comité de chaque cours d'APP », indique le D^r Lehmann.

L'apprentissage par problème se fait à partir de cas cliniques. Le tuteur aide d'abord les étudiants à trouver les questions qu'ils doivent se poser pour comprendre l'affection présentée. Par exemple, un homme de 50 ans souffrant de douleurs à la poitrine arrive à l'urgence. Les futurs médecins doivent se demander : quelles pourraient être les causes de ce symptôme ? Quelle est la partie de l'anatomie qu'il faut connaître pour le découvrir ? Quel système est atteint ? Quels mécanismes physiologiques peuvent être en jeu ?

Les étudiants travailleront ensuite de 15 à 20 heures seuls pour étudier les objectifs d'apprentissage qu'ils se sont fixés entre eux et qui auront été approuvés par le tuteur. De retour en groupe, trois jours plus tard, ils présenteront les informations trouvées, et le tuteur devra s'assurer de l'exactitude des notions exposées. Il aidera les étudiants à préciser celles qui seront mal

définies et s'assurera que le groupe aura bien saisi toutes les connaissances à acquérir au sujet du problème clinique choisi.

Les exigences pour devenir tuteur ? « Le médecin de famille qui se charge d'une formation, par exemple, sur le système vasculaire n'a pas besoin d'être un spécialiste du cœur, mais il doit s'intéresser à la physiopathologie de cet organe. Il devra prendre connaissance de ce que les étudiants auront à étudier et se préparer lui-même selon les indications du *Cahier du tuteur* qui lui est remis. Ce travail peut lui demander deux heures avant chaque rencontre », indique le directeur. Pour bien encadrer les étudiants, les médecins enseignants recevront une formation pédagogique de trois heures qui les initiera à la méthode d'apprentissage par problème. ☞

Trimestres de formation d'apprentissage par problème

Cours pour les étudiants de première année

(lundi et jeudi de 8 h à 11 h 30)

☉ Trimestre d'automne (début : 24 août 2009)

- ☞ Croissance, développement et vieillissement (cycles de la vie)
- ☞ Pathologie et immunologie
- ☞ Micro-organismes pathogènes et infectiologie

☉ Trimestre d'hiver (début : 4 janvier 2010)

- ☞ Sciences hématologiques
- ☞ Sciences neurologiques
- ☞ Sciences psychiques
- ☞ Appareil locomoteur

Cours pour les étudiants de deuxième année

(mardi et vendredi de 8 h à 11 h 30)

☉ Trimestre d'automne (début : 24 août 2009)

- ☞ Cœur et circulation
- ☞ Respiration et oxygénation
- ☞ Reins et appareil urinaire

☉ Trimestre d'hiver (début : 4 janvier 2010)

- ☞ Digestion et nutrition
- ☞ Endocrinologie, obstétrique et gynécologie
- ☞ Problèmes « systémiques »

Rémunération : 90 \$ de l'heure.

Les séances d'apprentissage par problème ont lieu au pavillon principal de l'Université de Montréal, pour le campus Montréal, et à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour le campus Mauricie.

Les médecins de famille intéressés peuvent communiquer avec le D^r François Lehmann au 514 343-6497 ou à francois.lehmann@umontreal.ca

Service des affaires économiques de la FMOQ

retraite de M. Marcel Rodrigue



Photo : Emmanuèle Garnier

M. Marcel Rodrigue

Quand **Marcel Rodrigue**, jeune économiste, a commencé à travailler à la FMOQ, en 1977, le Service de l'économie était à construire. À son arrivée, tout se résumait à lui et à sa calculette.

Trente et un ans plus tard, alors que M. Rodrigue prend sa retraite, le Service des affaires économiques a une tout autre dimension. La division compte, outre M. Rodrigue qui en est le directeur, un autre économiste,

M. Denis Blanchette, des ordinateurs, d'importantes banques de données et peut s'appuyer sur le service interne de l'informatique. La mission du Service des affaires économiques au cours de toutes ces années : ravitailler l'équipe de négociation de la FMOQ en données et en analyses.

« M. Rodrigue est probablement devenu l'un des économistes de la santé les plus reconnus du Québec, dit le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. Il faut souligner sa grande capacité d'analyse et sa grande rigueur. Pour la Fédération, il a été la référence pour tous les aspects financiers de ses ententes. »

Le redressement, un dossier économique

Le Service des affaires économiques a joué un rôle particulièrement important dans le dossier du redressement de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs collègues des autres provinces. L'une des étapes importantes était la comparaison entre la rétribution des deux groupes. La tâche était difficile. « Au Québec, les médecins ont trois modes de rémunération, tandis que dans les autres provinces ils sont surtout payés à l'acte. Comme le gouvernement et la FMOQ exploraient un nouveau

domaine, il a fallu analyser les données disponibles, évaluer celles qui manquaient et mettre au point une méthode complexe et originale », se souvient M. Rodrigue.

Dès le départ, la position du gouvernement et de la Fédération était très éloignée : leur évaluation de l'écart de rémunération entre médecins québécois et canadiens différait de 25 %. Les parties ont finalement conclu une entente fondée sur un redressement de 30 % qui sera échelonné jusqu'en 2015-2016. « En général, j'estime que dans les circonstances et à quelques modalités près, la FMOQ a conclu une bonne entente. »

Ordinateur et échange d'informations

Peu après son arrivée à la FMOQ, Marcel Rodrigue commence à mettre en place la structure nécessaire pour procéder à des analyses économiques pointues. Cette mesure était destinée à ouvrir de nouvelles avenues dans les négociations. En 1978, il fait acheter à la Fédération un énorme ordinateur. Grâce à ce mastodonte, la Fédération peut recevoir de la Régie de l'assurance maladie du Québec le profil de pratique trimestriel de chaque omnipraticien. « Pour les négociations, il fallait savoir quels actes posaient les omnipraticiens, à quel coût, à quelle fréquence et à quel endroit », indique M. Rodrigue. Avec les années, la banque s'est enrichie de données de plus en plus précises sur les activités des généralistes, mais aussi sur les établissements de soins et les caractéristiques des populations des différentes régions.

M. Rodrigue est, par ailleurs, l'un des économistes à l'origine du forum économique pancanadien MERG, Medical Economic Research Group ou Groupe de recherche médico-économique. Seul économiste du Québec travaillant pour les omnipraticiens, Marcel Rodrigue se demandait, dans le silence de son bureau, quels avantages les syndicats des autres provinces négociaient pour leurs médecins. Il a communiqué avec ses confrères de l'Association médicale canadienne et de ses divisions provinciales, et, ensemble, ils ont créé ce forum où ils échangent des informations sur leur travail. Chaque année, le MERG publie, par exemple, un document faisant la mise à jour des gains qu'ont obtenus les médecins dans chaque province. Ce groupe de recherche a été d'une aide cruciale dans les négociations sur le redressement.

(Suite à la page 137) >>>

pratico-pratique

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

Éliminer le cérumen en un tour de main

Quand un patient consulte pour qu'on lui retire un bouchon de cérumen, il faut souvent lui dire de retourner chez lui, de mettre un peu d'huile sur la cire pendant quelques jours pour la ramollir et de revenir. On peut cependant enlever le bouchon sur le champ en utilisant du Colace (docusate sodique) pédiatrique sous forme de sirop. « Cet émollient fécal a un pouvoir osmotique qui ramollit rapidement le cérumen », explique une omnipraticienne montréalaise qui utilise ce truc. En insérant une ou deux gouttes dans le conduit auditif, on peut retirer la cire dix minutes plus tard.

Un autre truc intéressant pour nettoyer les oreilles est l'emploi d'un cure-oreilles lumineux (*Lighted ear curette*TM – Code du produit : EL-02201). Il s'agit d'une petite lampe au bout de laquelle est insérée une tige de plastique translucide jetable. Cet embout à la fois conduit la lumière et facilite le retrait de la cire grâce à son extrémité en boucle. « Cela permet de voir ce que l'on fait », explique la médecin. L'inconvénient de ce dispositif ? La tige de plastique est un peu molle et, surtout, on a facilement tendance à jeter la lampe en même temps que l'embout. Pour plus de renseignements : www.bionix.com ou 1 800 551-7096. EG

Dix symptômes pour une seule consultation : que faire ?

Que faire quand le patient commence la consultation en se plaignant d'une dizaine de problèmes ? Le D^r Richard Boulé, professeur à l'Université de Sherbrooke, suggère de commencer par écouter attentivement le patient, puis de dresser la liste de tous ses symptômes. Ensuite, il faut traiter les problèmes prioritaires. Comment les déterminer ? « Premièrement, on doit voir s'il y a des urgences médicales. Si le patient ressent un serrement intermittent à la poitrine, on doit commencer par ce symptôme. »

En second lieu, on demande au patient quels problèmes le préoccupent le plus. On le prévient cependant qu'on n'en traitera qu'un ou deux au cours de la consultation et que l'on s'occupera des autres par la suite. « Il faut toujours mentionner explicitement au patient que l'on a noté ses demandes et lui préciser ce qu'on fait aujourd'hui. On doit parfois le mentionner à trois ou quatre reprises au cours de l'entretien. »

Le médecin a également avantage à faire un examen physique à ces patients aux multiples symptômes. Cela lui permet de les rassurer sur leur état. « L'examen a la vertu de calmer l'anxiété de ces personnes. Il leur sera ensuite plus facile d'attendre jusqu'à la prochaine consultation », explique le D^r Boulé. EG

Suis-je payé si je témoigne en tant que médecin ?

Les médecins appelés à témoigner sont-ils rémunérés ? « Des indemnités sont prévues, mais elles sont nettement insuffisantes pour compenser la perte de temps et de revenus. De plus, la situation est différente si le médecin est convoqué comme témoin ordinaire ou comme témoin expert », précise M^{re} Christiane Larouche, avocate à la FMOQ.

Le témoin ordinaire est celui qui rapporte à la cour des faits qu'il a lui-même constatés. À ce titre, le médecin sera invité à répondre à des questions concernant le suivi et le traitement d'un patient. En se référant au dossier médical, il pourrait avoir à témoigner sur les informations recueillies lors des anamnèses, sur ses constatations au cours des examens cliniques, sur ses impressions diagnostiques, etc. L'indemnité pour le témoin ordinaire est établie à 90 \$ par journée d'absence du domicile et à 45 \$ pour une absence ne dépassant pas cinq heures. L'allocation de déplacement par automobile est par ailleurs de 0,41 \$ du kilomètre, et les frais réels de repas sont également remboursés dans une certaine mesure.

La situation du témoin expert est différente. Son témoignage est requis pour éclairer le tribunal sur des questions d'expertise. À ce titre, on présume de son objectivité et de son indépendance. Le témoin expert reçoit les mêmes indemnités que le témoin ordinaire, mais a droit à 180 \$ par jour d'absence du domicile et à 90 \$ pour une absence de cinq heures ou moins. Le médecin qui témoigne à titre d'expert peut cependant recevoir des honoraires autres que judiciaires. Il peut ainsi être rémunéré pour l'étude du dossier, la rédaction de rapports d'expertise, le temps consacré aux discussions et aux rencontres de même que pour sa présence et son témoignage à la cour. EG

Entrevue avec le D^r Alain Demers

Les nouvelles avenues de la facturation



D^r Alain Demers

Photo : Emmanuelle Gauthier

Le D^r Alain Demers, nouveau président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie, pratique à la Clinique médicale Fleurimont, à Sherbrooke. Il y exerce la médecine générale, mais surtout l'obstétrique, la gynécologie et la pédiatrie. Le D^r Demers travaille également au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke en obstétrique et en périnatalité. À son avis, il faut envisager de nouvelles avenues pour la facturation des omnipraticiens.

M.Q. – Pour vous, l'une des solutions à la pénurie de médecins serait un recours plus important aux infirmières. Vous aimeriez cependant que l'omnipraticien puisse facturer les actes qu'elles font quand elles collaborent avec lui.

A.D. – À mon avis, l'une des voies de l'avenir pour régler la pénurie de médecins serait de nous réaffecter à des tâches médicales complexes et de laisser les plus simples au personnel assistant. Par exemple, le test Pap, la vaccination des enfants, le suivi du bébé normal peuvent être faits par des infirmières. À la rigueur même, ces dernières pourraient donner certaines consultations sans rendez-vous. Aux États-Unis, ce n'est pas le médecin qui diagnostique les otites, c'est l'infirmière praticienne. Et ça se fait déjà ici avec les infirmières qui travaillent dans le Grand Nord.

Le médecin ne peut cependant pas engager lui-même une infirmière, un inhalothérapeute ou un autre professionnel pour l'aider, parce qu'il ne peut pas facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec les actes qu'ils font. Par contre, les avocats, les dentistes et d'autres membres de professions libérales, eux, peuvent s'adjoindre une assistante. Par exemple, quand on va chez le dentiste pour l'examen semestriel, c'est une hygiéniste dentaire que l'on voit. On paie le dentiste une centaine de dollars pour les 45 minutes de soins, même si l'on ne l'a rencontré que quelques minutes.

M.Q. – L'État paie parfois les services d'une infirmière qui va dans les cabinets. Le médecin devrait-il avoir un forfait pour sa supervision ?

A.D. – Tout à fait. Par exemple, dans notre clinique qui n'est pas un GMF, le CLSC nous envoie une infirmière le mardi. À la fin de la

journée, je passe en revue avec elle les cas qu'elle a vus. Je n'ai cependant aucune rémunération pour la superviser. Tout comme je suis payé pour la supervision des résidents, je devrais aussi avoir une rémunération pour celle de l'infirmière. Aux yeux de ma clientèle, par ailleurs, elle est sous ma responsabilité – même si elle vient du CLSC – parce qu'elle travaille dans ma clinique.

M.Q. – Dans le domaine de la rémunération, il y a aussi la question des services non assurés.

A.D. – Les employeurs, les sociétés d'assurances et autres demandent de plus en plus de certificats ou de formulaires qui doivent être remplis par le médecin. La FMOQ a publié un guide de tarifs qu'elle vient de nous envoyer, mais il est assez étonnant de voir que très peu de médecins les appliquent. Dans une même région, il y a des disparités entre les tarifs des différentes cliniques, et au sein même des cliniques il y a des médecins qui facturent les services non assurés et d'autres qui ne le font pas. Notre association va donc faire un sondage en Estrie pour voir quels sont les obstacles à cette facturation et quelles sont les réticences des médecins. On souhaite leur demander si leur clinique a une politique de facturation et des prix bien établis et affichés. Pourquoi les appliquent-ils ou non ? On pourrait ensuite donner aux médecins qui ne sont pas habitués à réclamer des honoraires des outils pour leur faciliter la tâche. La facturation peut se faire, par exemple, par l'intermédiaire d'une secrétaire. Il pourrait, par ailleurs, être intéressant de créer une grille dont la tarification reflète la réalité de l'Estrie.

M.Q. – Quels sont les actes que les médecins ne facturent pas assez ?

A.D. – Les médecins ne facturent pas assez la remise de certificats de présence ou d'absence. Par exemple, on voit à notre cabinet un patient qui a une bonne grippe ou une pneumonie. On le met au repos une semaine et on lui donne son papier. Plusieurs médecins hésitent alors à réclamer des honoraires, bien que la FMOQ suggère de le faire. Un autre cas : le patient demande de remplir son formulaire de permis de conduire. Un médecin peut évaluer différemment la situation selon le fait que la demande est effectuée pendant l'examen annuel ou après.

Autre exemple, toutes les enseignantes enceintes ont droit à six congés rémunérés pour le suivi de grossesse. Il faut alors faire un papier qui atteste qu'elles sont venues nous voir. On doit également donner à l'employeur, assez régulièrement, un certificat indiquant la date prévue de l'accouchement pour qu'il puisse déter-

miner le congé de maternité. On doit en faire un second pour l'assurance emploi, qui est l'organisme payeur. Règle générale, les médecins ne demandent rien pour toutes ces choses-là. La population va cependant très bien comprendre qu'on le fasse si tous les médecins réclament les honoraires auxquels ils ont droit.

M.Q. – Vous, quand vous facturez un service, comment procédez-vous ?

A.D. – Je ne facture jamais un patient directement dans mon cabinet. Quand on me demande de remplir un formulaire, je dis : « laissez-le-moi et je vais le faire ce soir ». Je le remplis par la suite et je le donne à ma secrétaire qui, elle, demande l'argent. Le patient est cependant informé au préalable qu'il y aura des frais.

M.Q. – Du côté des services assurés, le problème en ce qui concerne la facturation viendrait de la complexité de l'entente, selon certains médecins.

A.D. – Je m'étonne toujours de voir que les médecins ont droit à une rémunération pour certains actes et qu'ils ne la réclament même pas. Les omnipraticiens ne connaissent pas leur entente générale. En obstétrique, nous avons été obligés de publier un document sur la facturation, simplement pour apprendre aux médecins quels sont les tarifs auxquels ils ont droit. Il y a une multiplication des lettres d'entente particulières qui s'appliquent à telle région, à tel CLSC et même, à l'occasion, à tel médecin. Je pense que c'est un problème. Il faudrait qu'une visite à domicile, que ce soit pour une otite ou pour un patient en perte d'autonomie suivi par le CLSC, vaille tant. Et qu'un déplacement à l'hôpital vaille tant. On doit essayer de trouver des codes d'acte simples qui sont toujours au même tarif. Actuellement, les médecins s'y retrouvent tellement peu dans l'entente que si, par exemple, la Régie de l'assurance maladie décide de ne pas payer tel ou tel acte, ils ne feront pas l'effort de vérifier si elle a raison, parce que c'est trop complexe.

M.Q. – Le dossier des activités médicales particulières (AMP) est très important pour votre association.

A.D. – Effectivement. Après plus de dix ans d'application, nous pensons que nous sommes rendus à l'heure des bilans. Il faudrait que l'on évalue les résultats des AMP. Pour notre part, nous n'avons pas l'impression qu'ils ont apporté plus de main-d'œuvre dans les secteurs où il y avait des besoins. C'est un peu comme si l'on avait déshabillé Pierre pour habiller Paul. Ainsi, on a attiré les omnipraticiens vers certaines tâches qui étaient plus ou moins bien rémunérées

et on les a éloignés de la prise en charge et du suivi qui n'étaient pas des AMP.

M.Q. – Beaucoup s'inquiètent de l'image parfois un peu sombre de la médecine familiale que l'on projette aux étudiants. Qu'en pensez-vous ?

A.D. – J'entends encore maintenant des spécialistes dire à un étudiant qui réussit bien de ne pas perdre son potentiel en médecine de famille et, chaque fois, j'en ai les cheveux qui se dressent sur la tête. Il faut que les omnipraticiens participent davantage à l'enseignement, qu'ils soient plus présents dans les facultés de médecine. Pour moi, c'est la base. Il faut permettre aux étudiants en médecine de venir nous voir dans nos cabinets privés, de venir assister à des journées de consultation et de voir comment ça se passe. C'est important, parce qu'ils sont surtout en contact avec la pratique hospitalière, mais très peu avec la première ligne. Est-ce qu'il faut faire de la médecine de famille une spécialité ? Peut-être. On doit en tout cas valoriser l'image du médecin de famille pour attirer les jeunes qui terminent.

M.Q. – Certaines universités québécoises cherchent maintenant des médecins de famille venant de la collectivité pour enseigner l'apprentissage par problème aux étudiants des première et deuxième années de médecine. C'est une initiative intéressante, n'est-ce pas ?

A.D. – L'apprentissage par problème existe à Sherbrooke depuis longtemps. Cela fait déjà dix ans que je donne le tutorat en gynécologie. Chaque année, j'ai un groupe de dix à douze étudiants et j'adore ça ! Et je ne suis pas le seul omnipraticien de cabinet privé à enseigner. Nous sommes près d'une dizaine.

M.Q. – Et est-ce que vous pensez que cela a un effet sur les étudiants ?

A.D. – J'ose espérer que oui. Ils semblent adorer ce contact avec un médecin qui est en première ligne, sur la ligne de front. Des étudiants qui sont à la fin de la deuxième année nous disent que c'est la première fois qu'ils ont un omnipraticien comme tuteur. Ils aiment notre approche qui est beaucoup plus globale, moins centrée sur le petit problème. Contrairement à d'autres médecins, on peut conseiller aux étudiants de s'attarder sur tel problème, parce qu'il est fréquent en pratique, mais pas sur tel autre qui est très rare. Je pense que les omnipraticiens doivent être encore plus présents auprès des étudiants. Je crois que l'on peut faire plus encore. ☺

Les inégalités sociales de santé au Québec

*Sous la direction de Katherine Frohlich,
de Maria De Koninck, d'Andrée Demers
et de Paul Bernard*



Au Québec, les groupes avantagés de la société vivent cinq ans de plus que ceux des couches défavorisées. Les premiers bénéficient également de quinze années de plus en bonne santé. On ne peut le nier, il y a, dans notre province, comme dans d'autres régions du monde, d'importantes inégalités sociales.

Une trentaine d'auteurs aux expertises diverses se sont penchés sur ce problème qu'ils ont étudié sous l'angle sociologique, épidémiologique, géographique, anthropologique, neurobiologique et autre. Certains se sont intéressés aux conditions qui produisent les inégalités, d'autres ont tenté d'expliquer les liens entre les aspects sociaux et biologiques et d'autres encore se sont penchés sur les interventions susceptibles de réduire les inégalités.

On trouve ainsi des textes sur l'évolution de la mortalité prématurée au Québec, sur une approche anthropologique des inégalités et de la souffrance sociale, sur l'émergence d'inégalités de santé dans les différents quartiers, sur une perspective neurobiologique du lien entre le statut socio-économique et la santé ainsi que sur les politiques scolaires d'intervention dans les milieux défavorisés.

En fait, beaucoup de stratégies ont été mises au point au Québec pour réduire les répercussions des inégalités sociales sur la santé. « Bien des choses restent néanmoins à faire pour que les Québécois puissent avoir la chance de bénéficier d'un bon état de santé indépendamment de leur position dans la hiérarchie sociale », conclut le livre. 📖

Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 2008, 408 pages, 39,95 \$

L'attachement, un départ pour la vie

*D'Yvon Gauthier,
de Gilles Fortin et de Gloria Jeliu*



L'attachement entre l'enfant et ses parents se construit par les relations qu'ils ont dès le début. Si tout se passe bien, l'enfant y trouvera apaisement et sécurité. L'attachement sera la pierre d'assise de sa personnalité et de son développement à l'âge adulte.

Dans ce livre, trois spécialistes du Centre hospitalier universitaire Sainte-

Justine, les **D^{rs} Yvon Gauthier, Gilles Fortin et Gloria Jeliu**, expliquent la théorie de l'attachement. Ils commencent par montrer comment elle fut élaborée, avant d'en donner des applications concrètes.

Plusieurs modèles d'attachement existent. On peut les distinguer quand on fait l'expérience de séparer brièvement le jeune enfant de sa mère à deux reprises. Il y a, d'un côté, l'attachement sécurisant qui permet au bambin de surmonter son inquiétude quand sa maman disparaît quelques minutes. À l'opposé, l'attachement dit « insécure-résistant » plonge l'enfant dans l'insécurité quand la mère s'en va et le pousse à se coller à elle à son retour. Dans le cas de l'attachement « insécure-évitant », l'enfant adopte un comportement en apparence d'indifférence quand sa mère s'en va, puis revient. Dans le quatrième type d'attachement, le bambin, parfois à cause d'un milieu familial dysfonctionnel, devient désorienté et désorganisé après une brève séparation d'avec sa mère.

Le livre aborde ensuite l'évolution de l'enfant, selon son modèle d'attachement, quand il grandit, va à la garderie et à la maternelle, puis atteint l'adolescence. L'ouvrage traite également des familles vulnérables et de l'effet de la séparation des parents sur l'enfant. ☞

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

Le père dont l'enfant vit un problème de santé

De Jean-Pierre Plouffe



Lorsqu'un enfant tombe malade, le père réagit souvent différemment de la mère. Même s'il connaît des sentiments similaires, il les éprouve et les exprime différemment. Travailleur social au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, **M. Jean-Pierre Plouffe** s'est intéressé à ce parent.

Le père d'un enfant malade garde souvent ses sentiments pour lui. Son impression d'impuissance le pousse souvent à agir de manière concrète, comme de surveiller les moniteurs de signes vitaux. Sous le coup de la colère, il peut critiquer le personnel soignant. Dans son livre, M. Plouffe propose aux pères des voies pour s'adapter à la maladie de leur enfant. Ils peuvent, par exemple, reconnaître une certaine impuissance, mais aussi constater que leur présence constitue une force pour l'enfant et la mère.

L'ouvrage aborde la question de la paternité, mais aussi du choc qu'est la maladie d'un enfant et des différents sentiments qui traversent alors les parents : colère, fuite, déni, solitude. Le livre se penche aussi sur les répercussions de la situation sur le couple, la fratrie et la famille élargie.

En conclusion, M. Plouffe explique que « s'il est important pour le père d'écouter les autres, il est aussi important qu'il s'écoute lui-même, qu'il se retrouve et exprime ce qu'il vit dans un dialogue constructif avec sa famille et avec l'équipe soignante. » ☞

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2008, 80 pages, 9,95 \$

L'accueil de la vie, un défi pour aujourd'hui

De la D^{re} Monique Killmayer



Pédiatre française pratiquant en néonatalogie, la **D^{re} Monique Killmayer** pose un regard de chrétienne sur son domaine. Dans son livre préfacé par l'évêque du Havre, **Monseigneur Michel Guyard**, l'auteur n'hésite pas à donner son point de vue sur le diagnostic prénatal, l'interruption volontaire de grossesse et l'interruption médicale de grossesse.

La D^{re} Killmayer, qui commence par décrire son cheminement de médecin s'étant rapproché de l'Église, fait entrer le lecteur, au fil des pages, dans le monde des nouveau-nés. Elle parle du travail quotidien du médecin dans les services de maternité et de néonatalogie, de la tâche d'annoncer un handicap ou le décès d'un bébé, du monde des soins intensifs et de celui de la réanimation.

La pédiatre confie également sa « conviction intime que la vie est toujours un bien, qu'aucune vie humaine n'est surnuméraire, indésirable ou inacceptable. » Sa position est parfois inconfortable, reconnaît-elle. Le milieu médical et les parents ne partagent pas toujours sa vision. L'auteur raconte par ailleurs différents cas qu'elle a connus et qui l'ont marquée : ceux de Paul, de Sophie, d'Océane, etc. ☪

Éditions des Béatitudes, France, 2008, 112 pages, 12,95 \$

Manger de bon cœur : conseils santé et recettes savoureuses

*De Thérèse Laberge Samson
et de Margot Brun Cornellier*



Manger pour déguster, savourer et être en bonne santé. Voilà ce que propose ce livre qui combine à la fois recettes et enseignement et auquel s'associe la Fondation des maladies du cœur du Québec.

Dans la première partie, la diététiste nutritionniste **Thérèse Laberge Samson** aide le lecteur à prendre son alimentation en main pour améliorer sa santé cardiovasculaire. Elle lui fait d'abord prendre conscience de ses propres facteurs de

risque avant de lui parler d'alimentation équilibrée et de modification du comportement alimentaire. La diététiste mentionne ensuite les éléments nutritifs qui ont un effet direct sur la santé, comme le cholestérol, le sel, mais aussi les gras polyinsaturés. Elle propose, en outre, une méthode pour calculer rapidement les besoins énergétiques en fonction des activités physiques ainsi que les besoins en protéines, en glucides et en lipides. La diététiste donne également des trucs pour planifier les menus et faire le marché.

Le livre explique, par ailleurs, comment transformer les recettes que l'on aime en repas santé tout en conservant la saveur initiale. Des chapitres de l'ouvrage sont également consacrés au diabète, à l'anticoagulothérapie et à la vitamine K, ainsi qu'au syndrome métabolique.

Et puis, vient ensuite la savoureuse seconde partie. **M^{me} Margot Brun Cornellier**, patiente de M^{me} Laberge Samson et cuisinière hors pair, propose d'appétissants mets : amuse-gueules au homard, légumes en papillote, vol-au-vent grande marée et poulet fruité aux graines de sésame. Certains de ses desserts font saliver : gourmandise aux fruits, mousse mangue et limette, soufflé froid aux framboises, etc. En tout, 150 recettes simples et délicieuses. Et pour chacune, la valeur nutritive par portion est indiquée : nombre de calories, lipides, cholestérol, oméga-3, glucides, vitamines, etc. ☞

Guy Saint-Jean Éditeur, Laval, 2009, 284 pages, 19,95 \$

Apprendre à vivre avec la bronchite chronique ou l'emphysème

De Roger Belleau et François Maltais



Bien que plusieurs soient atteints de la maladie, le terme BPCO ou MPOC ne signifie pas grand-chose pour le commun des mortels. Voici donc un ouvrage fort utile pour les personnes souffrant de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), également appelée bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Ce livre peut également s'adresser aux proches et même aux soignants.

Réalisé par un groupe de professionnels de l'Hôpital Laval, sous la direction des **D^{rs} Roger Belleau et François Maltais**, pneumologues, cet ouvrage traite de différents aspects de la maladie. Outre des difficultés physiques, la bronchite chronique et l'emphysème pulmonaire peuvent engendrer des problèmes psychologiques et sociaux. Par conséquent, les auteurs prônent une approche multidisciplinaire faisant participer le patient.

Ce livre à la fois magnifique et instructif est présenté sous la forme d'un album monochrome à l'allure de bande dessinée grâce aux très belles illustrations. Rédigé dans un style facile d'accès, il décrit l'appareil respiratoire et ses fonctions. Le texte présente ainsi la maladie pulmonaire obstructive chronique dans son ensemble, les causes, le diagnostic et les manifestations. Il y est également question de médicaments et de la manière d'utiliser les produits en inhalation pour un maximum d'efficacité.

Les auteurs enseignent également au malade comment conserver son énergie au quotidien, maîtriser ses émotions, bien s'alimenter, respirer adéquatement et vivre sa sexualité. Ils lui suggèrent également des exercices physiques pour améliorer sa tolérance à l'effort et, par conséquent, sa qualité de vie.

Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2008, 96 pages, 19,95 \$.

◀◀◀ (Suite de la page 16)

L'avenir ?

M. Rodrigue est inquiet pour l'avenir du système de santé. En tant qu'économiste, il voit la situation en termes d'offre et de demande de soins médicaux. Il sait que la demande ne se tarira pas, mais l'offre de soins risque de ne pas être suffisante.

« Actuellement, on nous dit que les facultés de médecine ne peuvent accueillir plus d'étudiants en médecine. Il va donc falloir trouver d'autres moyens pour augmenter l'offre globale de services de première ligne. »

La seule solution à envisager pour l'économiste semble être la réorganisation des soins. D'autres professionnels de la santé, comme les infirmières, doivent épauler les médecins et leur permettre de travailler de manière optimale.

« Il va falloir en arriver à cette solution, surtout dans les cabinets privés. » On devra également trouver de nouveaux modèles de soins. Une somme de plusieurs millions a d'ailleurs été réservée à cette fin dans le cadre de l'entente sur le redressement. « Je suis quand même optimiste, parce que la Fédération fait beaucoup de pressions dans ses négociations avec le gouvernement pour que l'on se dirige dans ces voies-là. »



M. Marcel Rodrigue, en 1986