



Un GMF spécialisé en périnatalité

Pour mieux répondre à la hausse du taux de natalité

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock

À l'heure de la hausse du taux de natalité, un GMF spécialisé en périnatalité pourrait être une solution séduisante à la fois pour les médecins et pour les patientes enceintes.

DEPUIS JANVIER, la D^{re} **Caroline Delisle**, omnipraticienne, a presque doublé le nombre de femmes enceintes qu'elle suit. En six mois, elle en a eu 140 comme patientes. Approximativement le même nombre qu'au cours de toute l'année dernière. Sa collègue, la D^{re} **Anne-Marie Bédard** a connu la même augmentation fulgurante. Leur secret ? Le groupe de médecine de famille (GMF) spécialisé en périnatalité qu'elles ont créé.

Le GMF La Cigogne, situé à côté de l'Hôpital Charles LeMoine, a ouvert ses portes en janvier dernier. Il réunit huit omnipraticiens accoucheurs. Même si tous n'ont pas connu la hausse faramineuse de productivité des D^{res} Delisle et Bédard, leur pratique est devenue plus efficace. « En moyenne, on peut dire que tous les médecins voient au moins le tiers de patientes de plus qu'avant », dit la D^{re} Delisle.

Les D^{res} Delisle et Bédard, les deux coresponsables du GMF, ne conserveront probablement pas ce rythme intense. Jusqu'à présent, elles ont dû mettre les bouchées doubles, parce que la cigogne est aussi passée dans leurs propres rangs : deux des généralistes et une infirmière du GMF sont actuellement en congé de maternité. « Notre pratique ne restera pas nécessairement

multipliée par deux à long terme, mais le GMF va facilement nous permettre de voir une fois et demie plus de patientes », précise la D^{re} Bédard.

Éventuellement, le groupe pourrait suivre environ 1200 des 1800 femmes enceintes qui accouchent à l'Hôpital Charles LeMoine. « On a décidé d'accepter toutes les femmes enceintes qui appellent au cabinet pour être suivies. Notre objectif est d'assurer une accessibilité à la population », indique la D^{re} Bédard.

La précieuse aide de l'infirmière

L'un des avantages les plus précieux du GMF aux yeux des médecins : l'infirmière. À elle seule, **M^{me} Mélanie L'Archer**, infirmière clinicienne, fait toute une différence dans leur pratique. Entre autres, elle rencontre les patientes enceintes avant eux.

« À la première visite, je remplis une bonne partie du questionnaire pour le médecin et je fais de l'enseignement, c'est-à-dire que je donne toutes les recommandations qui seront nécessaires durant la grossesse. Je remets des documents et j'explique la procédure du suivi de grossesse », explique-t-elle. Au cours des consultations suivantes, l'infirmière prend le poids et la pression des patientes, s'assure du bon



M^{me} Mélanie L'Archer, D^{re} Caroline Delisle et D^{re} Anne-Marie Bédard

déroulement de la gestation et demande un prélèvement d'urine avant la rencontre avec le praticien.

M^{me} L'Archer aide deux omnipraticiens à la fois. Mais elle a aussi son propre travail. C'est elle qui rappelle les patientes qui ont laissé des messages téléphoniques. « Elle s'occupe beaucoup des appels de patientes inquiètes qui ont besoin d'être rassurées parce qu'elles vivent leur première grossesse ou ont leur premier bébé », explique la D^{re} Delisle. De plus, grâce aux ordonnances collectives qui viennent d'être signées, l'infirmière pourra entreprendre des traitements, par exemple, contre les nausées de grossesse.

L'infirmière joue également un rôle important dans le suivi pédiatrique. « Je fais une grande partie de l'ABCdaire* pour les bébés. Par exemple, j'évalue l'alimentation et ce qui concerne la sécurité de l'enfant. Je fais également de l'enseignement, je prends les mesures du bébé et je réponds aux préoccupations des parents », indique-t-elle.

Pour la D^{re} Delisle, la présence de l'infirmière rend la pratique plus agréable. « J'ai plus de plaisir et plus de temps pour aller en profondeur lorsqu'il y a un élément pathologique. J'ai également du temps pour mieux entrer en relation avec les patients. Les jours où je

n'ai pas l'infirmière, ce n'est pas aussi plaisant. »

Chaque médecin peut travailler environ deux jours avec l'infirmière. « C'est sûr que lorsque je n'ai pas l'infirmière, je diminue le nombre de mes rendez-vous », indique pour sa part la D^{re} Bédard. Elle estime que lorsque M^{me} L'Archer aura acquis plus d'expérience, il sera possible de lui accorder plus d'autonomie. « L'objectif à long terme, c'est qu'elle puisse faire le suivi des grossesses et des bébés conjointement avec nous. Peut-être voir les patientes un rendez-vous sur deux ou faire la prise en charge complète de grossesses. Elle pourra également effectuer la cytologie des patientes, le dépistage des MTS, etc. Il y a plein de choses pour lesquelles une infirmière clinicienne peut être formée. »

Une situation intenable

Pourquoi avoir créé le GMF La Cigogne ? Parce que la situation était devenue invivable pour les omnipraticiens accoucheurs de l'Hôpital Charles LeMoine. D'une part, les gynécologues de l'établissement avaient énormément réduit le nombre de leurs suivis de grossesses normales.

* L'ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans.

D'autre part, le taux de natalité ne cessait de grimper. Et en plus, des patientes montréalaises enceintes, incapables de se trouver un médecin, affluaient vers les cliniques de la Rive-Sud. « Nos cabinets débordaient. On ne savait plus où mettre les nouvelles patientes enceintes », se rappelle la D^{re} Delisle.

Moralement, la situation devenait intenable. « C'est inhumain qu'une patiente, après dix appels téléphoniques, se retrouve à quatorze ou quinze semaines de grossesse sans avoir vu de médecin, parce qu'aucun ne veut la prendre. C'est ce qu'on a vécu l'an dernier », affirme l'omnipraticienne.

Pour trouver une solution, les D^{res} Delisle et Bédard ont rencontré en avril 2008, les responsables de l'Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie. C'est là qu'on leur a proposé de former un GMF. Elles et leurs collègues de l'hôpital pourraient ainsi avoir droit aux services de deux infirmières, à des ordinateurs et à une secrétaire. Les omnipraticiens, qui exerçaient alors parallèlement dans différentes cliniques, se sont donc unis pour tenter l'expérience.

Patients inscrits

Un GMF est cependant soumis à des règles. Par exemple, l'inscription de la clientèle. Au GMF La Cigogne, les omnipraticiens n'inscrivent pas toutes les femmes enceintes qu'ils suivent, parce qu'ils ne deviennent généralement pas leur médecin de famille. « On offre à la mère le suivi post-partum. Mais si elle n'a pas de complication, comme une dépression ou un problème de contraception, elle est déchargée du GMF. Elle doit retourner à son médecin de famille ou s'en trouver un », explique la D^{re} Delisle.

Les bébés, par contre, sont inscrits. Ils seront normalement suivis jusqu'à l'âge de deux ans. Les médecins du GMF La Cigogne offrent ce service entre autres pour répondre à un besoin dans la région. « Des médecins de famille de la Rive-Sud nous ont dit qu'ils n'étaient pas à l'aise de suivre de jeunes bébés. Ils trouvent cela difficile parce que l'enfant ne parle pas et, qu'en plus, ils connaissent peu les problèmes congénitaux. »

L'obstétrique représente entre la moitié et les deux tiers de la pratique de chacun des médecins du GMF. Le reste de leur travail relève de la médecine générale. De nombreux patients de tous âges fréquentent donc la clinique. L'une des omnipraticiennes a déjà quelque 1200 patients inscrits en plus des

femmes enceintes qu'elle suit. « On travaille très fort », avoue la D^{re} Delisle.

Par ailleurs, un GMF a également l'obligation d'offrir un service de consultation sans rendez-vous en dehors des heures normales d'ouverture. Pour répondre à cette exigence, La Cigogne a conclu une entente avec la clinique réseau CAMU située dans le même immeuble. C'est cette dernière qui se charge du service pendant les heures défavorables. Les médecins du GMF n'auraient pas pu l'offrir en plus de leur travail habituel. « On a déjà une pratique où l'on est chacun 24 heures par semaine à la salle d'accouchement. C'est là que l'on voit par ailleurs nos patientes enceintes qui ne vont pas bien », explique la D^{re} Bédard.

Une expérience précieuse pour les résidents

Le GMF La Cigogne est aussi un lieu d'enseignement. Dès le départ, il était entendu qu'il accueillerait des résidents de médecine familiale. Deux de ses médecins étaient déjà professeurs d'enseignement clinique à l'unité de médecine familiale (UMF) de l'Hôpital Charles Lemoyne. Ainsi, depuis peu, environ six résidents en médecine familiale par trimestre peuvent faire une partie de leur stage de périnatalité à la clinique.

« Les résidents qui ne veulent que faire leur stage le font et ceux qui se destinent plus tard à l'obstétrique ont de quoi s'amuser. Quand ils ont du temps libre, ils viennent au GMF. S'il ne se passe rien à la salle d'accouchement, par exemple, ils nous aident pour acquérir plus d'expérience », affirme la D^{re} Delisle.

Ces stages au GMF, qui font partie de la formation en médecine familiale de l'Université de Sherbrooke, donnent aux futurs médecins une vision différente de la pratique. « Les résidents peuvent observer le fonctionnement d'un cabinet privé. Ils peuvent voir comment cela roule et ce que cela implique. La cadence n'est pas la même que dans une UMF. »

Globalement, la création du GMF La Cigogne, clinique aux multiples facettes, n'a pas été facile. Beaucoup de travail a été nécessaire. De nombreuses démarches avant la mise sur pied et énormément d'administration après. « Il ne faut pas s'attendre que le GMF soit une solution facile, avertit la D^{re} Bédard. C'est une bonne solution, mais il faut y investir beaucoup de temps. Nous sommes cependant contentes des résultats. Nous voyons une grande différence dans la qualité des soins que l'on peut donner. » 🍷

Entrevue avec le D^r Marc-André Asselin

Quelques grandes lignes du congrès syndical



D^r Marc-André Asselin

Photo : Emmanuèle Garnier

Le D^r Marc-André Asselin, premier vice-président de la FMOQ et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, a présidé le congrès syndical L'omnipraticien au cœur de la santé, qui s'est déroulé les 28 et 29 mai dernier. Il s'agissait de la première étape du processus de consultation qui permettra à la FMOQ de rédiger le cahier des demandes pour les négociations de 2010.

M.Q. – : Quel bilan faites-vous du congrès syndical ?

M.-A. A. – : Je pense que cet événement a été un succès. Le congrès syndical était la première occasion où nous avons pu discuter avec nos membres des trois volets de la valorisation de la médecine familiale, soit la formation, l'organisation des soins et la rémunération. Nous avons fait une grande collecte de données. Nous allons ensuite continuer à consulter les médecins de chaque association au cours de la tournée provinciale que fera le président, le D^r Louis Godin, à l'automne. Puis, nous préparerons le cahier des demandes, qui sera soumis au Conseil de la FMOQ en décembre et que nous déposerons à la table de négociations en 2010.

M.Q. – : Quels ont été les moments marquants de ce congrès ?

M.-A. A. – : Je pense qu'il y en a eu deux. Le premier a été la conférence sur le différentiel de rémunération entre les médecins spécialistes et les médecins omnipraticiens du Québec. Évidemment, un écart de rémunération aussi élevé que 56 %, et allant même jusqu'à 73 % quand on tient compte des frais de cabinet, est frappant. L'autre moment fort a été le gala où l'on a rendu hommage à cinq médecins bâtisseurs qui ont contribué à la fondation de leur association dans les années 1960. Je pense que beaucoup de congressistes se sont alors rendu compte du chemin parcouru par les omnipraticiens depuis cette époque.

M.Q. – : Comment ont réagi les omnipraticiens quand ils ont appris l'écart de rémunération qui les séparait des spécialistes ?

M.-A. A. – : Les médecins savaient que l'écart réel de rémunération était probablement plus grand que la différence de 25 % à 30 % dont on entendait toujours parler. Cependant, l'ampleur de

l'écart qui a été présenté était tellement importante qu'on a eu de la difficulté à prendre totalement conscience de ce que cela représentait. Je pense que les congressistes ont d'abord été un peu estomaqués, mais que cela a ensuite augmenté leur motivation. D'ailleurs, dans le sondage effectué pendant le congrès, 86 % des répondants étaient prêts à prendre des mesures pour obtenir une rémunération équitable.

M.Q. – : Quelles étaient les principales demandes des médecins dans les différents ateliers ?

M.-A. A. – : J'en retiens deux plus particulièrement. Il y a d'abord la question de l'équité. Dans tous les ateliers, les médecins mentionnaient continuellement ce point. Il faut un juste rattrapage financier. Si le tarif horaire d'un spécialiste qui travaille avec des omnipraticiens dans la même unité est de X dollars, eh bien ces derniers devraient avoir X dollars moins un écart acceptable.

La question de l'équité comprend aussi le mode de rémunération. Les omnipraticiens sont payés à l'acte, à tarif horaire et à honoraires fixes. Les spécialistes, par contre, ont un mode forfaitaire qui rend dès le départ leur rémunération quotidienne intéressante. Les omnipraticiens qui pratiquent, par exemple en gériatrie, ou dans les centres de soins de longue durée avec des gériatres n'ont pas cet avantage. On trouve la même situation dans les unités de soins intensifs et dans les salles d'urgence où se côtoient pour un même travail généralistes et spécialistes. Il n'y a pas de raison pour que les écarts soient si grands pour les mêmes tâches. Les omnipraticiens vont tenir à ce principe, et il va falloir voir comment les satisfaire dans les propositions que l'on va faire au gouvernement.

L'autre demande prioritaire des congressistes concernait la préservation des cabinets privés, lieux où se fait soigner la majorité des citoyens au Québec. Je pense qu'il va falloir trouver une façon de protéger les cliniques, de les financer adéquatement et de faire en sorte qu'elles puissent continuer à jouer leur rôle auprès de la population. Des progrès ont été faits grâce à la création des GMF et des cliniques-réseau, mais il va falloir aller beaucoup plus loin si l'on veut que le réseau survive.

M.Q. – : Au cours des ateliers du congrès, les médecins réclamaient également l'aide d'infirmières dans les cabinets privés.

M.-A. A. – : Actuellement, les médecins ne peuvent pas augmenter leur prestation des soins. Je pense qu'ils travaillent tous au maximum de leurs capacités. Si on ne leur fournit pas d'aide pour accroître le nombre de patients qu'ils peuvent voir dans une journée,

on ne s'en va nulle part. On sait que même en 2027 il n'y aura pas encore suffisamment d'omnipraticiens pour que chaque citoyen ait un médecin de famille. Quand on regarde ailleurs dans le monde, comme en Angleterre et dans les pays nordiques, les médecins travaillent tous avec une infirmière. Cette dernière règle les problèmes les plus simples et partage avec le médecin le suivi des patients atteints de maladies chroniques. Cette association permet d'augmenter le nombre de patients vus et le nombre de citoyens qui ont un médecin de famille.

M.Q. – : Les médecins estimaient également qu'ils devaient être rémunérés pour leur travail avec l'infirmière.

M.-A. A. – : Les médecins ne travailleront pas avec une infirmière s'ils ne sont pas rémunérés pour leur collaboration et leur supervision. L'infirmière va toujours avoir besoin de consulter le médecin. Le lien hiérarchique fait également que la responsabilité repose sur les épaules du médecin. Ce dernier doit donc être payé pour cela. Dans certains endroits, comme en Ontario, les médecins ont un forfait mensuel lorsqu'ils travaillent avec une infirmière. Il faudra voir quel type de rétribution sera la meilleure au Québec. Actuellement, si on ne fait pas l'acte nous-mêmes, on n'a pas droit à une rémunération.

M.Q. – : Dans les ateliers, bien des médecins réclamaient plus d'infirmières que ce que le gouvernement offre dans les GMF.

M.-A. A. – : Dans le GMF où je travaille, nous sommes vingt et un médecins pour deux infirmières. Imaginez qu'à la place on en ait dix, l'effet serait différent ! Actuellement, on se contente de faire certains programmes et on ne peut pas en faire plus parce les infirmières ne pourraient pas répondre à la demande. Ce que la Fédération réclame, c'est une infirmière par médecin. On sait qu'on n'aura pas ce ratio immédiatement, mais plus tôt on l'obtiendra et plus rapidement on pourra augmenter la prestation des soins et donner un meilleur service à la population.

M.Q. – : Qu'en est-il de la simplification de la facturation, que bien des médecins souhaitent ?

M.-A. A. – : La simplification de la facturation ne peut venir que de nouveaux modèles de facturation. On ne peut pas simplifier une facturation strictement à l'acte, à moins de réduire de quatre à deux les grands examens qui peuvent être facturés. Mais même là, il y aura toujours des modalités selon l'endroit, l'heure, la personne et le contexte qui complexifieront la facture.

Je pense que la façon de simplifier la facturation passera par un nouveau mode de rémunération. Cependant, on n'en est pas encore rendu là dans notre réflexion. L'acte a quand même l'avantage de stimuler la productivité, ce qui fait en sorte que plus de patients sont soignés. Ce qu'on a senti au cours du congrès, c'est qu'il y avait une certaine demande pour un mode de rémunération fondé sur un forfait auquel s'ajouterait un paiement à l'acte, entre autres dans certaines unités de soins de longue durée et aux soins intensifs. Je pense que cette façon de faire pourrait d'ailleurs être applicable dans presque tous les milieux de pratique.

M.Q. – : Sur le plan de l'organisation, quelle était la principale demande des médecins ?

M.-A. A. – : Il a beaucoup été question du travail avec d'autres professionnels de la santé. Les médecins sont à peu près les seuls qui ne peuvent pas engager d'autres professionnels et en facturer le travail. Beaucoup de congressistes nous ont également dit qu'ils aimeraient engager eux-mêmes le personnel plutôt que de prendre celui du réseau public. Si on est en clinique, en GMF, en clinique-réseau, on a d'une part des personnes que l'on a embauchées, et d'autre part, quelques infirmières qui viennent du réseau public, qui en dépendent et qui sont soumises à la convention collective en vigueur. Ce mode de fonctionnement nous impose donc de travailler avec des gens sur lesquels on n'a aucune maîtrise. Ce qui résulte en deux poids deux mesures. Il faudrait donc que nous engagions nous-mêmes nos employés. C'est une demande qui a été générale dans les ateliers.

M.Q. – : Y a-t-il de nouvelles idées qui sont sorties du congrès ?

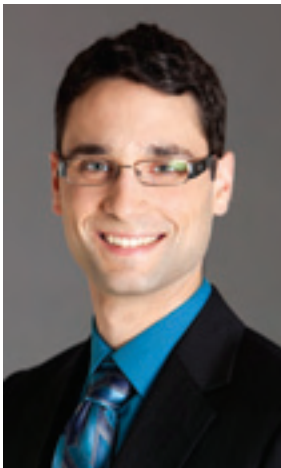
M.-A. A. – : On a un ensemble d'à peu près deux pages de demandes et de suggestions pour chacun des milieux de pratique. Il va falloir colliger ces données et faire un partage. Il faudra s'assurer que chacun des milieux de pratique soit traité avec équité dans le cahier des demandes que l'on va faire. C'est un défi important qui va nécessiter plusieurs mois de réflexion et de travail.

Le congrès syndical était, par ailleurs, pour nous le début du processus de consultation pour préciser les demandes qui seront présentées au gouvernement au cours des négociations de 2010. Cet événement était fort important parce que ce sont les membres de la base qui sont venus nous voir. On va aussi aller les rencontrer à l'automne dans chaque région. On va leur présenter les conclusions du congrès et en discuter avec eux. On veut être sûr que notre cahier des demandes représente ce qu'ils veulent. ☞

Un nouveau président à la FMRQ

Le D^r Yann Dazé

Francine Fiore



Le D^r Yann Dazé

Élu par acclamation le 5 juin dernier, le **D^r Yann Dazé**, résident 5 en anatomopathologie, succède au **D^r Martin Bernier** à la présidence de la FMRQ.

Résultat d'une prise de conscience récente, son engagement syndical n'en est pas moins total. « Je ne me suis jamais vraiment impliqué dans les associations étudiantes pendant mes études précliniques, dit-il. Toutefois, mon intérêt s'est développé au cours de ma résidence. J'ai compris que la situation était sérieuse et

je voulais participer au débat. »

Déjà au travail, le président et son équipe ont plusieurs grands dossiers en chantier. Optant pour la continuité, le D^r Dazé entend poursuivre le travail entrepris par l'ancien président. Ainsi, l'un des premiers objectifs de la FMRQ demeure la valorisation de l'omnipratique. « La FMRQ tient à faire la promotion de la médecine familiale qui est en crise à cause des difficultés de recrutement et du manque d'effectifs », indique le D^r Dazé. Parmi les actions concrètes de la FMRQ sur ce plan, le président rappelle sa participation à la table de concertation et l'embauche d'un employé permanent qui s'occupe de tous les dossiers de médecine familiale.

Par ailleurs, la FMRQ réalise actuellement un sondage afin de mieux connaître le fonctionnement des UMF du Québec et d'y apporter certaines améliorations. « Par exemple, en obstétrique, les résidents doivent suivre un certain nombre de patientes, explique le D^r Dazé. Dans certains établissements, ils doivent être disponibles 24 heures sur 24 lorsque leurs patientes sont sur le point d'accoucher.

En tenant compte des besoins de la population, il faudrait plus d'uniformité entre les diverses UMF afin de faciliter la vie de nos membres. »

Considérant que les activités médicales particulières (AMP) sont un frein au recrutement en médecine familiale, le D^r Dazé souhaite des changements. « Les AMP constituent une mesure coercitive élaborée par le gouvernement afin de répartir des médecins dans des endroits en manque d'effectifs ou dans des domaines particuliers comme l'urgence ou l'hospitalisation. Sans les abolir, il faudrait revoir les AMP et trouver une solution non coercitive pour obtenir les mêmes résultats. »

En ce qui concerne les effectifs médicaux, le Québec doit conclure des ententes de mobilité interprofessionnelle avec la France et l'Ontario. La FMRQ demande que les médecins étrangers ou ontariens qui pratiqueront au Québec soient soumis aux mêmes obligations que les cliniciens québécois, en ce qui concerne entre autres les PREM et les AMP. Le D^r Dazé espère que le recrutement hors Québec ne nuira pas aux finissants qui ont souvent de la difficulté à trouver des postes, notamment à cause du moratoire sur les PREM en spécialité. Aucun poste ne sera ajouté avant 2010, bien qu'il y ait une cinquantaine de dérogations permettant à un résident de pratiquer dans un établissement sans poste disponible.

« On espère que ce moratoire sera levé, et que de nouveaux postes seront ajoutés afin d'offrir un plus vaste choix de lieux de pratique aux finissants, affirme le D^r Dazé. En médecine familiale, où il n'y a pas de moratoire, les PREM devraient être revus selon les besoins des établissements. »

Par ailleurs, l'année 2009 en sera une de préparation aux négociations pour la FMRQ. À l'ordre du jour, la rémunération et les conditions de travail en général, y compris la question des gardes de 24 heures.

En plus du D^r Dazé élu à la présidence, le nouveau Bureau de la FMRQ comprend le **D^r Jean Archambault**, secrétaire, et la **D^{re} Marie-Andrée Girard**, trésorière. Tous les deux ont été réélus par acclamation. 🍷

Association du Sud-Ouest le Prix Jean-Paul-Gendron

Emmanuèle Garnier



Dr Jean-Paul Gendron

L'an dernier, comme toutes les années, le **Dr Jean-Paul Gendron**, grand amateur de golf, participait à la journée printano-estivale de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest (AMOSO). Un événement qui combine réunion syndicale, formation continue et golf.

La **D^{re} Christiane Simard**, présidente de l'AMOSO, ne concevait d'ailleurs pas l'événement sans le Dr Gendron. Quatre jours plus tard, l'omnipraticien décédait subitement. Ce fut un choc terrible pour ses collègues de l'AMOSO.

Au cours de l'hiver, les membres du Bureau de l'AMOSO ont décidé de créer le Prix Jean-Paul-Gendron. Ils tenaient à rendre hommage à ce médecin très engagé auprès de ses patients et de sa collectivité de Beauharnois. Dans sa résolution, le Bureau souligne que le Dr Gendron « était un membre assidu de toutes nos activités syndicales, qu'il a été et qu'il reste un modèle pour beaucoup d'entre nous et que son intelligence, son humour, son humanisme nous manqueront énormément. »

Le Bureau a décidé de décerner le nouveau prix au meilleur joueur de golf de la journée printano-estivale. « Peut-être qu'éventuellement ce trophée récompensera d'autres types d'accomplissements. Cependant, cette année, il était important pour nous d'allier la médecine et le golf, parce que cela représentait le Dr Gendron », explique la D^{re} Simard.

Le 12 juin dernier, à la fin de la journée d'activités de l'AMOSO, c'est le **Dr Luc Marineau**, de la région de Valleyfield, qui a remporté le Prix Jean-Paul-Gendron. Excellent joueur de golf, il a gagné le tournoi haut la main. À la remise du trophée, les médecins présents, dont certains avaient les larmes aux yeux, ont été touchés par cet hommage à leur ancien collègue. 🏌️

Les Prix d'érudition 2009 des résidents qui se distinguent

Francine Fiore

Devenue une tradition, la remise de prix à des résidents en médecine familiale a eu lieu dans différentes facultés de médecine du Québec. Parallèlement, des chercheurs des départements de médecine familiale ont été invités à exposer leurs travaux.

À l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke, cette activité couronne un cours obligatoire permettant aux résidents de se familiariser avec la recherche et l'érudition, ce qui est très important affirment les organisateurs.

À l'Université de Montréal, la sixième *Journée annuelle de présentation des travaux académiques des résidents et des travaux de recherche* a fait l'objet de 92 présentations. Les lauréats sont : **Véronic Thibault** (UMF Maria) pour sa recherche portant sur *L'huile de ricin et la grossesse*, **Frédéric Arguin** (UMF Verdun) pour *Les longues heures de travail durant les gardes intrahospitalières mettent-elles les patients en danger ?*, **Mona Khattabi** (UMF Amos-La Sarre) pour *L'intubation en séquence rapide avec l'étomidate : faut-il s'inquiéter de l'insuffisance surrénalienne ?* et **Marie-Ève Lavoie** (UMF Shawinigan) pour *Les probiotiques et la prévention du C.difficile*.

Stimulant la réflexion critique, cette formation en érudition demeurera utile au médecin tout au long de sa carrière. « Les résidents doivent se poser une question clinique précise, effectuer une recherche dans la littérature afin de trouver des articles apportant des réponses à cette question et porter un jugement sur les données probantes », précise le **Dr Dominique Pilon**, président du Comité organisateur de la Journée d'érudition à l'Université de Montréal. Dans la pratique quotidienne, le médecin de famille doit savoir interpréter la littérature.

Par ailleurs, dix-neuf recherches ont été présentées lors de la *Journée annuelle de la recherche clinique et de l'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel* du Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke. Des prix ont été remis à des résidents dans différentes catégories.

(Suite à la page 75) >>>>

Les lauréats du Prix du meilleur projet dans la catégorie « Recherche » sont **Catherine Hamel, Jelena Jovic et Karine Riverin**, résidentes de l'UMF Charles LeMoynes. Le prix de la catégorie « Projet qualité de l'exercice professionnel » a récompensé les auteurs de l'étude OBESSE, **Kevin Girard, Alexandre Dufour, Marie-Anne Gagnon, Mélodie Pedneault et Catherine Girard-Martel** (résidents de l'UMF de Chicoutimi). En outre, ce prix a également été remis à **Florence Tremblay, Milaine Leblanc, Audrey Gibeault, Laurie Lafontaine, et Maxime Denicourt**, résidents de l'UMF Charles LeMoynes.

Pour finir, **Sandrine Royer et Olivier Maynard** (résidents 3 du programme d'urgence à Chicoutimi) ont reçu le Prix du public.

« Cette journée est fort appréciée des résidents et des professeurs, dit la **D^{re} Yanouchka Labrousse**, médecin de famille à l'unité de médecine familiale de l'Hôpital Charles LeMoynes, affiliée à l'Université de Sherbrooke, et directrice scientifique de la Journée de la recherche clinique. Il s'agit d'une activité très importante. À son avis, la présentation de ces cas pourrait être utile aux médecins de famille déjà en pratique.

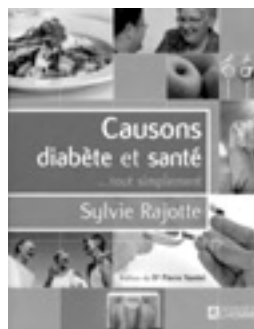
À l'Université Laval, chaque année, les unités de médecine familiale sont invitées à présenter la candidature d'un de leurs résidents de deuxième année, indique le **D^r Gilles Lortie**, directeur du Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université Laval. Cette année, la bourse du *Prix Espoir d'une génération* a été remis à **Marie-Ève Dumais** de l'UMF Basques-KRTB. Les dix autres candidats, à qui l'on a décerné la mention « Espoir d'une génération », étaient : **Émilie Beaulac** (UMF Laval), **Élise Tremblay-Gonthier** (UMF Haute-Ville), **Soufiane Bensaïdane** (UMF de Laurier), **Éloïse Bégin** (UMF Maizerets), **Géraldine Giroux** (UMF Saint-François-d'Assise), **Émilie Gagnon** (UMF de Gaspé), **Daniel Chassé** (UMF de Manicouagan), **Chahrazed Khima** (UMF de Rimouski), **Guy Laporte** (UMF des Etchemins) et **Sylvain Bellemare** (UMF du Nord-de-Lanaudière). 📞



Florence Tremblay, Milaine Leblanc, Audrey Gibeault, Laurie Lafontaine, D^{re} Yanouchka Labrousse, superviseure à l'UMF Charles LeMoynes

Causons diabète et santé... tout simplement

De Sylvie Rajotte



Il y a 14 ans, **Sylvie Rajotte**, qui s'occupait depuis de nombreuses années entre autres de patients diabétiques comme infirmière auxiliaire, apprend qu'elle aussi est atteinte du diabète. C'est un choc. Il lui faut dix ans pour accepter le verdict et se prendre en main. Dix ans pendant lesquels elle hypothèque sa santé. Pourtant, elle a vu

les complications de la maladie chez ses patients.

Maintenant éducatrice et conférencière, M^{me} Rajotte sait comment parler aux diabétiques. Avec compréhension et lucidité, elle leur explique les choix qu'ils doivent faire pour rester en bonne santé. Le diabète, leur rappelle-t-elle, est l'une des rares maladies sur laquelle on a un pouvoir énorme.

Sans complaisance, l'auteur décrit le diabète et ses complications. Mais elle parle aussi d'espoir. De la possibilité de réduire les terribles répercussions à long terme de cette maladie. M^{me} Rajotte, qui n'hésite pas à parler de son propre cheminement, explique comment changer son alimentation, faire régulièrement de l'exercice et bien suivre les traitements pharmacologiques. 📖

Les Éditions de l'Homme, Montréal, 2009, 220 pages, 24,95 \$.

Comprendre et prévenir la déficience intellectuelle

De la D^{re} Évelyne Pannetier



Dans notre monde de performance, le diagnostic de déficience intellectuelle fait très peur. Et ses conséquences sont lourdes. Comment ce problème survient-il ? Comment peut-on le prévenir ? C'est pour répondre à ces questions que la **D^{re} Évelyne Pannetier**, neuropédiatre et professeure à l'Université de Sherbrooke, a rédigé ce livre.

La déficience intellectuelle est caractérisée à la fois par un fonctionnement intellectuel substantiellement inférieur à la moyenne et par un comportement adaptatif limité. Ces handicaps peuvent être dus à la formation anormale du cerveau, à sa destruction par des facteurs internes ou externes ou encore à une stimulation insuffisante au cours du développement.

La déficience intellectuelle peut avoir des causes génétiques, mais aussi venir de problèmes prénatals, comme les malformations. Elle peut également être provoquée par des facteurs périnataux, tels que la prématurité ou les traumatismes à la naissance, ou encore par des atteintes postnatales, comme les infections ou les problèmes psychosociaux. Pour chacune des causes, l'auteure examine les mesures préventives possibles. Pour la neuropsychiatre, faire comprendre l'origine de la déficience intellectuelle, « c'est changer le regard que l'on porte sur une partie de la population. »

Éditions multimondes, Québec, 2009, 292 pages, 34,95 \$.

Le jeu chez l'enfant

De Francine Ferland



Ergothérapeute et professeure à l'Université de Montréal, **M^{me} Francine Ferland** répond, dans un petit livre, aux questions que se posent les parents sur la place du jeu dans la vie de l'enfant.

L'auteur révèle que cette activité stimule le développement dans toutes ses composantes. Elle permet à l'enfant de bouger, d'utiliser ses

muscles et son imagination, d'exprimer ses sentiments et d'entrer en contact avec les autres.

M^{me} Ferland explique comment commencer à jouer avec un jeune bébé. On peut l'inciter à regarder, à écouter, à toucher et lui faire découvrir le mouvement. Jouer avec son enfant est un moyen de créer avec lui une interaction riche et satisfaisante. Il faut cependant éviter certaines erreurs comme transformer systématiquement le jeu en activité éducative, vouloir enseigner à l'enfant à jouer ou lui faire compétition.

M^{me} Ferland répond également à des questions intéressantes comme : faut-il laisser l'enfant gagner ? Doit-on s'inquiéter si un petit garçon veut jouer avec les poupées de sa sœur ? L'ergothérapeute donne par ailleurs plein de suggestions de jeux. 🧸

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2009, 72 p., 9,95 \$.