

# Conférence de presse mesures pour accélérer l'accès à un médecin de famille

Emmanuèle Garnier

**L**E 29 OCTOBRE DERNIER, la FMOQ a organisé une conférence de presse pour faire connaître à la population et aux médias les nouvelles mesures qu'elle suggère pour faciliter l'accès à un médecin de famille.

« Aujourd'hui, nous vous proposons deux voies d'action », a indiqué aux journalistes le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ. Entouré du **D<sup>r</sup> Marc-André Asselin**, premier vice-président, et du **D<sup>r</sup> Sylvain Dion**, secrétaire général de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Godin a présenté le rapport du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne.

Pour commencer, la Fédération désire que les patients puissent avoir rapidement accès à leur propre médecin de famille quand c'est nécessaire. Si possible en moins de trois jours. « On va demander aux médecins, quand ils exercent à leur cabinet, de rendre disponibles deux, trois ou quatre périodes de rendez-vous par jour pour leurs patients qui ont besoin de les voir de façon urgente ou semi-urgente », a expliqué le D<sup>r</sup> Godin.

Ensuite, la FMOQ souhaite que tous les Québécois, qu'ils aient ou non un médecin de famille, puissent avoir rapidement une consultation avec un omnipraticien dans les cas semi-urgents. Pour cela, elle propose la création « d'unités d'accès populationnel » (UAP) dans les régions qui en auraient besoin. Ces unités offriraient la possibilité de voir un omnipraticien sept jours par semaine. Le temps d'attente sur place serait de moins de deux heures grâce à un dispositif automatisé de gestion des rendez-vous.

Combien y aura-t-il de ces UAP ? Probablement une centaine. Elles seraient mises sur pied dans les territoires comptant plus de 50 000 habitants. Une cinquantaine pourrait être installée dans



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Marc-André Asselin, D<sup>r</sup> Louis Godin et D<sup>r</sup> Sylvain Dion

des cliniques-réseau. Les autres seraient créées dans des GMF, des CLSC ou d'autres cliniques médicales.

« C'est une proposition ambitieuse, mais les médecins de famille sont prêts à faire les choses différemment et à en faire plus », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin. Naturellement, la Fédération aura besoin de ses partenaires pour réaliser son projet. « On va demander l'engagement du gouvernement, parce que cela va nécessiter la participation des centres de santé et de services sociaux et du ministère de la Santé. On est convaincu que si tout le monde adhère à ce plan et que les conditions sont réunies, on est capable de le mettre en action dans un horizon de deux ans. »

### Des répercussions étonnantes

Le projet de la Fédération ne vise pas à bouleverser la première ligne. « On juge que la proposition que l'on fait est structurante dans le sens où elle s'appuie sur notre réseau actuel qui mérite une consolidation et une meilleure harmonisation de ses différentes composantes », a expliqué

le D<sup>r</sup> Sylvain Dion, qui était le président du groupe de travail sur l'accessibilité aux soins de première ligne.


Le D<sup>r</sup> Asselin, pour sa part, a expérimenté l'une des mesures proposées : mettre à la disposition de la clientèle des plages horaires libres pour les urgences. Il y a trois ans, le médecin s'est aperçu que certains de ses patients attendaient des heures au service de consultation sans rendez-vous de sa clinique pendant que lui-même pratiquait sur les lieux. « J'ai alors décidé de modifier ma façon de fonctionner. J'ai mis sur mon bureau un petit papier qui disait à mes patients que je leur réservais deux demi-journées par semaine pour des consultations sans rendez-vous », a expliqué le médecin à la conférence de presse. Ainsi, chaque semaine, une matinée et un après-midi sont réservés aux patients qui veulent le voir rapidement. « Cela a été une révolution dans ma pratique, et je pense que cela en a été une aussi pour mes patients. »

Le système fonctionne bien. Certains jours de douze à quinze patients viennent voir le D<sup>r</sup> Asselin pendant ses périodes de consultations sans rendez-vous. D'autres fois, seulement deux ou trois personnes y vont. Pour s'assurer d'avoir un minimum de travail, le D<sup>r</sup> Asselin donne quelques consultations sur rendez-vous pendant ces demi-journées.

Les répercussions de l'expérience sont étonnantes. La majorité des autres médecins de la clinique ont

imité le D<sup>r</sup> Asselin, et l'achalandage du service de consultation sans rendez-vous en a été allégé.

« Je pense que ce n'est pas utopique de demander que tous les médecins du Québec procèdent ainsi. »

De nombreux médias étaient présents à la conférence de presse : Radio Canada, TVA, *La Presse*, CBC, la Presse canadienne, RDI, *L'Actualité médicale*, etc. Pendant que se déroulait le point de presse, la FMOQ a fait parvenir à tous ses membres un courriel dans lequel elle présentait le rapport de son groupe de travail sur l'accessibilité (<http://tiny.cc/yxw85w>) accompagné d'un lien pour voir une vidéo dans laquelle le D<sup>r</sup> Godin décrivait les mesures proposées ([caducee.fmoq.org](http://caducee.fmoq.org)). 

### **Médecin de famille de l'année du Québec D<sup>r</sup> Michel Cauchon**

Le D<sup>r</sup> Michel Cauchon, omnipraticien, professeur et chercheur à l'unité de médecine familiale Maizerets, à Québec, est l'un des dix médecins de famille de l'année. Le 5 novembre dernier, à Vancouver, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a décerné ce titre, qui accompagne le prix Reg L. Perkin, à un omnipraticien par province.

« Le dénominateur commun de ces récipiendaires est leur détermination à fournir les meilleurs soins de santé possible à leurs patients et à faire progresser la médecine familiale au Canada », a affirmé la D<sup>re</sup> Francine Lemire, directrice générale du CMFC.

Le D<sup>r</sup> Cauchon, qui est professeur agrégé à l'Université Laval, se distingue entre autres par sa passion pour l'innovation en enseignement. Il est, par exemple, responsable d'InfoCritique, un programme en ligne qui permet aux résidents de développer leurs habiletés de lecture et de gestion de l'information scientifique de manière interactive. Ce cours est donné dans les universités québécoises et dans celles de plusieurs pays francophones. Le lauréat a, par ailleurs, remporté plusieurs prix d'excellence universitaire entre autres pour le programme d'enseignement et de recherche « La prise de décision partagée face à l'antibiothérapie dans le traitement des infections aiguës des voies respiratoires ». Le D<sup>r</sup> Cauchon dirige également de nombreux comités scientifiques, comme celui du Forum annuel des enseignants en médecine familiale du réseau de l'Université Laval et celui de la Journée annuelle de pharmacothérapie. EG

### **Prix Gilles-des-Rosiers hommage au D<sup>r</sup> Denis Audet**

Le prix Gilles-des-Rosiers 2012 a été décerné au D<sup>r</sup> Denis Audet, un des responsables de la formation continue de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec. Ce prix souligne l'engagement soutenu et diversifié d'un omnipraticien à titre de formateur ou d'organisateur d'activités de perfectionnement professionnel.

Le D<sup>r</sup> Audet a reçu le prix des mains du D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ, au cours du congrès sur la santé des hommes, le 7 novembre dernier. « Le D<sup>r</sup> Audet œuvre depuis un quart de siècle en formation continue, et ce, à différents niveaux », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin. Le lauréat a entre autres participé à l'organisation de plusieurs congrès de la Fédération, a été conférencier et formateur et a déjà écrit des articles dans *Le Médecin du Québec*. EG

# Assemblée annuelle de l'association de la Mauricie des moyens pour être plus accessible

Emmanuèle Garnier



Shawinigan



Photos : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Pierre Martin

**L**E 6 NOVEMBRE dernier, l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM) tenait son assemblée générale annuelle à Shawinigan. L'amélioration de l'accès à la première ligne est le nouveau défi des médecins de

famille. « L'heure est à l'action, au questionnement et au changement », a averti le **D<sup>r</sup> Pierre Martin**, président de l'AMOM.

La FMOQ se penche depuis des mois sur la manière d'améliorer l'accès des patients aux

omnipraticiens. « Dans le cadre de ses travaux, elle a eu le courage de consulter la population et de lui demander : "qu'attendez-vous de nous ?". Les gens ont répondu qu'ils veulent avoir un médecin de famille et qu'ils veulent être capables de le voir », a expliqué le président.

Les médecins de famille doivent ainsi être plus présents pour leurs patients. Mais pour cela, il faut remettre en question certaines façons de faire. Il est nécessaire, estime le D<sup>r</sup> Martin, de réévaluer, par exemple, l'équilibre entre les examens médicaux périodiques, les examens de suivi et le temps disponible pour les cas urgents ou semi-urgents. « Je crois que si l'on diminue la fréquence des examens de suivi de nos patients, on pourra dégager des plages pour être plus accessibles et répondre aux demandes urgentes de soins. »





Photos : Emmanuèle Garnier

Assemblée annuelle de l'AMOM

Augmenter sa disponibilité peut aussi demander de réaménager son horaire de travail et de gérer différemment la prise de rendez-vous. L'Accès adapté est une formule intéressante pour y parvenir. Le D<sup>r</sup> Martin a d'ailleurs lui-même suivi la formation dans ce domaine. « C'est un enseignement absolument passionnant. Je le mets maintenant en pratique dans mon horaire. »

Mais l'Accès adapté n'est pas la seule solution. Le médecin peut simplement garder quelques rendez-vous libres chaque jour pour les urgences de ses patients. « L'important, c'est d'adapter notre pratique pour être disponible pour notre clientèle », a dit le D<sup>r</sup> Martin à ses membres.

L'heure est peut-être aussi venue, devant le défi de l'accessibilité, de réfléchir à l'organisation du travail. Pendant des années, le gouvernement a plafonné le revenu des omnipraticiens. Il était alors inutile pour eux d'engager du personnel pour être plus efficace. La situation a cependant changé. « Il y a maintenant lieu de voir si on ne peut pas obtenir un gain d'efficacité en engageant des infirmières en plus de celles qui travaillent déjà dans les groupes de médecine de famille. L'augmentation de productivité pourrait financer leur salaire. »

Des infirmières techniciennes pourraient d'ailleurs participer directement à l'amélioration de l'accès à la première ligne. « Grâce à des ordonnances collectives que vous leur aurez données et dont vous assurerez la supervision, elles pourraient répondre à des besoins urgents de soins. »

### **Besoin de formation**

Bien des médecins pourraient avoir le désir de changer leur pratique et d'offrir à leurs patients

la possibilité d'être traités pour des urgences. Cependant, ils vont peut-être hésiter. Ils ne sont plus très habitués à voir des enfants avec une forte fièvre ou des patients avec des douleurs abdominales aiguës. « Il faudra offrir à ceux qui désirent mettre la main à la pâte, une formation médicale pour qu'ils puissent retrouver leurs habiletés et répondre aux exigences d'une pratique de soins d'urgence », a affirmé le D<sup>r</sup> Martin.

Les omnipraticiens qui ont une vision entrepreneuriale pourraient aussi désirer une formation pour profiter des changements qui se dessinent. « Cela peut être pour mieux organiser sa pratique, agrandir sa clinique, bien la gérer ou y accueillir de nouveaux collègues. »

Les nouvelles recrues pourraient, par ailleurs, être d'une grande aide pour augmenter l'accès à un médecin de famille. En 2014, il devrait y avoir un ajout net de 189 omnipraticiens dans tout le Québec. « Il faut permettre à ces médecins-là de se joindre à un groupe de cliniciens et à des structures qui offrent aux patients ou à la population la possibilité d'avoir rapidement accès aux soins de première ligne », a soutenu le président de l'AMOM.

### **Une priorité pour chacun des médecins**

La FMOQ avait présenté, une semaine auparavant, son plan d'action pour accroître l'accès de la population aux services des omnipraticiens (voir Conférence de presse p. 1). « Le moment est venu de passer à l'action », a déclaré le D<sup>r</sup> Martin, qui est également membre du Bureau de la Fédération. Il compte faire une tournée de sa région pour y rencontrer les médecins de famille. « On va s'adresser à chacun d'entre vous, a-t-il dit à ses membres. On devra tisser des liens très étroits ensemble et regarder comment améliorer notre accessibilité. »

Le président a bon espoir de voir la disponibilité des médecins s'accroître. « J'espère que dans les prochaines années la population ressentira une amélioration concernant l'accès à la première ligne et qu'on aura des chiffres à lui présenter pour lui montrer qu'on fait mieux. L'accès des patients à un médecin de famille doit être une priorité pour chacun d'entre nous. »

## Les prochains changements

### discours du président de la FMOQ



*D<sup>r</sup> Louis Godin*

Depuis le 1<sup>er</sup> décembre, une nouvelle nomenclature est en vigueur dans le domaine de la périnatalité, des soins intensifs et de l'anesthésie. Venu rencontrer les omnipraticiens de la Mauricie au cours de leur assemblée générale annuelle, le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, leur a résumé les changements dans chacun des secteurs.

En périnatalité, pour commencer, le mécanisme de partage de la rémunération lors des accouchements a été changé. Ensuite, le tarif des accouchements, en particulier celui de nuit, a été haussé. Maintenant, il y a également un supplément pour des accouchements où l'enfant se présente par le siège. La rémunération à la pouponnière a aussi été transformée. « Il s'agit d'un forfait quotidien pour le nouveau-né en bonne santé », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin.

Dans le domaine des soins intensifs, le forfait pour le deuxième jour d'hospitalisation du patient est dorénavant majoré. « On a exclu du forfait quotidien, tant pour le premier jour que pour les subséquents, certains actes techniques et un acte de la nouvelle nomenclature, soit la discussion avec les familles. » Le secteur de l'anesthésie, dans lequel les médecins de la Mauricie ne

pratiquent toutefois pas, a aussi bénéficié de bonifications.

#### *Futures nomenclatures*

La FMOQ négocie toujours la nouvelle rémunération mixte avec le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le but est de modifier la rétribution à tarif horaire et à honoraires fixes pour y inclure un forfait auquel s'additionne un pourcentage du tarif à l'acte. « Selon l'objectif qu'on s'est fixé, la rémunération doit absolument être liée à la charge de travail et au volume d'activités cliniques », a précisé le D<sup>r</sup> Godin. Au cours du mois d'octobre, le dossier n'avait pratiquement pas avancé, mais depuis, les pourparlers ont repris. « Nous espérons avoir terminé les négociations pour les Fêtes. »

La Fédération a également entrepris la révision de la rémunération de la nomenclature dans les cabinets médicaux. Elle désire la simplifier, la faire mieux correspondre à la réalité clinique et la moderniser. Pour connaître les suggestions des médecins pratiquant en clinique, la Fédération leur a envoyé un sondage. Les associations affiliées à la FMOQ, de leur côté, vont également consulter leurs membres à ce sujet.

La prochaine nomenclature devrait donc être élaborée sous peu. Il est probable que l'on y trouve de nouveaux actes comme les communications avec les spécialistes, les appels téléphoniques ou les réponses aux courriels. La Fédération devra ensuite fixer des tarifs et élaborer des modèles économiques pour évaluer leurs effets financiers.

« L'étape suivante sera cruciale : ce sera votre évaluation de la nouvelle nomenclature.



Je vous la présenterai probablement à l'automne prochain quand je reviendrai vous voir au cours de ma tournée. » Et, si tout se passe bien, les nouveaux actes pourront entrer en vigueur en avril 2015.

D'ici à l'adoption de la nouvelle nomenclature, il y aura une période transitoire sur le plan financier. Les médecins de cabinet, qui devaient toucher une augmentation de 4,24 % à partir d'avril 2013, la percevront sous la forme d'une somme rétroactive. Le premier chèque, qui correspond à 4,24 % de toutes les sommes gagnées en cabinet et à domicile du 1<sup>er</sup> avril au 30 juin, a dû être envoyé à la fin de novembre. L'exercice va se répéter tous les trimestres. Et à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014, le taux sera de 7,62 % pour tenir compte de la deuxième hausse qui était prévue à cette date.

### **Améliorer l'accès à un médecin de famille**

« Je pense que collectivement nous

avons commencé à reprendre notre place comme médecins de famille », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin. Toutefois, des efforts sont encore nécessaires. Une semaine auparavant, le président de la FMOQ avait présenté dans une conférence de presse un plan pour améliorer l'accès de la population à la première ligne (*voir p. 1*).

La Fédération avait, d'une part, proposé que tous les médecins de cabinets médicaux gardent chaque jour quelques plages de rendez-vous libres pour voir leurs patients rapidement quand cela est nécessaire. D'autre part, elle avait suggéré la création « d'unités d'accès populationnel » pour offrir aux patients la possibilité de voir un omnipraticien sept jours par semaine sans avoir à passer des heures à l'urgence.

« Ce projet est important. Pour atteindre les objectifs que nous nous sommes fixés, nous devons nous organiser pour être un grand groupe. Plus on sera de monde et plus ce sera facile d'y parvenir. » 📶

### **Prix Jean-Garceau hommage au D<sup>r</sup> Réjean Duplain**

Le D<sup>r</sup> Réjean Duplain, directeur du campus de l'Université de Montréal en Mauricie et médecin de famille, a reçu le prix Jean-Garceau. Cette distinction a pour but de reconnaître le travail d'un omnipraticien de la Mauricie, tant comme médecin que comme collègue de travail, de souligner sa passion et de promouvoir la fierté et le goût du dépassement.

« C'est impressionnant de voir tout ce qui figure dans le *curriculum vitæ* du D<sup>r</sup> Duplain, a avoué le D<sup>r</sup> Pierre Martin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie, qui a remis le prix au lauréat. Son CV montre son engagement dans l'enseignement et dans les projets de recherche qui font la promotion de la qualité de la pratique. Le D<sup>r</sup> Duplain est un médecin et un homme reconnu pour son dynamisme, son pragmatisme et son grand leadership. »

Le D<sup>r</sup> Duplain, qui parvient à pratiquer comme médecin de famille 15 heures par semaine, consacre beaucoup d'énergie à son travail universitaire. Il a d'ailleurs obtenu des résultats impressionnants sur le campus de la Mauricie. « Parmi les médecins formés à Trois-Rivières, 72 % désirent poursuivre leur carrière dans la région », a précisé le D<sup>r</sup> Martin. La Mauricie n'a d'ailleurs plus de problème de recrutement. EG



D<sup>rs</sup> Louis Godin, Réjean Duplain et Pierre Martin à côté du tableau du peintre Pierre Labrecque remis au lauréat.

Photo : Emmanuelle Garnier

## Les PREM 2014 un plus grand nombre de postes

Grâce à un ajout net de médecins supérieur à celui de l'an dernier, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) de 2014 vont être plus généreux. Ils ont dix-neuf postes de plus à offrir qu'en 2013. Lanaudière aura ainsi droit à six nouveaux facturants de plus que l'an dernier, la Montérégie et les Laurentides, à cinq de plus chacune et le Bas-Saint-Laurent, à trois médecins de plus.

Quelques régions, comme l'Estrie, se verront toutefois accorder un ou deux médecins

de moins qu'en 2013. « La méthode fait que lorsque la pénurie s'estompe dans un territoire, il peut arriver qu'il obtienne quelques omnipraticiens de moins », explique le D<sup>r</sup> Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ et membre du Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique (COGEMO).

Le COGEMO tient compte de nombreux facteurs pour déterminer le nombre de postes réservés à chaque région d'une année à l'autre. Elle prend en considération le manque de médecins, mais aussi des éléments comme la croissance de la population. « On tient également compte du nombre d'omnipraticiens qui quittent la région », précise le D<sup>r</sup> Dulude. **EG**

### Nombre de postes autorisés au PREM 2014

Régions intermédiaires et éloignées	Postes disponibles pour tous les médecins	
01 – Bas-Saint-Laurent	15	
02 – Saguenay – Lac-Saint-Jean	14	
04 – Mauricie – Centre-du-Québec	24	
07 – Outaouais	30	
08 – Abitibi-Témiscamingue	10	
09 – Côte-Nord	15	
10 – Nord-du-Québec	3	
11 – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	12	
17 – Nunavik	5	
18 – Terres-Cris-de-la-Baie-James	3	
Régions universitaires et périphériques	Postes disponibles pour les nouveaux facturants	Postes disponibles pour les médecins déjà en pratique
03 – Capitale-Nationale	2	20
05 – Estrie	9	5
06 – Montréal	69	29
12 – Chaudière-Appalaches	7	8
13 – Laval	14	7
14 – Lanaudière	23	4
15 – Laurentides	32	11
16 – Montérégie	51	17

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux

# Présidence du D<sup>r</sup> Louis Godin

## la valorisation de la médecine familiale



En décembre 2007, un nouveau président est élu à la tête de la FMOQ : le D<sup>r</sup> Louis Godin. Il connaît déjà bien les dossiers : il a été premier vice-président pendant les douze années précédentes.

Quand il entre en fonction, le D<sup>r</sup> Godin sait que la première ligne de soins est affaiblie. La médecine familiale a perdu son prestige. Les signes ne trompent pas. « À peine 38 % des étudiants en médecine choisissent alors de faire leur résidence en médecine familiale », se souvient le président. Et même parmi ceux qui devenaient omnipraticiens, beaucoup préféreraient travailler à l'hôpital plutôt qu'en première ligne.

Pour tenter de remédier à la situation, la FMOQ lance, à l'automne 2008, un *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale*. Il s'agit d'un plan de valorisation de la médecine familiale qui s'attaque à trois volets : la formation des médecins de famille, l'organisation de la pratique médicale et la rémunération.

« Nous avons saisi dès ce moment toutes les occasions de sensibiliser les Québécois à l'urgence d'agir si on voulait préserver un accès digne de ce nom aux médecins de famille », dit le D<sup>r</sup> Godin. À cette époque, l'attention du public et des élus est monopolisée par d'autres problèmes médicaux, comme les temps d'attente pour les interventions chirurgicales.

La Fédération travaille avec ses partenaires d'un côté pour promouvoir la médecine familiale auprès des étudiants et de l'autre pour améliorer l'organisation des soins. Il reste le volet financier.

Le congrès syndical de 2009 révèle que la différence de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes atteint, à la surprise générale, 55 %. « La valorisation de la médecine

familiale passait dès lors par un redressement de la rémunération des omnipraticiens », indique le D<sup>r</sup> Marc-André Asselin dans son récent livre intitulé : *De praticiens à spécialistes en médecine de famille*. En mars 2010, quand la Fédération commence à négocier avec le gouvernement pour renouveler de son accord-cadre, elle demande, entre autres, que l'écart de rémunération avec les spécialistes soit réduit à 20 %.

La FMOQ lance des campagnes publicitaires à la fois dans les médias traditionnels et dans les réseaux sociaux pour valoriser la médecine familiale. C'est un succès. Toute la province prend conscience que deux millions de Québécois n'ont pas de médecin de famille. Cela devient la grande préoccupation de l'heure.

Après de difficiles négociations, la FMOQ conclut une entente avec le gouvernement. Les gains financiers sont substantiels, mais ne permettent pas de réduire vraiment l'écart salarial avec les spécialistes.

Au cours de toutes ces années, la Fédération s'était donné trois objectifs. D'abord, permettre à la majorité des Québécois d'avoir un médecin de famille. De grands progrès ont été accomplis sur ce plan. « Les médecins de famille ont pris en charge plus d'un demi-million de nouveaux patients depuis deux ans », indique le président. Les deuxième et

troisième objectifs : que les Québécois qui ont un médecin de famille puissent le voir sans tarder et que même ceux qui n'en ont pas puissent avoir rapidement accès à un omnipraticien.

La FMOQ propose maintenant des mesures qui pourraient permettre d'atteindre ses deux derniers buts : la création d'unités d'accès populationnel et l'octroi d'un supplément pour les médecins de famille qui voient rapidement leurs patients. « Ce sont des propositions ambitieuses qui peuvent devenir réalité d'ici deux ans. » EG



D<sup>r</sup> Louis Godin



## Dix-huit ans à la présidence de l'association de Québec départ du D<sup>r</sup> Michel Lafrenière

*Emmanuèle Garnier*



D<sup>r</sup> Michel Lafrenière

À la tête de l'Association des médecins omnipraticiens de Québec (AMOQ) depuis 1995, le D<sup>r</sup> Michel Lafrenière vient de quitter son poste de président. Il est

engagé dans son association depuis... 1987. « Ces vingt-six années ont passé à la vitesse de l'éclair, constate-t-il, surpris. Au début, on participe surtout par curiosité. Ensuite, il y a tellement à faire que l'on ne voit pas le temps passer. Puis un jour, on réalise tout ce qui a été fait... »

Au cours de sa carrière syndicale, le D<sup>r</sup> Lafrenière a participé à d'importantes réalisations. Il se souvient avec acuité de la création du RAM, le réseau d'accessibilité aux soins généraux de Québec. C'était en 1988. La ville partait de zéro. Elle comptait à cette époque de nombreuses petites cliniques de un à sept médecins. L'AMOQ a convié tous ces cliniciens à une réunion au sous-sol de la Régie régionale. Ensemble, ils ont convenu de la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité médicale, notamment avec des heures de 8 h à 21 h les jours de semaine et de 9 h à 13 h les fins de semaine.

« Cela peut paraître simple, mais c'était toute une révolution. On partait avec

des médecins dont certains commençaient le matin à 6 h, d'autres à midi. Cela a été le premier consensus de tous les médecins de la région pour établir une structure de service unifiée à l'intention de la population. Je pense que c'est la plus belle réussite qu'on a eue en 26 ans. »

La ville de Québec a été l'une des premières à se doter d'un tel réseau. Il a été très utile. Progressivement, les omnipraticiens ont d'ailleurs vu les avantages de se regrouper. « Quand les GMF sont arrivés, nous étions prêts. On avait des équipes de sept à douze médecins, un mode de travail en équipe axé sur le suivi et la prise en charge, ainsi que des heures d'ouverture élargies pour les consultations sans rendez-vous. »

### DRMG et GMF

En 1995, le D<sup>r</sup> Lafrenière entre au Bureau de la FMOQ. Il a alors l'occasion de participer à des dossiers qui vont s'avérer déterminants pour la première ligne : la création des départements régionaux de médecine générale (DRMG) et la mise sur pied des groupes de médecine de famille. « Même aujourd'hui, je pense toujours que les DRMG auront un rôle encore plus important à jouer dans les années à venir », dit-il. Les GMF, quant à eux, sont appelés à devenir des piliers du réseau.

En partant, le D<sup>r</sup> Lafrenière a deux vœux. D'abord, il souhaite que s'estompe l'indifférence des médecins à l'égard des enjeux syndicaux. « Des comités neutres, ça n'existe pas. Si vous n'avez aucun objectif politique, sachez que les gens avec qui vous discutez, eux, en ont. Et, par défaut, ils vous les feront partager. Si vous ne défendez pas votre place dans le système de santé, vos partenaires eux le feront, et malheureusement, bien mieux que nous. »

L'ex-président désire, ensuite, que la méfiance qu'ont certains omnipraticiens envers la FMOQ disparaisse. « La Fédération les défend pourtant à temps plein. On perd une énergie folle à convaincre nos propres médecins que cet organisme est le nôtre. On ne peut pas se payer ce luxe avec le système de santé que l'on a actuellement. »

## Des nouvelles des associations...

### **Association de Laurentides-Lanaudière** **Le congrès Sylvain-Laporte en Chine**

Le congrès de formation médicale Sylvain-Laporte, organisé tous les deux ans par l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL), a eu lieu cette année en Chine.



Photo - Jean-Pierre Danvoys

Les omnipraticiens qui ont participé au voyage ont assisté à des conférences entre autres sur les arythmies et le suivi post-infarctus, les traumatismes du genou et de la cheville ainsi que sur les chutes chez la personne âgée. Ils ont également pu entendre des exposés sur la gestion de la problématique en fin de vie et l'inspection professionnelle.

Ces formations ont été données tout au long d'un périple qui a permis aux participants de visiter des villes comme Beijing, Xi'an, Shanghai, Hong Kong et de faire une croisière sur le Yangtze. « J'ai été surpris par la Chine. J'y ai vu des villes majestueuses et très propres où il y a un souci de l'architecture », explique le D<sup>r</sup> Marc-André Amyot, président de l'AMOLL.

Les participants ont, par ailleurs, pu visiter un hôpital et rencontrer un médecin chinois qui leur a expliqué le système de santé du pays. « Nous avons été frappés par l'absence totale de première ligne. Il n'y a pas de médecin de famille. Les gens vont directement à l'hôpital », indique le D<sup>r</sup> Amyot.

Le congrès Sylvain-Laporte a été organisé par la D<sup>re</sup> Hélène Laporte, responsable de la formation continue de l'AMOLL et fille de l'ancien président de l'association qui a donné son nom au congrès. EG.



## Congrès de formation médicale continue FMOQ

**13 et 14 février 2014**

**La santé de la femmes**  
Hôtel Delta Québec, Québec

**20 et 21 mars 2014**

**La nutrition**  
Centre Mont-Royal, Montréal

**10 et 11 avril 2014**

**L'infectiologie**  
Centre Mont-Royal, Montréal

**8 et 9 mai 2014**

**L'omnipraticque  
d'aujourd'hui à demain**  
Centre Mont-Royal, Montréal

**29 et 30 mai 2014**

**La gastro-entérologie**  
Hôtel Delta Québec, Québec

# L'intelligence émotionnelle

## le secret pour être plus performant ?

*Emmanuèle Garnier*



Photo: Superstock

**O**N PEUT PARFOIS le percevoir dans les yeux. Un regard concentré, présent. Ou le pressentir au ton de la voix. Des modulations chaleureuses, bienveillantes. Ou encore, le soupçonner à l'expression du visage ou à la manière de réagir. Mais c'est souvent invisible. Insaisissable. Intangible. Tout se passe à l'intérieur.

Certaines personnes ont en elle une capacité particulière. Elles parviennent à comprendre profondément les émotions. Les leurs et celles des autres. Elles ont ainsi accès à un monde d'informations qui leur permet d'agir avec sagacité et habileté. Elles possèdent ce qu'on appelle une grande intelligence émotionnelle.

Tout un éventail d'aptitudes découle de cette forme d'intelligence : la capacité d'adaptation, la faculté de gérer le stress, l'habileté à communiquer, le leadership et une aisance

à travailler en équipe. C'est un atout clé dans le monde des affaires. Mais aussi en médecine. L'intelligence émotionnelle facilite les relations médecin-patient, accroît l'empathie et serait même utile pour les diagnostics.

La définition de l'intelligence émotionnelle varie selon les spécialistes. Toutefois, on considère généralement qu'elle comporte l'aptitude à percevoir et à exprimer les émotions, à les utiliser pour mieux raisonner, à les comprendre et à les réguler (*encadré*).

« L'intelligence émotionnelle est la capacité de s'adapter compte tenu des émotions que l'on éprouve et de celles que l'on perçoit chez les autres », résume **M<sup>me</sup> Estelle Morin**, docteure en psychologie et professeure à HEC Montréal.

Quand, en 1992, la chercheuse a commencé à s'intéresser à la santé au travail et à l'intelligence

Encadré.

### Les quatre aptitudes associées à l'intelligence émotionnelle

Il existe différentes définitions de l'intelligence émotionnelle. Néanmoins, en général, on considère que ce type d'intelligence repose sur quatre aptitudes, soit les capacités de :

1) **Percevoir les émotions.** L'intelligence émotionnelle permet de percevoir et de reconnaître ses propres émotions et celles des autres. Elle donne entre autres la capacité de lire avec justesse les expressions faciales.

2) **Savoir utiliser les émotions.** Cette aptitude permet de transformer les émotions en informations et de s'en servir dans le processus de la pensée. Elle donne la possibilité, par exemple, d'anticiper la réaction émotionnelle d'une autre personne pour adapter en conséquence son propre comportement.

3) **Comprendre les émotions.** Cette habileté permet d'analyser les émotions et d'établir des relations causales comme le lien entre une perte et un sentiment de tristesse.

4) **Réguler les émotions.** Cela consiste à assurer de manière consciente le fonctionnement harmonieux des émotions chez soi et chez les autres. Cette aptitude permet d'exploiter les émotions, même négatives, pour atteindre un but.

Comment se lient toutes ces aptitudes ? « Une fois que la personne émotionnellement intelligente a perçu et distingué les émotions pertinentes, les a transformées en informations émotionnelles, a assimilé ces données pour faciliter son processus de pensée, puis a compris l'effet de ces émotions tant sur le plan de leur signification que de leur portée sur un comportement particulier, elle peut réguler ou gérer les émotions avec réflexion pour son bien et celui des autres », explique M. James Marcum, de l'Université Baylor, au Texas<sup>1</sup>.

émotionnelle, on lui a dit que ce n'était pas là la tâche d'un professeur d'une école de gestion. « Aujourd'hui, plus personne ne remet mon travail en question. »

### L'intelligence émotionnelle dans le monde des affaires

Le monde des affaires a, bien avant d'autres secteurs, compris le potentiel de l'intelligence émotionnelle. Ce type d'intelligence est d'autant plus intéressant qu'on peut l'accroître. La demande pour des formations a d'ailleurs explosé au fil des ans, tout comme l'offre : séminaires, ateliers, encadrement professionnel (*coaching*) individuel et de groupe.

HEC Montréal, à lui seul, offre quatre fois par année des séminaires de trois jours, mais aussi des formations sur mesure pour les entreprises. M<sup>me</sup> Morin venait, la veille, d'en donner une à Ottawa aux vingt-sept membres de la direction d'un grand organisme.

Quels avantages procure donc l'intelligence émotionnelle ? Étonnamment, le plus important, c'est... la santé. Physique et mentale. De nombreuses études ont montré un lien très fort.

« Plus le quotient émotionnel est élevé et meilleurs sont l'état psychologique et la perception de son état physique », affirme la psychologue, qui l'a elle-même constaté dans ses recherches. Comment l'expliquer ? « À mon avis, lorsque l'on peut s'ajuster de façon adéquate en tenant compte des émotions que l'on éprouve ou de celles que l'on perçoit chez les autres, on a un bien meilleur équilibre, ce qui est un facteur de protection pour la santé. »

Sur le plan extérieur, l'intelligence émotionnelle facilite les relations avec les autres. Au travail, les personnes douées d'un haut quotient émotionnel font souvent preuve de leadership, obtiennent la confiance de leurs collègues et sont capables de les mobiliser. Elles savent les comprendre, les toucher. « Les émotions sont des informations », précise M<sup>me</sup> Morin.

L'un des avantages d'une grande intelligence émotionnelle est également la capacité de faire face au changement. Elle permet d'affronter plus facilement les modifications organisationnelles, l'arrivée de nouvelles technologies, la transformation de l'organisation du travail, le déménagement de l'entreprise ou l'arrivée



de nouveaux collègues. « L'intelligence émotionnelle est la capacité de s'adapter », rappelle la psychologue.

Et la performance ? Il y aurait une corrélation entre l'intelligence émotionnelle et la performance au travail, selon de nombreuses recherches. M<sup>me</sup> Morin se montre cependant réticente sur ce terrain controversé. « La performance ne dépend pas uniquement de la façon dont on gère nos émotions. Elle est d'abord et avant tout liée au niveau de compétence. »

Dans la psychologie populaire, les vertus les plus fantasques ont par ailleurs été attribuées à l'intelligence émotionnelle : réussite professionnelle, succès dans la vie, revenu plus élevé, etc. Mais ces avantages n'ont pas forcément de fondement scientifique.

### **Un atout contre l'épuisement professionnel**

L'intelligence émotionnelle donne accès à une aptitude réelle qui est cruciale dans l'univers du travail : la capacité de résister au stress. Les personnes douées d'un haut quotient émotionnel auraient un plus faible niveau d'anxiété et de dépression, d'après les études. Elles parviendraient même à se protéger de l'épuisement professionnel.

« L'épuisement professionnel résulte de deux émotions mal gérées : l'anxiété et la colère », explique M<sup>me</sup> Morin. Deux émotions toxiques qui consomment toute l'énergie avec le temps. On peut les sentir surgir dans les situations frustrantes. La colère apparaît alors sous l'un de ses visages, la frustration. Et, quand il n'y a aucune solution visible, l'anxiété, qui est la perception d'une menace probable, se manifeste.

Comment l'intelligence émotionnelle est-elle alors utile ? Elle permet d'analyser en profondeur les émotions que l'on éprouve, de comprendre leur source et d'agir. « Une personne qui fait preuve d'intelligence émotionnelle est capable de se dire : « Je ressens de la frustration, parce que la situation dure depuis deux jours et que je ne trouve pas de moyen de m'en sortir. Que puis-je faire ? Que puis-je modifier pour rendre la situation acceptable ? Puis-je changer de situation ? Dois-je plutôt transformer ma façon de percevoir



« Les émotions sont des informations. »

– M<sup>me</sup> Estelle Morin

les choses ? » », indique la professeure des HEC.

Une personne dotée d'un haut quotient émotionnel peut aussi intervenir sur l'autre composante de l'épuisement professionnel, l'anxiété. Elle perçoit cette émotion à l'intérieur d'elle-même, l'analyse et s'interroge : « Quelle est la menace que je perçois ? Quel est le risque qu'elle se concrétise ? Comment faire pour m'en protéger ? »

L'intelligence émotionnelle permet ainsi de changer la trajectoire de notre état intérieur. « La personne agit bien avant d'épuiser son énergie pour retrouver son équilibre et donc sa satisfaction », affirme M<sup>me</sup> Morin.

Un haut quotient émotionnel offre, de manière générale, la possibilité de voir les situations sous des éclairages différents. « Il permet entre autres de comprendre que la nature des émotions que l'on ressent affecte notre perception des événements. »

Outre la résistance au stress, d'autres facettes de l'intelligence émotionnelle intéressent aussi le monde des affaires. Ce dernier apprécie ses effets sur la direction des équipes, la supervision des recrues, le travail en groupe sous pression, la

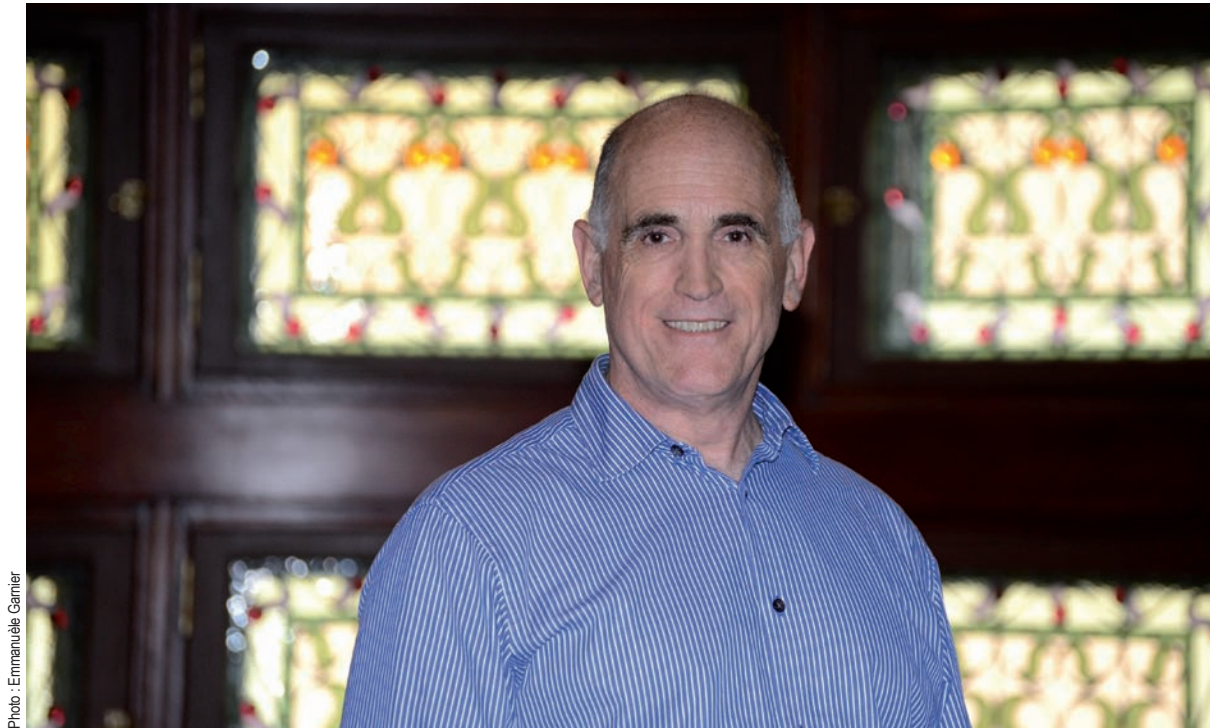


Photo : Emmanuèle Garnier

« On pratique non seulement avec notre expertise cognitive, mais aussi avec nos émotions. Les deux doivent être développées et utilisées régulièrement. »

– D<sup>r</sup> Jeffrey Wiseman

gestion des conflits, les changements dans l'organisation. « Tout cela demande de l'intelligence émotionnelle, parce qu'il faut être capable de comprendre les émotions des membres de son équipe, d'insuffler de l'enthousiasme et d'encourager l'engagement. Il faut parvenir à faire les choses ensemble en tenant compte des différences entre les personnes », explique la psychologue.

### **L'intelligence émotionnelle en médecine**

Et quelle est l'utilité de l'intelligence émotionnelle en médecine ? Comment la capacité de reconnaître les émotions, de les utiliser, de les comprendre et de les réguler peut-elle servir ? Pour des chercheurs de Grande-Bretagne, le **D<sup>r</sup> Sonal Arora** et ses collègues, les aptitudes liées à l'intelligence émotionnelle sont essentielles dans la relation médecin-patient et au sein de l'équipe de travail. « Bien comprendre les émotions peut demander d'écouter la tirade enflammée

d'un collègue frustré et fatigué sans se sentir personnellement visé ou d'essayer de se concentrer sur ce qui est le mieux pour le patient plutôt que sur « qui a raison », écrivent-ils<sup>2</sup>.

Mais il y a plus. L'intelligence émotionnelle pourrait également permettre de mieux traiter les patients. « Les études cliniques semblent indiquer que les résultats médicaux sont liés à la capacité du médecin de reconnaître, de comprendre, de gérer ou de réguler les émotions qui émergent souvent durant les consultations cliniques », explique **M. James Marcum**, de l'Université Baylor, au Texas<sup>1</sup>.

Le chercheur a analysé le cas d'un gastro-entérologue, le **D<sup>r</sup> Richard Weinberg**, qui a réussi à apprivoiser une jeune patiente terrorisée venue le voir pour une douleur abdominale inexplicable. Aucun spécialiste n'avait jusque-là réussi à l'aider. Sentant la jeune femme réticente à parler de ses symptômes, le médecin a longuement discuté avec elle de pâtisserie : il avait remarqué que ce sujet allumait une étincelle dans ses yeux. À la troisième

rencontre, elle a fini par lui confier un rêve qui révélait qu'elle avait été violée. Le médecin a hésité à l'interroger davantage, mais les yeux de la jeune femme l'imploraient de continuer. Après plusieurs consultations, la patiente, qui ne voulait voir aucun autre médecin, a réussi à guérir.

« L'intelligence émotionnelle de Weinberg fonctionne de manière à lui permettre d'avoir une compréhension complète de la patiente et de la situation clinique, ce qui a fini par donner un résultat bénéfique », analyse M. Marcum. Selon le chercheur, l'intelligence émotionnelle est une ressource cognitive importante pour les cliniciens<sup>1</sup>.

Des chercheurs italiens, **MM. Francesco Pagnini** et **Gian Mauro Manzoni**, estiment, pour leur part, que les médecins devraient prendre conscience de leur propre expression émotionnelle pour mieux comprendre l'état affectif de leurs patients<sup>3</sup>.

Ils s'appuient sur une expérience troublante faite en Suisse. Dans une petite étude préliminaire, une psychiatre a été filmée pendant qu'elle rencontrait, à tour de rôle, 59 patients ayant tenté de se suicider<sup>4</sup>. Après l'entrevue, elle devait évaluer leur risque de récurrence.

Au cours de deux années suivantes, onze de ces patients ont de nouveau essayé de se tuer. Les prédictions de la psychiatre ne se sont révélées justes que dans 23 % des cas. Par contre, les expressions de son visage, elles, permettaient de prévoir correctement la présence ou l'absence d'une future tentative de suicide chez 82 % des patients. Devant une personne qui allait à nouveau attenter à ses jours, la clinicienne activait davantage la région périoculaire, en particulier les sourcils. Elle fixait également plus longtemps le visage du patient.

Pour avoir une vue plus générale des avantages de l'intelligence émotionnelle en médecine, des chercheurs ont fait une revue de littérature<sup>5</sup>. Certaines études ont montré qu'il y a une corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle du médecin et la confiance du patient, qui était à son tour liée à un meilleur suivi, à une meilleure relation avec le clinicien et à une plus grande satisfaction à son égard. D'autres recherches ont aussi révélé une association entre l'intelligence émotionnelle et l'empathie, mais

aussi avec les habiletés interpersonnelles et les aptitudes en communication.

Aux États-Unis, l'Université du sud de la Floride, emballée par les bienfaits de l'intelligence émotionnelle, a mis sur pied il y a deux ans un programme spécial en médecine, SELECT. Les étudiants recrutés sont non seulement performants sur le plan scolaire, mais aussi dotés d'un haut quotient émotionnel. Grâce au programme, ils bénéficient, en plus du cours habituel de médecine, d'une formation particulière pour accroître davantage leur intelligence émotionnelle et leur leadership.

### *Les émotions sur le champ de bataille*

En médecine, dans certaines circonstances, les émotions sont critiques. « Si on ignore alors leur jeu, on va commettre une grave erreur médicale. Ce n'est toutefois pas en donnant un cours magistral sur l'intelligence émotionnelle que l'on va enseigner cela. C'est sur le champ de bataille, avec des problèmes pratiques auxquels on doit faire face », soutient le **D<sup>r</sup> Jeffrey Wiseman**, professeur de médecine à l'Université McGill et interniste à l'Hôpital Royal Victoria.

Le D<sup>r</sup> Wiseman n'adhère pas à la théorie de l'intelligence émotionnelle. « Aucune étude n'a montré que d'avoir une plus grande intelligence émotionnelle permet de devenir un meilleur médecin. Cela a du bon sens, mais il n'y a pas de preuve. » Les études dans ce domaine sont d'ailleurs difficiles à faire, explique le spécialiste. Il n'y a pas de définition unanime de l'intelligence émotionnelle ni de tests complètement satisfaisants pour la mesurer.

Le professeur préfère la théorie « contrôle-valeur », qui s'intéresse aux émotions liées à des tâches, comme s'efforcer de comprendre le problème d'un patient, faire la tournée des malades à l'hôpital, assister à une formation, etc. Selon cette théorie, les émotions sont influencées entre autres par l'impression de contrôle que peut avoir le médecin sur l'activité qu'il fait et par la valeur ou l'importance qu'il lui accorde. Ce concept a l'avantage d'avoir une définition plus claire que celle de l'intelligence émotionnelle et des tests plus reproductibles pour la mesurer.



**« Une bonne communication médecin-patient serait associée, entre autres, à une meilleure qualité de vie des patients atteints de cancer. Ce n'est pas rien ! »**

– D<sup>re</sup> Jacynthe Rivest

« Les émotions font partie de tout ce que l'on fait dans la pratique médicale. La plupart du temps, on n'en est pas conscient, indique le D<sup>r</sup> Wiseman. Là où les émotions sont le plus visibles, c'est surtout dans les urgences et les conflits interpersonnels. »

Que se passe-t-il alors ? On sait que les émotions jouent sur la performance et l'apprentissage. Elles peuvent, par exemple, influencer sur la manière dont les informations sont emmagasinées et récupérées. Elles peuvent aussi, surtout quand il s'agit d'émotions négatives, prendre de l'espace dans la mémoire de travail et laisser peu de ressources cognitives pour la tâche à faire.

Ainsi, même un algorithme comme le fameux ABCDEFG\*, qui résume tous les points prioritaires à vérifier quand un patient va mal, peut s'effacer de l'esprit de médecins ou d'étudiants qui le connaissent par cœur. « J'ai vu, dans des situations d'urgence, l'ABCDEFG

tomber en morceaux quand l'état du patient empirait et qu'on introduisait un stimulus émotionnel », dit l'interniste.

Le D<sup>r</sup> Wiseman a créé pour les étudiants une formation qui s'appelle « Le patient dont l'état se détériore ». Son but : permettre aux futurs médecins d'apprivoiser les émotions dans une situation d'urgence. Il s'agit d'une simulation rapide et simple au cours de laquelle le professeur place un étudiant dans une situation cauchemardesque : tout à coup, un patient ne va pas bien et c'est lui qui doit s'en occuper. Que va-t-il faire ? Le D<sup>r</sup> Wiseman est au tableau et note ses réponses. Chaque fois que l'étudiant donne une réponse qui respecte les priorités ABCDEFG, le professeur indique que l'état du patient s'améliore un peu. Quand le futur médecin n'en tient pas compte, la santé du malade se dégrade. Parfois, le professeur ajoute des éléments perturbants : « la famille est fâchée contre vous et menace de vous poursuivre » ou « le patient hurle de douleur ». L'étudiant peut alors commencer

\* Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, Fluids, Glucose.



à devenir nerveux, la sueur à perler sur son front. Mais quelquefois, le professeur lui donne un coup de pouce : « L'infirmière vous dit que la pression artérielle diminue. Est-il possible que le patient soit en train de saigner ? » Le D<sup>r</sup> Wiseman joue ainsi avec différents facteurs pour manipuler les émotions de l'étudiant.

« J'ai constaté avec surprise que certains étudiants se révèlent plus efficaces si on leur fait ressentir des émotions positives. Mais d'autres deviennent moins bons. Et, à l'opposé, des émotions négatives peuvent complètement paralyser certains futurs médecins tandis qu'elles en poussent d'autres à se surpasser. »

### La difficulté de communiquer

La pratique de la médecine n'est toutefois pas qu'une succession de crises, d'urgences, de drames et de décharges d'adrénaline. Il y a aussi des périodes calmes comme la surface d'un lac étale. Les émotions interviennent alors par en dessous, différemment. « Dans une situation où la relation avec le patient est à plus long terme, ces émotions nous aident à comprendre beaucoup mieux ce qu'il vit. Ce sont des renseignements très importants pour nous », estime le D<sup>r</sup> Wiseman. Les émotions peuvent même être utiles pour établir un plan de soins. « Elles permettent de dialoguer avec le patient et de négocier avec lui un diagnostic et des traitements qui à la fois lui conviennent et nous conviennent. »

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, la D<sup>re</sup> **Jacynthe Rivest**, psychiatre médicale, partage la même vision. « Pour le médecin, les émotions sont un outil puissant pour entrer en relation avec le patient. » Elle voit dans sa pratique des personnes atteintes de maladies graves, comme le cancer, qui, à cause de leur difficile expérience, souffrent de problèmes de santé mentale. Elles lui racontent leur histoire médicale, lui confient leur détresse, leurs angoisses, leur peur de mourir.

Tous les praticiens ne sont cependant pas à l'aise avec les émotions. « On constate, en oncologie par exemple, que certains médecins ont souvent recours à des stratégies d'évitement des émotions. Parfois, ils en viennent même à nier

le vécu émotionnel du patient, en se concentrant plutôt sur les informations médicales. » D'autres, toutefois, sont capables de manifester leur empathie et prennent le temps de discuter avec le patient des répercussions sociales et affectives de sa maladie, précise la psychiatre.

La simple communication médecin-patient n'est pas non plus toujours facile. « Ce n'est pas une question de mauvaise volonté de la part des cliniciens. Quand je les rencontre pour discuter des cas qu'ils m'ont adressés, je vois qu'ils essaient de bien communiquer. Ils font de leur mieux. Il est nécessaire d'améliorer les choses, pour qu'ils soient plus à l'aise avec les dimensions émotionnelles de leur patient. »

Le développement de l'intelligence émotionnelle pourrait-il être une solution ? La D<sup>re</sup> Rivest hésite. Ce concept très nouveau est actuellement peu utilisé en médecine, même en psychiatrie, pourtant le domaine des émotions. Il y a déjà, explique la spécialiste, une série d'autres théories et concepts qui couvrent plusieurs aspects de l'intelligence émotionnelle : la théorie de l'esprit, la notion d'empathie, certains éléments de psychothérapie, etc. « Beaucoup de notions de base en psychologie nomment les mêmes choses autrement. »

Le concept de l'intelligence émotionnelle peut quand même ouvrir des avenues intéressantes. « Il pourrait être une façon de rendre plus concrets des concepts difficiles à expliquer », indique la D<sup>re</sup> Rivest, également directrice du groupe de travail sur l'enseignement des compétences aux résidents en psychiatrie, à l'Université de Montréal. Justement, certains chercheurs s'intéressent à l'intelligence émotionnelle, entre autres pour l'enseignement de compétences clés, comme les aptitudes interpersonnelles et la capacité de communiquer.

Il est donc possible que l'intelligence émotionnelle ait un avenir en médecine. « Cette théorie peut aussi tomber dans l'oubli, affirme la psychiatre. Ce n'est toutefois pas arrivé en psychologie industrielle. La médecine et la formation médicale n'ont manifestement pas donné au concept de l'intelligence émotionnelle toute l'attention qu'il a eue dans d'autres domaines. »

(Suite à la page 96) >>>>



## **Prendre soin de soi pour bien prendre soin des patients**

À l'Université de Montréal, la Faculté de médecine offre à ses externes un tout nouveau cours de douze heures intitulé : « Bien-être et équilibre de vie : cultiver une pratique médicale attentive et attentionnée ». « On y enseigne que pour pouvoir être bien à l'écoute du patient et bien présent pour lui, tout en prévenant l'usure de compassion, il importe aussi d'être attentif et attentionné à l'égard de soi-même », explique le professeur **Hugues Cormier**, psychiatre qui donne la formation.

Le cours initie les futurs médecins à la « méditation de pleine conscience », une approche de médecine intégrative. Cette méthode vise à leur permettre d'apprivoiser leur stress, d'améliorer leur bien-être et leur santé, d'accroître leur résilience et d'être plus capables de pratiquer de manière attentive et attentionnée. Le but est de permettre aux étudiants d'être à la fois plus présents avec le patient et avec eux-mêmes. « C'est une approche qui a été validée par la recherche scientifique », précise le D<sup>r</sup> Cormier. Elle s'inspire de la Mindfulness-Based Stress Management/Mindful Medical Practice créée notamment par les médecins de famille **Craig Hassed**, de l'Université Monash, en Australie, et **Ron Epstein**, de l'Université Rochester, aux États-Unis. EG.



*D<sup>r</sup> Hugues Cormier*

## **Bibliographie**

1. Marcum JA. The role of emotions in clinical reasoning and decision making. *J Med Philos* 2013 ; 38 (5) : 501-19.
2. Arora S, Ashrafian H, Davis R et coll. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Med Educ* 2010 ; 44 (8) : 749-64.
3. Pagnini F, Manzoni GM. Emotional intelligence training and evaluation in physicians. *JAMA* 2009 ; 301 (6) : 600.
4. Archinard M, Haynal-Reymond V, Heller M. Doctor's and patients' facial expressions and suicide reattempt risk assessment. *J Psychiatric Research* 2000 ; 34 (3) : 261-2.
5. Grewal D, Davidson HA. Emotional intelligence and graduate medical education. *JAMA* 2008 ; 300 (10) : 1200-2.