

Crise de la relève en médecine familiale ?

**la tentation de la spécialisation
et de l'éloignement**

Photo : SuperStock

Qu'arrive-t-il à la relève en médecine familiale au Québec ? Cette année, 13 % des postes de résidence en médecine familiale sont restés vacants et 33 futurs médecins de famille vont faire leur résidence à l'extérieur de la province. Plusieurs experts se sont penchés sur ces phénomènes troublants.

LE PROBLÈME NE SERAIT PAS unique au Québec. Depuis dix ans, dans tout le Canada, de moins en moins d'étudiants en médecine choisissent l'omnipraticque. Cette année, dans notre province, 45 des 346 postes de résidence en médecine familiale seront vacants. Soit 13 % des places. C'est la seconde année qu'un tel phénomène se produit. Par comparaison, en 2008, 97 % des 422 postes ont été remplis en médecine spécialisée. Pourquoi cet écart ?

« La baisse d'intérêt pour la médecine familiale au profit de la médecine spécialisée est un phénomène mondial. La spécialisation est une tendance que l'on trouve d'ailleurs dans toutes les sphères universitaires, que ce soit en droit, en génie ou en informatique », indique le **D^r Jacques Ricard**, directeur de la Planification, de la Régionalisation et des Communications à la Fédération des

médecins omnipraticiens du Québec.

Certains étudiants en médecine confirment cette tendance. « J'aime mieux avoir des connaissances approfondies dans un domaine plutôt que superficielles sur plusieurs sujets », mentionne l'un d'eux. Ce commentaire revient d'ailleurs à plusieurs reprises dans le questionnaire que le **D^r Ricard** et **M^{me} Isabelle Paré**, conseillère en politiques de santé à la FMOQ ont récemment distribué à des externes de deuxième année de l'Université de Montréal.

Sur les 90 répondants, 85 avaient déjà fait leur choix de carrière et 54 % d'entre eux avaient décidé de devenir spécialistes. Pourquoi ne pas choisir la médecine familiale ? Parmi les 49 externes qui se destinaient à une spécialité, 23 précisaient qu'ils voulaient être un expert dans un domaine. Plusieurs ont, par ailleurs, confié qu'ils avaient eu un coup de



**« La baisse d'intérêt pour la médecine familiale
au profit de la médecine spécialisée est un phénomène mondial. »**

— D^r Jacques Ricard

foudre pour une spécialité. Parallèlement, les inconvénients de l'omnipraticque en ont rebuté plusieurs. Ainsi, 26 étudiants ont mentionné dans leur réponse les conditions de travail difficiles des omnipraticiens. Certains parlent d'un « sentiment d'impuissance face aux moyens diagnostiques et thérapeutiques immédiatement accessibles par le médecin de famille et face à l'accès à des consultants. » D'autres soulignent « l'impression de solitude, la prise en charge de cas lourds sans ressources. » Quelques-uns indiquaient la rémunération moins élevée des omnipraticiens, le faible nombre d'années d'étude pour un domaine aussi vaste que la médecine familiale ou le moins grand respect qu'inspiraient les omnipraticiens aux spécialistes et aux patients.

Parmi les externes sondés, 35 ont, à l'opposé, choisi la médecine familiale. Ce qui les y attire ? Tous répondent la diversité de la clientèle et de la pratique. Cinquante-sept pour cent disent également avoir besoin de se sentir près de

la population et d'être sur le terrain et 46 % aiment la polyvalence de la médecine générale. Un des étudiants affirme avoir choisi l'omnipraticque « tout d'abord pour le contact privilégié avec les patients (confiance, long cours), pour le suivi global (ne pas se limiter à un système), pour la diversité de la pratique et parce qu'il y a encore beaucoup de portes ouvertes une fois médecin. »

Le D^r Ricard est emballé par ces réponses. « Ils vont en médecine générale pour les bonnes raisons. À mon avis, ils feront de bons médecins de famille. » Un certain nombre d'étudiants apprécie également la résidence plus courte et ont l'impression qu'ils pourront concilier plus facilement travail et vie familiale.

Tout se joue avant trois ans

De manière surprenante, le destin du futur médecin semblerait se sceller pendant la deuxième année d'études médicales. C'est à ce moment-là que surviendrait l'éventuelle perte d'intérêt pour

la médecine familiale, a découvert l'équipe de la D^{re} Cheri Bethune de l'Université Memorial, à St-John's, à Terre-Neuve. Dans leur établissement, par exemple, 70 % des 60 étudiants de la promotion de 2005 se destinaient à la médecine familiale à leur entrée à la faculté de médecine. Après la deuxième année d'étude, seulement 49 % étaient encore intéressés par ce domaine et seulement 46 % à la fin du cours.

Les chercheurs ont suivi plusieurs cohortes d'étudiants en médecine à qui ils ont distribué un questionnaire sur leur choix de carrière au début de leurs études. Par la suite, ils leur ont redonné le même formulaire généralement à la fin de chacune des quatre années de formation. La D^{re} Bethune et ses collaborateurs ont constaté qu'entre 61 % et 78 % des étudiants qui étaient entrés en médecine de 1999 à 2001 songeaient à devenir médecin de famille à leur arrivée. À la fin de leurs études, il n'y en avait plus que de 46 % à 52 %, une chute qui s'est principalement produite entre la deuxième et la troisième année (*tableau*). Que s'était-il passé ?

« Cette tendance s'explique fort probablement par l'absence de médecins de famille dans la deuxième année du programme, qui comporte uniquement des cours donnés par des spécialistes. Un autre facteur pourrait être une "orientation implicite" qui teinte négativement la perception qu'ont les étudiants de médecine familiale », écrivent les chercheurs dans *Le Médecin de famille canadien*, dans lequel ils ont publié leurs résultats en 2007.

Les commentaires des externes de deuxième année de l'Université de Montréal corroborent les hypothèses de l'équipe de la D^{re} Bethune. Ainsi, quelques-uns mentionnaient, parmi les facteurs qui les ont détournés de l'omnipratique, « la dévalorisation de la médecine familiale par les médecins spécialistes ». En outre, 70 des 90 répondants ont indiqué qu'ils avaient rarement eu de contacts avec un médecin de famille.

Une histoire qui finit bien

Heureusement, l'histoire de la médecine familiale à l'Université Memorial se termine bien. Après l'analyse des données des premières années de l'étude, un cours de médecine familiale a été ajouté à la fin de la deuxième année de formation. En

Promotion de 2003 et de 2004 de l'Université Memorial

Nombre et proportion d'étudiants en médecine qui ont répondu au questionnaire et envisagé une carrière en médecine familiale chaque fois qu'ils ont été sondés

Collecte de données	2003 n (%)	2004 n (%)	2005 n (%)	2006 n (%)
1	46 (78)	36 (61)	42 (70)	39 (68)
2	45 (78)	32 (60)	29 (57)	33 (75)
3	29 (56)	21 (42)	23 (49)	3 (60)*
4	27 (52)	24 (45)	7 (77)*	6 (66)*
5	28 (52)	20 (49)	12 (46)	32 (60)

*Faible nombre de répondants

Les données ont été recueillies au cours des deux premiers mois de la formation médicale (1), puis à la fin de la première année (2), à la fin de la deuxième année (3), au début de l'externat (4) et vers la fin de la quatrième année (5).

Source : Bethune C et coll. Family medicine as a career option. *Can Fam Physician* 2007 ; 53 : 8805.

outre, des groupes de discussion sur l'omnipratique ont été créés tandis que la nomination d'un médecin de famille au poste de doyen a changé l'atmosphère. Grâce à tous ces facteurs, les finissants de 2006 ont eu un intérêt beaucoup plus marqué pour la médecine familiale (*tableau*).

L'expérience terre-neuvienne est très intéressante, estime le D^r Ricard. « Je pense moi aussi que les deux premières années sont déterminantes pour l'orientation de la carrière. Dans les deux autres années, un mentor pourrait jouer un rôle important et contribuer à renforcer le choix d'une carrière en médecine familiale. » D'autres mesures pourraient également être utiles au cours de l'externat. Au Québec, sur les 20 mois de stage, un seul est consacré à l'omnipratique. « Le contact avec la médecine familiale est donc très faible. Cela n'aide pas à rehausser l'attrait pour ce secteur. »

Un nombre insuffisant de résidents ?

Y a-t-il suffisamment de résidents en médecine familiale au Québec ? L'objectif est de diplômer autant de nouveaux omnipraticiens

(Suite à la page 10) >>>>

Encadré 1

Des solutions à court terme ?

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a-t-il un plan pour susciter l'intérêt des étudiants en médecine pour la pratique de la médecine familiale au Québec ? Eh bien, oui ! La Table de concertation permanente de la planification de l'effectif médical du Québec, que préside le MSSS, a adopté un plan d'action. Les principaux acteurs ont participé à l'exercice : les facultés de médecine, les fédérations des médecins omnipraticiens, spécialistes et résidents, le Collège des médecins du Québec, des représentants des régions, etc.

Une longue liste de mesures a été dressée. La plus prometteuse ? « Je pense que c'est le rehaussement des conditions de pratique en médecine familiale, estime le **D^r Michel Bureau**, directeur général des Services de santé et de médecine universitaire du MSSS, qui présidait le groupe de travail. Il faut que les omnipraticiens pratiquant en cabinet soient aidés.



D^r Michel Bureau

Le Ministère a déjà réfléchi à la manière de mieux les soutenir grâce à du personnel d'appoint, comme cela se fait dans les groupes de médecine de famille (GMF) avec les infirmières. C'est une mesure très porteuse. » Les cabinets privés pourraient également bénéficier d'autres avantages des GMF, comme l'informatisation.

La Table de concertation a, par ailleurs, convenu de l'importance de mettre davantage en valeur la médecine familiale au cours de la formation médicale. Les stages cliniques en omnipratique seront plus nombreux et offerts dès la première

année d'étude. Les omnipraticiens vont également donner davantage de cours théoriques au début de la formation. Un code d'éthique interdira, par ailleurs, le dénigrement de la médecine générale dans les milieux de formation et les établissements de soins. Sur le plan administratif, la Table estime qu'il faudra revoir les règles de gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux et des activités médicales particulières pour en simplifier le processus et éliminer certaines sources de frustration.

Le D^r Bureau croit en l'efficacité de ces mesures. « Les choses pourraient changer à court terme », affirme-t-il. Ce type d'exercice a déjà été effectué avec succès pour intéresser les résidents à la radio-oncologie et sera également fait en pathologie. « La médecine de famille est cependant le domaine le plus important de tous. »

que de spécialistes. Cette année, 301 externes feront une résidence en médecine familiale pour 410 en spécialité. Un taux de 42 % de futurs généralistes. Le but est donc loin d'être atteint.

En chiffres absolus, le nombre de résidents n'est pas non plus suffisant. « Pour maintenir le même niveau de services de soins pendant les prochaines années, il faut annuellement 295 nouveaux omnipraticiens au Québec », a calculé **M. Jacques Piché**, agent de recherche

socio-économique à la Direction générale des services de santé et médecine universitaire (DGSSMU) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ainsi, on devrait avoir :

- 170 nouveaux généralistes pour compenser l'attrition, causée principalement par les retraites ;
- 40 pour tenir compte de la baisse du niveau d'activité découlant du vieillissement et de la féminisation des effectifs médicaux ;
- 85 pour faire face à l'augmentation et au vieillissement de la population.

La cohorte de 301 nouveaux résidents risque d'être insuffisante. Il en faudrait plutôt quelque 330. « Entre le nombre de médecins que l'on forme et ceux qui s'installeront au Québec, il y a une perte qui varie entre 5 % et 10 % », explique M. Piché. L'an prochain, le nombre de postes en médecine

familiale pourrait passer à 381. « On est conscient qu'il ne faut pas seulement offrir plus de postes dans les programmes de médecine familiale, mais aussi les pourvoir. C'est notre priorité numéro 1 », déclare **M. Daniel Poirier**, directeur de la main-d'œuvre médicale au DGSSMU. La Table de

concertation de la planification de l'effectif médical du Québec pour améliorer l'attrait en médecine familiale, que préside le Ministère, se penche justement sur ce problème (encadré 1).

Faire une résidence à l'extérieur du Québec

Parallèlement à la poussée vers la spécialisation, un autre phénomène se dessine : l'exode des futurs résidents en médecine familiale. Cette année, 33 finissants ont décidé de faire leur résidence en



M. Jacques Piché

Photo : Emmanuèle Garnier



M. Daniel Poirier

Photo : Emmanuèle Garnier

médecine familiale à l'extérieur du Québec. L'an dernier, ils étaient 24. En médecine spécialisée, la situation est encore pire : 63 suivront leur formation à l'extérieur de la province.

Pourquoi opter pour une résidence en dehors du Québec ? La firme Zins Beauchesne et associés s'est penchée sur la question l'an dernier à la demande du MSSS. Elle a distribué un questionnaire aux 77 étudiants qui avaient choisi d'entreprendre leur résidence à l'extérieur de la province. Trente-sept y ont répondu, dont les deux tiers venaient de l'Université McGill.

« Les éléments considérés par les étudiants pour décider de leur choix de résidence, c'est-à-dire ceux qui leur semblent les plus importants, ont trait à la qualité de la pratique : milieu stimulant, perspectives motivantes, liberté de choix de lieu ainsi qu'à la qualité de la formation : disponibilité des ressources professionnelles et matérielles. Or globalement, les perspectives de résidence, et plus encore de pratique, sont jugées peu satisfaisantes au Québec. De plus, deux des éléments les plus importants soit « moins de restriction quant au lieu de pratique » et « des perspectives de pratique après la résidence plus motivantes » sont les principaux bénéfices que les étudiants pensent trouver lors d'une résidence à l'extérieur du Québec », indique l'*Enquête auprès des étudiants en médecine du Québec ayant choisi de débiter leur résidence à l'extérieur du Québec*.

Mais parmi les motifs invoqués par les étudiants, certains ne concernaient pas la pratique médicale, comme le désir de changement ou des considérations familiales (*encadré 2*). Ces raisons ont été déterminantes pour la moitié des répondants.

Ces futurs cliniciens reviendront-ils à la fin de leur formation ? Ce n'est pas sûr : 68 % des 37 répondants étaient indécis. Ce taux grimpe à 86 % parmi les 15 étudiants qui se destinaient à la médecine familiale et les 15 étudiants anglophones.

La situation inquiète bien des personnes concernées par le dossier. Jusqu'où ira l'attrait pour la médecine spécialisée et la pratique à l'extérieur du Québec ? « Dans le monde entier, la littérature indique que l'état de santé de la population est directement lié à la qualité de l'organisation des services de première ligne, souligne le Dr Ricard. On aura beau avoir des

Encadré 2

Témoignages

Pourquoi faire une résidence à l'extérieur du Québec ?

Mathieu, un étudiant en médecine, est sur le point d'entreprendre sa résidence en médecine familiale à Ottawa. Pourquoi cette ville ? Tout d'abord pour perfectionner son anglais, mais aussi, éventuellement, pour échapper aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), aux activités médicales particulières (AMP) et aux autres contraintes.

Les PREM sont particulièrement inquiétants pour Mathieu qui a des enfants et une compagne titulaire d'un doctorat. « C'est sûr que si j'allais pratiquer en Gaspésie ou sur la Côte-Nord, ma conjointe ne pourrait pas travailler dans son domaine. Elle devrait rester à la maison, et c'est une option qui ne nous intéresse pas *a priori*. La politique des PREM s'applique sans discernement, que l'on ait une famille ou non. Je suis donc un peu inquiet des problèmes qu'il pourrait y avoir sur ce plan. En Ontario, il n'y a pas ces contraintes. »

La perspective des AMP ne réjouit pas non plus le jeune médecin qui rêve de suivre une clientèle, d'établir un contact privilégié avec ses patients, d'avoir une approche humaine et globale. « Pour avoir parlé à des collègues qui ont commencé à pratiquer, je sais que c'est difficile de beaucoup travailler en cabinet privé tout en faisant des AMP. Ce que j'aimerais, c'est faire 80 % de la pratique que j'aime et 20 % d'autres choses. Est-ce que je vais pouvoir exercer de cette manière au Québec ? »

Ce serait à contrecœur que Mathieu s'installerait à l'extérieur de la province. Sa famille et celle de sa conjointe vivent ici. « J'aimerais que mes enfants grandissent au Québec, mais pas à tout prix. Il y a beaucoup de pour et de contre à évaluer. Je vais donc voir de mes propres yeux ce qui se passe ailleurs et après je vais être en mesure de décider où je vais pratiquer. »

Reviendra, reviendra pas ?

Philippe, lui, va faire sa résidence en médecine familiale en Colombie-Britannique. Le programme qui y est offert semble particulièrement intéressant. En outre, cela va lui donner l'occasion de voyager, de découvrir une nouvelle région et de parfaire son anglais.

Après sa résidence ? Il compte revenir au Québec. « Je n'exclus cependant pas la possibilité de rester là-bas s'il y a de bonnes occasions. » Les PREM et les AMP, avec lesquels il est peu familier, lui semblent compliqués. « Ce qui comptera dans ma décision sera le type de pratique que je vais vouloir avoir et le choix des endroits où je pourrai exercer. S'il y a plus de complications et de contraintes ici, cela va être moins attrayant. »

Philippe désire commencer sa carrière en exerçant aux urgences quelques années, puis travailler dans un cabinet. « J'aime la variété de la pratique de la médecine familiale. Voir des patients de tous les âges avec différentes sortes de maladies. J'aime être celui qui les rencontre le premier. Je désire également suivre une clientèle. »

services médicaux ultraspecialisés, ce n'est pas cela qui fait que l'état de santé d'une population s'améliore. Il faut donc mettre l'accent sur la première ligne, ce qui signifie avoir un nombre de médecins omnipraticiens suffisant. »

Nouvelle Direction nationale des urgences

le D^r Pierre Savard nommé directeur


Francine Fiore

Le **D^r Pierre Savard**, urgentologue à Québec, a été nommé à la tête de la Direction nationale des urgences, créée récemment par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

La nouvelle entité a pour objectif d'assurer des services continus et de bonne qualité aux personnes qui séjournent dans les urgences, que ce soit de manière ambulatoire ou sur une civière. La Direction nationale des urgences va tenter de diminuer l'encombrement, la durée des séjours et le temps d'attente. De plus, elle devrait permettre d'améliorer les services intégrés et complémentaires, d'en accroître l'accès et la continuité avec les autres services hospitaliers. En outre, la Direction contribuera à éviter les ruptures de service dans les urgences plus vulnérables en leur offrant un soutien pour réorganiser l'offre de service des médecins. « Tout en suivant de façon continue la situation de l'ensemble des urgences du Québec, le directeur national consacrera une grande partie de ses efforts aux urgences en difficulté, en les soutenant activement dans l'amélioration de leurs pratiques », a précisé **M. Philippe Couillard**, ministre de la Santé et des Services sociaux.

Le D^r Savard entrera en fonction à la fin de l'été, tout en poursuivant sa pratique en médecine d'urgence. L'urgentologue, qui possède une longue expérience en enseignement clinique, exerce au Centre hospitalier universitaire de Québec depuis le début des années 1980. « C'est un mandat à la fois fascinant et lourd de responsabilités qui m'est confié, affirme le médecin. Mais le fait

de pouvoir poursuivre ma pratique médicale tout en étant à la tête de la Direction nationale des urgences me permettra de me tenir bien au courant de ce qui se passe quotidiennement dans nos salles d'urgence. »

La FMOQ a applaudi la création de la Direction nationale des urgences. « Nous espérons que cette direction sera dynamique, solidaire des équipes d'urgence et que ses recommandations seront prises en compte par le Ministère », a affirmé le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. La Fédération s'intéresse d'autant plus à la question des urgences que la majorité des médecins qui y pratiquent sont des omnipraticiens. 

Dossier de santé du Québec

le consentement du patient est maintenant implicite

Grâce à l'adoption du projet de loi 70, l'accord des patients sera implicite quand leurs données seront consignées dans le dossier de santé du Québec (DSQ). Modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, la nouvelle mesure législative a introduit le principe du « consentement implicite » de toute personne qui reçoit des services de santé au Québec.

La FMOQ se réjouit de ce changement qu'elle réclamait depuis longtemps concernant ce dossier électronique. Cette modification « témoigne d'un réalisme et d'un pragmatisme indispensables à la réussite du DSQ », souligne le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ. Dans les autres provinces canadiennes, l'accord du patient est déjà considéré comme tacite.

La loi 70 contient une autre disposition intéressante : lorsqu'un patient ne désirera plus que ses renseignements soient disponibles dans le DSQ, les données inscrites jusque-là seront conservées. Ainsi, les résultats immunologiques

ou les rapports de laboratoire et d'imagerie médicale sur lesquels un médecin a pu appuyer ses décisions cliniques existeront encore.

Amendements législatifs nécessaires

Pour assurer le succès du dossier électronique, d'autres changements à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* sont indispensables. Ainsi, il est essentiel que les intervenants qui collaborent avec un clinicien puissent consulter les renseignements du DSQ comme ils le font avec le dossier papier. « Pour la majorité des médecins, l'organisation du travail fait en sorte que tout le personnel qui s'occupe d'un patient a accès au dossier, et ce, dans le plein respect de la confidentialité. Tous les intervenants, même administratifs, devraient obtenir un profil d'accès au dossier du patient, même s'ils n'ont besoin que des résultats de laboratoire et d'imagerie médicale », estime le D^r Godin.

Par ailleurs, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* interdit de communiquer les informations du dossier informatisé à un tiers qui ne soigne pas le patient. Cependant, les médecins ont régulièrement à remplir des formulaires ou à rédiger des rapports médicaux à la demande de leurs patients ou d'une autre personne. « Les interdictions placent le médecin dans une situation inconfortable, où il lui sera difficile de déterminer quelles informations il peut ou non transmettre. Cet aspect de la Loi devra être revu pour remédier à la situation », estime la FMOQ.

Plusieurs autres dispositions de la Loi devront aussi être revues. Ainsi, certaines prévoient des amendes allant de 6 000 \$ à 30 000 \$ pour les utilisateurs qui ne transmettraient pas les informations nécessaires dans les délais appropriés. « Cette attitude punitive est inacceptable pour les médecins omnipraticiens », dénonce le D^r Godin. Le président de la Fédération estime que la mise en place du dossier de santé électronique ne pourra réussir qu'avec la participation volontaire des médecins. 📧

Politique de périnatalité un accueil favorable de la FMOQ

La FMOQ a accueilli favorablement la nouvelle politique de périnatalité dévoilée par **M. Philippe Couillard**, ministre de la Santé et des Services sociaux. Décrite dans le document *Politique de*

périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie, elle

contient plusieurs mesures qui visent entre autres à :

- améliorer, dès le premier trimestre de la grossesse, l'accès à un omnipraticien, à une sage-femme ou, au besoin, à un obstétricien-gynécologue pour le suivi prénatal ;
- assurer un suivi prénatal et postnatal à domicile effectué par des infirmières

et dont l'importance variera en fonction des besoins ;

- accroître l'accès aux services d'évaluation et de réadaptation aux enfants très prématurés ou présentant une anomalie congénitale.

L'une des mesures particulièrement intéressantes est le recours à « l'avis de grossesse » qui sera étendu à toutes les régions. Avec l'accord de la femme enceinte, le médecin ou la sage-femme remplit un formulaire portant sur ses principaux indicateurs de santé et le transmet au CLSC du centre de santé et de services sociaux du territoire. La patiente recevra, à la suite de cette démarche, un appel d'une infirmière qui lui indiquera les ressources existantes et lui proposera les services dont elle pourrait avoir besoin.

Les omnipraticiens et les sages-femmes occupent une place importante dans la nouvelle Politique. Ainsi, le document préconise

l'augmentation du nombre de généralistes accoucheurs, encourage le parrainage des omnipraticiens qui commencent en obstétrique et recommande l'amélioration des conditions de garde dans ce domaine.

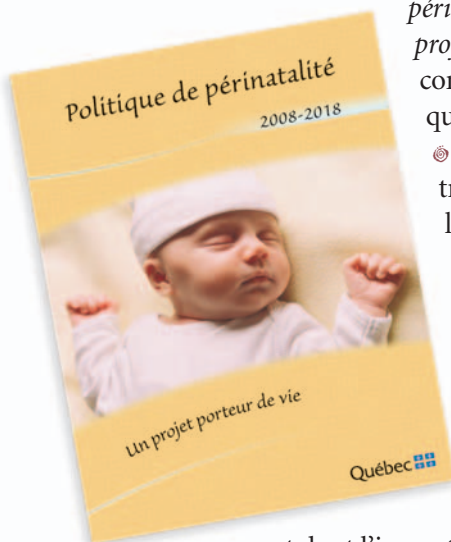
Pour ce qui est des sages-femmes, la Politique propose d'adopter un plan pour qu'elles assurent le suivi prénatal et pratique l'accouchement de 10 % des femmes enceintes d'ici dix ans. Par ailleurs, les femmes qui le désirent devraient avoir accès aux services d'une sage-femme et avoir la possibilité d'accoucher à l'hôpital, dans une maison de naissance ou à domicile. La FMOQ a toutefois fait une mise en garde concernant cet aspect dans un communiqué. Elle maintient « que pour la sécurité de la mère et de l'enfant, il est préférable que les accouchements se déroulent au sein d'un centre hospitalier où l'équipement et les ressources spécialisées sont rapidement disponibles. »

La Fédération appuie cependant l'orientation de la Politique de périnatalité qui prône une approche plus naturelle de l'accouchement. La profession médicale devra établir des lignes directrices pour diminuer le nombre d'interventions obstétricales, dont certaines, comme la césarienne, sont à la hausse. La Politique fait également la promotion de l'allaitement et de saines habitudes de vie. « En consultation, les médecins omnipraticiens préconisent déjà ces choix et poursuivront leurs efforts », affirme le D^r Godin.

On peut consulter le document *Politique de périnatalité 2008-2010 : un projet porteur de vie*, entre autres dans le site Web de la FMOQ au www.fmoq.org


Journée d'érudition Université de Montréal Francine Fiore

Devenue une tradition, la journée d'érudition des Facultés de médecine du Québec couronne pour la cinquième année les travaux de recherche des résidents en médecine familiale.



Au cours de la Journée 2008 tenue à l'Université de Montréal, environ 76 exposés ont été présentés ainsi que les travaux de trois chercheurs. Quatre prix ont été remis. Les récipiendaires de cette année sont les **D^{res} Caroline Guay et Julie Massé**, de l'UMF CLSC du Marigot, pour leur travail intitulé *L'utilisation prolongée des contraceptifs oraux... risquée*, la **D^{re} Aude Lortie-Forgues** de l'UMF Bordeaux-Cartierville, pour *L'âge d'introduction des solides chez le nouveau-né et le risque de conditions atopiques*, les **D^{rs} Vanessa Broughton et Richard Lussier**, de l'UMF Cité de la santé de Laval, pour leur recherche intitulée *Le dossier patient électronique et la qualité des soins aux diabétiques* ainsi que

les **D^{rs} Sophie Ruffet et Sébastien Lacroix**, de l'UMF Cité de la santé de Laval, pour *L'épinéphrine et les blocs digitaux : une hérésie ?*

Cette journée est l'aboutissement d'un cours obligatoire sur la lecture critique de la littérature. Les résidents doivent effectuer une recherche bibliographique et méthodologique à partir d'un problème clinique qu'ils ont vu pendant leur formation. « Ils apprennent ainsi à chercher la réponse à partir de données probantes, dit le **D^r Martin Labelle**, président du comité organisateur de la Journée de l'érudition et de la recherche. Ils présentent des résultats de synthèse d'articles pertinents conduisant à une application clinique. » 

Journée d'érudition **Université de Sherbrooke**

Francine Fiore

L'Université de Sherbrooke a, elle aussi, tenu une journée d'érudition en médecine familiale destinée aux résidents. Nommé Journée annuelle de la recherche clinique et de l'évaluation de la qualité de l'exercice professionnelle, l'événement a eu lieu le 30 mai dernier. Au total 21 projets ainsi qu'une affiche y ont été présentés et cinq prix ont été décernés.

Dans la catégorie « Projet de recherche », les **D^{rs} Catherine Benoit** et **Alexis Dumais** ont été récompensés pour leur étude intitulée *L'arthrose du genou : soulager la douleur et améliorer la fonction articulaire par la prolothérapie*. « Ce projet fort original et innovateur a également reçu le Prix du public », indique la **D^{re} Yanouchka Labrousse**, médecin de famille et professeur d'enseignement clinique à l'Hôpital Charles-Lemoyne.

En outre, quatre gagnants *ex aequo* se sont distingués dans la catégorie « Évaluation de la qualité de l'acte ». Il s'agit des **D^{res} Florence Michel**, **Julie Jetté** et **Nathalie Gemme** pour leur recherche *Qu'en est-il du dépistage du cancer colorectal à l'UMF Charles-LeMoyne ?*; des **D^{res} Isabelle Ouellet**

et **Mireille Poisson** pour *Traitement de l'otite moyenne aiguë au sans rendez-vous à l'UMF de Chicoutimi*; des **D^{rs} Jean-René Brideau**, **Julie Gagnon**, **Anne-Renée Lagacé** et **Solange Lanteigne** pour *Dépistage du cancer colorectal chez les patients de l'UMF de Dieppe*; et des **D^{res} Chantal Ouellette** et **Marie-Josée Nadeau** pour le projet *Évaluation du traitement de la MPOC aux UMF de Sherbrooke*.

Selon la **D^{re} Labrousse**, les participants se sont penchés sur des sujets particulièrement intéressants. « Plusieurs touchaient l'efficacité, la prévention et l'économie. Par exemple, certains projets portaient sur la manière de diminuer le nombre d'ordonnances d'antibiotiques non seulement pour réaliser des économies, mais également pour prévenir la résistance. »

Selon la **D^{re} Labrousse**, cette journée d'érudition est instructive pour les résidents, mais également pour l'ensemble de la communauté médicale parce qu'elle fait ressortir certains aspects de la pratique pouvant comporter des lacunes. « Le premier objectif est d'enseigner la méthodologie de la recherche clinique. La médecine familiale est en première ligne, et il est important de faire de la recherche dans notre domaine. Un autre objectif est de faire profiter la communauté médicale des recherches effectuées par les résidents. »

Un nouveau président à la RAMQ

Francine Fiore

Un omnipraticien, le **D^r Marc Giroux**, devient le nouveau président-directeur général de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Nommé officiellement à ce poste en mai dernier par le Conseil des ministres, il occupait cette fonction par intérim depuis le départ de **M. Pierre Roy**, en septembre dernier.

Ce nouveau défi s'inscrit parfaitement dans le parcours professionnel du médecin. En effet, en 1985, le **D^r Giroux** s'était joint à la fonction publique québécoise après quinze années de pratique clinique. Tout d'abord, il occupa différents postes de direction à la Société de l'assurance automobile du Québec, puis, il y a sept ans, commença à travailler à la RAMQ. De 2002 à 2003, il a exercé les fonctions de directeur des affaires médicales, dentaires et optométriques et, par la suite, a été directeur général de la rémunération des professionnels. 📞



D^r Marc Giroux