



De jeunes médecins à la tête d'une clinique

Francine Fiore

Ils sont jeunes, dynamiques et fonceurs. Ils ont une idée très claire de la pratique qu'ils veulent avoir. Pour la réaliser, plusieurs jeunes omnipraticiens n'hésitent pas à diriger une clinique médicale ou un GMF ou même à les fonder.

ON LES DIT PEU ATTIRÉS par la pratique dans une clinique médicale. Mais il y a des exceptions parmi les jeunes omnipraticiens. Certains croient profondément dans le travail de première ligne. Ils sont ainsi plusieurs à avoir ouvert une clinique ou participé activement à la création d'un GMF. Ils sont non seulement des cliniciens, mais aussi des entrepreneurs.

En dépit des difficultés, ces jeunes omnipraticiens ont décidé de foncer. Remplis de confiance et d'enthousiasme, ils s'occupent des patients, dirigent la clinique et supervisent le personnel. Pour eux, l'exercice en clinique constitue la voie de l'avenir et l'une des solutions-clés au problème d'accès au médecin de famille.

Une seconde carrière

D'abord journaliste à la radio de Radio-Canada, la **D^{re} Danyèle Lacombe** a troqué le microphone pour le stéthoscope. Motivée par l'envie de faire autre chose que du journalisme, elle a choisi la médecine afin d'aider davantage les gens et la société.

Aujourd'hui âgée de 38 ans, la D^{re} Lacombe

a commencé à pratiquer en 2008. Dès l'obtention de son diplôme en médecine familiale, elle fonde la Clinique médicale Champlain, à Hull. Sa motivation : avoir la liberté d'entreprendre les projets qui lui tiennent à cœur ! « J'avais envie d'être autonome et de devenir mon propre patron », dit-elle. La D^{re} Lacombe voulait également offrir aux patients plus de services. Elle fait ainsi de la petite chirurgie depuis le printemps. En tant que médecin exerçant à l'urgence, elle souhaiterait aussi offrir la possibilité de réorienter les patients moins malades vers sa clinique pour désengorger les urgences.

Si trouver un local n'a pas été un problème, le financement a été plus difficile et demeure une préoccupation de taille. « Même actuellement, ma clinique n'est pas du tout rentable », indique la jeune omnipraticienne. Voilà une des raisons pour laquelle elle compte la transformer en un groupe de médecine de famille (GMF). « Cela nous assurera une aide financière pour les dossiers électroniques et les services d'une infirmière. »

Selon la D^{re} Lacombe, les jeunes omnipraticiens hésitent à fonder ou à diriger une clinique surtout



Bien qu'elle ne se soit pas encore lancée en affaires, la D^{re} Caroline Cardona, âgée de 30 ans, est prête à prendre son envol. Elle veut créer une clinique à Montréal.



D^{re} Danyèle Lacombe

à cause de l'aspect financier et de la lourdeur des tâches administratives. « Le médecin qui travaille avec moi n'a qu'à payer un loyer sans s'inquiéter des tracasseries administratives, ce qui est moins angoissant. »

Miser sur la prévention

Bien qu'elle ne se soit pas encore lancée en affaires, la **D^{re} Caroline Cardona**, âgée de 30 ans, est prête à prendre son envol. Ce n'est qu'une question de temps. Elle veut créer une clinique à Montréal.

Ce qui motive la D^{re} Cardona, diplômée en 2004, est le besoin d'agir en accord avec sa vision de la pratique médicale. Enthousiaste, elle tient à se réaliser sur le plan professionnel selon un modèle de soins dans lequel elle croit. La clinique dont elle rêve sera ainsi orientée vers la prévention. Les patients y rencontreront une équipe multidisciplinaire et interdisciplinaire, comprenant un médecin, une nutritionniste et un entraîneur. « Ces trois types d'experts aideront les gens à prévenir ou à traiter les maladies cardiovasculaires, l'obésité, la dépression

et plusieurs autres problèmes. L'exercice physique, par exemple, est un outil primordial et doit faire partie du plan de traitement de plusieurs problèmes physiques et psychologiques », souligne la D^{re} Cardona. Les personnes ciblées sont la population en général, mais aussi les patients à risque, comme les diabétiques ou les hypertendus. La clinique s'occupera également de différentes affections, comme les problèmes musculosquelettiques ou la dépression, de manière à en prévenir les complications.

Selon la D^{re} Cardona, la pratique en clinique lui permettra de prendre le temps de faire des choses essentielles pour elle. « Il faut mettre l'accent sur ce qui est important pour nous, soit une pratique orientée vers le patient, mais aussi sur la qualité de vie du médecin. L'avantage d'ouvrir une clinique est de nous permettre d'établir des priorités, de faire les choses qui nous semblent fondamentales. Je ferai donc de l'urgence à l'hôpital et de la prévention en clinique », explique l'omnipraticienne qui exerce actuellement à la Clinique l'Actuel et à l'urgence de l'Hôpital Royal Victoria, à Montréal.

Si elle a quelque peu reporté son projet, la D^{re} Cardona n'y renonce pas. La principale difficulté

pour elle demeure le financement. Selon son plan d'affaires, une mise de fonds d'au moins 250 000 \$ est nécessaire pour démarrer l'entreprise. « C'est aussi beaucoup de travail et de responsabilités, dit-elle. Par ailleurs, il existe peu ou pas de ressources pour nous aider et nous enseigner comment se lancer en affaires. » En plus du financement, la D^{re} Cardona doit recruter des médecins disposés à la suivre dans cette aventure. Ils devront accepter de prendre en charge des patients. « Trouver des professionnels comme une nutritionniste, un entraîneur ou un physiothérapeute est plus facile que de recruter des médecins, car tous les omnipraticiens ne sont pas prêts à exercer dans une clinique. »

Avoir plus de pouvoir sur son milieu de travail

En 2006, un an après avoir obtenu son diplôme de l'Université Laval, le **D^r Philippe Girard**, s'est joint



D^r Philippe Girard

au Centre médical Le Mesnil, à Québec. Rapidement, il a accepté de devenir associé. « Le fait de devenir propriétaire d'une clinique m'a apporté plus de maturité et une plus grande confiance en moi. J'ai également bénéficié d'une forme de respect qu'un jeune médecin n'a peut-être pas aussi rapidement. »

Aujourd'hui directeur médical de la clinique, le D^r Girard, âgé de 34 ans, apprécie particulièrement l'autonomie que lui donne son statut d'associé. Toutefois, il considère qu'il faut, pour le devenir, avoir un intérêt particulier pour l'administration. « Il est également important d'être en mesure de gérer le stress qui se greffe à celui de la pratique médicale au quotidien et d'être à l'écoute des membres de l'équipe. »

Dès qu'il s'est joint à la clinique, le jeune médecin s'est d'abord occupé des ressources humaines. « J'organisais des rencontres avec les professionnels afin de répondre à leurs besoins. Cela me motivait énormément. » Le D^r Girard voit de nombreux avantages à diriger une clinique : de la variété sur le plan professionnel, plus de pouvoir sur son milieu de travail et l'ouverture de nouveaux horizons.

Transformée en GMF et en clinique-réseau depuis

un an et demi, la clinique du D^r Girard bénéficie des services d'un gestionnaire à temps plein. Selon le clinicien, les jeunes médecins craignent de fonder une clinique à cause des tâches administratives et des risques financiers. Les services d'un gestionnaire sont donc d'un grand secours. Celui de la clinique Le Mesnil s'est d'ailleurs occupé de la transformation du centre médical en GMF. Selon le D^r Girard, le secret est de trouver d'excellents collaborateurs.

« En s'entourant adéquatement et en ayant un projet prometteur, le risque est moins grand », affirme-t-il.

Mais même s'il est aidé, le médecin doit consacrer de nombreuses heures à la clinique. « Finalement, je travaille tous les soirs. Aujourd'hui, nous fonctionnons comme une grande entreprise », confie le jeune omnipraticien. En dépit de tout le travail et du dévouement nécessaires à l'administration d'une clinique, le D^r Girard n'hésiterait pas une seconde à revivre cette expérience. Il serait même prêt à ouvrir une clinique qui ne serait pas nécessairement un GMF. « Je suis persuadé que je trouverais d'autres jeunes médecins pour un tel projet. »

Participer aux décisions

Diplômée en 2002, la **D^{re} Caroline Tremblay** a d'abord pratiqué à l'urgence et pris en charge des patients dans un cabinet médical. Mais en 2006, elle est devenue, à 29 ans, actionnaire de la Clinique médicale Saint-Vallier, à Québec.



D^{re} Caroline Tremblay

Aujourd'hui âgée de 33 ans, la D^{re} Tremblay avoue qu'être devenue une associée et avoir participé à la transformation de son centre médical a accru sa satisfaction professionnelle. Dès son arrivée à la clinique, ses nouveaux collègues l'ont accueillie et lui ont fait une place sur tous les plans. La jeune omnipraticienne dit avoir reçu beaucoup d'aide et d'appui et été valorisée par les autres médecins. « Nous partageons les mêmes valeurs, soit le respect de la vie familiale, de la santé de chacun d'entre nous et de la qualité de vie. Ils m'ont même encouragée à avoir des enfants. » Ses confrères lui ont d'abord proposé de faire une période d'essai sans frais avant de s'engager définitivement.

Depuis 2007, la D^{re} Tremblay est la coresponsable

(Suite à la page 10) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

de l'implantation et du fonctionnement de la clinique-réseau qu'est devenu son centre médical. Elle avoue s'investir depuis toujours dans son milieu de travail. C'est dans sa nature. « Il est intéressant pour un jeune médecin de s'impliquer, mais il faut être dans un groupe qui nous soutienne afin de ne pas se sentir isolé. »

Le fait d'être une des responsables de la clinique a également permis à la D^{re} Tremblay de participer à des tables de discussions locales, régionales et territoriales. « Je rencontre des médecins d'autres cliniques de la région de Québec, ce qui nous permet de discuter de notre situation et de partager nos expériences », raconte-t-elle. Il arrive qu'elle soit la seule jeune femme médecin à assister à ces rencontres. « Souvent ce sont des hommes de plus de 50 ans qui prennent les décisions pour les jeunes médecins dont les valeurs et les désirs de pratique ne sont pas nécessairement les mêmes. Par conséquent, je suis heureuse de me retrouver au sein des discussions et de pouvoir donner mon opinion, qui est appréciée. »

Cependant, la D^{re} Tremblay comprend les jeunes médecins qui hésitent à s'investir dans une clinique et surtout à en prendre les commandes. Les activités médicales particulières (AMP) constituent pour eux un véritable obstacle. « Si on passe deux ou trois jours à l'extérieur à faire nos AMP, on n'a ensuite ni le goût, ni le temps de s'engager totalement dans la clinique. »

Accro à l'administration



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Antoine Groulx

Actuellement en année sabbatique, le D^r Antoine Groulx, médecin de famille au Centre de santé et de services sociaux de la Côte-de-Gaspé, termine une maîtrise en administration de la santé à l'Université de Montréal. « Je suis un accro de l'administration », reconnaît-il.

Âgé de 31 ans, le D^r Groulx pratique à Gaspé depuis ses débuts en médecine, en 2004. Devenu chef du Département clinique de médecine générale deux ans plus tard, il a joué un rôle important dans la création du GMF Grand Gaspé. « Cela a été très complexe. La difficulté provenait surtout des critères ministériels peu faciles à adapter à la réalité

quotidienne. Heureusement, nous avons reçu de l'aide de certaines personnes de l'Agence de santé et des services sociaux. »

Selon le D^r Groulx, le GMF constitue un excellent modèle de pratique de la médecine familiale. Les jeunes médecins s'y adaptent aisément. « Il est certainement plus facile de transformer son mode de pratique quand on commence sa carrière que lorsqu'on a vingt-cinq ans d'expérience. »

Un GMF n'atteint cependant pas tout de suite sa vitesse de croisière. « Il faut une certaine période d'adaptation avant d'optimiser le fonctionnement d'une équipe, d'instaurer les ordonnances collectives et de se familiariser avec le système informatique, dont l'installation d'un prescripteur », indique le jeune médecin administrateur. Mais une fois que tout est installé, le GMF devient intéressant. « En général, il ne modifie pas tellement le travail des médecins, à l'exception de quelques réunions supplémentaires. » Les tâches administratives sont d'ailleurs confiées à un adjoint technique.

Le D^r Groulx entrevoit la fin des cliniques privées traditionnelles qui seront bientôt éclipsées par les GMF et les cliniques-réseau. À ses yeux, le médecin de famille de demain ne sera pas seulement un soignant, mais aussi un professionnel performant dans plusieurs domaines afin de faire face à la réalité de la pratique. « Si l'on veut offrir de meilleurs soins à nos patients, nous devons être très proactifs en matière de *leadership*, en gestion d'équipe de soins et dans l'organisation des cliniques. »

La formation des médecins ne les prépare cependant pas à ce nouveau rôle. « Pendant le cours de médecine, très peu d'heures sont consacrées à l'administration, sinon aucune », déplore le D^r Groulx. Les médecins gagneraient pourtant à devenir des chefs de file et à disposer de meilleurs outils pour diriger une équipe, gérer un organisme et innover.

Aux yeux du D^r Groulx, c'est en faisant partie de la direction d'une clinique que les jeunes omnipraticiens pourront aider le plus efficacement leurs patients, car ils interviendront directement sur les conditions dans lesquelles les soins sont donnés. « Les médecins de famille sont sur la première ligne. Ils connaissent bien les besoins des patients. Voilà pourquoi ils doivent agir. » 🍷

Pratique médicale en CLSC

énoncé de position de l'AMCLSCQ

Emmanuèle Garnier

L'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) vient de lancer un nouvel énoncé de position sur l'exercice de la médecine en CLSC. Ce qu'elle recommande ? Entre autres, l'amélioration des conditions de pratique de ses membres, la présence d'au moins six médecins par CLSC et une rémunération concurrentielle.

L'environnement professionnel des médecins de CLSC s'est beaucoup modifié au cours des dernières années. Leur modèle de pratique a été fragilisé par la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS) auxquels ils ont été fusionnés. Le développement des réseaux locaux de santé a également changé la situation.

L'AMCLSCQ a donc actualisé son projet médical – défini dans les années 1990 – dans son nouvel *Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC*. « L'objectif est d'assurer la pérennité des services médicaux en CLSC », affirme le **D^r Sylvain Dion**, président de l'AMCLSCQ. La pratique médicale dans les CLSC est-elle menacée ? Dans certains endroits elle l'est, ne cache pas le D^r Dion. La relève devient rare. Les jeunes médecins préfèrent souvent



D^r Sylvain Dion

pratiquer à l'hôpital, un milieu qu'ils connaissent davantage et qui leur permet de faire des activités médicales particulières.

Les CLSC sont pourtant essentiels. « C'est une composante importante de l'offre de services en première ligne. Le type de pratique et d'environnement professionnel que les CLSC offrent constitue une solution de rechange à la pratique médicale en cabinet, et il est important de la faire connaître aux jeunes médecins. »

L'énoncé de position de l'AMCLSCQ comporte sept recommandations :

1) Réaffirmer la pertinence du projet médical en CLSC

Les décideurs du réseau de la santé doivent réaffirmer la pertinence du projet médical en CLSC, estime l'AMCLSCQ. L'Association, qui propose une mise à jour d'un modèle de pratique dans lequel des groupes de médecins s'associent à d'autres professionnels, désire que son projet soit considéré comme une composante essentielle de l'offre de soins.

Sur ce plan, la réaction du gouvernement aux propositions de la FMOQ dans le cadre des négociations a été très encourageante. « Le ministère de la Santé et des Services sociaux a clairement affirmé qu'il est prêt à regarder les modalités pour augmenter la contribution des médecins de CLSC à l'offre de la première ligne. Je dirais que c'est un message qu'il voit dans cette pratique un modèle à poursuivre », indique le D^r Dion.

Les décideurs que veut sensibiliser l'AMCLSCQ comprennent également les CSSS et l'Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). « Je pense que nous avons un gros travail à faire auprès des établissements. Il faudra éventuellement regarder avec eux s'ils sont prêts à collaborer à notre projet. »



2) Avoir au moins six médecins par CLSC

L'AMCLSCQ réclame que tous les CLSC aient au moins l'équivalent de six médecins à temps plein. Pourquoi six ? C'est le chiffre que l'Association a établi il y a environ 20 ans, quand elle a conçu son projet médical en CLSC. « C'est un plancher qui permet d'avoir une pratique intéressante et d'offrir à la clientèle l'accès à un médecin de famille. Si on veut que cela soit viable, il faut un certain nombre de médecins », indique le D^r Dion.

Cette question soulève celle du recrutement, qui ne va pas sans problème dans les CLSC. « Les responsables du recrutement des CSSS cherchent généralement des omnipraticiens pour l'hôpital, soit pour l'urgence ou les soins aux patients hospitalisés. Quand ils recherchent des médecins pour les services de nature ambulatoire, ils ont une approche en silo : ils veulent un omnipraticien pour le diabète ou pour l'insuffisance cardiaque. » L'AMCLSCQ estime qu'il faut plutôt engager des médecins de famille polyvalents à la pratique diversifiée.

3) Améliorer les conditions de pratique des médecins de CLSC

Le problème des conditions de pratique des médecins de CLSC n'est toujours pas réglé. Aujourd'hui encore, certains omnipraticiens n'ont pas de secrétaires, doivent aller chercher eux-mêmes leurs dossiers, font les photocopies, etc. « Quand les médecins responsables font valoir leurs besoins, on leur dit qu'il n'y a pas de budget. Il n'y a jamais eu d'argent consenti pour aider la pratique médicale », déplore le D^r Dion.

Certains médecins de CLSC, las de ces problèmes, démissionnent d'ailleurs. « Ils ne veulent pas continuer à pratiquer dans de telles conditions. Quand les rapports d'examen ne sont pas classés depuis deux mois dans les dossiers, on ne peut pas pratiquer une médecine de qualité », affirme le président de l'AMCLSCQ.

4) Offrir une rémunération concurrentielle

Sur le plan de la rémunération, le mode à tarif horaire est incontournable, indique l'énoncé de

position. Mais les mesures incitatives, comme l'inscription de la clientèle et les forfaits pour la prise en charge et le suivi des patients vulnérables, doivent être maintenues. Ces deux types de rétribution doivent cependant être concurrentiels par rapport à la rémunération des médecins des cliniques médicales.

L'AMCLSCQ n'est cependant pas fermée à l'idée de nouveaux modes de rémunération, comme une association forfaits et paiement à l'acte. « Il faut vraiment qu'on explore des manières de contribuer à l'objectif de fournir un médecin de famille à chaque Québécois. Une rémunération mixte, inciterait peut-être les médecins de CLSC à prendre en charge un plus grand nombre de patients et leur permettrait en même temps d'augmenter leur niveau de rémunération », dit le D^r Dion.

5) Travailler en complémentarité avec les autres médecins du territoire

Une recommandation de l'énoncé de position de l'AMCLSCQ s'adresse à ses propres membres. L'Association leur suggère de travailler en complémentarité avec les autres médecins du territoire. « Pour donner de bons services à la population, il faut être plus qu'une équipe de cinq ou six médecins qui offrent un service de consultations sans rendez-vous. Il faut s'associer à d'autres partenaires pour donner une gamme de services à la collectivité et répondre à ses besoins. » Bien des médecins de CLSC le font déjà.

6) Offrir des ressources similaires à celles des GMF

Les médecins de chaque CLSC devraient bénéficier de ressources supplémentaires comme celles dont disposent les groupes de médecine de famille. Les équipes médicales qui ne peuvent s'associer aux médecins d'un autre CLSC ou d'une clinique médicale devraient, elles aussi, avoir droit à l'aide d'infirmières et de secrétaires.

7) Accorder une voix aux médecins de CLSC dans le CSSS

L'AMCLSCQ réclame qu'une structure au sein du CSSS permette aux médecins de CLSC de se

faire entendre de l'administration. Certains CSSS ont déjà créé un département extrahospitalier de médecine générale pour donner une voix aux omnipraticiens de CLSC, mais d'autres avenues sont possibles. « Il faut que les médecins de CLSC disposent d'un lieu où ils se retrouvent et qui leur permet d'intervenir auprès de la direction », précise le D^r Dion.

Valeurs liées à la pratique dans les CLSC

Qu'est-ce qui caractérise l'exercice de la médecine en CLSC ? Il s'agit d'abord d'une pratique dans un établissement public, indique l'énoncé de position. Les médecins de CLSC y bénéficient entre autres de la présence de divers professionnels de la santé et des services sociaux : infirmières, intervenants psychosociaux, équipe de maintien à domicile, etc.

Cette collaboration favorise une prise en charge globale et continue des patients.

La pratique en CLSC repose également sur la polyvalence et permet d'offrir toute la gamme des services de médecine familiale. Grâce au travail d'équipe, certains médecins acquièrent, par ailleurs, une expertise dans certains domaines : le soutien à domicile, la périnatalité, les soins palliatifs, la santé mentale, etc.

La pratique en CLSC est aussi caractérisée par ses modes de rémunération, principalement à honoraires fixes et à tarif horaire, particulièrement adaptés à la première ligne. Ils « favorisent une bonne prise en charge, la continuité des soins du patient et la collaboration interprofessionnelle », souligne l'énoncé.

Certaines valeurs sont importantes pour l'AMCLSCQ. La prise en charge des patients et la continuité des soins sont prioritaires. Les services médicaux dans les CLSC doivent par ailleurs être accessibles, qu'il s'agisse de consultations avec ou sans rendez-vous ou encore à domicile.

L'exercice de la médecine en CLSC favorise,

par ailleurs, les mesures de prévention. « Nous souscrivons à l'idée que ces pratiques préventives doivent être évaluées avec des indicateurs de santé comme le sont les taux de vaccination et l'atteinte d'objectifs pour la cytologie, le dépistage du cancer du sein ou toute autre mesure de dépistage », indique l'énoncé.

Pour l'Association, la médecine familiale en CLSC ne doit pas être pratiquée de manière isolée. Les services offerts doivent s'intégrer au réseau territorial de soins médicaux de première ligne et être coordonnés avec les autres composantes du réseau de la santé.

Un modèle d'avenir

La mission de l'énoncé de position est finalement de proposer un modèle qui stimule l'engagement des médecins de CLSC, tout en tenant compte des besoins de la population. Que compte maintenant faire l'AMCLSCQ de son document ? « Nous allons en envoyer une copie à tous nos chefs de médecine. C'est un document sur lequel ils pourront s'appuyer pour discuter de leur pratique médicale dans leur établissement. On va également en faire la promotion auprès de nos partenaires : le MSSS, l'AQESS et la FMOQ. »

« Alors que nous avons de la difficulté à convaincre les étudiants de faire de la médecine familiale leur choix de carrière, la possibilité d'une pratique en CLSC constitue un facteur d'attraction à considérer. »

– Énoncé de position

L'AMCLSCQ voit dans le projet médical en CLSC un modèle de pratique novateur. Une voie d'avenir. « Alors que nous avons de la difficulté à convaincre les étudiants de faire de la médecine familiale leur choix de carrière, la possibilité d'une pratique en CLSC constitue un facteur d'attraction à considérer. Il faut donc consolider et bonifier l'environnement professionnel des médecins de CLSC afin de les stimuler à relever les défis que nous réservent les prochaines décennies. »

Les membres de l'AMCLSCQ qui désirent se procurer l'Énoncé de position sur la pratique médicale en CLSC peuvent appeler au 514 875-7412. ☎

Entrevue avec le D^r Mario Dubois

Les préoccupations des omnipraticiens de différents âges



D^r Mario Dubois

Photo : Emmanuelle Garnier

Le D^r Mario Dubois, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean, a fait la tournée de sa région du 17 mars au 19 mai. Au cours de onze réunions, il a rencontré une centaine d'omnipraticiens à qui il a entre autres présenté le cahier des propositions de la FMOQ. Les préoccupations des médecins étaient différentes selon leur groupe d'âge.

M.Q. – Quel était le but de votre tournée ?

M.D. – J'avais deux objectifs. D'abord, c'était la première fois qu'un président de notre association se déplaçait dans la région. J'ai donc expliqué le rôle de l'association, comment on représentait les médecins et ce qu'on faisait du côté administratif. Ensuite, j'ai présenté les demandes de la FMOQ dans le cadre des négociations avec le gouvernement.

M.Q. – Quelle était la réaction des omnipraticiens ?

M.D. – Ils ont beaucoup apprécié le fait que le président de leur association vienne les rencontrer. Ils étaient également très intéressés par le cahier des demandes. Soixante pour cent le connaissaient déjà, mais pas en détail. Ce qui retenait leur intérêt était la question de la rémunération équitable et concurrentielle par rapport aux spécialistes, mais aussi les conditions de pratique. Pour eux, l'aide d'infirmières, l'informatique, les corridors de services et le soutien aux cabinets privés étaient des points importants. On s'aperçoit que les demandes de la Fédération viennent de la base.

Les réactions étaient un peu différentes selon le groupe d'âge des médecins. Par exemple, ceux qui avaient dix ans et moins de pratique parlaient beaucoup de la reconnaissance du médecin de famille ainsi que de la rémunération. Les omnipraticiens comptant de 10 ans à 20 ans d'expérience étaient intéressés, eux aussi, par la question de la rémunération, mais également par celle des conditions de pratique. Ceux qui exerçaient depuis trente ans et plus étaient plutôt préoccupés par la relève. Sur les 98 médecins que j'ai rencontrés, le tiers exerçait depuis dix ans et moins et le reste était réparti entre les deux autres groupes d'âge. Des résidents étaient également présents aux réunions

M.Q. – Les jeunes médecins désiraient-ils plus de reconnaissance professionnelle ?

M.D. – Ces omnipraticiens venaient juste de sortir de la faculté de médecine. Ils avaient vécu durant leurs études une non-reconnaissance d'une certaine manière. Ils ne sont pas devenus ce que leur patron voulait : des spécialistes ! Les réactions des jeunes médecins dépendaient cependant des territoires où ils pratiquaient. À Chicoutimi, par exemple, où il y a un centre hospitalier universitaire avec de nombreux spécialistes, les omnipraticiens se sentaient un peu comme des médecins de deuxième ordre. Par contre, à Dolbeau-Mistassini, le centre de santé et de services sociaux Maria-Chapelaine comprend surtout des omnipraticiens, bien qu'il y ait des spécialistes qui gravitent autour. Là, la compétence et l'importance des médecins de famille sont reconnues. On voit que les jeunes veulent s'imposer comme omnipraticiens, comme spécialiste de la médecine familiale.

M.Q. – Les médecins comptant de dix à trente ans de pratique, eux, avaient d'autres priorités.

M.D. – Les omnipraticiens plus expérimentés sont moins touchés par la question de la reconnaissance. Ils sont conscients de leurs forces et de leurs qualités. Leurs préoccupations concernent surtout la rémunération, les conditions de pratique et les corridors de services. Ces médecins veulent avoir accès plus facilement aux plateaux techniques et aux spécialistes. Pour eux, c'est toujours la fameuse bataille au téléphone. Pour avoir un rendez-vous en résonance magnétique, c'est long. Pour parler à un spécialiste pour les problèmes non urgents, il faut téléphoner et retéléphoner. Quand il s'agit d'un problème urgent, le spécialiste est au bout du fil, mais quand on veut avoir une opinion ou encore un diagnostic ou un traitement qui peut attendre quelques semaines, le délai est long.

M.Q. – Et en ce qui concerne les conditions de rémunération ?

M.D. – J'ai expliqué comment le différentiel entre la rémunération des spécialistes et celle des omnipraticiens a augmenté au fil des années et surtout le niveau qu'il atteint maintenant. Les médecins manifestaient un grand intérêt pour cette question-là.

M.Q. – Et pour le soutien à la pratique ?

M.D. – J'ai constaté que c'est également un point essentiel pour nos membres. Je pense qu'on est rendu à l'étape de travailler avec des

infirmières et d'avoir des outils informatiques. Si les médecins n'ont pas accès à ce type d'aide, cela ne fonctionnera pas. Et s'ils sont obligés de tout payer, cela ne marchera pas non plus.

La collaboration avec les infirmières intéressait particulièrement les médecins. Je n'en ai pas vu un seul qui ne voulait pas avoir l'aide d'une infirmière. Ce que la Fédération vise c'est « un docteur, une infirmière ». Beaucoup disaient cependant : « On manque d'infirmières : comment pourra-t-on en avoir une ? » Je leur répondais qu'ils n'auraient peut-être pas une infirmière à eux tout le temps, mais qu'ils pourraient avoir un certain nombre d'heures de travail infirmier.

Plusieurs s'inquiétaient du lien hiérarchique qu'il y aurait entre le médecin et l'infirmière. Les omnipraticiens se demandaient s'ils auraient une autorité administrative sur l'infirmière. Par ailleurs, quel type d'infirmière viendrait les aider ? Est-ce qu'ils pourraient la choisir ? La Fédération a demandé que ce soit le cas dans son cahier des propositions. On désire que le médecin puisse choisir le type d'infirmière, selon ses besoins. Certains omnipraticiens se demandaient également où ils pourraient installer l'infirmière, parce qu'ils n'avaient pas assez de locaux.

M.Q. – Dans les groupes de médecine de famille (GMF), les médecins travaillent déjà avec des infirmières.

M.D. – Plusieurs nous ont d'ailleurs dit : « Si tous les médecins ont des infirmières, quel est l'avantage de travailler dans un GMF ? » J'ai alors répondu qu'il y a d'autres avantages : l'aide d'une secrétaire, le forfait supplémentaire d'inscription des patients, une meilleure rémunération. En plus, tout le matériel informatique est payé à 100 %. À l'opposé, dans la nouvelle entente sur le dossier de santé du Québec, le gouvernement paiera pour les cliniques médicales 70 % des frais d'achat du matériel informatique jusqu'à concurrence de 1400 \$. Le médecin, lui, devra déboursier 30 % des coûts. En GMF et en clinique-réseau, le ministère de la Santé et des Services sociaux paie 100 % des coûts.

M.Q. – Que les médecins veulent-ils d'autre ?

M.D. – Ils désirent avoir accès aux résultats d'analyses de laboratoire et de radiologie par ordinateur directement dans leur cabinet et disposer d'un dossier médical électronique. Ils veulent également que leurs frais de cabinet soient minimes et, si possible, complètement payés par le gouvernement. Ils souhaitent également une aide sur le

plan du secrétariat. Il est évident que si une infirmière arrive, il va falloir gérer ses rendez-vous.

M.Q. – Quelles étaient les préoccupations des médecins plus âgés ?

M.D. – Chez les omnipraticiens qui avaient 30 ans et plus d'expérience, la grande préoccupation était la relève. Ils se demandaient : « Qu'est-ce que je vais faire avec ma clientèle et mon cabinet ? » C'était véritablement la question. Il n'y a pas de réponse à cela. Je leur ai dit que pour qu'il y ait plus d'étudiants qui se dirigent en médecine familiale, la Fédération allait tenter de négocier une meilleure rémunération pour les omnipraticiens. Il faut également que la prise en charge soit encouragée par la rétribution, le soutien financier au cabinet et de l'aide sur le plan administratif. Ainsi, on pourra avoir une relève. En général, les médecins avaient une réaction favorable à l'égard du cahier de demandes.

M.Q. – Comment vont en général les médecins de votre association ?

M.D. – Ils sont fatigués, c'est clair ! Ils sont fatigués de la lourdeur de la tâche à accomplir et des demandes qui ne cessent de croître. Ils ont l'impression de ne jamais être capables de suffire à la tâche. Beaucoup ont parlé du délestage que font les spécialistes. On a de la difficulté à leur envoyer un patient, mais aussitôt qu'ils l'ont vu, ils nous le renvoient rapidement. Nous n'avons ensuite pas de place dans nos rendez-vous. Il se pose donc un problème d'accès. Mais ce dont les médecins se plaignent le plus c'est la fatigue, la surcharge de travail et les tâches administratives qui demandent beaucoup de temps. Le problème n'est pas la motivation.

M.Q. – Et quelle est votre impression générale de votre tournée ?

M.D. – J'en suis très content ! Je suis satisfait, parce que cela faisait deux ans que je voulais faire une tournée et que je n'en avais pas eu l'occasion. Évidemment, le moment était bien choisi. Les gens avaient de nombreuses questions et j'ai pu leur donner des réponses. Les omnipraticiens ont également pu mettre un visage sur le président de leur association, parce que certains ne me connaissaient pas. Il est possible qu'à l'automne je retourne rencontrer mes membres. On va alors probablement en savoir un peu plus sur ce que le gouvernement nous offre. ☺

Association de Richelieu- Saint-Laurent

un nouveau président, le D^r Claude Rivard

Emmanuèle Garnier



D^r Claude Rivard

L'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu-Saint-Laurent (AMORSL) a, depuis le 1^{er} juin, un nouveau président : le D^r Claude Rivard. Il succède à la D^{re} Josée Courchesne, qui occupait le poste depuis un an et demi.

Chef des Soins intensifs de l'Hôpital Pierre-Boucher et pratiquant à la Clinique familiale des Hauts-Bois, à Sainte-Julie, le D^r Rivard était vice-président de l'Association depuis

novembre 2008. En tant que nouveau président, il a plusieurs projets en tête. Il aimerait d'abord doter son association des services, au moins à temps partiel, d'une secrétaire. « Les membres pourraient s'adresser à elle s'ils ont des questions au sujet de l'association, de la facturation, des démarches entreprises pour le recrutement de nouveaux médecins, etc. Par ailleurs, dans une période de contestation, une secrétaire peut être d'une précieuse aide », dit le médecin. Ce point reste cependant à discuter avec le reste de son bureau.

Le D^r Rivard désire également augmenter le nombre de ses membres. Il s'est aperçu que des omnipraticiens qui pratiquaient parfois depuis longtemps dans la région ne faisaient pas partie de l'Association. Certains lui ont même demandé comment faire pour en devenir membres. « Nous allons collaborer avec le département régional de médecine générale pour entrer en communication avec tous les nouveaux médecins qui arrivent et pour qu'il n'y ait plus de cas oubliés. »

Troisième changement que prévoit apporter le président : le recours au mode électronique pour tous les envois à ses membres. Le bulletin sera dorénavant transmis par courriel. « On peut maintenant joindre

par voie électronique environ 580 de nos 640 membres. » Et, éventuellement, l'association aura son site Internet.

Les omnipraticiens que le D^r Rivard a eu l'occasion de rencontrer ces derniers temps étaient, par ailleurs, particulièrement satisfaits des publicités de la FMOQ. Ils ont apprécié les vidéos en ligne sur YouTube.

« Les médecins en sont vraiment très heureux. Ils me disaient : "vous vous battez comme on ne vous a jamais vu vous battre pour nos droits." »

Une gestion participative

La D^{re} Josée Courchesne, présidente de l'AMORSL depuis 2008, a décidé de laisser son poste après avoir réorienté sa carrière dans le domaine de la santé au travail. « Elle préférerait

qu'un médecin dont la pratique était représentative de celle de ses membres soit à la tête de l'Association », indique le D^r Rivard.

L'une des réussites de la D^{re} Courchesne a été d'instaurer une gestion participative. Elle est parvenue à convaincre les membres du bureau de son association de s'engager davantage. « Elle nous a dit : "je suis là pour que les choses avancent, mais il faut que l'on fasse un travail d'équipe". Elle nous a fait comprendre que pour qu'un dossier progresse, il faut que des gens en soient responsables », se rappelle le D^r Rivard, qui s'est alors lui-même investi davantage. Les paroles de la D^{re} Courchesne ont également eu un effet sur les jeunes médecins qui avaient été recrutés au bureau de l'association.

La D^{re} Courchesne a, par ailleurs, modernisé la manière de communiquer avec ses membres. Elle a fait dresser une liste de courriels pour pouvoir joindre la majorité des omnipraticiens rapidement. « Nos membres nous disent qu'ils entendent beaucoup plus parler de nous depuis que nous fonctionnons par courriel », affirme le D^r Rivard. La présidente sortante a ainsi travaillé à restructurer le fonctionnement interne de son association. « Je tiens d'ailleurs à remercier les membres de mon bureau de leur appui et de leur travail », indique la D^{re} Courchesne. ☺



D^{re} Josée Courchesne

Tableau d'honneur

Prix d'excellence du Collège des médecins du Québec

au D^r Paul Grand'Maison

Emmanuèle Garnier



D^r Paul Grand'Maison

Le Collège des médecins du Québec a décerné son Prix d'excellence au **D^r Paul Grand'Maison**, vice-doyen aux études médicales prédoctorales de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Cette distinction souligne sa contribution à

l'évolution et à l'amélioration de sa profession.

« Le D^r Paul Grand'Maison a un parcours professionnel inspirant et exceptionnel, reconnu à l'échelle provinciale, nationale et internationale. Sa contribution importante en éducation médicale et à la formation de la relève en médecine a fait évoluer la profession. Depuis plus de 35 ans, il a fait preuve d'un dévouement hors du commun reconnu par tous », a affirmé le **D^r Yves Lamontagne**, président-directeur général du Collège.

Omnipraticien, diplômé en 1969, le D^r Grand'Maison s'est intéressé très tôt à l'enseignement. Il a participé à des phases marquantes de l'évolution de la formation médicale. Ainsi, au milieu des années 1970, il a contribué à la création de la première unité de médecine familiale de l'Université de Montréal. Dans les années 1980, il a travaillé à la mise sur pied du programme obligatoire de résidence de deux ans en médecine familiale. Il a ensuite appuyé, en 1990, la mise en place d'un examen clinique objectif structuré pour les omnipraticiens.

Attaché à l'Université de Sherbrooke depuis

1996, le D^r Grand'Maison y a occupé différents postes importants. Conscient du rôle social des facultés de médecine, il désirait entre autres répondre aux besoins de la population souffrant de la pénurie de médecins. Il a ainsi coordonné l'augmentation de plus de 100 % du nombre d'admissions en médecine, qui est passé de 90 en 1998 à quelque 200 depuis 2006. Le D^r Grand'Maison a parallèlement travaillé à la création de lieux de formation médicale à l'extérieur du campus principal, soit à Moncton et au Saguenay. Il est d'ailleurs considéré au Canada comme un chef de file pour cette réalisation. Il a, pour finir, mis en place une collaboration avec des pays d'Amérique latine, dont principalement l'Uruguay. 🇺🇾

Faculté de médecine de l'Université Laval

le D^r Rénaud Bergeron, nommé doyen

Emmanuèle Garnier

Depuis le 1^{er} juillet, la Faculté de médecine de l'Université Laval est dirigée par un nouveau doyen, le **D^r Rénaud Bergeron**, qui était jusqu'alors vice-doyen à la pédagogie et au développement professionnel continu. Le D^r Bergeron devient l'un des rares omnipraticiens à accéder au décanat d'une faculté de médecine au Canada.

« Je suis très heureux qu'un médecin de famille puisse postuler et obtenir un poste de doyen. J'ai fait carrière comme médecin de famille et je me suis investi en gestion hospitalière et universitaire depuis plus de vingt ans. Ce n'est pas neutre que l'on choisisse un omnipraticien », affirme le D^r Bergeron. Son exemple pourrait d'ailleurs avoir un effet bénéfique sur les étudiants intéressés par la médecine générale.

Pour rester en contact avec le milieu clinique, le D^r Bergeron continuera à pratiquer et à superviser

(Suite à la page 87) >>>>



D^r Rénaud Bergeron

DMLA

La dégénérescence maculaire liée à l'âge

*Des D^{rs} Jean-Daniel Arbour,
Francine Behar-Cohen, Pierre Labelle
et Florian Sennlaub*



Environ un million de Canadiens souffrent de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA). Cette affection touche surtout les personnes de plus de 65 ans, et particulièrement celles de 75 ans et plus. Elle altère la vision centrale, mais peut-elle causer la cécité ? Peut-on vivre normalement quand on en est atteint ? Des traitements permettent-ils d'en guérir ?

Pour répondre à ces questions, quatre ophtalmologistes, deux Québécois et deux Français, ont rédigé ce livre. Destiné au public, l'ouvrage est rassurant. Non, la DMLA ne rend pas aveugle. Oui, des traitements peuvent en ralentir la progression. Mais le livre est aussi réaliste. Non, on ne peut pas en guérir. Et on ne peut pas non plus retrouver une bonne vision grâce à des lunettes.

Les auteurs expliquent les deux formes de DMLA, soit la sèche et l'humide. Pour bien en faire comprendre l'effet, ils présentent des images qui simulent la vision que donne chacune des deux.

Pour ralentir la progression de la maladie, on peut recourir à plusieurs mesures : entre autres cesser de fumer, avoir une bonne alimentation riche en antioxydants, prendre des omégas-3, éviter les gras saturés et les gras *trans* et se protéger de la lumière intense.

Les auteurs présentent également les traitements, la réadaptation pour maximiser la vision existante, les aides visuelles et l'aménagement possible du domicile et du lieu de travail. Le texte est enrichi par les témoignages rassurants de personnes atteintes de la DMLA dont la vie reste intéressante. ☺

Annika Parance Éditeur, Montréal, 2010, 128 pages, 16,95 \$

◀◀◀ (Suite de la page 17)

des étudiants une demi-journée par semaine. Depuis trente ans, il exerce et enseigne la médecine familiale à l'unité de médecine familiale Laval du CSSS de la Vieille-Capitale. Tout au long de ces années, il a également occupé différents postes importants dans le réseau de l'Université Laval.

Médecine familiale

Comme tous les autres doyens de facultés de médecine, le D^r Bergeron devra se pencher sur la désaffection des futurs cliniciens pour la médecine générale. Cette année, seulement 85 % des postes de résidence en médecine familiale ont été pourvus au Québec, contrairement à 96 % en médecine spécialisée. « Certains ont déjà évoqué le recours des approches coercitives pour diminuer la possibilité d'entrer dans les programmes spécialisés ou surspécialisés. Cette manière de procéder ne semble pas réussir, indique le D^r Bergeron. Moi, j'entends plutôt soutenir les méthodes d'attraction. Il faut donc travailler avec le Collège des médecins du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux, la fédération des étudiants et celle des résidents ainsi qu'avec les fédérations médicales afin de trouver les modalités pour atteindre un équilibre. »

Y aura-t-il de nouvelles mesures pour rendre la médecine familiale plus attrayante ? « Avant d'en proposer personnellement, je dois travailler avec la nouvelle équipe de direction », indique le D^r Bergeron. Le doyen compte ainsi, pour commencer, encourager le travail déjà entrepris pour valoriser la médecine familiale : les groupes d'intérêt en médecine familiale formés par des étudiants, les stages en médecine de famille et en médecine d'urgence pour les externes, les stages dans des cliniques médicales pour les étudiants de première et de deuxième année de médecine ainsi que la participation de la Faculté à des tables de discussion pour augmenter l'attrait de la médecine familiale.

« La Faculté de médecine soutient également les travaux du département de médecine familiale qui visent à accroître l'attractivité dans son domaine. » Le département offre, au sein du programme de médecine familiale, des programmes de compétence avancée pour les résidents qui veulent suivre une troisième année de formation : médecine d'urgence, soins aux personnes âgées, et périnatalité. Pour augmenter ce choix, un nouveau programme va également être offert : celui de « clinicien érudit » destiné à accroître les connaissances des résidents en gestion, en enseignement et en recherche en vue d'une carrière universitaire.

En tant que nouveau doyen, le D^r Bergeron a défini plusieurs orientations stratégiques pour la Faculté de médecine, qui chapeaute non seulement la médecine, mais aussi des disciplines comme la physiothérapie, l'ergothérapie, la kinésiologie, l'orthophonie et un nouveau baccalauréat en sciences biomédicales. « Nos priorités sont de poursuivre l'amélioration de nos capacités dans la double mission facultaire, qui est d'une part de garantir une formation professionnelle de qualité dans les différents programmes et, d'autre part, de veiller au développement des connaissances en poursuivant les activités de recherche. » ☞

Création du Mouvement pour l'adhésion aux traitements

Emmanuèle Garnier



M^{me} Jocelyne Moisan

Le « Mouvement pour l'adhésion aux traitements » vient d'être créé au Québec. Sa mission : regrouper des organismes professionnels, des établissements publics et des groupes représentant les patients pour partager des informations sur l'observance thérapeutique et mettre en place des modèles d'action innovateurs. Ce mouvement est une initiative de **M. Jean-Pierre Grégoire**, doyen de la Faculté de pharmacie de l'Université


Laval, et de **M^{me} Jocelyne Moisan**, titulaire de la Chaire sur l'adhésion aux traitements. Selon eux, « devant la progression constante des maladies chroniques au Québec, la non-adhésion est devenue un problème de santé publique majeur. Pour y faire face, l'unique option réside dans l'action concertée de toutes les organisations ayant un rôle à jouer pour améliorer l'adhésion aux traitements, y compris les groupes de patients. »

La création de ce mouvement est la première étape de la mise en œuvre d'une stratégie québécoise pour réduire l'inobservance thérapeutique.

La prochaine phase sera l'harmonisation des initiatives de différents organismes permettant de s'attaquer à ce problème : formation professionnelle, enseignement aux patients, sensibilisation des professionnels de la santé, recherche, etc.

« J'appuie le mouvement et je le trouve d'autant plus intéressant que le non-respect du traitement est un problème généralisé, affirme le **D^r Pierre Raïche**,

directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ. Ce phénomène est dommage, parce que grâce à la prise adéquate de médicaments, les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent avoir une meilleure qualité de vie. L'observance du traitement est devenue, par ailleurs, un enjeu crucial avec la croissance du coût des médicaments. »

Pour plus d'information : www.pha.ulaval.ca/sgc/pid/13053. 



D^r Pierre Raïche

Photo : Emmanuèle Garnier