

Dans le cerveau des médecins comment apparaît le raisonnement clinique ?

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

Comment pensent les médecins ? Peut-on améliorer leur processus de décision clinique ? La recherche apporte d'intéressantes données sur ces aspects.

LE CERVEAU EN ACTION est fascinant. Entre autres celui d'un médecin posant un diagnostic. « L'esprit humain est extrêmement performant pour la résolution de problèmes médicaux », affirme le **D^r Bernard Charlin**, spécialiste de l'évaluation du raisonnement en situation d'incertitude, à l'Université de Montréal.

Pour cerner un problème médical, le cerveau du clinicien est plus efficace qu'un ordinateur. On a cru un moment que ce dernier pouvait être supérieur à l'être humain dans le domaine de la médecine factuelle. Parce qu'il peut entre autres calculer instantanément la probabilité d'une maladie en fonction de la présence de différents symptômes et facteurs.

« Selon certains modèles, si le médecin manipule bien les probabilités, il devrait arriver à un diagnostic exact. Mais cela ne marche pas bien en médecine. On n'a pas réussi à faire des ordinateurs qui raisonnent mieux que les médecins. L'esprit humain n'utilise pas bien les chiffres et les probabilités, mais a d'autres mécanismes de pensée qui lui permettent de surmonter cette difficulté et qui font qu'un

médecin expérimenté est supérieur à un ordinateur pour poser un diagnostic », soutient le **D^r Charlin**, également directeur de l'unité de recherche et de développement en éducation des sciences de la santé de l'Université de Montréal.

Le clinicien a notamment la capacité de relever des éléments subtils. La couleur de la peau du patient, sa manière de se déplacer dans la salle d'attente, son attitude. « Dès le premier contact, le médecin expérimenté commence à raisonner et à repérer des indices qui vont peut-être changer l'ordre de ses diagnostics différentiels », explique **M^{me} Marie-Claude Audétat**, psychologue faisant un doctorat sur les difficultés du raisonnement clinique.

Un système de pensée rapide et inconscient

Comment fonctionne alors le cerveau du diagnosticien ? Il recourt à différents mécanismes selon la situation. Il règle les cas faciles surtout avec un mode de raisonnement automatique et résout les problèmes complexes principalement avec un système analytique.

Le médecin examine, par exemple, un patient



Photo : Emmanuelle Garnier

« De plus en plus, la recherche conclut que le raisonnement médical est une combinaison des deux systèmes. Il faut faire confiance à son système automatique pour générer des hypothèses et ensuite utiliser le système 2 pour vérifier si elles sont pertinentes »

– D^r Bernard Charlin

qui présente des lésions cutanées douloureuses sur le torse. Les vésicules sont groupées et s'alignent le long du trajet d'un nerf sur un seul côté du corps. Tout de suite un déclic se produit dans la tête du praticien. « Quand il voit les vésicules placées de manière caractéristique sur seulement la moitié du corps, il sait que c'est un zona. Il n'a pas besoin de réfléchir ou de faire d'analyse », indique M^{me} Audétat, également chargée d'enseignement clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.

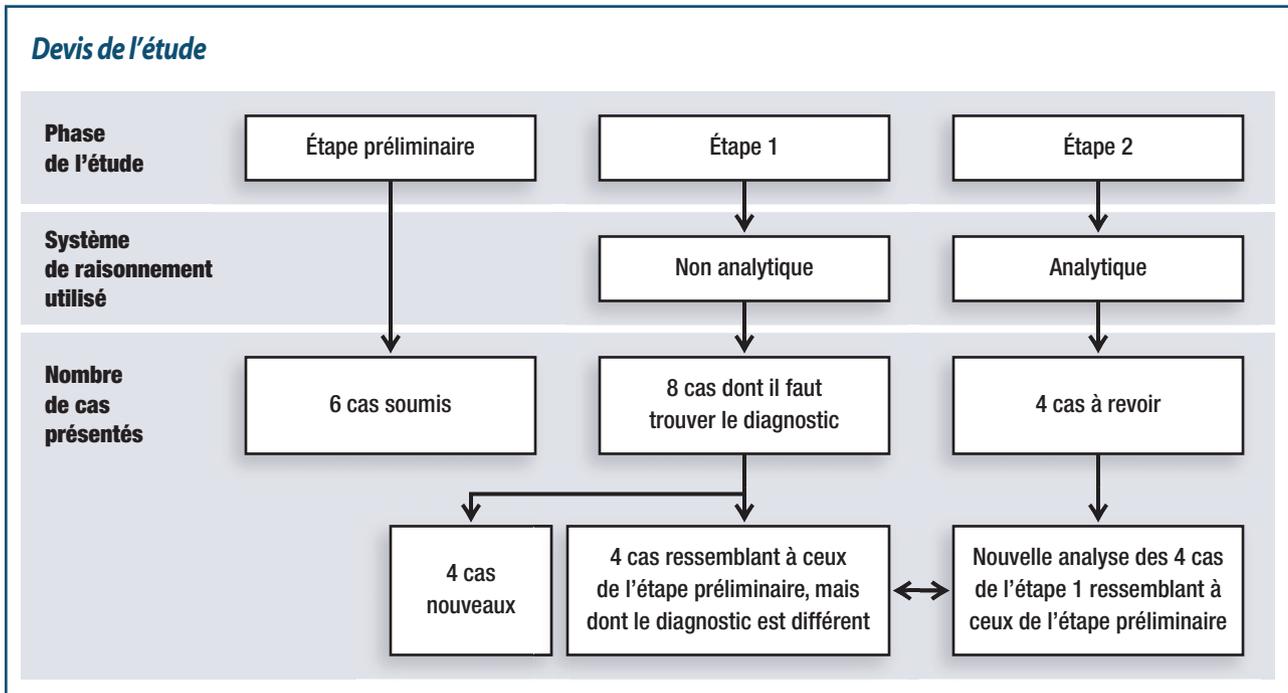
Le raisonnement du médecin s'est fait instantanément à l'aide d'un système non analytique, le système 1. Rapide, automatique et inconscient, ce mécanisme est très efficace pour les cas simples. Il repose sur une reconnaissance des formes (*pattern recognition*) qui permet au médecin de voir la similarité du cas qui est devant lui avec ceux qu'il a vus auparavant.

Dans le quotidien, les gens utilisent beaucoup le système 1. Il nous permet de reconnaître un chien sans à avoir à faire d'analyse ou de savoir sans effort

que $2 + 2 = 4$. « Dans la vie, on ne pourrait fonctionner sans le système 1, sinon on serait toujours en train de réfléchir », explique le D^r Charlin, également oto-rhino-laryngologiste et professeur au Département de chirurgie de l'Université de Montréal.

Les médecins se servent beaucoup du système non analytique dans leur pratique. Ils peuvent ainsi prendre des décisions rapidement. « Plus on est expérimenté et plus on recourt au raisonnement non analytique. On voit des *patterns*, des configurations de signes caractéristiques chez un patient qui nous font dire que ça pourrait être l'hypothèse A, B ou C. Les médecins très expérimentés ont un grand répertoire de scripts cliniques qui renferment leurs connaissances sur les maladies. Ils les activent très facilement et raisonnent donc le plus souvent de façon non analytique », indique le chercheur.

Le système 1 a cependant des faiblesses. Dans les cas complexes, il peut conduire à un mauvais diagnostic. Il expose également le médecin à certains biais, dont celui de disponibilité. Le praticien surestime alors la probabilité



d'un diagnostic à cause de la facilité avec laquelle il lui vient à l'esprit. « Si vous voyez dans votre pratique beaucoup d'une même maladie, c'est sûr que le premier diagnostic qui vous viendra à l'esprit sera cette affection », explique le D^r Charlin.

Le raisonnement analytique plus lent, mais plus poussé

Le système 2, le raisonnement analytique, se déclenche automatiquement quand le médecin a devant lui un cas complexe ou inhabituel. Ce mécanisme, qui demande plus d'efforts, explore de façon délibérée les connaissances emmagasinées dans la mémoire.

Le clinicien reçoit, par exemple, une femme de 23 ans qui se plaint d'un grave mal de tête apparu il y a deux jours*. L'acétaminophène ne la soulage pas. Est-ce une migraine ? Une céphalée de tension ? s'interroge le médecin. En questionnant la patiente, il apprend que la céphalée est frontale, unilatérale, accompagnée de nausées, de vomissements et d'une atteinte du champ visuel. « La localisation frontale de la douleur n'est pas discriminante, toutefois les symptômes visuels et les vomissements sont significatifs. Par conséquent, la

patient ne souffre probablement pas d'une céphalée de tension, mais aurait plutôt une migraine. Cependant, se pourrait-il que ce soit plutôt un saignement ou une tumeur ? », se demande le praticien. Il interroge à nouveau la patiente pour obtenir de nouvelles données. Elle a déjà eu des maux de tête semblables au moment de ses règles. Elle n'a aucun autre symptôme ni signe de latéralisation, et son mal de tête est soulagé par le sommeil. Ainsi, en utilisant principalement son système de raisonnement analytique, le médecin parvient à conclure que la patiente souffre probablement d'une migraine.

Le système 2 peut être déclenché consciemment. Il suffit, par exemple, de dresser la liste des données objectives d'un cas pour le mettre en branle. On peut également le stimuler par une réflexion méthodique. « Le modèle hypothéticodéductif propose d'émettre des hypothèses, puis de les explorer en posant des questions qui les confirment ou les infirment. On élimine successivement les différentes possibilités pour en arriver à un diagnostic de présomption où on se dit : "ce doit être telle affection" », explique M^{me} Audétat. C'est ce type de raisonnement qu'a d'ailleurs utilisé le médecin pour diagnostiquer la migraine de sa patiente.

Le système 2 peut toutefois conduire lui aussi à des erreurs. La plus fréquente est la « fermeture prématurée » qui consiste à cesser de considérer les autres possibilités

*Cas de raisonnement analytique selon le modèle hypothéticodéductif créé par la D^{re} Suzanne Laurin, omnipraticienne enseignant au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.



M^{me} Marie-Claude Audétat (à droite) supervise, avec la D^{re} Suzanne Laurin, des résidents en consultation, grâce à un système vidéo.

après avoir évoqué un diagnostic. « Prenons, par exemple, la douleur rétrosternale. Le médecin regarde le tableau clinique, confirme son hypothèse et tout à coup se dit : “c’est de l’insuffisance coronarienne !” Et il ne va pas plus loin. Il s’arrête trop tôt dans son raisonnement analytique », indique la psychologue, également leader pédagogique sur le raisonnement clinique au Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l’Université de Montréal.

Quel mécanisme de raisonnement vaut-il finalement mieux utiliser, le système 1 ou le système 2 ? Pour les cas simples, le système 1 est suffisant. Le système 2 ne permet souvent pas d’avoir un diagnostic plus juste. Cependant, ce dernier traite plus efficacement les cas complexes et permet d’éviter certains biais du système 1, comme le biais de disponibilité. « De plus en plus, la recherche conclut que le raisonnement médical est une combinaison des deux systèmes. Il faut faire confiance à son système automatique pour générer des hypothèses et ensuite utiliser le système 2 pour vérifier si elles sont pertinentes », indique le D^r Charlin.

Utiliser le système 2 pour corriger le système 1

Un article récent publié dans le *Journal of the American Medical Association* montre comment utiliser le système 2 pour corriger les faiblesses du système 1¹. L’étude montre que des résidents de deuxième année à qui l’on présente des cas similaires à ceux qu’ils viennent de voir font souvent des erreurs dues au biais de disponibilité quand ils utilisent leur système de raisonnement non analytique. Cependant, si on leur fait ensuite employer leur système analytique, plusieurs arrivent à corriger leurs réponses.

La D^{re} **Silvia Mamede**, de l’Université Erasmus de Rotterdam, et ses collaborateurs ont recruté 36 résidents en médecine interne de première et de deuxième année. Les sujets, à qui l’on soumettait huit cas par écrit, devaient poser un diagnostic. On leur demandait de le faire le plus rapidement possible pour que seul leur système automatique soit sollicité. Parmi les huit cas, quatre avaient des données similaires à des cas qu’on

1. Mamede S, Van Gogh T, Van den Berge K et coll. Effect of availability bias and reflective reasoning on diagnostic accuracy among internal medicine residents. *JAMA* 2010 ; 304 (11) : 1198-203.

leur avait présentés juste avant, mais dont la maladie était différente.

On demandait ensuite aux étudiants de revoir les quatre cas dont les symptômes ressemblaient à ceux des cas précédents et de les réanalyser avec un raisonnement réflexif. Pour déclencher leur système 2, on leur demandait de faire la liste :

- des données du cas qui appuient leur diagnostic ;
- des données qui infirment leur diagnostic ;
- des données qui devraient être présentes si le diagnostic est exact, mais qui n'étaient pas indiquées ;
- des autres diagnostics possibles.

Les résultats montrent que les étudiants de deuxième année ont été fréquemment victimes d'un biais de disponibilité. Au cours de la première étape, en utilisant le système 1, ils avaient souvent donné les diagnostics qui correspondaient aux cas qu'on leur avait présentés avant. À la deuxième étape, cependant, en appliquant le raisonnement réflexif, plusieurs parvenaient au bon diagnostic. Le biais de disponibilité, lié au système 1, est apparu moins fréquemment chez les résidents 1. Les chercheurs l'avaient prévu, car c'est avec l'expérience qu'apparaît le raisonnement non analytique associé à ce biais.

« C'est une étude bien faite, estime le Dr Charlin. Cependant, la force du protocole constitue aussi sa faiblesse. Ce n'est pas une étude faite dans un milieu réel. Les chercheurs imposaient aux étudiants la contrainte de donner tout de suite un premier diagnostic dans la première étape. Dans la vraie vie, cela ne se passe pas ainsi. On n'oblige pas les médecins à s'arrêter à la première hypothèse qui leur vient à l'esprit. »

Cette étude est néanmoins rassurante pour le professeur. « Elle montre que ce que l'on enseigne aux étudiants à faire est pertinent et valable. La tâche que les auteurs ont donnée aux résidents pour déclencher leur système 2 est excellente : poser un diagnostic, trouver les éléments qui l'appuient et ceux qui l'infirment. Les auteurs montrent ce qu'est la bonne pratique en matière de raisonnement médical. »

Comment améliorer son jugement clinique

Les rouages du cerveau des médecins fascinent les

chercheurs. « D'un point de vue purement intellectuel, le raisonnement clinique est génial. Mais en même temps, ce mécanisme est relativement fragile, estime M^{me} Audétat. Toute la littérature montre actuellement à quel point il peut être perturbé ou se heurter à des difficultés. »

La recherche offre toutefois une solution aux cliniciens : la pratique réflexive. Cette nouvelle voie leur permet de regarder de manière critique leur raisonnement et leurs décisions. Par cet outil, ils peuvent affiner leur jugement clinique et améliorer leur expertise médicale.

« Le médecin doit prendre l'habitude de se regarder penser. Il doit atteindre un niveau où il réfléchit, met des mots sur son raisonnement, refait le parcours de sa décision clinique. Cela lui permet entre autres de repérer ses erreurs. Il faut éviter de rester dans l'automatisme, qui peut être causé par la routine ou le stress », prône M^{me} Audétat. Ce processus, qui peut paraître fastidieux au début, devient plus rapide avec le temps.

La pratique réflexive ne vient pas spontanément. « On sait qu'un médecin expert ne se rappelle pas par quel chemin il passe, parce que son raisonnement est inconscient. La littérature médicale montre

d'ailleurs qu'on peut emprunter plusieurs voies pour arriver à la même conclusion. Il faut donc avoir conscience du parcours que l'on suit », dit la psychologue.

M^{me} Audétat utilise cette méthode avec les résidents en médecine familiale qu'elle supervise. Elle leur fait expliciter leur raisonnement. « C'est aussi une manière de mettre en évidence les liens. On permet ainsi de faire émerger les scripts, ces réseaux de connaissances spécifiquement organisées pour des tâches précises. Il y a des scripts de diagnostic, de traitement, d'évaluation. »

Le clinicien qui exerce a, lui aussi, tout à gagner à recourir à la pratique réflexive. « Plus il est attentif à l'explicitation de son raisonnement clinique, plus il va le nourrir, le renforcer et prévenir des erreurs », estime M^{me} Audétat. Cette vision, qui permet de jeter un regard neuf sur l'exercice de la médecine, peut d'ailleurs susciter chez le médecin un nouvel intérêt pour la pratique. 🧠

(Suite à la page 10) >>>>

« Le médecin doit prendre l'habitude de se regarder penser. Il doit atteindre un niveau où il réfléchit, met des mots sur son raisonnement, refait le parcours de sa décision clinique. »

— M^{me} Marie-Claude Audétat

Contexte du patient comment éviter les plans de traitement inadéquats

Emmanuèle Garnier

De nombreuses embûches peuvent entraver le raisonnement clinique. Les biais cognitifs, les problèmes d'attitude, les lacunes sur le plan des connaissances. Mais il y a aussi tous les écueils que peut cacher le contexte du patient. Des facteurs relatifs à son environnement, à son comportement, à sa manière de penser, qui peuvent nuire au traitement.

Les erreurs attribuables au contexte sont fréquentes en médecine. « Quand on obtient un taux de persévérance au traitement de l'hypertension ou de l'hyperlipidémie de moins de 30 % ou de 40 % ou quand l'observance thérapeutique est inférieure à 50 %, je pense que comme médecins on néglige quelque chose. Si le patient est prêt à venir attendre dans ma salle d'attente pour me voir, mais ne suit ensuite pas mes recommandations, c'est que mon approche est mal adaptée. Quelque chose ne fonctionne pas dans mes conseils thérapeutiques. Je pense que parfois on oublie des éléments comme le coût associé au traitement ou l'ampleur du sacrifice demandé », affirme le **D^r Stéphane Ahern**, codirecteur du secteur Évaluation du Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé de l'Université de Montréal.

Comment mieux tenir compte du contexte du patient ? Une équipe de Chicago a étudié une intervention destinée à améliorer la capacité des médecins d'incorporer le contexte du patient dans leur évaluation et leur traitement¹. **M. Alan Schwartz** et ses collaborateurs ont recruté 124 étudiants de quatrième année de médecine. Une partie du groupe a simplement été observée tandis que l'autre a assisté à quatre séances d'une heure (encadré) au cours desquelles ils apprenaient à :

- écouter l'exposé des faits contenu dans les plaintes du patient ;
- repérer les signaux d'alarme concernant le contexte. « Il pouvait s'agir de n'importe quel problème qui n'avait pas été réglé : des considérations financières, sexuelles ou

1. Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB et coll. An educational intervention for contextualizing patient care and medical students' abilities to probe for contextual issues in simulated patients. *JAMA* 2010 ; 304 (11) ; 1191-7.

Formation sur le contexte du patient

L'atelier qu'ont suivi les étudiants de l'étude visait à leur permettre d'acquérir des concepts et des aptitudes liés à l'évaluation et au traitement du patient en fonction du contexte. On leur enseignait ainsi :

- 1) les quatre éléments de l'expertise clinique : l'état clinique, les données de la recherche, le contexte dans lequel vit le patient et les préférences du patient ;
- 2) l'importance du contexte du patient pour l'expertise clinique ;
- 3) les domaines du contexte du patient (les capacités cognitives, l'état émotif, les croyances spirituelles et culturelles, l'accès aux soins, le soutien social, les responsabilités que prennent ceux qui donnent des soins, l'attitude envers la maladie, la relation avec les cliniciens et la situation économique) ;
- 4) les signaux d'alarme (tout ce qui peut indiquer que des éléments du contexte peuvent contribuer à des problèmes concernant les soins) ;
- 5) les présomptions concernant le contexte (présomptions au sujet du contexte du patient qui peuvent être exactes ou erronées) ;
- 6) les erreurs dues au contexte (des erreurs de gestion causées par le fait que l'on n'a pas tenu compte du contexte du patient).

religieuses, l'accès aux soins, etc. », précise le **D^r Ahern**.

- poser, à partir des signaux d'alarme découverts, un diagnostic différentiel du contexte en tenant compte de dix domaines contextuels (les capacités cognitives, l'état émotif, les croyances spirituelles et culturelles, etc.) (voir le point 3 de l'encadré).
- explorer des hypothèses contextuelles pour chaque domaine du diagnostic différentiel ;
- poser des questions pour restreindre le diagnostic différentiel du contexte (évaluation contextuelle) ;
- caractériser les éléments pertinents du contexte du patient ;
- intégrer les données de l'évaluation contextuelle aux informations sur l'état clinique, aux données de la recherche et aux préférences du patient afin d'élaborer un plan de soins approprié au contexte. « Les étudiants devaient donc faire un diagnostic du contexte, en explorer les éléments, repérer ceux qui étaient importants et les intégrer au processus clinique », résume le **D^r Ahern**, également interniste-intensiviste à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

L'étude montre que les étudiants ayant suivi l'atelier étaient davantage capables de s'intéresser aux éléments contextuels problématiques (au cours d'une entrevue avec



« Quand on obtient un taux de persévérance au traitement de l'hypertension ou de l'hyperlipidémie de moins de 30 % ou de 40 % ou quand l'observance thérapeutique est inférieure à 50 %, je pense que comme médecins, on néglige quelque chose. »

– D^r Stéphane Ahern

un acteur se faisant passer pour un patient) que leurs camarades qui n'avaient pas eu la formation (90 % contre 62 %, $P < 0,001$). Les premiers étaient également plus aptes à faire un plan de traitement prenant en considération les éléments contextuels (69 % contre 22 %, $P < 0,001$).

S'intéresser au contexte en même temps qu'aux données biomédicales

La démarche proposée pour tenir compte du contexte peut sembler un peu fastidieuse. « Pour des étudiants en médecine, je la trouve adéquate. Par contre, je ne suis pas sûr qu'on serait capable de la faire accepter facilement aux médecins dans le cadre de la formation professionnelle continue », reconnaît le D^r Ahern.

Mais à quel moment de l'entrevue avec le patient faut-il s'intéresser précisément au contexte ? « Je pense que dans un savoir expert les éléments contextuels devraient être traités au même moment que les données biomédicales. Je ne suis pas sûr qu'il faille

en faire une seconde étape », affirme le spécialiste.

L'approche de M. Schwartz et de ses collègues persiste-t-elle avec les années ? L'étude ne le révèle pas. « C'est un aspect décevant. Je pense qu'il faut enseigner l'importance du contexte du patient à la Faculté. Cependant, il aurait été intéressant que l'étude fasse une évaluation des étudiants deux ou trois ans plus tard, une fois qu'ils sont devenus médecins pour voir la stabilité des acquis », mentionne le D^r Ahern.

Prendre en considération le contexte dans les soins n'est pas si facile. Selon les auteurs, il est plus aisé de traiter des problèmes typiques en se fondant sur des données probantes que de s'occuper de cas pour lesquels il faut tenir compte du contexte. Cette dernière capacité est d'ailleurs plus ardue à acquérir au cours de la formation médicale. « La difficulté peut venir du fait que la contextualisation est moins susceptible de mobiliser la force qu'a le cerveau de reconnaître les similitudes (*pattern recognition*) », avancent les chercheurs. 🦋

Ouest du Québec attirer les jeunes dans les cabinets

Cette année, le recrutement n'a pas été très fructueux en Outaouais. L'avenir, toutefois, pourrait être plus lumineux, car le Campus santé Outaouais vient de lancer son nouvel externat intégré : un programme qui propose aux étudiants en médecine un plus grand contact avec la médecine familiale, tout en leur permettant de profiter de la région.

Depuis le mois d'août, neuf étudiants de troisième année de médecine de l'Université McGill ont commencé leur formation dans l'ouest du Québec. Ils pourront également y faire leur quatrième année. Le programme leur offre à la fois l'enseignement et une expérience de la pratique clinique. Leurs stages ont lieu dans les hôpitaux, mais aussi dans des cabinets. Neuf cliniques médicales de la région participent au projet.

L'unité de médecine familiale de la région donne déjà de bons résultats. « Environ 80 % de ceux qui terminent ici restent après dans la région pour pratiquer », affirme le **D^r Marcel Guilbault**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'ouest du Québec (AMOOQ).

Cette année, peu de résidents de la région ont été diplômés. D'ailleurs, seulement 16 des 20 postes qu'avait accordés le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) ont été pourvus. L'année 2011

devrait être meilleure. Les finissants seront plus nombreux, et l'ouest du Québec aura droit à 21 nouveaux facturants.

Pour le D^r Guilbault, il est important non seulement d'attirer des étudiants en médecine familiale, mais aussi de les intéresser à la pratique en cabinet. Les prochaines négociations pourraient avoir une influence importante sur cet enjeu. « Prendre en charge et suivre des patients est exigeant. C'est encore moins attirant si, en plus, on est moins bien payés et moins bien entourés que dans les hôpitaux. Les jeunes sont également rebutés par les frais de clinique », explique le médecin qui accueille lui-même un étudiant dans son cabinet toutes les deux semaines.

Assemblée générale annuelle

Le 29 octobre dernier, l'assemblée générale de l'Association des médecins omnipraticiens de l'ouest du Québec se tenait à Gatineau. La question des négociations avec le gouvernement était à l'ordre du jour. « La prochaine entente sera centrée sur la valorisation de la médecine familiale dans tous ses aspects. Il s'agira d'un accord historique pour l'avenir de la médecine familiale », a expliqué le D^r Guilbault aux 67 médecins présents.

Le président de l'AMOOQ avait également une importante nouvelle à annoncer : les omnipraticiens de l'Outaouais ont dorénavant accès à l'imagerie par résonance magnétique (IRM). Jusque-là, cet examen ne pouvait être prescrit dans la région que par des spécialistes. « Avoir un rendez-vous avec un neurologue peut demander plus d'un an, si



l'on a besoin d'un examen d'IRM pour un problème cérébral ou cervical, c'est trop long. »

L'Association a fait des démarches, écrit une lettre, effectué des pressions et rencontré le chef du Département de radiologie du CSSS de Gatineau. « Ce n'est pas le domaine de pratique du médecin qui doit être le critère pour accorder ou non l'accès à l'IRM, mais l'indication de l'examen. Si l'IRM est



Dr Marcel Guilbault

indiqué pour un patient, il doit y avoir accès, peu importe celui qui le lui prescrit », a soutenu le Dr Guilbault. Finalement, la situation a été corrigée et le Département de radiologie devrait rédiger un guide pour

la prescription des examens d'IRM.

Le Dr Guilbault a également fait le point sur la situation des groupes de médecine de famille (GMF). L'Outaouais en compte dix dans lesquels 133 médecins y suivent plus de 97 000 patients, soit 28 % de la population. Chaque clinicien prend ainsi en charge de 417 à 1325 personnes. Dans certains GMF, le nombre de patients inscrits n'est cependant pas suffisant. Plusieurs font donc face à des difficultés en ce qui concerne le renouvellement de leur contrat.

Dernière chance

Le **Dr Louis Godin**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), est venu rencontrer les omnipraticiens de la région lors de l'assemblée générale. Il leur a expliqué les demandes qu'a présentées la FMOQ dans le cadre des négociations avec le gouvernement.

« Ce qu'on veut faire, au cours de ces négociations-là, c'est valoriser la médecine familiale et régler la question de l'accès à un médecin de famille », a indiqué le président. Actuellement, l'omnipraticien n'attire pas suffisamment les étudiants en médecine. « La rémunération des omnipraticiens n'est pas concurrentielle. Lorsque vous gagnez 1 \$, le médecin

spécialiste en gagne 1,56 \$, a indiqué le président aux membres. Après avoir payé les frais de pratique, il vous reste 0,83 \$ tandis qu'il reste au spécialiste 1,44 \$. L'écart brut est ainsi de 56 % et l'écart net de 73 %. Nous sommes convaincus que cette différence est l'une des principales causes de la désaffection des étudiants pour la médecine familiale. Pour nous, la question de la rémunération est au cœur de cette entente-là. »

Le deuxième objectif de la Fédération est également capital : permettre à la population d'avoir accès à un omnipraticien. « Il y a actuellement deux millions de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille et il y a probablement de 10 % à 15 % des gens qui en veulent un. Il faut régler cette question d'accès à un médecin de famille et se donner les moyens de le faire. »

Le discours du Dr Godin a été bien accueilli par les omnipraticiens. Plusieurs ont pris la parole pour appuyer son point de vue. « C'est notre dernière chance comme profession, a tenu à souligner un médecin qui a 28 ans de pratique. Il va falloir expliquer aux gens qui ne comprennent pas pourquoi on fait cette démarche, pour quelles raisons on en est rendu là et quelles répercussions cela aura dans dix ou vingt ans. Les jeunes qui commencent en pratique doivent se rendre compte que s'ils ne veulent pas avoir des conditions misérables dans 20 ans, ils doivent agir aujourd'hui. » **EG**



Dr Louis Godin



Assemblée générale de l'AMOOQ

Sondage auprès des omnipraticiens de Laval

ils aiment leur pratique, mais pas leurs conditions d'exercice

Emmanuèle Garnier



D^{re} Sandra Roman

La majorité des omnipraticiens de Laval sont satisfaits de leur vie professionnelle, mais certains éléments de leurs conditions de pratique leur pèsent, révèle un sondage mené par le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) et l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL). Les deux organismes ont envoyé, en mars dernier, un questionnaire à 300 médecins lavallois et ont obtenu un taux

de réponse de 55 %.

Les résultats indiquent que 78 % des répondants sont satisfaits de leur vie professionnelle et que 59 % estiment que le moral des médecins de la région est bon. Toutefois, 41 % affirment que leur satisfaction professionnelle a diminué au cours des dernières années. Plusieurs sources d'insatisfaction sont d'ailleurs assez ou très importantes pour les médecins :

- l'accès difficile aux spécialistes et à certains examens diagnostiques (pour 93 %) ;
- les tâches administratives, comme les formulaires et les papiers à remplir (pour 91 %) ;
- la charge de travail (le nombre de patients, le manque de temps, la complexité des cas, la fréquence des gardes, etc.) (pour 88 %) ;
- la rémunération (pour 75 %) ;
- les limites à l'autonomie professionnelle imposées par le plan régional d'effectifs médicaux, les activités médicales particulières

- et les contraintes départementales (pour 70 %) ;
- les attentes irréalistes de certains patients (pour 66 %) ;
- les frais d'exercice (frais de cabinet, assurances, etc.) (pour 59 %).

Des éléments inquiétants

Le sondage comporte néanmoins plusieurs données rassurantes : 69 % des omnipraticiens lavallois sont satisfaits de l'équilibre entre le temps consacré au travail et à la vie personnelle et familiale. Pour 93 %, les relations avec leurs patients constituent une source de satisfaction. Le même pourcentage estime que leur climat de travail est agréable. Quatre-vingts pour cent des médecins affirment, par ailleurs, qu'ils ont la possibilité d'explorer différents champs de pratique dans leur travail et de varier leurs activités selon leurs goûts et leurs intérêts.

« Les médecins sont satisfaits des éléments inhérents à la profession médicale : le contact avec les patients et la possibilité d'avoir différentes activités.

Cependant, ils trouvent les conditions dans lesquelles ils exercent particulièrement difficiles », explique la D^{re} Sandra Roman, médecin-conseil au PAMQ, qui a élaboré le

questionnaire avec le D^r Claude Prévost, médecin spécialiste en santé communautaire de la Direction de santé publique de Laval.

Dans les résultats plus sombres, on découvre que 54 % des médecins estiment qu'il y a, dans leur travail, des sources de stress suffisamment importantes pour entraîner des répercussions sur leur vie personnelle et familiale. Au cours de la dernière année, 69 % des répondants ont d'ailleurs régulièrement travaillé plus d'heures qu'ils ne l'auraient souhaité. La moitié ne pense pas pouvoir



D^r Claude Saucier

Photo : Emmanuèle Garnier

maintenir le rythme actuel au cours des prochaines années sans que cela ne nuise éventuellement à leur santé physique ou mentale. En outre, au cours de la dernière année, il est arrivé à 60 % des répondants de travailler alors qu'ils auraient prescrit un arrêt de travail à un patient dans le même état qu'eux. Le tiers des médecins (34 %) affirment, par ailleurs, que les conditions de travail actuelles leur font songer sérieusement à réorienter leur pratique ou à prendre leur retraite.

Ces réponses sont inquiétantes. « Elles signifient que malgré les éléments de satisfaction concernant la profession, le stress commence peut-être à atteindre des niveaux préoccupants. Les éléments d'insatisfaction mentionnés peuvent être en lien avec l'épuisement professionnel, le désir de partir ou de se réorienter. C'est indiqué dans la littérature », affirme la D^{re} Roman.

Une donnée est particulièrement troublante : 61 % des répondants ont affirmé qu'il existe un écart considérable entre la médecine qu'ils souhaiteraient pratiquer et la réalité imposée par les conditions actuelles d'exercice. « Pour nous, c'est un autre signe que les médecins se vouent à leur profession, veulent le mieux pour leurs patients, mais sentent qu'ils ne sont pas capables de faire un travail à la hauteur de leurs propres attentes. Certains auteurs parlent dans ces cas de "souffrance éthique" », indique la D^{re} Roman, elle-même médecin de famille.

Des médecins sans médecin de famille

En ce qui concerne la santé des médecins, 97 % des omnipraticiens lavallois estiment qu'il est important qu'un clinicien ait son propre médecin. Pourtant, la majorité n'a pas accès à un clinicien approprié. « Seuls 36 % des médecins de Laval ont un médecin neutre qui n'est ni un proche, ni un collègue travaillant avec eux », affirme la D^{re} Roman. Ainsi, parmi les 66 % de répondants qui affirment avoir un médecin de famille :

☉ 8 % sont suivis par un membre de

leur famille ou de leur cercle social ;

☉ 12 % par eux-mêmes ;

☉ 25 % par un médecin avec qui ils travaillent ;

☉ et seulement 55 % par un médecin qui n'est ni un proche ni un compagnon de travail.

Les omnipraticiens font, par ailleurs, face à plusieurs obstacles quand ils veulent consulter un médecin pour eux-mêmes. La plupart des répondants mentionnent le manque de temps (67 %) et la difficulté d'avoir accès à un médecin qui n'est ni un compagnon de travail ni un proche (59 %). Certains ont peur de déranger un confrère, surtout si le problème se révèle peu important (57 %), ou s'inquiètent des répercussions possibles de la maladie (arrêt de travail, assurances, permis d'exercice, etc.) (56 %). Par ailleurs, 44 % des médecins ont le même problème que tous les patients : la difficulté d'avoir un rendez-vous avec un médecin.

Les solutions

Quelles seront les suites du sondage ? « On va voir avec les instances régionales ce que l'on pourrait mettre sur pied avec un volet régional et concerté », indique la D^{re} Roman.

Certaines mesures devraient être relativement simples à organiser, affirme pour sa part le D^r Claude Saucier, président de l'AMOL. Par exemple, il devrait être possible d'aider les omnipraticiens à se trouver un médecin de famille. « À Laval, tout le monde connaît à peu près tout le monde. On pourrait donc organiser des corridors de services avec des médecins d'une autre région, comme Montréal ou les Basses-Laurentides, pour rendre les omnipraticiens plus à l'aise et préserver l'anonymat. » Le D^r Saucier espère que ses membres, qui ont tous reçu les résultats du sondage, lui proposeront également d'autres pistes.

Le président de l'AMOL met beaucoup d'espoir dans le renouvellement de l'Entente générale des omnipraticiens. « L'Association et le PAMQ peuvent travailler à certaines choses, mais on se rend compte que les négociations actuelles entre la FMOQ et le gouvernement seront cruciales pour parvenir à des solutions. » 🍷

Journée Carrière Québec 2010 de nouveaux spécialistes sans emploi

Francine Fiore

Malgré une ambiance festive, la Journée Carrière Québec 2010, la grande foire de l'emploi médical, a été assombrie par les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en spécialité.

Organisé par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), cet événement a réuni environ 850 médecins résidents et 120 établissements, le 29 octobre dernier au Palais des Congrès de Montréal.

La FMRQ a tenu à révéler que certains nouveaux spécialistes risquent de se trouver sans emploi. Au total, seulement 556 postes sont disponibles pour les 658 finissants qui commenceront à pratiquer en juillet 2011. Par exemple, il n'y a que 13 postes pour les 36 obstétriciens-gynécologues, 21 pour les 33 hémato-oncologues, 21 pour les 44 cardiologues et aucun pour les sept diplômés en chirurgie cardiaque.

Depuis 2008, aucun poste n'a été ajouté en spécialité, dénonce la Fédération. « On maintient un nombre élevé d'admissions dans les facultés de médecine, on forme des médecins à grands frais sans savoir s'ils obtiendront un poste à la fin de leur formation », a lancé, outré, le **D^r Charles Dussault**, président de la FMRQ.

Médecine familiale

La médecine familiale n'a pas les problèmes de la médecine spécialisée : les PREM offrent un nombre de places suffisant. « À l'heure actuelle, tous les résidents en médecine familiale sont assurés d'obtenir un poste au Québec », affirme le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation, à la FMOQ.

Au stand de la Fédération, le **D^r Dulude** a rencontré de nombreux résidents en médecine familiale. « Nous discutons, entre autres, des PREM et des activités médicales particulières (AMP) afin de dédramatiser la situation, dit-il. Nous sommes, par ailleurs, conscients que les conditions d'installation en pratique ne sont pas du tout optimales. Le gouvernement veut favoriser la prise en charge du patient par le médecin, mais lui impose des mesures coercitives. »

Pour la toute première fois, l'Association des médecins de CLSC avait un stand à la Journée Carrière. « Nous avons, nous aussi, des problèmes de recrutement, car la pratique en CLSC est mal connue, dit le **D^r Sylvain Dion**, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec. Plusieurs jeunes médecins de famille hésitent à s'installer en cabinet à cause des frais. La pratique en CLSC peut constituer pour eux une solution différente pour prendre en charge et suivre des patients.»

Les médecins de santé publique partageaient le stand des médecins de CLSC. « Bien qu'il s'agisse d'une pratique différente, nous avons une vision commune de la prévention, et notre travail est complémentaire à celui des médecins de CLSC, précise le **D^r Stéphane Roy**, médecin-conseil à la direction de Santé publique de la Montérégie. Il y a aussi des besoins en santé publique. »

Le **D^r Yves Bolduc**, ministre de la Santé et des Services sociaux, s'est lui aussi rendu à la Journée Carrière. Quelques jours plus tard, il annonçait l'ajout de 500 postes en spécialité dans le cadre du fameux plan quinquennal que la FMRQ attend toujours. Mais, selon cette dernière, il ne s'agit pas nécessairement de nouveaux postes. Un certain nombre ne feront que combler l'attrition. 🍷



Photo : Jacques Fiore

Journée carrière des résidents

Collège des médecins du Québec

un nouveau président : le D^r Charles Bernard

Emmanuèle Garnier



D^r Charles Bernard

Les omnipraticiens recevront sous peu, s'ils ne l'ont pas déjà eue, une lettre du Collège des médecins du Québec contenant une bonne nouvelle. « Nous allons leur annoncer que tous les médecins de famille du Québec seront considérés comme des médecins spécialistes », explique le nouveau

président du Collège des médecins du Québec, le **D^r Charles Bernard**.

Élu le 21 octobre dernier, le D^r Bernard veut travailler à rapprocher les nouveaux spécialistes en médecine familiale de leurs confrères des autres spécialités. « Déjà, il y aura une distinction de moins au sein de la profession. » Le nouveau président désire cependant plus : il veut améliorer la communication entre les deux groupes.

Le D^r Bernard a vu, au fil des ans, la communication se réduire entre les omnipraticiens et les autres spécialistes. « Aujourd'hui, une personne qu'un médecin de famille oriente vers certaines spécialités peut attendre comme n'importe quel patient. » Puis, une fois traitée, la personne retourne voir son omnipraticien qui n'a pas forcément reçu le rapport du spécialiste et peut donc ignorer le suivi à effectuer. « Si l'on peut corriger ces problèmes, on va avoir un gain d'efficacité », estime le D^r Bernard.

Le colloque annuel du Collège, qui aura lieu en mai prochain, portera justement sur la communication entre les médecins de famille et les autres spécialistes. « Cela va amener les médecins à discuter et à voir

ensemble s'il n'y a pas une façon d'améliorer la situation. » Le D^r Bernard pense, pour sa part, qu'il faudrait davantage de rencontres entre les omnipraticiens et leurs collègues. Des canaux pourraient également être créés entre eux, notamment pour que le suivi des patients soit plus rapide, dans un sens comme dans l'autre.

Le D^r Bernard a lui-même été médecin de famille pendant 35 ans dans la région de Québec. Il a, entre autres, fondé la clinique médicale de l'Université Laval. Il a aussi eu une pratique hospitalière et été chef du Département de médecine générale de l'Hôpital Laval pendant huit ans.

Jeunes médecins, interdisciplinarité et informatique

La priorité du D^r Bernard reste de veiller à la mission première du Collège des médecins du Québec : assurer la qualité de la médecine et protéger la population. Le Collège va donc continuer à s'intéresser à l'amélioration de l'exercice et à la formation des étudiants. « Actuellement, au Canada, toutes les facultés de médecine sont en train de réviser leur programme de formation pour tenter de rendre les nouveaux diplômés encore plus performants. »

Dans d'autres domaines, toutefois, plusieurs questions préoccupent le D^r Bernard. Le président observe qu'un fossé intergénérationnel s'est creusé entre les jeunes médecins et leurs aînés. Les valeurs fondamentales des deux groupes sont différentes. Chez les jeunes, la conciliation travail-famille prend beaucoup plus d'importance que chez les médecins plus âgés. « C'est un problème générationnel que l'on retrouve aussi chez les avocats, les ingénieurs et d'autres professionnels. Un comptable me disait que, dans sa profession, les jeunes choisissent maintenant des domaines qui exigent moins d'heures de travail, non parce qu'ils ne veulent pas travailler, mais parce qu'ils désirent s'occuper de leur famille. »

Mais comment concilier la qualité de vie des médecins et les besoins immenses de la population ? « Le système de santé est fait en fonction d'offrir des services et demande de travailler fort. Mais peut-être que cette façon de faire est dépassée aujourd'hui. Il faut réfléchir à la question. Peut-être qu'on peut s'adapter. Peut-être que les jeunes vont nous faire des suggestions. »

Le travail interdisciplinaire est une autre priorité du nouveau président. De grands progrès ont déjà été accomplis : la création des ordonnances collectives et l'arrivée des infirmières praticiennes spécialisées. La prochaine étape ? La collaboration avec les pharmaciens. Ils sont les deuxièmes alliés naturels des médecins. « On peut sûrement faire des ententes pour rendre la collaboration plus efficace. Par exemple, comment peut-on améliorer le renouvellement des ordonnances pour que le patient soit mieux servi et le processus plus rapide ? »

L'une des solutions pourrait venir de l'informatique ou de l'évolution technologique, autres domaines auxquels s'intéresse le D^r Bernard. Les ordinateurs, à eux seuls, peuvent amener un gain d'efficacité sur plusieurs plans. Les ordonnances, par exemple, pourraient être transmises d'un simple clic à l'écran. « C'est un secret de polichinelle que le système de santé a plusieurs décennies de retard sur d'autres sphères de la société. Partout dans le monde, on peut faire une transaction bancaire avec une institution

financière du Québec. Comment se fait-il qu'un médecin ne puisse même pas faire l'équivalent avec un pharmacien qui est de l'autre côté de la rue ? Et ce n'est pas parce qu'on n'investit pas d'argent dans ce secteur. »

Hommage au D^r Yves Lamontagne

Le D^r Bernard succède au D^r Yves Lamontagne qui a dirigé le Collège pendant douze ans. L'un des mérites de l'ancien président a été d'améliorer grandement l'image du Collège des médecins auprès du public, affirme le D^r Bernard, qui a été vice-président pendant dix ans. « Avant, le Collège était perçu comme corporatiste, replié sur lui-même, tourné vers les médecins. Maintenant il est plus ouvert à l'égard de la population. Le D^r Lamontagne avait une bonne image publique. » L'une des grandes réalisations de l'ex-président a été d'avoir amorcé le travail d'ouverture à l'égard de l'interdisciplinarité. Le D^r Bernard poursuivra dans cette voie. 🍷

Innovation pédagogique

le projet COMPAS de la FMOQ et de ses partenaires se distingue

Le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM) a décerné la Mention spéciale du Prix de l'innovation pédagogique au projet COMPAS (COLlectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins), créé par la Direction de la formation professionnelle de la FMOQ, en collaboration avec le Département régional de médecine générale de la Montérégie et l'Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie.

Le 5 novembre dernier, le D^r François Goulet, du CQDPCM, a remis le prix aux auteurs du projet : les D^{rs} Martin Labelle, Claude Guimond, Pierre Raïche, Michel Camirand, Jean Rodrigue, Julie Lajeunesse, Louise Quesnel et M^{mes} Brigitte Vachon, Marie-Claude Fournier et Mireille Gaudreau.

Le projet COMPAS est un atelier qui permet à des équipes interdisciplinaires traitant des maladies chroniques de réfléchir à la manière d'améliorer les soins. Les participants commencent par prendre connaissance des statistiques à la fois de leur territoire et de toute la région sur, par exemple, le diabète : le pourcentage de patients ayant une complication cardiovasculaire ou une rétinopathie, consommant des antidiabétiques, des hypolipémiants, etc.

« On demande aux participants de trouver pourquoi leur territoire est plus performant ou moins performant que le reste de la région dans les différents domaines et de proposer des moyens pour corriger les problèmes », explique le D^r Labelle. Certaines équipes se rendent ainsi compte que les patients diabétiques de leur territoire sont, par exemple, peu nombreux à rencontrer une diététiste et qu'il faudrait peut-être faire des pressions pour obtenir les services d'une telle collaboratrice. À la fin de l'atelier, un plan d'action est élaboré. 🍷 **EG**



D^{rs} François Goulet, Pierre Raïche, Claude Guimond, Martin Labelle, Michel Camirand, Louise Quesnel et Jean Rodrigue.

Photo : Emmanuèle Garnier

Association du Richelieu– Saint-Laurent

hommage au D^r Léandre Chénard

Le 28 octobre dernier, au cours de son assemblée générale, l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu–Saint-Laurent (AMORSL) a rendu hommage à un membre marquant : le **D^r Léandre Chénard**. Le médecin, qui se retirait après avoir été directeur au Bureau de l'Association pendant treize ans, a été l'un des piliers de l'organisme.



D^r Léandre Chénard

« Léandre a “tenu le fort” durant des années au Bureau de notre association. Il est resté un omnipraticien engagé dans un milieu extrêmement exigeant et souffrant d'une pénurie de médecins importante. Nous tenons tous ici, ce soir, à saluer son départ en lui rendant un hommage mérité », a affirmé le **D^r Claude Rivard**, président de l'AMORSL, qui a remis au D^r Chénard un iPad, plutôt que l'habituelle plume, afin de souligner son esprit novateur.

Le D^r Chénard a été une sorte de sage dans l'Association. Il aidait ses collègues à s'orienter vers les véritables priorités syndicales. « On pourrait le qualifier de “force tranquille”. Ses avis étaient toujours écoutés et respectés dans le groupe, et tous les membres du Bureau ont pu profiter de son expérience », a rappelé le D^r Rivard.

Pratiquant depuis 1972, le D^r Chénard a à son actif plusieurs réalisations. Il a fondé le service de gériatrie de l'Hôtel-Dieu de Sorel et participé à la création du premier groupe de médecine de famille de la région de Sorel, le GMF Richelieu–Saint-Laurent, où il pratique actuellement. Pendant plus de dix ans, il a également été responsable de la formation médicale de sa région. En raison de son engagement dans la vie syndicale et médicale de son milieu, il a d'ailleurs été l'un des médecins lauréats du Colloque Gérard-Hamel, en 2007. **EG**