



# Colloque Gérard-Hamel Mêlons-nous de nos affaires !

*Emmanuèle Garnier*

Porte Saint-Jean, Québec

Photos : Emmanuèle Garnier



*Dr<sup>e</sup> Josée Bouchard*

**L**ES 26 ET 27 MAI derniers, a eu lieu le X<sup>e</sup> colloque Gérard-Hamel organisé par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). « Si vous êtes ici aujourd’hui, c’est parce que vous êtes soucieux de vous mêler de vos affaires », a déclaré la présidente du congrès, la **Dr<sup>e</sup> Josée Bouchard**, aux 174 omnipraticiens participants.

L’objectif du colloque était de permettre aux médecins de famille de bien jouer leur rôle au sein du système de santé. « Un médecin qui intervient dans l’organisation du réseau dont il fait partie et qui sait “comment ça marche”, peut contribuer encore davantage à l’avancement de sa profession et au mieux-être de ses patients, sans pour autant sacrifier sa pratique médicale », indiquait le mot d’introduction de la présidente.

Ce congrès, organisé tous les quatre ans, a pour but de contribuer à la formation syndicale des médecins de

famille. « Le colloque va vous servir à mieux vous outiller pour vous permettre d’échanger, de comprendre, de saisir les enjeux, de voir les forces et les faiblesses en présence, parce que c’est ce qui est à la base », a expliqué le **Dr<sup>e</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ.

Les congressistes ont ainsi participé à des ateliers sur l’organisation du réseau de santé et sur la manière d’intervenir au sujet des PREM, des AMP, des GMF et des cliniques-réseau. Ils se sont aussi intéressés aux réseaux sociaux et à Internet, ont appris comment gérer le changement et communiquer au sein des associations affiliées ainsi qu’avec les médias. Les participants ont également assisté à des conférences sur la négociation de l’Entente générale, le lobbyisme, l’intégration des infirmières ainsi que sur la responsabilité professionnelle dans le cadre de l’interdisciplinarité. 📶



*Dr<sup>e</sup> Louis Godin*

# Les dessous de la signature d'un accord-cadre tout ce que vous n'avez jamais su

Emmanuèle Garnier

Qu'est-ce que négocier ? « C'est l'art de convaincre ! », a indiqué M<sup>e</sup> Philippe Desrosiers, avocat et chef négociateur de la FMOQ au cours de la conférence qu'il a présentée au Colloque Gérard-Hamel. L'objectif des négociations : persuader l'autre partie de l'importance de nos demandes, et même la convaincre qu'elles sont dans son intérêt.

Il existe trois mythes au sujet des négociations :

- elles ne sont fructueuses que si elles aboutissent à une entente ;
- un excellent négociateur peut amener l'autre partie à agir contre ses intérêts ;
- pour réussir une négociation, il faut avoir obtenu de l'autre partie plus de concessions que l'on en a faites.

Quel est alors le vrai but des négociations ? C'est d'améliorer son sort. « Ce n'est pas d'atteindre le Nirvana, parce que dans ce cas il n'y aurait pas de négociations, puisqu'il y aurait un perdant. Il faut donc améliorer sa position, mais pour y arriver, il faut renoncer à certaines choses. »

Auteur de livres sur la négociation et spécialiste de la question, M<sup>e</sup> Jean-H. Gagnon résume d'ailleurs ainsi les enjeux : « Tout ce que vous voulez est aujourd'hui même entre les mains de quelqu'un d'autre et la meilleure façon de l'obtenir est de le convaincre de vous le céder à des conditions acceptables pour lui et satisfaisantes pour vous. Cela s'appelle négocier. »

## Comment se passent les négociations ?

La Fédération est aguerrie à ce jeu de demandes et de compromis. Elle est d'ailleurs dans un processus permanent de négociations avec le gouvernement. Chacune des deux parties a son équipe constituée d'environ une douzaine de personnes qui viennent à la table de négociations (*figure et encadré 1*). « C'est une table relativement imposante », a indiqué M<sup>e</sup> Desrosiers qui a été impressionné par le nombre d'acteurs la

### Encadré 1

#### Principaux acteurs des négociations

##### Pour la FMOQ

- Le Conseil
- Le Bureau
- La Commission des présidents
- Le président
- Le négociateur en chef
- Les directeurs généraux adjoints (DGA)
- Les services économique et juridique

##### Pour le gouvernement

- Le Conseil du trésor
- Le ministre
- Le sous-ministre en titre
- Le négociateur en chef
- La direction du personnel réseau et administratif
- La direction des professionnels de la santé et le personnel d'encadrement
- La direction générale des services de santé et de la médecine universitaire
- La direction de l'organisation des services de première ligne intégrée

première fois qu'il a eu à y siéger, en 2007.

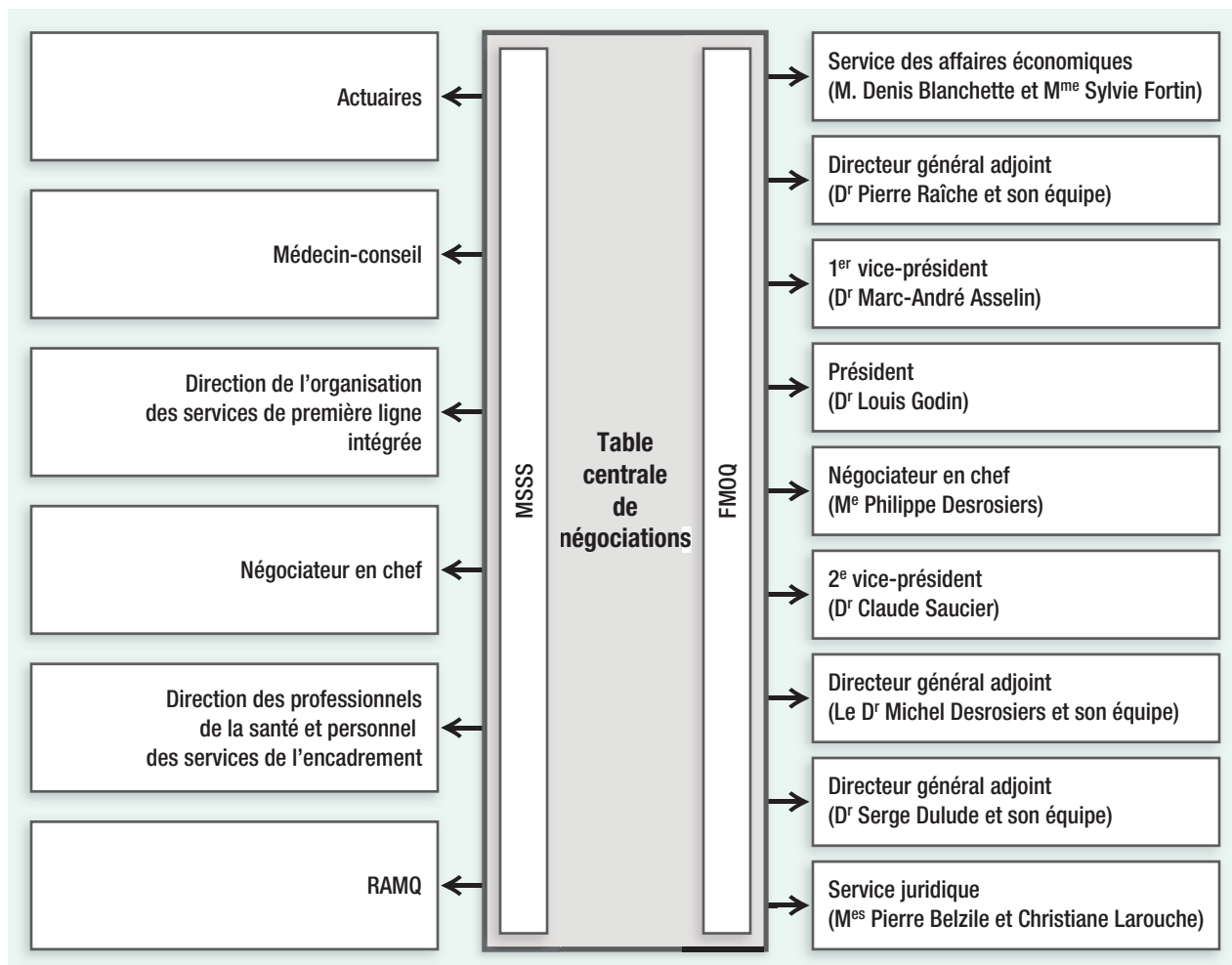
Le renouvellement de l'Entente générale qui régit les conditions de rémunération et de pratique des médecins de famille est particulièrement crucial. « Comme nous sommes en négociations permanentes, notre situation est différente de celle des réseaux privés et publics où l'on négocie des conventions collectives et où l'on se quitte ensuite. Pour nous, le renouvellement de l'Entente est le menu du jour que l'on se donne pour les prochaines années. On concrétise ce menu grâce à un accord-cadre qui va nous permettre de définir les grands paramètres de ce que l'on veut faire au cours des prochaines années. »

Quel est le point de départ ? Le Conseil de la Fédération commence par déterminer ses priorités, ce qui jette les bases du cahier des demandes qui sera présenté au gouvernement. Ce dernier dépose à son tour ses propositions. Il s'agit souvent du premier choc des positions. Les négociations commencent alors.

Du côté de la FMOQ, les négociations sont menées par le président et le négociateur en chef. Ils sont épaulés par les directeurs généraux adjoints, le Service des affaires économiques et le Service juridique de la Fédération.

Du côté du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les discussions sont dirigées par le négociateur en chef qui est entouré d'acteurs,

Figure.  
Table centrale de négociations



Source : Philippe Desrosiers

d'un médecin-conseil, de responsables de différentes directions du ministère et d'un représentant de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les séances de négociations entre les deux parties s'échelonnent sur plusieurs mois à divers niveaux : table centrale, groupes de travail restreints, comités techniques.

À mesure que progressent les discussions, les négociateurs du gouvernement doivent en référer au Conseil du trésor et aux hautes instances du MSSS. Du côté de la FMOQ, le président rend compte des résultats au Bureau, à la Commission des présidents et au Conseil.

Chez les omnipraticiens, c'est le Conseil général qui a la prérogative d'accepter ou de rejeter les termes d'un accord

de principe. « Comme le président l'a annoncé il y a maintenant plusieurs mois, cette fois-ci, les membres se prononcent également au sujet de l'accord-cadre. Mais malgré ce vote, sur le plan juridique, c'est le Conseil qui entérine ou rejette les termes d'un accord de principe », a précisé M<sup>e</sup> Desrosiers.

Une fois que les deux parties s'entendent enfin sur les grandes lignes du renouvellement de l'Entente, un accord-cadre est rédigé. Il sera signé par le président de la FMOQ et le ministre de la Santé.

### La deuxième phase

« Certains médecins nous disent : "maintenant que





*« Le but des négociations, c'est d'améliorer son sort. Ce n'est pas d'atteindre le Nirvana, parce que dans ce cas il n'y aurait pas de négociations, puisqu'il y aurait un perdant. »*

*– M<sup>e</sup> Philippe Desrosiers*

vous avez négocié l'accord-cadre, quand la mesure X entrera-t-elle en vigueur ?” Il faut aller plus loin pour concrétiser la nouvelle entente. On doit établir des priorités et sélectionner pour commencer les mesures qui nous semblent les plus intéressantes pour les médecins », a expliqué le négociateur.

Un tout autre travail commence alors. Des comités techniques composés de représentants de la Fédération et du Ministère vont être créés. Leur mission : négocier les diverses modalités d'application de l'accord-cadre. Par exemple, si ce dernier comporte une mesure pour favoriser l'inscription de patients, certains paramètres auront déjà été fixés au cours des négociations : le médecin aura droit à telle somme par patient, pour tel type de clientèle. « Le reste des modalités sera décidé pendant la négociation permanente et au comité technique. »

Les travaux concernant les aspects financiers sont cruciaux. Il faut savoir combien coûte chaque mesure. « On a négocié une enveloppe et il faut que cela entre là-dedans. Évidemment, on se fonde sur des projections. Le gouvernement veut éviter les dépassements et la

Fédération les non-atteintes. Il faut donc essayer d'être le plus juste possible. »

À la FMOQ, les comités techniques sont sous la responsabilité des directeurs généraux adjoints, selon leurs domaines respectifs. « C'est au président que revient la prérogative de donner des mandats. La plupart du temps, tout ce qui touche la formation professionnelle va au **D<sup>r</sup> Pierre Raïche**, les affaires médicales (établissements, etc.), au **D<sup>r</sup> Michel Desrosiers** et l'organisation (AMP, IPS, etc.), au **D<sup>r</sup> Serge Dulude**. »

Une fois que les deux parties s'entendent sur les modalités d'application d'une mesure, le président de la Fédération et le ministre de la Santé signent un document conventionnel. Cet aspect précis de l'accord-cadre peut alors entrer en vigueur.

### **Une consultation à 5 \$**

Les choses pourraient-elles se passer autrement ? Les médecins pourraient-ils se syndiquer comme les infirmières et certains autres professionnels du réseau. « Les médecins sont des travailleurs autonomes. Le Code

du travail et la *Loi sur les normes du travail* ne s'appliquent donc pas à eux. C'est prévu dans la loi. La négociation des ententes est adaptée à ce principe », explique M<sup>e</sup> Desrosiers. Pour cette raison, la Fédération négocie pour ses membres des avantages, comme les congés de maternité.

Comment en est-on venu là ? En fait, tout a commencé il y a plus de 45 ans. En 1965, le premier ministre du Québec, **Jean Lesage**, crée un régime d'assistance médicale pour les assistés sociaux. Son ministre, **René Lévesque**, négocie l'année suivante la participation des médecins omnipraticiens avec le **D<sup>r</sup> Gérard Hamel**, président de la FMOQ, organisme fondé deux ans auparavant. « C'était la première convention collective des omnipraticiens relative à l'assistance médicale. C'était un fait sans précédent en Amérique du Nord », a souligné M<sup>e</sup> Desrosiers.

Les tarifs de l'époque font maintenant sourire :

- Consultation au cabinet : 5 \$
- Visite à domicile : 7 \$
- Visite à l'hôpital : 3,50 \$

« Heureusement, ces tarifs ont évolué », a indiqué le chef négociateur.

L'année 1970 est un autre jalon important. La *Loi sur l'assurance maladie* est alors adoptée. « Cette loi stipule que le ministre peut conclure avec un organisme représentatif toute entente pour assurer la participation des médecins au régime public d'assurance maladie. Et la FMOQ a été retenue par le ministre comme organisme représentatif. »

En 1976, un nouvel accord-cadre est signé. Le texte précise que l'entente oblige tout médecin, quel que soit le lieu où il exerce et quel que soit son mode de rémunération, à faire partie du régime public. Ainsi, de fil en aiguille s'est construit le système actuel. 📞

### Comment se retrouver dans l'Entente ?

**L'Entente est divisée en trois grandes brochures :**

- **Brochure n° 1.** Principal document, elle est divisée en onglets : les clauses normatives, les annexes, les lettres d'entente, les ententes particulières et les accords.
- **Brochure n° 2.** Elle renferme toutes les informations concernant la rémunération à tarif horaire et à honoraires fixes
- **Brochure n° 3.** Ce document contient les renseignements concernant le remboursement, les mesures incitatives et les allocations de formation professionnelle.

On peut consulter l'Entente sur le site de la RAMQ au [www.ramq.gouv.qc.ca/Page\\_d'accueil/Services\\_aux\\_professionnels/medecins\\_omnipraticiens/manuels/brochures](http://www.ramq.gouv.qc.ca/Page_d'accueil/Services_aux_professionnels/medecins_omnipraticiens/manuels/brochures).

## Interdisciplinarité comment réduire les risques de poursuite

*Emmanuèle Garnier*

Depuis quelques semaines, M<sup>me</sup> X trouve son teint de plus en plus jaune. Inquiète, elle consulte son médecin, qui lui prescrit plusieurs analyses. L'infirmière lui indique qu'on la rappellera si les résultats sont anormaux. Les jours, les semaines, puis les mois s'écoulent. Ni l'infirmière ni le médecin ne voient passer les résultats.

« Le manque de suivi d'un résultat d'évaluation peut conduire à une action en justice », a prévenu **M<sup>e</sup> Isabelle Germain**, avocate chez McCarthy Tétrault, au cours de sa conférence au colloque Gérard-Hamel.

L'avocate souligne qu'un registre du suivi des demandes de consultation et des tests prescrits peut aider un médecin à se défendre. Peu de cliniciens, cependant, en tiennent un, notamment en raison de la lourdeur du processus. Il faut toutefois avoir une manière de retracer les résultats et les rapports. Cette recommandation est d'autant plus importante que bien des patients croient qu'ils ne recevront un appel que si les résultats sont anormaux.

L'idéal est d'avoir une façon de faire préétablie, si possible écrite. Elle doit être bien comprise de tout le personnel de la clinique et de tous les collaborateurs. Il faut trouver des manières de procéder non seulement pour le suivi des résultats de tests, mais aussi pour le triage téléphonique et le renouvellement des ordonnances. « Cela représente parfois un défi, mais c'est d'une importance capitale », a soutenu l'avocate.

Et que faire si le patient à qui l'on veut communiquer ses résultats ne vient pas au rendez-vous ? M<sup>e</sup> Germain conseille de le noter dans le dossier. Quand le problème de santé demande un suivi, il est important de fixer au patient un nouveau rendez-vous et de l'inscrire dans le dossier. Il faut d'ailleurs informer dès le début la personne de la raison de son évaluation et lui expliquer, au besoin, l'importance du suivi médical.

### Précautions pour éviter les problèmes médocolégaux

Risque-t-on davantage de se faire poursuivre





**« Le risque de poursuite lorsqu'on pratique en collaboration avec d'autres professionnels de la santé n'est pas accru dans la mesure où il y a une bonne communication. »**

– M<sup>e</sup> Isabelle Germain

lorsqu'on pratique en collaboration avec d'autres professionnels de la santé ? Non. « Le risque n'est pas accru dans la mesure où il y a une bonne communication », a précisé M<sup>e</sup> Germain. En fait, chaque professionnel est responsable de ses actes, de ses interventions et de ses gestes. Il n'y a toutefois pas de responsabilité d'équipe, parce que seules les personnes peuvent être responsables et non les équipes.

Quand on travaille en interdisciplinarité, il faut prendre la précaution de s'informer des champs d'exercice de ses coéquipiers, de leurs qualifications, de leur expérience et de leur formation. « C'est incontournable. Cela facilite le travail d'équipe, tout en réduisant les risques médico-légaux de chacun », a soutenu l'avocate. Les activités cliniques doivent d'ailleurs être effectuées en fonction du champ de pratique de la profession et de ses limites.

Le secret pour éviter les problèmes médico-légaux ? Bien communiquer, tant sur le plan verbal qu'écrit. Il faut savoir qui fait quoi, en particulier au sujet :

- des tests ;

- du suivi des problèmes de santé ;
- des prescriptions.

Les communications écrites et verbales doivent être claires et efficaces. Et cela, autant avec les membres de l'équipe qu'avec les professionnels à qui l'on adresse un patient. Une communication efficace peut être, entre autres, d'aviser les collaborateurs concernés de tout changement de l'état du patient et de partager les résultats importants de tests.

La lisibilité des notes devient, par ailleurs, cruciale. « Le Collège des médecins du Québec scrute particulièrement cet aspect », a souligné M<sup>e</sup> Germain. Les notes doivent également être complètes. Cela non seulement facilite le travail des autres membres de l'équipe, mais réduit également le risque de poursuites et de critiques du Collège. L'organisme recommande notamment d'indiquer :

- l'anamnèse (tant les éléments positifs que négatifs) ;
- les constats de l'examen physique ;
- le diagnostic et le plan de traitement.

« On peut faire de courtes notes avec des abréviations

connues, mais elles doivent être le plus complètes possible », a précisé M<sup>e</sup> Germain. Un élément est souvent absent du dossier : les appels et les discussions avec d'autres collègues. Ils doivent eux aussi être notés quand le sujet le justifie.

### La supervision

Une mauvaise communication entre les différents professionnels de la santé peut nuire au patient. Les problèmes invoqués le plus fréquemment dans les poursuites liées à cette lacune ?

- ⊗ le retard du diagnostic ;
- ⊗ les accidents lors d'interventions chirurgicales ;
- ⊗ des ratés dans la surveillance de l'état clinique ou le suivi des patients ;
- ⊗ des effets indésirables liés aux médicaments.

Pour réduire le risque de poursuite, il faut d'abord définir les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe, utiliser des protocoles de soins et effectuer une supervision adéquate s'il y a lieu. On doit, en outre, s'assurer que tous possèdent une protection en responsabilité professionnelle.

Dans sa clinique, le médecin est par ailleurs responsable des actes des personnes qu'il emploie, qu'elles soient infirmières ou secrétaires. « Il faut les encadrer, ne pas les laisser à elles-mêmes. » Dans ce contexte, il peut être utile d'avoir des politiques et des protocoles écrits. « Il faut qu'ils soient connus de tous », a précisé M<sup>e</sup> Germain.

À l'hôpital, la responsabilité de l'infirmière relève normalement de l'établissement. Mais il y a des exceptions. « Dans un cas où, dans un hôpital, un médecin demande à une infirmière de poser un geste qui sort de la pratique habituelle et du protocole sans la superviser, il pourrait être tenu responsable si elle commet une faute qui entraîne un préjudice. »

### Une bonne communication avec le patient

Bien communiquer avec le patient est également essentiel. On doit lui fournir des renseignements complets, adéquats et clairs. Par exemple, au moment de lui donner congé de l'hôpital, il faut bien lui expliquer l'importance du résultat des examens qu'il a passés et de la nécessité de faire du suivi. Les renseignements doivent, par ailleurs, lui être communiqués à un moment opportun. « Immédiatement après avoir reçu un

diagnostic, par exemple, de cancer, il est fort possible que le patient ne retienne plus ce que vous lui dites. Des études ont prouvé que les gens ont un faible taux de rétention, particulièrement dans ce type de situations. Il peut alors être utile de s'assurer auparavant que le patient sera accompagné ou de prévoir une deuxième rencontre. »

Il est primordial de se montrer poli et respectueux envers le patient. « On se retrouve parfois devant les tribunaux à cause d'un problème de communication. Il y a des poursuites qui sont simplement liées au fait que le patient s'est senti brusqué », a affirmé l'avocate.

Lorsqu'un patient intente une action en justice, le dossier que tient le médecin devient particulièrement important. Il ne faut ainsi pas oublier d'y noter les conversations téléphoniques. Si le médecin appelle le patient pour l'informer de son état ou du changement d'une prescription, il est préférable de l'inscrire. Il faut savoir que le patient dispose de trois ans pour poursuivre le médecin après la manifestation d'un préjudice. « Il est probable qu'après plusieurs mois, voire plusieurs années, vous ayez peu de souvenirs de ce que vous avez fait de façon précise. Les notes du dossier dans ce contexte sont primordiales. »

Le mot clé pour échapper à bien des problèmes médico-légaux est finalement la communication. Orale. Écrite. Avec les autres professionnels de la santé et avec le patient. 🗨️

### Attention aux conseils dans les couloirs

Le médecin a un devoir de diligence. Et cela, même dans le cadre de conversations informelles, ont tranché les tribunaux. Prenons le cas fictif d'un urgentologue qui s'entretient avec une infirmière avant sa période de travail. Cette dernière lui parle de son mari qui souffre d'une dyspepsie récidivante depuis une semaine. Le clinicien, qui n'a jamais vu le conjoint, suggère un test de transit digestif, dont les résultats devront être transmis au médecin de ce dernier. L'urgentologue recommande également la prise d'antiacides. Deux jours plus tard, le mari est foudroyé par un infarctus du myocarde. Dans un tel cas, l'urgentologue a-t-il un devoir de diligence envers le mari de l'infirmière ? Sans doute, puisque la cour a déjà conclu dans d'autres cas qu'un médecin a un devoir de diligence lorsqu'il sait ou devrait savoir que l'on se fondera sur son opinion ou son conseil. « Les obligations vont jusqu'à en ce qui concerne les discussions de corridor. Il faut se montrer prudent », avertit M<sup>e</sup> Isabelle Germain.

# Collaborer avec une infirmière

## Avec une IPS ? Une bachelière ? Une technicienne ?



Photo : Emmanuèle Garnier

M<sup>re</sup> Christiane Larouche

Toutes les infirmières ne font pas la même chose », a expliqué M<sup>re</sup> Christiane Larouche, avocate à la FMOQ, au cours du colloque Gérard-Hamel.

### L'infirmière technicienne ou bachelière

Il faut savoir que l'infirmière technicienne et l'infirmière bachelière apportent théoriquement le même type de soutien, même si leur niveau de scolarité est différent. Elles peuvent effectuer, avec ou sans condition, 14 types d'activités qui leur sont réservées (*encadré 1*).

Les infirmières peuvent pratiquer plusieurs activités sans aucune condition : notamment, évaluer l'état physique et mental d'un patient, faire la surveillance clinique d'une personne dont l'état présente des risques ou dont les problèmes de santé sont complexes. Elles peuvent également établir un plan de traitement lié aux plaies et prodiguer les soins nécessaires. « Elles sont alors entièrement responsables de leurs actes », a précisé M<sup>re</sup> Larouche.

La gamme d'activités des infirmières peut s'élargir grâce aux ordonnances individuelles ou collectives rédigées par un médecin. « Pour utiliser pleinement le potentiel de l'infirmière, il faut bien connaître ses champs d'exercice (*encadré 1*) », indique l'avocate. Avec une ordonnance collective ou individuelle en main, l'infirmière peut entre autres entreprendre

#### Encadré 1

#### Champ d'exercice des infirmières

##### Activités réservées sans condition

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne
- Exercer une surveillance clinique de patients dont l'état présente des risques
- Établir le plan de traitement lié aux plaies et aux lésions de la peau et prodiguer les soins qui s'y rattachent.
- Effectuer le suivi infirmier de personnes ayant des problèmes de santé complexes
- Appliquer des techniques effractives qui s'inscrivent dans la finalité de l'exercice de l'infirmière

##### Condition :

##### nécessité d'une ordonnance individuelle ou collective

- Entreprendre des mesures diagnostiques et thérapeutiques
- Effectuer des examens et des tests diagnostiques effractifs
- Effectuer et ajuster les traitements médicaux
- Entreprendre ou ajuster une pharmacothérapie

##### Condition : respect de la Loi sur la santé publique

- Entreprendre des mesures à des fins de dépistage (contribution balisée par le Programme national de santé publique)
- Procéder à la vaccination (conformément aux recommandations du Protocole d'immunisation du Québec)

##### Condition : collaboration avec un médecin

- Collaborer au suivi de la grossesse

Source : Christiane Larouche

des mesures diagnostiques et thérapeutiques. Elle peut ainsi procéder à des prélèvements sanguins, demander un électrocardiogramme, des radiographies. Il lui est également possible de participer au suivi de patients hypertendus ou sous anticoagulants, par exemple, en mesurant le RIN ou la glycémie à jeun, en effectuant des tests d'électrolytes ou un bilan lipidique selon les paramètres établis dans l'ordonnance collective. L'infirmière peut également entreprendre des mesures thérapeutiques et administrer ou modifier des doses de médicaments, comme l'insuline ou les anticoagulants.

Les infirmières peuvent, par ailleurs, collaborer au suivi de la grossesse avec le médecin. Elles sont également en mesure de vacciner des patients et de faire des dépistages, au moyen de prélèvements sanguins et de cytologies, conformément à la *Loi sur la santé publique*.



Quelle est la responsabilité de l'omnipraticien ? « Lorsque l'infirmière agit à l'intérieur des champs d'activités qui lui sont réservés et dans le cadre des ordonnances, il n'a pas l'obligation de la surveiller pour chaque cas. Elle est pleinement autonome », indique M<sup>c</sup> Larouche.

Les règles, cependant, ne sont plus tout à fait les mêmes si le médecin engage lui-même l'infirmière. Il doit alors l'encadrer comme les autres membres de son personnel. « Si l'infirmière allait au-delà de son champ d'activité réservé, un tribunal se poserait la question : l'employeur, c'est-à-dire le médecin, est-il en cause ou non ? »

### La latitude de l'IPS

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, elle, jouit d'une grande latitude. C'est une professionnelle autonome responsable de ses actes, mais qui exerce en partenariat avec un médecin de famille.

L'IPS peut suivre entre autres des problèmes de santé courants, c'est-à-dire des troubles à l'incidence élevée touchant habituellement un seul système. Elle peut s'occuper d'un patient tant que l'état de ce dernier évolue favorablement. « Pourquoi doit-elle collaborer avec un médecin ? Parce que dès qu'il ne s'agit plus d'un problème de santé courant, une consultation avec le médecin partenaire devient obligatoire », indique M<sup>c</sup> Larouche.

L'infirmière praticienne peut aussi suivre des patients atteints de maladies chroniques stables. Le diagnostic doit toutefois avoir été établi auparavant par un médecin et le plan de traitement qu'il a fixé doit donner les résultats attendus. Elle peut ainsi s'occuper de cas de diabète, d'hypertension, de dyslipidémie, de bronchopneumopathie chronique obstructive, de problèmes de santé mentale, etc.

Pour effectuer ses suivis, l'IPS peut recourir à cinq types d'activités médicales (*encadré 2*), entre autres la prescription d'examen diagnostiques, de certains médicaments, de traitements médicaux, etc.

### Une candidate IPS n'est pas une IPS

La FMOQ a constaté que certains omnipraticiens s'étaient engagés dans un partenariat avec une candidate sans prendre conscience qu'il ne s'agissait pas d'une IPS. La candidate IPS a terminé son stage, mais n'a pas encore passé et réussi les examens qui lui accorderont

son titre. « Ce n'est pas une IPS ! », tient à préciser M<sup>c</sup> Larouche qui a eu la surprise de découvrir que les futures infirmières praticiennes spécialisées pouvaient pratiquer des activités médicales sans avoir leur diplôme.

Les règles ne sont plus les mêmes quand il s'agit d'une candidate. Cette dernière peut exercer les mêmes activités médicales que l'IPS, mais doit être supervisée par un médecin présent sur place qui doit lui fournir un encadrement adapté à ses besoins. « Il ne faut pas banaliser l'obligation de supervision, parce que le médecin est responsable sur le plan civil. Il doit offrir une supervision de qualité », prévient M<sup>c</sup> Larouche.

La situation est d'autant plus délicate qu'il faut parfois plusieurs mois à une candidate avant d'obtenir son diplôme. « La période de transition peut se prolonger si elle ne réussit pas ses examens et le taux d'échec n'est pas négligeable jusqu'à présent. »

Pour accueillir une candidate IPS, une clinique doit être un milieu de stage reconnu. Sinon, il lui faut une dispense de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Mais il arrive que certains cabinets obtiennent un dérogation sans même le savoir, parce que le centre de santé et de services sociaux en a fait la demande. « Quand des médecins nous consultent à ce sujet, nous leur conseillons de demander la preuve de cette dispense. »

La prudence s'impose cependant quand une clinique accueille une candidate IPS sans être un milieu de stage reconnu, estime M<sup>c</sup> Larouche. « Cela veut dire qu'elle n'a pas fait son stage chez vous et que vous ne la connaissez pas. Vous devez apprendre à la connaître. La supervision sera donc plus étroite au début et adaptée à ses besoins par la suite. »

### Travailler avec trois types d'infirmières

Le D<sup>r</sup> Claude Rivard connaît bien la pratique avec les infirmières. À Sainte-Julie, le GMF Marguerite d'Youville, où il exerce, a toute la gamme de ces professionnelles de la santé : trois infirmières bachelères, trois infirmières techniciennes et deux candidates IPS.

« La décision d'avoir une infirmière GMF ou une IPS



D<sup>r</sup> Claude Rivard

Photo : Emmanuèle Garnier

### Encadré 2

### Champ d'exercice de l'IPS en soins de première ligne

#### Les cinq activités médicales que les IPS sont autorisées à faire :

- la prescription d'examens diagnostiques ;
- l'utilisation de techniques diagnostiques effractives présentant des risques de préjudice ;
- la prescription de certains médicaments et de certaines substances ;
- la prescription de traitements médicaux ;
- l'utilisation de techniques ou l'application de traitements médicaux effractifs ou présentant des risques de préjudice.

#### Les IPS peuvent recourir à ces cinq activités, notamment dans le cadre du :

- suivi des problèmes de santé courants ;
- suivi des maladies chroniques stables (par exemple : le diabète, l'hypertension, la dyslipidémie, la bronchopneumopathie chronique obstructive, les problèmes de santé mentale, etc.)

Source : Christiane Larouche

chez vous est une des plus importantes que vous allez avoir à prendre, explique-t-il. Si vous n'engagez pas la bonne personne, vous allez changer d'infirmière tous les trois mois. Vous allez perdre votre temps et celui de votre équipe à la former et à essayer de l'intégrer », dit le médecin.

Les omnipraticiens doivent s'investir dans la sélection de l'infirmière, même si elle est fournie par le CSSS, estime le D<sup>r</sup> Rivard. Pour sa part, il a fait inscrire dans le contrat que l'accord des médecins était obligatoire pour toute embauche. « Même si une infirmière a eu les meilleurs scores à l'entrevue ou aux examens écrits, si le médecin pense que sur le plan de la chimie ça ne marchera pas avec lui ou ses collègues, il doit pouvoir refuser sa candidature. »

Le GMF Marguerite d'Youville, qui compte 22 omnipraticiens, a obtenu du CSSS les services de trois infirmières bachelières, qui font un suivi conjoint des patients inscrits. Les trois infirmières techniciennes qu'a embauchées en plus le groupe ne voient, quant à elles, que les patients du service de consultation sans rendez-vous.

Les ordonnances collectives sont particulièrement utiles au sein de cette équipe interdisciplinaire. « En utilisant les données de la RAMQ, nous avons pu

déterminer le volume de nos différentes clientèles et faire des ordonnances collectives qui répondaient aux besoins », dit le D<sup>r</sup> Rivard. Le GMF en a ainsi pour l'anticoagulothérapie, le suivi conjoint du diabète et de l'hypertension, le suivi pédiatrique, etc.

Les ordonnances collectives permettent au médecin de gagner beaucoup de temps. Par exemple, le D<sup>r</sup> Rivard doit parfois commencer un traitement antihypertenseur chez un patient. « Je coche sur le papier : "ajustement de prescription d'antihypertenseur" et je le mets dans le dossier. L'infirmière va revoir le patient un mois après. S'il est encore hypertendu, elle aura déjà la prescription. Elle peut augmenter au besoin la dose et vérifier le bilan sanguin. » Mais dès qu'il y a une anomalie, un taux de créatinine qui monte par exemple, le médecin intervient.

Cette manière de fonctionner donne des résultats. Les chiffres de la Régie de l'assurance maladie du Québec montrent que les visites à l'urgence des patients inscrits au GMF Marguerite d'Youville ne représentaient que 6 % de leurs consultations en 2009, alors que ce taux était de 12 % dans la province. De plus, le taux d'hospitalisation des patients du GMF n'étaient que de 7 %, comparé au taux montérégien de 13 %.

L'expérience avec les candidates IPS est également intéressante. Depuis le mois d'octobre, elles ont permis à la clinique de prendre en charge 500 des 800 patients orphelins de la liste d'attente. Le début a été un peu difficile. « La première chose qu'elles m'ont dite à leur arrivée : "D<sup>r</sup> Rivard, je n'ai jamais été formée pour faire ce travail-là !" Comme le jeune médecin qui commence à suivre une clientèle, elles ont dû s'adapter à la pratique dans un cabinet. »

L'encadrement des candidates IPS se fait à plusieurs niveaux. Pour commencer, le médecin chargé de les superviser peut intervenir immédiatement lorsque l'état du patient l'exige. Ensuite, à la fin de la journée, il revoit avec l'infirmière les cas les plus difficiles. Il peut aussi avoir plus tard des discussions avec elle au sujet des situations non urgentes qui se sont présentées.

Les candidates travaillent trois jours par semaine au GMF, mais pratiquent également une journée au CLSC et garde une autre journée pour la formation ou la lecture des résultats d'analyses de laboratoire. Elles fonctionnent maintenant bien. Les patients et les médecins sont très satisfaits de leur travail et leur intégration avec les autres infirmières du GMF s'est faite sans problème. **EG**

## Médecins résidents les gardes de 24 heures violent les chartes

Photo : Emmanuèle Garnier



Dr Charles Dussault

Le 7 juin, les résidents ont remporté une importante victoire. Le tribunal d'arbitrage a tranché : les gardes de 24 heures contreviennent aux chartes canadienne et québécoise des droits et libertés. L'arbitre, M<sup>e</sup> **Jean-Pierre Lussier**, a donné six mois au milieu universitaire et hospitalier pour réduire les périodes de travail des résidents à au plus 16 heures par jour.

C'est l'Association des résidents de McGill qui a enclenché le processus en déposant un grief contre le Centre universitaire de santé McGill. Elle alléguait que les gardes de 24 heures constituaient une condition de travail inacceptable mettant en danger la santé, la sécurité et l'intégrité physique des patients et des résidents.

L'arbitre a écouté le témoignage de plusieurs résidents et experts. L'un d'eux, le D<sup>r</sup> **Charles Czeisler**, spécialiste en médecine du sommeil à l'Université Harvard, a expliqué que les résidents qui travaillent 24 heures d'affilée font 36 % plus d'erreurs importantes et 5,6 fois plus d'erreurs diagnostiques que leurs confrères qui en font 16 heures, selon une de ses études. Dans une autre recherche, 20 % des résidents pratiquant 24 heures ou plus ont reconnu avoir commis une erreur grave liée à la fatigue. Et un sur vingt a avoué avoir fait une erreur ayant causé la mort d'un patient.

Il est apparu évident à M<sup>e</sup> Lussier qu'une condition de travail exposant un médecin à un risque accru de blessures physiques et psychiques, accroissant la probabilité d'erreurs et de mauvais diagnostics et pouvant être à l'origine de blessures chez les patients était injuste et déraisonnable. « Et, selon mon appréciation de la preuve, c'est précisément le cas lorsqu'un résident travaille vingt-quatre heures d'affilée lors d'une garde en établissement », écrit l'arbitre.

Le D<sup>r</sup> **Charles Dussault**, président de la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), est soulagé que ce différend avec l'État soit enfin réglé. « À nos yeux,

on reconnaît le gros bon sens. Nous sommes cependant déçus de constater que nous aurions pu en arriver à une entente avec le gouvernement il y a trois ans, mais qu'il a choisi encore une fois l'opposition et la résistance. Nous avons, par conséquent, perdu beaucoup de temps avant la mise en place d'un nouveau système. »

### Où en sont les négociations ?

En ce qui concerne les négociations entre la FMRQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux, la situation n'avait toujours pas évolué à la mi-juin. « On fait encore face à un gouvernement assez fermé », explique le D<sup>r</sup> Dussault.

Les résidents avaient, par ailleurs, déjà commencé à recourir à des moyens de pression. Du 6 au 10 juin, ils avaient cessé toute activité d'enseignement. « L'objectif de cette semaine était de tirer un coup de semonce. Nous avons obtenu une participation extrêmement intéressante de nos membres sur le terrain. »

Les étudiants, cependant, ont condamné cette manière de protester. « L'arrêt de l'enseignement décrété par les médecins résidents va nuire à la formation des étudiants en médecine du Québec », a déploré M. **Eric Peters**, président de la Fédération médicale étudiante du Québec, dans un communiqué.

Les résidents envisagent néanmoins d'intensifier leurs moyens de pression. « Nous pourrions cesser d'enseigner pendant une plus longue période, mais aussi recourir à d'autres mesures. Nous avons des mandats de nos associations pour aller jusqu'à la grève générale », avertit le président de la FMRQ. **EG**

(Suite à la page 17) ►►►

### Correction relative à un récent envoi de la SAAQ traitant du Rapport médical initial

Michel Desrosiers

La SAAQ a récemment transmis une lettre à l'ensemble des médecins les informant de modifications à la facturation du formulaire *Rapport médical initial*. Cette lettre indique que le médecin doit remplir le formulaire, ce qui est une erreur. La loi prévoit que le médecin DOIT donner suite aux demandes de rapport qui lui sont transmises par la SAAQ, ce qui n'est pas le cas du *Rapport médical initial*. La SAAQ vous INVITE plutôt à le remplir. Ce rapport est soumis à l'encadrement général du *Code de déontologie*. Un avis de correction provenant de la SAAQ a été placé sur le site Internet de la Fédération de même que sur l'extranet santé de la SAAQ. La SAAQ regrette les inconvénients qui vous ont été causés.



## Des nouvelles des associations...

### Association du Sud-Ouest Le Prix Jean-Paul-Gendron remis au D<sup>r</sup> Godin

L'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest (AMOS) a fait du **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, un membre honoraire et lui a décerné le Prix Jean-Paul-Gendron.

« Nous donnons ce prix au D<sup>r</sup> Godin pour son leadership, une des qualités du D<sup>r</sup> Gendron. Ce dernier était un rassembleur. Quand il demandait quelque chose comme directeur des Services professionnels, on ne pouvait jamais le lui refuser », explique la **D<sup>re</sup> Christiane Simard**, présidente de l'AMOS. Ces qualités de chef sont particulièrement ressorties cette année chez le président de la FMOQ dans le cadre du renouvellement de l'Entente générale.

D'ailleurs, les négociations permettront probablement de répondre à la question que posait toujours le D<sup>r</sup> Gendron au dirigeant de la Fédération, quel qu'il soit : « Que va-t-il arriver à mes patients à ma retraite ? » Le médecin est mort, il y a trois ans, et n'a jamais eu de réponse. « On peut maintenant lui dire qu'on essaie de préparer une relève forte, belle et fière d'être des médecins de famille et qui sera mieux organisée pour donner des soins à la population », affirme la **D<sup>re</sup> Simard**.

Le Bureau de l'Association voulait

également que le D<sup>r</sup> Godin soit son premier membre honoraire. L'idée est venue à la présidente quand une jeune omnipraticienne lui a raconté la situation un peu embarrassante dans laquelle elle s'est trouvée à Prague, au congrès de la FMOQ. Un médecin lui a dit, en lisant le nom de la ville inscrit sur son porte-nom : « Ah ! Vous travaillez avec la **D<sup>re</sup> Simard** ! » Elle lui a répondu : « Oui. Et vous, vous êtes de l'AMOS ? » « Non, je suis le président de la FMOQ... » L'idée de faire du D<sup>r</sup> Godin un membre de l'AMOS était excellente. Une fois qu'elle l'a réalisée, la **D<sup>re</sup> Simard**, prudente, a toutefois pris une précaution. Elle a demandé à son nouveau membre honoraire de ne pas chercher à briguer son propre poste de présidente.

### Association du Richelieu-Saint-Laurent Un nouveau secrétariat



D<sup>r</sup> Claude Rivard

L'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu-Saint-Laurent (AMORSL) dispose maintenant des services d'une secrétaire,

**M<sup>me</sup> Marielle Charron**. Elle travaille pour l'AMORSL une journée par semaine. « Elle va mettre à jour la liste des membres et va entreprendre la réalisation d'un bottin, un peu comme celui de l'Association de l'Outaouais. Le congrès Gérard-Hamel nous a permis d'échanger des idées », explique le **D<sup>r</sup> Claude Rivard**, président de l'Association.



D<sup>re</sup> Christiane Simard et D<sup>r</sup> Louis Godin