

Réunion du Conseil de la FMOQ l'application des prochaines mesures

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

A PRÈS DES MOIS de négociations, d'attente et de discussions, une entente est enfin conclue au sujet du Dossier médical électronique (DME). Le 28 avril dernier, au cours de la réunion du Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), le président, le **D^r Louis Godin**, a présenté aux délégués l'accord convenu avec le gouvernement. « C'est une entente qui nous permet d'aller de l'avant. Le Bureau et la Commission des présidents l'ont approuvée », a affirmé le D^r Godin.

Médecins des cliniques non GMF

À quoi auront droit les médecins de famille des cliniques médicales qui ne sont pas des groupes de médecine de famille (GMF) ? Ils pourront obtenir certains forfaits et le remboursement de différents frais (tableau 1).

Matériel et frais accessoires

Les médecins pratiquant dans une clinique pourront se faire rembourser, jusqu'à concurrence

de 3500 \$, 70 % du prix de l'équipement nécessaire à l'utilisation du DME et des frais accessoires. La somme est allouée pour l'achat de matériel comme l'ordinateur, l'imprimante, le numériseur, mais aussi pour des coûts tels que l'installation, l'assurance et la garantie. Cette subvention pourra être renouvelée au bout de quatre ans.

Frais d'acquisition et d'exploitation des licences

Le gouvernement remboursera 70 % d'un maximum de 2000 \$ pour les frais liés aux licences. Cette somme comprend entre autres le prix du logiciel DME, le coût de l'entretien et les frais d'utilisation annuelle des licences.

Coût du commutateur et des liaisons Internet

Chaque clinique participante recevra 146 \$ pour l'achat d'un commutateur et jusqu'à 2400 \$ pour le branchement non pas d'un, mais de deux liaisons Internet par mesure de sécurité.

Tableau 1.

Forfaits accordés pour la mise en œuvre du dossier médical électronique

Description	Montant maximal par médecin	Montant maximal par année	Subvention		Mesure récurrente	Admissibilité		
			70 %	100 %		GMF	Non GMF	CLSC, UMF
Frais d'implantation	5000 \$	—	3500 \$		Non	Oui	Oui	Non
Frais liés aux licences	—	2000 \$	1400 \$		Oui	Oui	Oui	Non
Forfait de formation et de familiarisation	3600 \$	—		600 \$/mois pendant 6 mois	Non	Oui	Oui	Oui (75 %)
Gestion du changement	2200 \$	—		2200 \$	Non	Oui	Oui	Oui (75 %)
Équipement et frais accessoires	5000 \$	—	3500 \$		Oui	Non	Oui	Non
Câblage	300 \$	—	210 \$		Non	Non	Oui	Non
Commutateur (par clinique)				146 \$	Oui			
2 liaisons Internet (par clinique)	—	2400 \$		2400 \$	Oui	Non	Oui	Non

Les sommes ne comprennent pas les taxes.

Source : Service des Affaires économiques, FMOQ

Pour le câblage, chaque médecin aura droit à un remboursement de 70 % d'un maximum de 300 \$.

Frais d'implantation du DME

Les omnipraticiens participants recevront un forfait pour leurs frais de mise en œuvre du DME. Le gouvernement remboursera à chacun 70 % d'une somme maximale de 5000 \$, entre autres pour le coût du transfert des données, de la numérisation, du matériel supplémentaire nécessaire et de la formation de base donnée par le fournisseur du dossier électronique. Cette subvention n'est pas récurrente.

Prime pour la gestion du changement

Le MSSS accordera aux utilisateurs du DME 2200 \$ pour la gestion du changement. Ce forfait inclut la rémunération pour leur participation aux journées d'information sur le dossier électronique, aux ateliers personnalisés et aux mentorats effectués par des pairs ainsi

que les coûts de ces activités. Cette subvention ne sera accordée qu'une seule fois.

Forfait de formation et de familiarisation

Chaque médecin recevra pour sa participation 3600 \$ à raison de 600 \$ par mois pendant six mois. Ces sommes ne seront ensuite pas récurrentes.

Médecins en GMF, en CSLC ou ayant un DSQ

Qu'en est-il pour les omnipraticiens des GMF qui ont déjà tout l'équipement informatique ? Ils ne pourront obtenir le remboursement du prix de l'équipement qui a déjà été porté au budget du groupe. Ils auront toutefois droit au forfait d'implantation dans la mesure où ce dernier n'aura pas déjà été payé à même le budget informatique du groupe.

Pour les médecins de CLSC, l'entente est différente. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'engage à leur fournir l'équipement pour l'utilisation du Dossier

Tableau 2.

Forfaits accordés pour le Dossier de santé du Québec

Description	Bénéficiaire du remboursement	Somme maximale	Subvention	
			70 %	100 %
Équipement	Médecin	2000 \$	1400 \$	
Commutateur	Clinique et CLSC	146 \$		146 \$
Liaisons Internet	Clinique et CLSC	1200 \$/an		1200 \$/an
Câblage	Médecin	300 \$	210 \$	
Forfait de formation et de familiarisation	Médecin	1800 \$		600 \$/mois pendant 3 mois

de santé du Québec (DSQ) au moment de son déploiement. Ils auront également accès à un système électronique de tenue de dossier de patients, selon le plan prévu en établissement. Dans le cadre du programme du DME, les médecins de CLSC auront toutefois droit à certaines sommes. Ils recevront 75 % du forfait de participation de 3600 \$ répartis en six mois et 75 % de la prime de 2200 \$ pour la gestion du changement (*tableau 1*).

Les cliniciens disposant d'un Dossier de santé du Québec, eux, n'auront pas droit au remboursement complet de certains articles, parce qu'ils ont déjà reçu une subvention (*tableau 2*). « Si le médecin s'est prévalu du DSQ, la somme accordée pour l'équipement, les frais accessoires et la liaison Internet dans le cadre du DSQ est réduite de l'équivalent », a expliqué le D^r Godin. Ainsi, au lieu de recevoir 3500 \$ pour l'équipement, les omnipraticiens obtiendront 2100 \$, parce qu'ils ont déjà eu 1400 \$. Et leur incitatif à la participation, plutôt que de s'élever à 3600 \$, sera de 1800 \$.

Conditions à remplir

Pour avoir droit au programme du DME, il faut répondre à certaines conditions. Ainsi, le futur participant doit être un intervenant habilité à se servir du Dossier de santé du Québec ou s'engager à le devenir.

Le médecin doit également offrir des services de prise en charge et de suivi en première ligne dans le cadre du système de santé public. Plus précisément, il doit :

- suivre 300 patients ou alors faire partie d'un groupe ayant 300 patients en moyenne par médecin ;
- être un omnipraticien qui commence ou réoriente sa pratique et se joint à un groupe. Autre condition : il faut qu'au moins la moitié des médecins du groupe emploient le DME et n'utilisent qu'un seul type de dossier parmi ceux qui ont été homologués.

Modalités du remboursement

Comment s'effectuera le remboursement ? Le médecin signera d'abord un formulaire confirmant son adhésion au programme, puis pourra acheter équipement et licences et commencer à utiliser son dossier électronique. « Le ministère verra alors que vous employez le DME et confirmera que vous êtes en train de l'implanter. Vous pourrez alors envoyer le formulaire de demande de remboursement au gouvernement », a mentionné le D^r Godin.

Le MSSS remboursera en un seul versement le prix du matériel et des licences. Par contre, il ne paiera d'abord que la moitié de la somme pour les forfaits de mise en œuvre du DME et de gestion du changement. « Le Ministère veut être sûr que les médecins se serviront du DME. On a essayé en vain de le convaincre que lorsqu'on paie de notre poche un équipement, on l'utilise », a précisé le président. Le ministère versera le reste de la subvention dès que le médecin commencera à se servir de six des douze fonctions du DME. Les praticiens pourront renouveler leur équipement tous les quatre ans.



Photos : Emmanuèle Garnier

Délégués du Conseil

Rétroactivité

À quoi auront droit ceux qui se sont informatisés avant l'entente ? « On a prévu des mécanismes de rétroactivité pour les achats qui ont été faits après le 1^{er} janvier 2011, a mentionné le D^r Godin. Les médecins qui ont acquis leur matériel avant cette date auront aussi droit à un remboursement, mais selon des modalités différentes. »

Les prochaines mesures de l'Entente générale

La FMOQ désire que des mesures précises du nouvel accord-cadre soient mises en œuvre rapidement :

- ⊗ la bonification pour les jours travaillés ;
- ⊗ la modulation des forfaits liés à l'inscription des clientèles ;

Tableau 3.

Modulation des suppléments en fonction du nombre de patients inscrits

Type de clientèle	Nombre de patients inscrits	Supplément par patient
Patients vulnérables	De 201 à 300	5 \$
	De 301 à 500	10 \$
	Plus de 500	15 \$
Ensemble des patients inscrits	De 501 à 750	5 \$
	De 751 à 1000	10 \$
	De 1001 à 1500	15 \$
	Plus de 1500	20 \$

- ⊗ les primes à la polyvalence.

Ces mesures, qui sont calculées sur une année civile, vont commencer le 1^{er} janvier 2012. Les médecins recevront donc leur premier paiement en mai ou en juin 2013.

Journées travaillées

La clause de l'Entente générale concernant les journées travaillées donne droit à un bonus de 50 \$ par journée après 180 jours de travail et à un supplément de 200 \$ après 200 jours.

Le calcul des jours de travail tient compte de différentes situations. Ainsi, des mécanismes ont été prévus pour les congés de maternité et de paternité ainsi que pour les absences dues à une invalidité prolongée. Les journées de perfectionnement, de ressourcement et de formation continue pourront compter pour une journée de travail.

Une pondération sera notamment appliquée pour :

- ⊗ la pratique de nuit à l'urgence ;
- ⊗ la garde sur place de nuit en CHSLD et dans les centres hospitaliers psychiatriques ;
- ⊗ la garde en disponibilité ;
- ⊗ le travail médicoadministratif lié à certains postes ;
- ⊗ les accouchements pendant les heures défavorables ;
- ⊗ la pratique aux soins intensifs et coronariens ;
- ⊗ les journées de formation.

Patients inscrits

Les médecins de famille auront droit à des suppléments dont l'importance variera selon le nombre de patients vulnérables et non vulnérables inscrits qu'ils suivent (*tableau 3*).

Pratique polyvalente

Les omnipraticiens qui suivent plus de 700 patients tout en exerçant dans un établissement de soins auront droit à une prime à la polyvalence. Cette bonification consistera en une hausse de leur revenu en dehors de la première ligne et s'appliquera à la pratique en établissement qui exige un travail sur place pendant les heures défavorables ou une garde en disponibilité (*tableau 4*).

Et pour les nouveaux médecins ? « On a fixé des critères différents pour les quatre premières années des médecins qui commencent leur pratique », a indiqué le D^r Godin. Ainsi, les nouveaux omnipraticiens auront droit à une majoration la première année dès qu'ils auront plus de 100 patients inscrits. Ce seuil augmentera ensuite chaque année (*tableau 5*).

Nouvelle nomenclature pour les soins de courte et de longue durée

La FMOQ travaille en ce moment à une nouvelle nomenclature pour les médecins pratiquant dans les établissements de courte et de longue durée.

Le guichet d'accès

Le mécanisme qui permet aux médecins de

Tableau 4.

Pourcentage applicable à la rémunération gagnée en dehors de la première ligne

Bonification en deuxième ligne ou dans un autre milieu	Nombre de patients inscrits en première ligne
2,5 %	De 700 à 999
5 %	De 1000 à 1499
10 %	1500 et plus

Note : quand la clientèle vulnérable dépasse 245 personnes, chaque patient vulnérable supplémentaire équivaut à 2,5 patients.

famille de prendre de nouveaux patients grâce aux guichets d'accès des centres de santé et de services sociaux fonctionne bien. Entre le 1^{er} novembre 2011, date de son entrée en fonction, et le début d'avril 2012, plus de 80 000 numéros séquentiels ont été émis. « L'entente sur les guichets d'accès est faite pour les patients orphelins, notamment pour les patients vulnérables qui se cherchent un médecin depuis longtemps. Elle n'est pas destinée aux gens qui veulent changer de clinicien », a tenu à préciser le D^r Godin.

La Fédération va maintenant continuer à actualiser l'Entente générale et à négocier les modalités d'application des prochaines mesures du nouvel accord-cadre. Elle va également en faire le suivi pour s'assurer qu'elles donnent les résultats voulus. 📞

Tableau 5.

Pourcentage applicable à la rémunération en dehors de la première ligne pour les nouveaux médecins

Majoration	Nombre de patients inscrits en première ligne			
	1 ^{re} année*	2 ^e année	3 ^e année	4 ^e année
2,5 %	De 100 à 199	De 250 à 399	De 400 à 599	De 550 à 799
5 %	De 200 à 299	De 400 à 599	De 600 à 899	De 800 à 1199
10 %	300 ou plus	600 ou plus	900 ou plus	1200 ou plus

* La première année est celle qui inclut un 1^{er} janvier.

Dossier de santé du Québec

la FMOQ présente son mémoire

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

M^{re} Christiane Larouche

L'informatisation est cruciale pour la première ligne de soin. Et le Dossier de santé du Québec (DSQ) en est un des éléments importants. Au fil des années, la FMOQ a fait différentes recommandations pour adapter le projet aux besoins des médecins. Beaucoup

de ses conseils ont été suivis, mais il reste encore plusieurs corrections importantes à faire.

« Il s'agit de détails qui peuvent compliquer le travail des médecins et faire en sorte qu'ils n'utiliseront pas le DSQ », explique M^{re} **Christiane Larouche**, avocate à la Fédération. Le 9 mai dernier, elle accompagnait à Québec le D^r **Claude Saucier**, deuxième vice-président de la FMOQ, qui y présentait le mémoire de la Fédération à la Commission de la santé et des services sociaux. Le D^r **Sylvain Dion**, secrétaire général, s'était également joint à eux.

L'une des erreurs à éviter, à l'arrivée du DSQ, sera de vouloir transmettre les résultats d'examen de laboratoire et d'imagerie médicale uniquement par cet outil. Le DSQ n'est en fait qu'un visualiseur. Il se contente de présenter des informations concernant les médicaments, les allergies, la vaccination, ainsi que les résultats de laboratoire et d'imagerie. Il ne comporte aucun système pour signaler l'arrivée d'une nouvelle donnée au sujet d'un patient, avertir d'un résultat

anormal ou faire le suivi. « On ne peut pas imaginer qu'un médecin va se souvenir de tous les examens qu'il a demandés concernant divers patients et qu'il va penser à aller voir tous les jours dans leur DSQ. C'est impossible », explique M^{re} Larouche.

Mais alors à quoi sert le Dossier de santé du Québec ? Il permet à un médecin de connaître, par exemple, les informations de base concernant un nouveau patient. Ou encore d'avoir les résultats des tests que le patient a passés dans une autre région. « Le médecin ne va aller dans le DSQ que dans des situations précises. Actuellement, ce dossier n'est pas conçu pour le suivi quotidien des patients. » Par conséquent, il faut que les voies actuelles de transmission des résultats de laboratoire et d'imagerie soient maintenues. Soit par papier, soit de façon électronique grâce à un système qui permet le traitement et le suivi des résultats.

Renseignements dans le DSQ

La Fédération a également relevé dans l'un des articles du projet de loi 59 sur le DSQ un problème potentiel. Ainsi, un clinicien autorisé à consulter le DSQ ne pourrait transférer que les renseignements « nécessaires à la prestation de service » dans son propre dossier du patient. « Il y a des renseignements dont le médecin n'a pas besoin pour soigner le patient au moment où il consulte le DSQ, mais qui pourraient lui être utiles, comme les antécédents médicaux. La FMOQ veut que le médecin puisse consigner dans son propre dossier patient ce qu'il juge « pertinent ou utile » ». Le transfert de ces informations devrait, en outre, se faire facilement. Le médecin qui possède un dossier médical électronique devrait être capable de les télécharger par un simple clic. Celui qui a des dossiers papier devrait pouvoir y insérer les données en les transcrivant ou en les imprimant.

Faudra-t-il le consentement exprès du patient pour communiquer les renseignements du DSQ transférés dans le dossier du médecin ? C'est ce que le projet de loi propose. Cela

pourrait toutefois poser des problèmes. Si le clinicien doit communiquer à des tiers le dossier du patient, il devra obtenir son accord écrit non seulement pour le contenu général, mais aussi, plus précisément, pour les renseignements venant du DSQ. « La gestion d'un double consentement risque d'être un obstacle dans la pratique, avertit la FMOQ dans son mémoire. Advenant un refus du patient de communiquer les renseignements issus du DSQ, le médecin devrait alors revoir l'ensemble de son dossier médical pour effectuer le tri de renseignements qu'il ne serait pas autorisé à divulguer. Cela n'est pas une exigence réaliste. »

Selon la Fédération, ce double consentement n'est pas nécessaire. Les données du DSQ incluses dans le dossier devraient être considérées comme en faisant partie intégrante.

Que se passera-t-il si le patient retire son consentement au sujet du DSQ ? Actuellement, le projet de loi prévoit que les professionnels de la santé ne pourront plus avoir accès aux données ajoutées jusqu'alors. Le médecin qui ne les aura pas transférées dans son propre dossier ne pourra plus revoir les renseignements qu'il a consultés et qui ont pu motiver ses décisions cliniques. En cas de poursuite judiciaire ou d'enquête du Collège des médecins du Québec, il sera d'ailleurs pénalisé. Son collègue qui rencontrera pour la première fois le patient, lui, sera privé de tout un pan des antécédents médicaux. Il faudrait donc, estime la FMOQ, que les intervenants autorisés puissent avoir accès à tous les renseignements inclus dans le DSQ avant le refus du patient.

Si le patient redonne son consentement, la Fédération voudrait, par ailleurs, que les professionnels de la santé puissent avoir accès à l'ensemble du dossier. Pour l'instant, le projet de loi prévoit que le patient peut décider

d'autoriser l'accès à certaines banques de données, mais pas à d'autres. « La FMOQ s'interroge sur cette possibilité qui ne paraît être ni dans l'intérêt du patient ni dans celui des cliniciens appelés à les traiter », indique le mémoire.

Des points nébuleux

Certaines questions restent encore nébuleuses dans le projet de loi 59. Par exemple, le médecin aura-t-il l'obligation d'alimenter la banque de renseignements sur les allergies, les intolérances et la vaccination, même s'il n'adhère pas au DSQ ? Qui va transmettre

ces informations ? Le personnel du médecin aura-t-il accès au DSQ comme il l'a déjà au dossier papier ? Dans ce dernier cas, la réponse pourrait être positive. « Nous avons eu une bonne réception en commission parlementaire à ce sujet », indique M^e Larouche.

Les représentants de la Fédération ont ainsi exposé à la Commission les différents écueils à éviter. La Commission a semblé ouverte sur plusieurs points, mais a laissé en suspens quelques questions.

Pour la FMOQ, l'enjeu est important. « Collectivement,

nous n'avons pas les moyens que le DSQ soit un échec étant donné les sommes d'argent dépensées, le retard pris et l'investissement humain énorme qui a été nécessaire, dit l'avocate. Ne perdons pas la chance qui s'offre à nous de faire du DSQ un outil complémentaire qui soutiendra les médecins de famille du Québec dans leur pratique. »

On peut lire sur le site Internet de la Fédération le Mémoire de la FMOQ présenté à la Commission de la santé et des services sociaux concernant le projet de loi n^o 59, Loi concernant le partage de certains renseignements de santé : à fmoq.org ou directement à <http://bit.ly/KQuD0z>. 📄

« Ne perdons pas la chance qui s'offre à nous de faire du DSQ un outil complémentaire qui soutiendra les médecins de famille du Québec dans leur pratique. »

– M^e Christiane Larouche.

Entrevue avec le D^r Claude Saucier

Nouveau projet d'informatisation à Laval



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Claude Saucier

Le D^r Claude Saucier, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval, s'intéresse depuis 1999 à la question du dossier informatique. Sa région s'apprête à participer à SIDER, un projet informatique qui permettra aux médecins d'obtenir les résultats des analyses de laboratoire non seulement de Laval, mais aussi des Laurentides et de Lanaudière.

M.Q. – En quoi consiste le projet SIDER ?

C.S. – SIDER signifie « système intégré de distribution électronique de résultats ». Il s'agit d'un projet informatique qui va permettre aux cliniques médicales de Laval d'avoir, dans un premier temps, les résultats des analyses de laboratoire par ordinateur. Les données pourront être consultées grâce à un visualiseur ou par l'intermédiaire du Dossier médical électronique (DME) dans lequel elles vont s'insérer automatiquement.

Ce système existe déjà dans Lanaudière. Il va maintenant être étendu aux trois « L » : Laurentides, Lanaudière et Laval. Ce projet va permettre de réseauter la première ligne. Ainsi, on va avoir les résultats des analyses qui sont faites à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, à Laval. Mais on va être aussi capables d'obtenir ceux des hôpitaux de Lanaudière et ensuite des Laurentides.

M.Q. – Quels sont les avantages de SIDER ?

C.S. – Ce système va permettre d'éliminer le papier. C'est d'ailleurs l'objectif de l'Agence de la santé et des services sociaux (CSSS) de Laval, qui finance le projet. SIDER va également offrir un accès en temps réel aux résultats provenant de trois régions. Les médecins de Laval ont beaucoup de patients qui vont au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur ou à l'hôpital de Saint-Jérôme ou de Saint-Eustache. Je pense que SIDER est le premier système interrégional.

M.Q. – Quand est-ce que cela va entrer en vigueur ?

C.S. – Il y a déjà une clinique qui a commencé à recevoir des résultats grâce à SIDER dans le cadre d'un projet pilote. Une deuxième va également bientôt les avoir. Dès que les tests seront concluants, le CSSS va probablement cesser de leur envoyer des résultats de laboratoire sur papier.

M.Q. – Laval n'a pas déjà un projet informatique, SIRIL ?

C.S. – Le projet SIRIL permettait aussi d'obtenir les résultats de laboratoire. Il comprenait en plus un dossier médical électronique, mais qui était très peu utilisé. Il s'agit d'un projet qui remonte à 2001 auquel une centaine de médecins ont participé. À l'époque, il s'agissait d'un système informatique évolué. Cependant, il y a eu tellement de difficultés techniques que les médecins se sont découragés. Il y avait des déconnexions et des problèmes de fiabilité. Donc, la participation était moins grande. Tout ce projet était subventionné, et l'est encore, par l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Contrairement à SIRIL, qui était offert à un nombre restreint de médecins, SIDER sera proposé à tous les omnipraticiens de la première ligne de Laval, à ceux qui pratiquent dans un groupe de médecins de famille (GMF), à ceux des cliniques qui ne sont pas des GMF, aux grands groupes de médecins, à ceux qui travaillent en solo ou dans de petites cliniques. L'Agence nous a cependant avertis que nous n'aurons plus le système SIRIL.

M.Q. – Les médecins devront-ils assumer des coûts ?

C.S. – Il n'y a pas de coût pour la mise en place du nouveau système, mais l'Agence ne paiera plus pour les licences d'Omnimed, le dossier médical électronique de SIRIL. Cependant, même si le médecin n'acquiert pas de nouveau dossier électronique, il pourra quand même recevoir les résultats et les consulter sur un visualiseur.

M.Q. – Est-ce que beaucoup de médecins de Laval sont informatisés ?

C.S. – Non. Cependant le synchronisme est bon. Le projet SIDER commence au moment où la FMOQ vient de conclure avec le gouvernement une entente sur le DSQ-DME. Les médecins pourront ainsi avoir accès à un dossier médical électronique, à des mesures pour favoriser son utilisation et avoir droit au remboursement d'une grande partie des frais.

M.Q. – Et que se passera-t-il quand le Dossier de santé du Québec arrivera ?

C.S. – Il n'y aura pas de problème. Il va se greffer à SIDER et au DME. Tout cela va être interopérable.

M.Q. – Quel est l'aspect que vous trouvez le plus intéressant dans l'accord concernant le DME ?

C.S. – Cette entente donne la possibilité à tous les médecins de la première ligne d'avoir un dossier médical électronique. Mais comme partout ailleurs au pays, le médecin doit aussi s'engager financièrement. Ainsi 70 % des frais seront payés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et 30 % par le médecin (voir article Réunion du Conseil de la Fédération, p. 1). Le fait que le cli-

nicien paie une partie des coûts, donne au gouvernement la garantie qu'il utilisera le DME.

M.Q. – C'est intéressant pour les médecins.

C.S. – Ce n'est pas un cadeau que le MSSS fait aux médecins. Le dossier médical électronique est un outil de travail destiné à améliorer la performance du réseau. Longtemps on nous a dit que le ministère n'accepterait pas de faire des cadeaux aux médecins et de payer leur informatisation. Je pense qu'il ne faut pas voir les choses ainsi. Les médecins des cabinets travaillent dans le réseau au bénéfice des patients. Ils doivent donc être bien outillés, comme le sont ceux des établissements.

M.Q. – Avez-vous un DME dans votre clinique ?

C.S. – Oui et la grande majorité des médecins l'utilisent. Je pratique dans une polyclinique où il y a 25 omnipraticiens et de nombreux spécialistes : des radiologistes, des urologues, des chirurgiens, etc. La beauté du système, c'est que tout le monde a accès aux dossiers. Si, dans mon cabinet, j'ai un patient qui a été vu par un des spécialistes de la clinique, j'ai les notes de ce dernier. S'il a demandé des analyses de laboratoire, j'ai les résultats. Tout est intégré. Une fois qu'on s'est habitué à travailler avec le DME, c'est merveilleux ! Que je sois dans mon cabinet ou au service de consultation sans rendez-vous, j'ai accès au dossier du patient.

M.Q. – Cela fait combien de temps que vous travaillez avec un dossier électronique ?

C.S. – Cela fait cinq ans au service de consultation sans rendez-vous, qui a été le premier service à bénéficier d'un DME. Au cabinet, cela fait deux ou trois ans.

M.Q. – Avez-vous aussi accès aux résultats de laboratoire ?

C.S. – Actuellement, les feuilles de résultats sont numérisées. Quand SIDER entrera en fonction, les données seront intégrées au dossier électronique.

M.Q. – Est-ce que le DME a beaucoup changé votre pratique ?

C.S. – C'est une autre façon de travailler. On a procédé progressivement. On a commencé par numériser les plus petits dossiers, qui étaient ceux des consultations sans rendez-vous. Ensuite, on a traité les dossiers des patients que l'on suit au cabinet. Et là, SIDER va s'intégrer au système.

M.Q. – Quelle est la prochaine étape ?

C.S. – Ce sera peut-être d'avoir accès au dossier de l'hôpital du patient. On y travaille.

M.Q. – Votre clinique est une clinique-réseau ?

C.S. – Oui, depuis plus d'un an. Nous sommes la seule clinique-réseau sur l'île de Laval. Cependant, nous n'avons toujours pas de corridor privilégié pour le plateau technique et les consultations en spécialité. Notre rôle est normalement de permettre aux patients de consulter en première ligne et d'éviter qu'ils aillent à l'urgence.

Je m'attendais à ce que le CSSS de Laval m'approche en me disant : « Écoutez, quand vous allez avoir des problèmes de telle nature, vous aurez un corridor privilégié, parce que vous êtes notre clinique-réseau. Vous nous aidez à décharger un peu l'urgence. On veut donc que vous ayez la priorité. » Mais rien de cela ne s'est produit.

Il faut dire que le CSSS de Laval est le plus gros du Québec. Il dessert les 400 000 habitants de l'île. Il est tellement gros qu'il a des services de nature tertiaire. Les responsables du CSSS nous ont néanmoins dit que la première ligne était très importante pour eux. Il faudrait maintenant qu'ils passent aux actes et nous facilitent l'accès au plateau technique et aux consultants. Je crains, toutefois, que ces projets soient encore repoussés. Le plan quinquennal des plans régionaux d'effectifs médicaux des spécialistes a prévu que Laval reçoive dans les prochaines années environ 55 spécialistes. Cela va mobiliser probablement toute l'énergie et les ressources du CSSS. J'ai peur que la première ligne soit encore oubliée.

M.Q. – Vous avez un service d'accueil clinique où vous pouvez envoyer vos patients ?

C.S. – Il y a des régions où le service d'accueil clinique offre des protocoles pour des dizaines de problèmes de santé. À Laval, on en est encore à... quatre. Quand même assez surprenant !

M.Q. – Y a-t-il des changements en perspective ?

C.S. – Une nouvelle directrice générale, M^{me} Caroline Babir, vient d'être nommée à la tête du CSSS. Est-ce que cela va changer les choses ? On va essayer de la rencontrer et d'établir des liens. Mais tout est à rebâtir. Les administrateurs passent, mais les médecins restent.

Il y a cependant des signes encourageants. Le conseil d'administration du CSSS a quand même montré une certaine ouverture à l'égard des omnipraticiens. Normalement, la loi ne permet la présence que d'un seul médecin au conseil d'administration du CSSS. À Laval, c'est un spécialiste. Nous avons fait des démarches et obtenu qu'un omnipraticien puisse aussi être présent. Le conseil d'administration a ainsi accepté qu'un médecin recommandé par le département régional de médecine générale puisse faire partie de ses membres. Cette collaboration est peut-être prometteuse. ☺

Deuxième tour du jumelage des résidents

Photo : Emmanuèle Garnier



Dr Serge Dulude

Le deuxième tour du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) a confirmé la bonne nouvelle. La médecine familiale séduit de plus en plus d'étudiants en médecine au Québec. Sur les 409 postes offerts en résidence en omnipratique, 384 ont été pourvus (*tableau*), soit 94 %. Mais déjà, au premier tour, 90 % des places avaient été remplies.

Emballé, le **Dr Serge Dulude**, directeur de la Régionalisation et de la Planification à la FMOQ, a dû regarder les chiffres à deux fois pour être bien sûr de ce qu'il voyait. « Il ne reste que 6 % des postes en médecine familiale, alors que l'an dernier il en restait 13 %. C'est une performance extraordinaire. Je suis content de voir que tous les efforts qu'on a faits depuis quelques années ont permis d'attirer plus d'étudiants en médecine familiale. »

Sur les quatre universités, McGill a une note parfaite : 100 % de ses places ont été remplies en médecine familiale. L'Université de Montréal et l'Université Laval la suivent de près avec des taux de 95 % et de 92 %. L'Université de Sherbrooke n'est pas loin derrière avec ses 89 %.

Le travail de tous les acteurs importants en médecine familiale semble porter ses fruits : les différents organismes médicaux, les universités, le ministère de la Santé et des Services sociaux, les groupes d'étudiants en médecine et la Fédération. « Le discours que tient la FMOQ sur la valorisation de la médecine familiale depuis plusieurs années a eu une influence, assure le Dr Dulude qui, lui-même, n'a pas ménagé ses efforts pour promouvoir l'omnipratique. Je suis également convaincu que l'accord-cadre que nous avons négocié l'été dernier a été important. »

Une nouvelle médecine familiale plus intéressante que jamais s'offre maintenant aux futurs omnipraticiens, estime le directeur. Ils pourront travailler avec d'autres professionnels de la santé dans des groupes de médecine de famille et disposer de dossiers médicaux électroniques. Les nouvelles mesures négociées favorisent ce type de pratique.

Et la médecine spécialisée ? Elle a fait tout aussi bien que la médecine familiale au cours du jumelage des résidents. Elle a réussi à pourvoir 450 de ses 481 places (94 %).

Le solde migratoire par contre est négatif : 19 étudiants de plus ont quitté le Québec pour faire leur résidence ailleurs au pays que d'étudiants des autres provinces sont venus ici. L'annonce d'un solde migratoire positif après le premier tour du jumelage était une erreur. Il y a cependant une bonne nouvelle du côté des médecins diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis : 30 vont commencer leur résidence en médecine familiale au Québec. EG

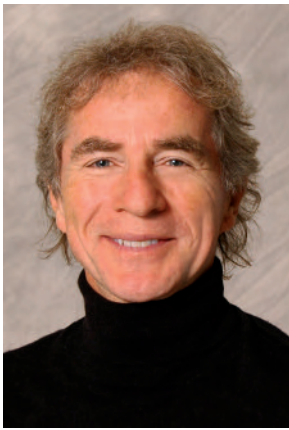
Résultats du 2^e tour du Service canadien de jumelage des résidents en 2012

Université	Médecine familiale			Médecine spécialisée		
	Postes offerts	Postes vacants	Postes pourvus (%)	Postes offerts	Postes vacants	Postes pourvus (%)
Laval	105	8	92	122	20	84
Sherbrooke	90	10	89	99	6	94
Montréal	130	7	95	150	5	97
McGill	84	0	100	110	0	100
Total	409	25	94	481	31	94

Les prix du Médecin du Québec

Numéro de l'année et Coup de cœur

Photo: Emmanuèle Garnier



Dr Jocelyn Bérubé

2011 est le **Dr Jocelyn Bérubé**, responsable de thème du numéro de mars : « Aider le couple infertile au cabinet ». Ce numéro s'est distingué à la fois par son contenu et par la collaboration

de ses auteurs avec l'équipe de production, les deux principaux critères de cette récompense. Les auteurs, dirigés par le responsable de thème, ont respecté les diverses échéances pour la réalisation du numéro, mais aussi se sont montrés rigoureux sur le plan scientifique. Ils ont, en outre, rédigé des textes intéressants, pratiques et complémentaires.

Chaque année, *Le Médecin du Québec* décerne un prix pour souligner le travail d'un responsable de thème, le prix du Numéro de l'année, et un autre pour récompenser un auteur qui s'est démarqué, le prix Coup de cœur.

Le lauréat du Numéro de l'année

« La force de ce numéro est d'avoir présenté l'évaluation de l'infertilité de façon simple et accessible aux médecins de famille. On pourrait penser qu'il y a beaucoup de tests endocriniens complexes à faire passer à un couple infertile et qu'il faut toujours l'orienter vers une clinique spécialisée. Cependant, le médecin de famille

peut faire un travail important au cours d'un premier dépistage. Il est capable d'éliminer bien des affections comme cause et de régler certains problèmes d'infertilité », explique le **Dr Martin Labelle**, rédacteur en chef de la publication. Le Dr Bérubé recevra une plaque honorifique et un chèque de 1000 \$.

Coup de cœur

Le prix Coup de cœur a été remis à la **Dr^{ce} Caroline Delisle**, qui a signé l'article *Prescrire sans nuire*, publié en novembre 2011. Ce texte a été choisi par les lecteurs qui lui ont accordé le plus de votes sur le formulaire de réponse au post-test du *Médecin du Québec*.



Dr^{ce} Caroline Delisle

« Cet article décrivait l'utilisation des médicaments pendant la grossesse. Il y a un fort besoin de formation sur le sujet », indique le Dr Labelle. Original et intéressant, ce texte présenté sous forme de fiches décrivait pour différents problèmes de santé les deux premiers choix de médicaments, les dangers de certaines molécules et donnait des informations complémentaires.

La Direction de la formation professionnelle de la Fédération remettra à la Dr^{ce} Delisle un bon de 500 \$ qu'elle pourra utiliser pour l'inscription à un congrès ou pour l'achat d'activités de formation en ligne de la FMOQ. **EG**

Prix Kenneth R. Wilson

Le Médecin du Québec est en nomination pour un Prix Kenneth R. Wilson dans la catégorie « Meilleur article de conseils pratiques » pour le texte *Clinique médicale : comment gérer efficacement le personnel*, de **M^{me} Emmanuèle Garnier**, publié dans le numéro d'avril 2011.

Les Prix Kenneth R. Wilson visent à promouvoir l'excellence au sein de la presse spécialisée canadienne.



Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du PAMQ

Le lundi 23 juillet 2012
au club de golf Le Mirage



Judith Gauthier Photographie

**Les médecins en difficulté,
c'est notre cause !**

Nos partenaires :



Association des optométristes du Québec
Association canadienne de protection médicale
La Capitale assurances et gestion du patrimoine Inc.
Desjardins Sécurité financière – Fiducie Desjardins
Fiera Capital – Gestion globale d'actifs CIBC Inc.
Industrielle Alliance – Investissements SEI
La Personnelle, assurance de groupe auto et habitation

Infos sur les sites des fédérations médicales :
fmoq.org, fmeq.ca, fmrq.qc.ca, fmsq.org

Des nouvelles des associations...

Association de la Mauricie Un site Internet modernisé



D^r Pierre Martin

L'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM) vient de moderniser son site Internet (amom.qc.ca). D'allure plus contemporaine, il est doté de nouvelles fonctions et offre d'intéressantes possibilités.

Le nouveau site dispose maintenant d'une section à laquelle seuls les médecins peuvent accéder. Les membres de l'AMOM ont déjà reçu leur nom d'utilisateur et leur mot de passe pour y entrer. « On va pouvoir

utiliser cet espace pour mettre des informations un peu plus délicates. On pourra aussi y avoir une communication directe avec nos membres et y mettre des renseignements nominatifs », explique le D^r Pierre Martin, président de l'AMOM.

La partie réservée aux médecins comporte actuellement le bottin des membres et une liste de médecins spécialistes. On y trouve également la description des services aux membres : archivage de dossier et aide en cas d'enquête ou de poursuite. Les médecins peuvent également consulter, sans avoir à se brancher, le calendrier des événements professionnels et syndicaux ainsi que des activités de formation médicale continue.

Une fonction permet par ailleurs à l'Association d'envoyer des messages SMS aux membres qui ont donné leur numéro. « Le but est d'avoir une méthode de mobilisation rapide pour remplacer l'ancienne pyramide de communication. »

Le nouveau site comportera également une section destinée à la population. « On veut y mettre des articles d'intérêt public. On va, par exemple, expliquer ce que sont les guichets d'accès ou annoncer l'arrivée prochaine de nouveaux médecins ou d'une nouvelle infirmière praticienne », indique le D^r Martin. **EG**



Association de Yamaska Inauguration du site Internet



D^r Denis Lesieur

Les médecins de famille de Saint-Hyacinthe, de Granby et de Cowansville ont maintenant accès à un site Internet, *amoy.ca*, qui leur donne des nouvelles syndicales et la liste des activités de formation continue de toute la région.

Après beaucoup de travail et d'efforts, l'Association des médecins omnipraticiens d'Yamaska (AMOY) a mis en ligne son site. « Il s'agit d'une interface pour échanger avec nos membres », explique le D^r Denis

Lesieur, responsable du dossier et secrétaire-trésorier de l'AMOY.

Le site, dominé par le bleu, a une facture classique. Sur la page d'accueil, le médecin trouve un calendrier qui lui indique entre autres les activités de perfectionnement professionnel. « L'association couvre un territoire étendu où il y a trois pôles. Dans chacun, des activités de formation continue sont organisées, et je voulais qu'il y ait un partage. Le site Internet permet donc d'inscrire les activités de toute la région. Ainsi, les médecins d'un pôle peuvent savoir quelles conférences se donnent dans un autre pôle. » Le calendrier indique également les activités de la FMOQ et de l'AMOY.

Le site permet, par ailleurs, de consulter le bottin des membres regroupés par région et par clinique. Différents onglets donnent accès au nom des membres du Bureau de l'AMOY, à l'historique de l'Association, à ses statuts, à la liste de ses membres émérites et à des liens utiles. « Notre défi est de faire un site suffisamment vivant pour y attirer nos membres », affirme le D^r Lesieur. **EG**



Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue *des prochains numéros*

- **Juillet 2012**
*Les grands syndromes cliniques
chez la personne âgée*
- **Août 2012**
Les troubles du mouvement
- **Septembre 2012**
Les nouveautés en santé mentale
- **Octobre 2012**
L'oncologie 101
- **Novembre 2012**
*La rhumatologie :
de l'évaluation au traitement*
- **Décembre 2012**
Les arythmies
- **Janvier 2013**
Les affections du cou
- **Février 2013**
Les affections de la bouche



SeeMore^{MC}

Sonde d'imagerie échographie USB
"La nouvelle stéthoscope"

Le D^r Léo Lasalle Bénévole de l'année



Photo : Denis Bernier

D^r Léo Lasalle

Le D^r Léo Lasalle, qui pratique à l'unité des grands brûlés de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica, à Montréal, a reçu le prix Bénévole de l'année dans le cadre du concours Gens de cœur, parrainé par Manuvie et Radio-Canada.

Le D^r Lasalle est l'un des fondateurs de l'organisme Entraide Grands Brûlés, créé en 2004. Ayant lui-même un fils qui a été victime de brûlures graves, il a voulu faciliter la réinsertion sociale et professionnelle des grands brûlés. Dès qu'une personne arrive à l'unité des grands brûlés de l'Hôtel-Dieu du CHUM, l'organisme lui propose son soutien. Entraide Grands Brûlés peut également offrir au blessé une aide financière pour l'hébergement et l'achat de certaines fournitures médicales. Grâce au prix qu'a remporté le D^r Lasalle, l'organisme recevra, par ailleurs, un don de 20 000 \$.

En plus de remplir son rôle de président d'Entraide Grands Brûlés, le D^r Lasalle met sur pied chaque année un spectacle-bénéfice pour son organisme, a créé un camp d'été pour les jeunes brûlés et organise régulièrement des activités pour sortir les grands brûlés de leur isolement.

« À mes yeux, il a fait bien plus que créer des lieux de rencontre pour célébrer la différence dans le cœur des grands brûlés. Il est le père d'une grande famille à laquelle il se dévoue jour et nuit », écrit M^{me} Marie-Josée Chalifour, chargée de projets à la Fondation des pompiers pour les Grands Brûlés, qui a présenté la candidature du D^r Lasalle. 📻

Accouchement à la maison, dans une maison de naissance ou à l'hôpital

quels sont les risques ?

Emmanuelle Garnier



Photo : SuperStock

Une étude britannique montre qu'il n'y a pas plus de complications ou de morts chez les nouveau-nés lorsque l'accouchement a lieu à domicile ou dans une maison de naissance que dans un service d'obstétrique. Mais qu'en est-il des femmes qui accouchent pour la première fois ? Et qu'en est-il au Québec ?

« **O**Ù DEVRAIS-JE accoucher : à l'hôpital, dans une maison de naissance ou chez moi ? » La **D^{re} Odile Kowalski** doit, à l'occasion, répondre à cette question. Médecin de famille obstétricienne dans le groupe de médecine familiale L'Envolée, à Montréal, elle suit et accouche une centaine de femmes par année.

En fait, il n'y aurait pas plus de morts ni de complications chez les nouveau-nés dans un lieu de naissance plutôt qu'un autre, révèle une étude britannique récente comprenant presque 65 000 femmes¹.

1. Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011 ; 343 : d7400.

La **D^{re} Kowalski**, qui a pris connaissance de ces données, a cependant des réserves pour les femmes qui mettent au monde leur premier enfant à l'extérieur de l'hôpital. « En Haïti, on dit que tant qu'une femme n'a pas accouché, elle a un pied sur terre et un pied au paradis. Il y a toujours un risque », explique la clinicienne. C'est d'ailleurs ce que confirment les données anglaises.

À l'opposé, les femmes qui ont déjà eu un enfant ne courraient pas plus de risque à l'extérieur de l'hôpital. « Je vais respecter le choix d'une patiente qui me dit qu'elle a déjà eu un accouchement qui s'est très bien passé et qui, pour son deuxième enfant, veut vivre l'expérience d'accoucher dans une maison



« Nous avons une population plus à risque dans les unités obstétricales et le fait d'avoir le même taux de complications que dans les autres milieux d'accouchement montre que l'on fait un bon travail. »

– D^{re} Odile Kowalski

de sages-femmes ou chez elle. Il y a quand même des risques, mais ils sont moins élevés que la première fois. »

À la Maison de naissance Côte-des-Neiges, **M^{me} Marleen Dehertog**, responsable des services sages-femmes, a une vision différente. Elle dirige une équipe d'une douzaine de sages-femmes qui pratiquent environ 300 accouchements par année. Elles peuvent les effectuer à la maison de naissance, à domicile ou encore à l'hôpital.

La sage-femme est consciente que les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant ont plus de risque de devoir être transférées à l'hôpital. Ses propres statistiques, tout comme les données de l'étude, le montrent. « C'est une réalité, mais cela n'a rien de nouveau », indique-t-elle. À ses yeux, ce fait ne justifie pas l'imposition de restrictions. « On ne doit pas enlever aux femmes qui attendent leur premier enfant le choix d'accoucher chez elles. »

Il faut, par contre, bien informer la future mère. « On doit lui fournir des renseignements justes. Il faut que les choses soient claires. Dans les cours prénatals que l'on donne, on explique aux femmes que de 15 % à 20 % d'entre elles auront une complication qui pourra être sans gravité, mais nécessiter une intervention médicale. Ces données aident les femmes à faire leur choix », précise M^{me} Dehertog, qui est aussi infirmière bachelière.

Des services différents en Europe

De l'autre côté de l'Atlantique, en Angleterre, 92 % des femmes enceintes accouchent à l'hôpital, dans des unités d'obstétrique. Ces services sont cependant très différents des nôtres. « Au Royaume-Uni, ils sont dirigés par des consultants, mais les sages-femmes sont les soignantes de base. Les obstétriciens interviennent pour les accouchements



« On ne doit pas enlever aux femmes qui attendent leur premier enfant le choix d'accoucher chez elles. »
 – M^{me} Marleen Dehertog

complexes », explique le **P^r Peter Brocklehurst**, de l'Université d'Oxford.

Où accouchent les autres femmes ? Trois pour cent choisissent des maisons de naissance et 2,8 % leur domicile. Cependant, 2 % préfèrent mettre leur enfant au monde dans des unités hospitalières de sages-femmes. Un concept inconnu ici. Il s'agit d'un service, au sein d'un hôpital, dirigé par des sages-femmes qui accueillent les parturientes dont l'accouchement ne présente aucune complication. Toutefois, si un problème survient, les services médicaux sont à portée de main.

Au Québec, certaines ententes entre maisons de naissance et hôpitaux permettent de recréer un peu cette idée d'unité de sages-femmes. C'est le cas de

celle entre la Maison de naissance Côte-des-Neiges et l'Hôpital général juif, à Montréal.

« Au Royaume-Uni, les services d'obstétrique sont dirigés par des consultants, mais les sages-femmes sont les soignantes de base. »

– P^r Peter Brocklehurst

« Les sages-femmes peuvent décider d'accoucher leur patiente à l'hôpital sans qu'un médecin la prenne en charge. Elles mènent alors le travail jusqu'à l'accouchement, comme si elles étaient à la maison de naissance. Elles le font souvent pour les accouchements vaginaux après une césarienne. Elles ont accès, au besoin, à tous les consultants », explique la **D^{re} Louise Miner**, chef adjointe du Département d'obstétrique-gynécologie de l'Hôpital général juif. Ce type d'accouchement ne représente cependant que un pour cent des

accouchements des sages-femmes de la Maison de naissance Côte-des-Neiges.



Photo : Emmanuèle Garnier

« On devrait avoir des statistiques comparatives. Elles devraient être publiques et comprendre les accouchements faits par des sages-femmes et par les médecins. »

– D^e Louise Miner

Une grande étude prospective

Quel est le risque lié à chaque lieu d'accouchement ? Le P^r Brocklehurst et ses collègues du Birthplace in England Collaborative Group ont voulu le savoir précisément. Ils ont recueilli dans leur pays des données auprès de 97 % des groupes de sages-femmes qui faisaient des accouchements à domicile, de 95 % des maisons de naissance, de 84 % des unités hospitalières dirigées par des sages-femmes et de 36 unités d'obstétrique sélectionnées au hasard. Ils ont ainsi recruté 64 538 femmes dont la grossesse était à faible risque. Les participantes étaient classées selon le lieu d'accouchement qui était prévu au début des soins liés au travail.

Dans l'étude britannique, 45 % des femmes qui avaient prévu d'avoir leur premier enfant à la maison ont dû être transférées à l'hôpital.

Les chercheurs ont recensé pendant deux ans le nombre de problèmes graves qui pouvaient survenir chez les nouveau-nés. Ils ont ainsi dénombré les enfants mort-nés après le début du travail, les morts néonatales précoces, les encéphalopathies, les syndromes d'aspiration du méconium, les blessures au plexus brachial et les fractures du bras ou de la clavicule.

Résultats ? Sur les quelque 65 000 accouchements, les chercheurs n'ont compté que 250 problèmes graves, ce qui donne une incidence de 4,3 pour 1000 naissances. Il n'y a pas eu de différences significatives entre les unités obstétricales et les autres lieux d'accouchement. « Nos résultats appuient la politique d'offrir aux femmes

en bonne santé nullipares et multipares ayant des grossesses à faible risque le choix du lieu d'accouchement », indiquent les auteurs.

M^{me} Dehertog n'est pas surprise des résultats concernant les accouchements à l'extérieur de l'hôpital. Déjà, en 1989, le *New England Journal of Medicine* publiait les données d'une importante étude américaine qui concluait que « les centres de naissance offrent une solution acceptable et sûre pouvant remplacer l'accouchement à l'hôpital pour des femmes enceintes sélectionnées, particulièrement pour celles qui ont déjà eu des enfants. »²

La D^{re} Kowalski, également chef de l'unité de néonatalogie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, est, pour sa part, réconfortée par les données sur les services obstétricaux. « Nous avons une population plus à risque et le fait d'avoir le même taux de complications que dans les autres milieux montre que l'on fait un bon travail. On sait que dans les centres où il y a plus d'accouchements, le risque peut augmenter à cause de la surcharge de travail du personnel. À l'opposé, dans une maison de naissance et à domicile, il y a une intervenante par femme. Il devrait théoriquement y avoir beaucoup moins de complications. » Dans un centre comme l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, un peu plus de 2000 accouchements ont lieu par année. À l'Hôpital général juif, environ 4300.

Les dangers de la première fois

Qu'en est-il exactement des femmes qui accouchent pour la première fois ? Dans l'étude anglaise, le risque de problèmes pour les nouveau-nés atteignait 9,3 cas pour 1000 naissances lorsque l'accouchement devait se faire ou se faisait à la maison. Un taux beaucoup plus élevé que dans les services obstétricaux où il était de 5,3 pour 1000. Fait inquiétant, après des ajustements statistiques, l'augmentation du risque s'accroît encore davantage chez les femmes qui n'avaient pas

Les répercussions de l'étude au Royaume-Uni



P^r Peter Brocklehurst

Qu'a changé l'étude du Birthplace in England Collaborative Group au Royaume-Uni ? La position des autorités est actuellement de donner le choix du lieu d'accouchement aux femmes. « Cela doit être un choix éclairé. Dans ce sens, les résultats de l'étude permettent aux femmes de disposer, pour la première fois en Angleterre, de plus d'informations pour planifier leur accouchement », explique le P^r Peter Brocklehurst, co-auteur de l'étude et codirecteur de l'Unité d'épidémiologie périnatale nationale de l'Université d'Oxford.

Les nouvelles données vont probablement influencer certaines futures mères. « Je pense que bien des femmes qui planifient leur premier accouchement choisiront de ne pas mettre leur enfant au monde à la maison. Cependant, certaines vont quand même envisager cette possibilité, parce que le risque qu'un problème survienne est encore faible. »

Le ministère de la Santé du Royaume-Uni souhaite que chaque femme reçoive les informations pertinentes, en parle avec sa sage-femme ou, au besoin, avec son obstétricien, puis prenne sa décision, explique le chercheur, également directeur de l'Institute for Women's Health. Si la patiente désire accoucher chez elle, le Service de santé national devra lui fournir l'aide nécessaire. « Cela s'applique aussi aux femmes à qui il a été déconseillé d'accoucher à la maison. Si des femmes présentent des facteurs de risque les exposant à une issue fâcheuse - par exemple, si elles ont déjà eu une césarienne -, mais veulent donner naissance à leur enfant chez elle, le Service de santé national va quand même leur fournir les soins requis à domicile. »

de complications au début du travail. « Il pouvait alors y avoir pour les accouchements à domicile de deux à cinq fois plus d'issues défavorables », souligne la D^{re} Miner. On ne trouve cependant pas ces hausses du risque dans les maisons de naissance et les unités hospitalières de sages-femmes.

Les femmes qui avaient leur premier enfant à l'extérieur de l'hôpital étaient, par ailleurs, nombreuses à être transférées dans un service d'obstétrique. Ainsi, 45 % de celles qui avaient prévu d'accoucher à la maison ont dû aller

2. Rooks JP, Weatherby NL, Ernst EK et coll. Outcomes of Care in Birth Centers. *N Engl J Med* 1989 ; 321 (26) : 1804-11.

Tableau.

Comparaison des risques et des interventions entre les différents lieux d'accouchements selon l'étude du Birthplace in England Collaborative Group

	Domicile	Maison de naissance	Unité de sages-femmes	Service d'obstétrique
Nombre de sujets	16 840	11 282	16 710	19 706
Issue fâcheuse* (pour 1000 naissances)	4,2	3,5	3,6	4,4
Accouchement naturel (%)†	88	83	76	58
Nullipares				
Issue fâcheuse* (pour 1000 naissances)	9,3	4,5	4,7	5,3
Transfert (%)	45,0	36,3	40,2	—
Multipares				
Issue fâcheuse* (pour 1000 naissances)	2,3	2,7	2,4	3,3
Transfert (%)	12,0	9,4	12,5	—
Interventions				
Absence de gestion active du 3 ^e stade du travail‡ (%)	31,1	22,1	14,1	6,1
Épisiotomie (%)	5,4	8,6	13,1	19,3
Épidurale ou anesthésie spinale (%)	8,3	10,6	15,3	30,7
Césarienne (%)	2,8	3,5	4,4	11,1

* L'issue mesurée était composée de la mortalité périnatale et de la présence de certaines complications néonatales se produisant pendant l'accouchement (enfants mort-nés après le début du travail, mort néonatale précoce, encéphalopathies, syndrome d'aspiration du méconium, blessures au plexus brachial et fractures du bras ou de la clavicule). † Accouchement sans déclenchement du travail, épidurale, anesthésie spinale, anesthésie générale, utilisation de la ventouse ou des forceps, césarienne ou épisiotomie. ‡ Administration d'oxytocine après l'accouchement pour prévenir les saignements chez la mère.

au centre hospitalier (*tableau*). Dans les maisons de naissance et les unités hospitalières de sages-femmes, plus de 35 % des parturientes ont aussi été transférées à l'unité d'obstétrique.

Faut-il prendre des précautions particulières pour les nullipares qui accouchent chez elles ? Doit-on éviter cette situation ? La pratique des sages-femmes au Québec est différente de celle de l'Angleterre, tient à préciser M^{me} Dehertog. « Les limites de la profession sont très différentes d'un pays à l'autre », explique l'intervenante, qui a travaillé à plusieurs endroits en Europe. « Quand j'étais aux Pays-Bas, la liste

qu'on utilisait nous permettait de suivre certaines femmes dont la grossesse présentait un risque.

Ici, ce serait impensable de s'occuper de personnes qui répondent aux mêmes critères. »

La sage-femme craint que l'on tire pour le Québec des conclusions à partir des données anglaises. « Je trouve qu'on ne peut pas se baser sur cette étude pour dire qu'il faut tenir compte de l'augmentation du taux de transfert chez les primipares et leur enlever la possibilité d'essayer d'accoucher à domicile. »

La D^{re} Miner, pour sa part, déplore le manque de statistiques sur l'issue des accouchements

« Les limites de la profession de sage-femme sont très différentes d'un pays à l'autre. »

– M^{me} Marleen Dehertog

au Québec. Ce qu'elle répond aux patientes qui lui demandent son avis pour l'accouchement d'un premier bébé ? « Je leur dis que je pense que c'est plus sûr d'accoucher à l'hôpital, parce qu'on n'a pas la preuve du contraire. On est dans l'inconnu. Ce qu'on a au Québec, c'est une impression ; on n'a pas de données. »

Néanmoins, les quelques cas que les sages-femmes transfèrent à l'obstétricienne-gynécologue ou à ses collègues ne sont généralement pas graves. « C'est très rare qu'il y ait une catastrophe », indique la D^{re} Miner. « La raison pour laquelle une nullipare est transférée, c'est, la plupart du temps, à cause d'un travail qui ne débute pas très bien, des contractions qui ne sont pas efficaces ou du bébé qui est mal positionné », précise M^{me} Dehertog.

Des statistiques québécoises nécessaires

Le monde des sages-femmes et celui des médecins se rapproche. À l'Hôpital général juif, par exemple, ces deux types de professionnels ont appris, à force de travailler et de suivre des formations ensemble, à s'approprier. « On s'aperçoit que les sages-femmes connaissent très bien leur travail. Et je pense qu'elles voient qu'on n'est pas de méchants interventionnistes qui vont nuire à leurs patientes », indique la D^{re} Miner.

Les hôpitaux, par ailleurs, facilitent maintenant davantage les accouchements naturels. « Même dans un centre tertiaire comme le nôtre, une femme qui souffre et veut essayer certaines méthodes de soulagement le peut. On a des ballons, des baignoires, etc. Quand tout va bien, on est ouvert. C'est la patiente qui nous guide. Les doules, les accompagnantes et les sages-femmes sont également les bienvenues. Cela a beaucoup changé. »

L'obstétricienne-gynécologue souhaite cependant que le Québec dispose de données sur les accouchements dans les différents milieux. « On devrait avoir des statistiques comparatives. Elles devraient être publiques et comprendre les accouchements faits par les sages-femmes et par les médecins. On pourrait ainsi savoir s'il y a un problème dans un milieu précis ou encore s'il faut ou non s'inquiéter des accouchements à domicile. On saurait à quoi s'en tenir. »

Plus de techniques en obstétrique

Au cours de l'accouchement, les interventions pendant le travail pèsent plus lourdement dans les services obstétricaux que dans les autres milieux de naissance. L'étude du Birthplace in England Collaborative Group le montre bien. Ainsi, parmi les femmes qui ont accouché dans les unités d'obstétrique, un plus grand nombre ont eu des interventions comme le déclenchement du travail, l'administration d'une épidurale, l'utilisation de la ventouse ou des forceps ou encore le recours à une césarienne ou à une épisiotomie. Le taux d'accouchement naturel était de 58 % pour celles qui avaient choisi de mettre leur enfant au monde dans ces unités, mais de plus de 75 % dans les autres lieux de naissance prévus (*tableau*).

« Je suis contente. Il y a quand même 58 % des femmes qui ont accouché à l'hôpital sans aucune intervention. On leur a laissé le choix. C'est bien », estime la D^{re} Odile Kowalski, médecin de famille obstétricienne.

Le taux d'une intervention, cependant, aurait peut-être pu être diminué dans l'étude : l'épisiotomie. Elle était de 19,3 % dans les unités obstétricales, mais de 5,4 % à la maison. « Maintenant, dans nos milieux d'obstétrique, on ne pratique presque plus d'épisiotomie », signale l'omnipraticienne.

Certaines interventions représentent par ailleurs une grande avancée. Par exemple, l'injection d'oxytocine après l'accouchement. « Cela diminue de manière importante les pertes sanguines chez la mère. C'est l'intervention qui sauve le plus de vie chez les femmes sur la planète », explique la D^{re} Kowalski. Au Québec, l'oxytocine peut d'ailleurs être administrée par les sages-femmes après l'accouchement. « Maintenant, avec toute la littérature qui a été publiée, on l'utilise beaucoup plus », indique M^{me} Marleen Dehertog, sage-femme.

M^{me} Dehertog est par ailleurs un peu déçue du nombre d'interventions pratiquées par ses collègues britanniques dans les unités obstétricales. « Quand on est dans un milieu où les interventions sont offertes, automatiquement on y recourt, dit l'intervenante qui a pu le constater aux Pays-Bas. Lorsqu'on pratique en dehors d'un hôpital, on utilise davantage son jugement clinique pour se demander si l'intervention est bien nécessaire. »

Un autre facteur joue aussi : la présence d'une clientèle à risque dans les services d'obstétrique. « Inévitablement, il y a l'influence négative des cas pathologiques. Les soignants vont recourir, pour des accouchements normaux, à des interventions qu'ils emploient pour les naissances à risque. C'est une des raisons pour lesquelles la profession de sage-femme a refait surface dans les années 1970 et 1980 au Québec et au Canada. Il fallait sauvegarder le caractère naturel de l'accouchement », affirme M^{me} Dehertog.

Toutefois, les patientes elles-mêmes ont aussi une influence sur le taux d'intervention dans les unités obstétricales. « Certaines femmes décident d'accoucher à l'hôpital, parce qu'elles ont l'impression que c'est plus sûr et qu'elles veulent avoir la possibilité d'obtenir une péridurale ou d'avoir accès à certaines interventions. Ce n'est pas nous, les médecins, qui décidons de l'administration de la péridurale, c'est la patiente », précise la D^{re} Louise Miner, gynécologue-obstétricienne.



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

13 et 14 septembre 2012

L'urologie, la néphrologie et la sexologie

Hôtel Sheraton Laval, Laval

11 et 12 octobre 2012

La pneumologie

Hôtel Delta Québec, Québec

8 et 9 novembre 2012

Les soins palliatifs –

Traitement de la douleur

Hôtel Delta Québec, Québec

14 et 15 février 2013

La thérapeutique

Hôtel Delta Québec, Québec

14 et 15 mars 2013

L'appareil locomoteur

Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

11 et 12 avril 2013

L'endocrinologie et le métabolisme

Hôtel Delta Québec, Québec



*Par la Fédération
des médecins omnipraticiens
du Québec*

Épargne et investissement

- Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
 - Investissement – Liquidité
 - Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
 - Compte de retraite immobilisé (CRI)
 - Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
 - Fonds de revenu viager (FRV)
 - Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
 - Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEL)
 - Courtage en valeurs mobilières
(REER autogéré, courtage de plein exercice)
 - Fonds FMOQ
 - Autres fonds communs de placement
 - Produits d'Épargne Placements Québec
 - Dépôts à terme
 - Service-conseil
 - Service de planification financière
 - Service d'analyse pour la pratique médicale en société
- Les Fonds d'investissement FMOQ inc.**
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

Programmes d'assurances

- Assurances de personnes
 - Assurances automobile et habitation
 - Assurances de bureau
 - Assurance médicaments
et assurance maladie complémentaire
 - Assurances frais de voyage et annulation
 - Assurance responsabilité professionnelle
- Dale Parizeau Morris Mackenzie :**
514 282-1112 ou 1 877 807-3756

**Tarifs hôteliers d'entreprise
pour les membres de la FMOQ**

Hôtel Le Crystal : 514 380-3448

Téléphonie

Télus : 1 855 310-3737, n° de groupe : 93936

Direction des affaires professionnelles

D^r Michel Desrosiers, directeur
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499