

Gestion des rendez-vous

information et formation sur l'Accès adapté



Photo : SuperStock

AFIN DE MIEUX faire connaître le concept d'Accès adapté (*Advanced Access*), la FMOQ, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), a organisé deux journées d'information, les 28 et 30 mars derniers. À Montréal, 58 médecins y ont participé et 72 à Québec.

Au cours de ces rencontres, des experts ont expliqué en quoi consistent l'Accès adapté et son mode de fonctionnement. Il a aussi été question du programme de formation offert conjointement par la FMOQ et le MSSS aux médecins qui désirent opter pour ce modèle de gestion des rendez-vous.

Créé en Californie à la fin des années 1990 par le **D^r Mark Murray**, l'Accès adapté permet aux médecins de première ligne de réduire leurs listes d'attente et de voir les patients lorsque ces derniers en ont vraiment besoin.

Les médecins peuvent faire l'apprentissage de l'Accès adapté dans le cadre de trois ateliers d'une journée et demie chacun. Le premier a eu lieu les 24 et 25 mai 2012. La toute première cohorte, composée de quinze médecins, l'a terminé.

Le deuxième atelier suivra les 30 et 31 août prochains et le troisième, les 29 et 30 octobre. Chaque médecin participant devient le représentant de son milieu et doit assister aux trois ateliers afin de devenir un initiateur de changement auprès de ses collègues. Le même groupe de médecins se retrouvera donc dans chacun des trois ateliers. L'approche est interactive. Les médecins assistent à des exposés oraux, puis travaillent en groupe et, enfin, prennent part à une plénière où ils discutent avec les formateurs.

Parallèlement, une deuxième cohorte est en formation. Cette fois, elle pourrait être formée d'une vingtaine de médecins. Ce deuxième groupe entreprendra une nouvelle série de trois ateliers, dont le premier est prévu à l'automne 2012. « Notre objectif est d'avoir deux cohortes par année », indique **M^{me} Isabelle Paré**, conseillère en politique de santé et chercheuse à la FMOQ.

Comme l'explique **M^{me} Paré**, un avis d'intérêt (formulaire à remplir) pour le programme de formation et d'accompagnement FMOQ-MSSS en Accès adapté sera lancé à l'automne. Tous les



« Le médecin doit être conscient qu'il ne travaillera plus seul comme avant, mais plutôt de manière différente avec son infirmière. »

– M^{me} Isabelle Paré

médecins de première ligne qui prennent en charge et suivent des patients seront joints par courriel. Des annonces seront également publiées dans le bulletin de la FMOQ ainsi que sur son site Web.

Les ateliers

Au cours du premier atelier, le médecin participant doit être accompagné de sa secrétaire, car c'est elle qui se trouve au cœur du changement. Cet atelier se nomme « Équipe opérationnelle de la clinique ». Le médecin y pose le diagnostic de sa pratique et examine les rôles du personnel administratif de son équipe. Il doit apporter son horaire habituel afin de participer à une simulation de l'application de l'Accès adapté. Cette approche lui permet de planifier son nouvel horaire en fonction des types de rendez-vous qu'il donne et de sa liste d'attente. De plus, il s'entraîne à organiser les futures visites de ses patients.

Le deuxième atelier s'intitule : « Équipe clinique et prestation des services ». Il porte sur la pratique interdisciplinaire. Le médecin s'y présente cette fois avec une infirmière, car il y est question du rôle des infirmières et des autres professionnels de la santé dans l'Accès adapté. Les participants y puisent des outils favorisant l'approche interprofessionnelle et apprennent des mécanismes de liaison, d'orientation et d'autogestion.

L'Accès adapté exige une plus grande collaboration entre le médecin et l'infirmière ainsi qu'un meilleur partage des dossiers entre eux. « Le médecin doit être conscient qu'il ne travaillera plus seul comme avant, mais plutôt de manière différente avec son infirmière, indique M^{me} Paré. Bien qu'elle apporte déjà un immense soutien au médecin, elle travaillera en plus grande collaboration avec lui. » Par exemple, sur cinq patients atteints d'une maladie chronique comme

le diabète, l'infirmière pourrait en suivre un pendant une année, ce qui libérerait le médecin. La deuxième année, c'est le médecin qui s'occuperait à nouveau de ce patient afin que ce dernier bénéficie de son suivi. « On veut ainsi éviter que le médecin ne s'occupe que de cas très lourds », précise M^{me} Paré.

L'Accès adapté propose également des solutions autres que les rendez-vous en personne. Certains médecins ont mis en place un système de consultation avec l'infirmière. Cette dernière peut régler des problèmes par téléphone ou déterminer si le patient doit voir le médecin immédiatement ou plus tard. « Cependant, il y a des médecins qui refusent de travailler de cette manière et préfèrent voir tous les patients », souligne M^{me} Paré.

Le troisième atelier touche la gestion opérationnelle et le maintien du changement. Cette fois, le médecin se présente à l'atelier en compagnie d'un médecin de son milieu. Ce dernier le soutiendra dans l'application de l'Accès adapté. Cet atelier est consacré à la gestion des ressources humaines et matérielles, à l'aménagement et à l'utilisation des locaux, à la gestion de l'information clinique et au maintien du changement. « Une fois que l'on a apporté des modifications, il faut les maintenir et ne pas revenir en arrière », soutient M^{me} Paré. À son avis, le médecin doit être vigilant, car il est facile de transformer l'Accès adapté en service de consultation sans rendez-vous.

Soutien offert

En aucun temps, le médecin qui fonctionne selon l'Accès adapté n'est laissé à lui-même. Ainsi, entre chaque atelier et même après, il peut recourir à un forum de discussion sur Internet qui lui assure un lien constant avec les autres participants et les formateurs. Si un médecin a une question ou un problème, il obtiendra la solution par l'entremise de ce réseau.

Le médecin aura également accès aux données et au matériel des ateliers sur le site Internet de la FMOQ. « Nous tentons d'éviter que les médecins soient aux prises avec des difficultés et se découragent, précise M^{me} Paré. On veut les aider en cas d'obstacle. » De plus, chacun des participants reçoit une clé USB lui permettant de partager le contenu des ateliers qu'il a suivis avec ses collègues.

Les prochains ateliers

La FMOQ indiquera sur son site Internet les dates des prochains ateliers sur l'Accès adapté (*Advanced Access*). Des textes sur le sujet paraîtront également dans *Le Médecin du Québec* et dans le *Bulletin de la FMOQ*. « Les médecins seront bien informés sur le sujet, dit le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. Ils pourront manifester leur intérêt à faire partie d'une prochaine cohorte et s'inscrire en ligne. »

Au besoin, les médecins peuvent communiquer avec les personnes-ressources de la FMOQ, soit M^{me} Isabelle Paré, le D^r Serge Dulude ou le D^r Claude Guimond, directeur de la Formation professionnelle.

« Il est possible, au début, qu'il soit le seul de son milieu de travail à fonctionner en Accès adapté. Rapidement, les autres médecins choisiront sans doute de le suivre. »

Comme le fait remarquer M^{me} Paré, ce sont souvent les secrétaires et les infirmières qui demandent aux médecins de passer à l'Accès adapté. « Dans le système actuel, elles doivent souvent refuser un rendez-vous à un patient, l'horaire n'étant pas encore prêt ou étant bien trop chargé. Par contre, dans l'Accès adapté, les patients satisfaits les remercient, car ils voient le médecin quand ils en ont vraiment besoin. Cependant, dans certaines cliniques, des secrétaires ont quitté leur travail, car elles ne pouvaient fonctionner selon ce modèle. »

M^{me} Paré estime que les deux journées d'information et le premier atelier ont été un succès. « Nous sommes très heureux du déroulement de cette première série d'ateliers, et les médecins inscrits l'ont été tout autant. Dès la fin du premier atelier, les participants sont en mesure d'appliquer les principes de l'Accès adapté. »

Toutefois, tous les médecins ne sont pas convaincus d'emblée qu'ils doivent changer leur pratique pour l'Accès adapté. « Parmi les participants, on a observé des réticences ou des inquiétudes, précise M^{me} Paré. Il y en avait un qui ne semblait pas adhérer complètement à la formule. Néanmoins, à la fin, il était séduit. Nous sommes là pour guider les médecins, évaluer les forces, les faiblesses, les obstacles de chaque cas afin de soutenir les cliniciens dans ce processus de changement de leur style de pratique. »

Collège des médecins du Québec

révision du Code de déontologie

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

M^e Pierre Belzile

Le Collège des médecins du Québec a commencé, il y a plusieurs mois, la révision de son *Code de déontologie*. Cet exercice n'avait pas été fait depuis 2002. Pour enrichir sa réflexion, le Collège a demandé à plusieurs organismes

de lui faire parvenir leurs commentaires.

La Fédération s'est donc penchée sur le Code. De prime abord, elle le trouve trop volumineux avec ses 124 articles. Par comparaison, le code de déontologie de l'Association médicale canadienne n'en compte que 54. « Tente-t-il de régler trop de cas particuliers ? Comporte-t-il des redondances ? Contient-il des dispositions inutiles ? », demande le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, dans la lettre qu'il a envoyée au Collège.

Dans certains cas, le *Code de déontologie des médecins* entre inutilement dans les détails, déplore la Fédération. L'article 72 sur les baux et les loyers en est un exemple flagrant. Il stipule que toute entente de location qu'un médecin conclut dans le cadre de sa pratique doit non seulement être écrite, mais aussi indiquer

qu'elle respecte le *Code de déontologie*. Pour la Fédération, cette exigence va trop loin.

« Le médecin a prêté serment quand il est entré dans la profession et s'est entre autres engagé à respecter son code de déontologie. On pourrait simplement dire aux médecins de faire attention de ne pas se mettre en situation de conflit d'intérêts », indique **M^e Pierre Belzile**, directeur du Service juridique de la FMOQ.

Dans quelle direction doit-on orienter le prochain code ? « Il faut revenir à l'essentiel de ce que devrait être un code de déontologie, c'est-à-dire l'encadrement de l'exercice de la médecine d'une façon générale en faisant appel au bon jugement des médecins », estime l'avocat.

Prise en charge et suivi

Certains articles du *Code de déontologie* inquiètent les omnipraticiens. Par exemple, ceux de la section « Prise en charge et suivi ». Ils indiquent qu'un médecin doit assurer le suivi d'un patient qu'il a pris en charge jusqu'à ce qu'un collègue prenne la relève. « Il y a des médecins qui en sont venus à croire qu'ils ne pouvaient plus prendre leur retraite, déménager ou réorienter leur carrière », dit M^e Belzile. Malgré leurs efforts, bien des cliniciens restent incapables de trouver un remplaçant. « L'obligation déontologique est alors disproportionnée et, dans bien des cas, elle fait peser une obligation déraisonnable sur les épaules des médecins », souligne la FMOQ dans ses commentaires.

D'autres obligations deviennent de plus en plus lourdes pour les médecins de famille. Par exemple, l'article 112 mentionne que « le médecin doit, lorsqu'il dirige de sa propre initiative un patient à un autre professionnel, fournir à celui-ci les renseignements qu'il possède et qui sont pertinents à l'examen, à l'investigation et au traitement du patient. » Cependant, les autres spécialistes et certains gestionnaires d'hôpitaux réclament de plus en plus d'informations des médecins de famille

pour réduire leur propre charge de travail. La FMOQ reçoit beaucoup de plaintes à ce sujet. « Cette tendance est si forte que plusieurs médecins omnipraticiens ont l'impression d'être devenus des machines à remplir des questionnaires et des formulaires. Nous pensons qu'une juste interprétation de l'article 112 ne requiert pas que les médecins omnipraticiens complètent une multitude de formulaires aux seules fins de simplifier la tâche des établissements et des médecins des autres spécialités », indique le D^r Godin dans sa lettre.

Profits

À l'occasion de la révision du *Code de déontologie*, la FMOQ aimerait que le Collège des médecins revoie sa position sur les profits dans le cadre de la pratique médicale. On trouve dans le *Code de déontologie* des expressions telles que « obtenir indûment un profit » ou au contraire « frais raisonnables ». « On interdit aux médecins de tirer des avantages financiers quels qu'ils soient de l'exercice de leur profession. La Fédération aimerait que le *Code de déontologie* soit dépoussiéré d'une culture qui date du 19^e siècle », explique M^e Belzile.

L'objectif du Collège semble noble, mais pose des difficultés. Il empêche de transformer les cliniques médicales en de véritables entreprises. Ainsi, les médecins qui achètent de l'équipement ou engagent du personnel supplémentaire ne peuvent espérer obtenir un remboursement. « Bien des cliniques éprouvent des problèmes et ont de la difficulté à recruter des médecins. On ne comprend pas pourquoi, comme société, on ne devrait pas donner toutes les chances possibles à ces entreprises de bien se développer. Cela veut dire leur permettre de faire des profits et d'être rentables », précise l'avocat.

D'autres professions n'ont pas les mêmes scrupules. « À titre de propriétaires, les pharmaciens sont autorisés à réaliser des profits dans l'exercice de leurs activités commerciales, et ce, bien que dans l'exercice de la pharmacie,

ils soient tenus aux mêmes obligations déontologiques que les médecins », donne comme exemple la Fédération.

Parfois, le médecin est même lésé par le souci de ne pas faire indûment payer le patient. Ainsi, l'article 95 permet au médecin d'exiger du patient des frais raisonnables n'excédant pas le prix de la reproduction ou de la transcription des documents et le coût pour en transmettre une copie. Cependant, il n'est nullement mentionné que le clinicien peut exiger des honoraires pour le temps consacré à la sélection des données. La FMOQ estime qu'il devrait pouvoir le facturer.

L'article 76 qui interdit au médecin de vendre des médicaments devrait-il, par ailleurs, lui aussi être revu ? « La Fédération ne dit pas que les médecins doivent dorénavant avoir le droit de vendre des médicaments, mais elle interroge le Collège à ce sujet. Il faut essayer d'évoluer avec la société. On doit se poser des questions, parce qu'on va édicter de nouvelles règles qui vont être en vigueur pendant au moins une décennie », explique M^e Belzile.

Baux et loyers

La section du *Code de déontologie* concernant les baux et les loyers demeure toujours inadmissible pour la Fédération. « Que le Collège demande à voir le bail d'un médecin lors d'une visite d'inspection professionnelle peut parfois se justifier. Dans cette mesure, il eut été suffisant que l'article 72 exige qu'une entente visant la jouissance d'un immeuble ou d'un local soit convenue par écrit. Il était inutile et insultant d'aller aussi loin que d'exiger une attestation à l'effet que celle-ci respecte le Code », a écrit la FMOQ. La Fédération estime par ailleurs que cette obligation ne sert d'aucune manière à protéger le public.

La Fédération a été heureuse de participer à la consultation du Collège. L'exercice est important. Le Collège va travailler à la mise à jour du *Code de déontologie* pendant au moins un an. Les médecins devraient être consultés sur la nouvelle version vers juin 2013. 📄

Entrevue avec la D^{re} Lyne Thériault

La médecine familiale, un domaine valorisant



Photo: Emmanuelle Garnier

D^{re} Lyne Thériault

La présidente de l'Association des médecins omnipraticiens des Bois-Francis, la D^{re} Lyne Thériault, estime que de nombreux côtés de la médecine familiale de première ligne peuvent séduire les externes, les résidents et les jeunes omnipraticiens.

M.Q. – Votre clinique médicale propose des stages aux résidents et aux externes. Que leur offrez-vous de particulier ?

L.T. – Ici, dans les Bois-Francis, nous pratiquons une vraie médecine familiale. Nous touchons un peu à tout, et les stagiaires nous suivent partout. Ainsi, ils voient nos propres patients au cabinet, nous accompagnent à l'hôpital et à l'urgence et participent à toutes les activités du groupe. Ils apprécient par-dessus tout le travail en cabinet, car c'est celui qu'ils connaissent le moins.

M.Q. – Quel type de stagiaires recevez-vous ?

L.T. – Étant associée à l'Université de Sherbrooke, je reçois des externes et des résidents 1 et 2 en médecine familiale.

M.Q. – Exercez-vous exclusivement au cabinet ?

L.T. – Oui. Durant les premières années de ma pratique je ne travaillais qu'à l'urgence, puis j'ai ajouté le cabinet. Après avoir fait de l'urgence pendant 23 ans, j'ai cessé pour me consacrer entièrement au cabinet, car les besoins sur ce plan me semblaient plus pressants dans ma localité avec l'arrivée de jeunes médecins à l'urgence de l'établissement où je pratiquais.

M.Q. – Qu'est-ce qui vous passionne dans la pratique en cabinet ?

L.T. – C'est la prise en charge de toute la famille et la possibilité de voir une grande variété de problèmes. Au début, j'avais plusieurs patientes adolescentes qui me demandaient de faire leur suivi gynécologique. Maintenant, je traite également leurs enfants. Il y a même des patients qui voient le spécialiste et qui nous demandent ensuite si on est d'accord avec les décisions de ce dernier.

M.Q. – La reconnaissance des patients est-elle fondamentale pour vous ?

L.T. – Je ne pensais pas que j'avais besoin de ce lien avec les patients. À l'urgence, on règle un problème, le patient s'en va et on ne le revoit jamais. Au cabinet, la valorisation que nous apportent les patients ainsi que l'attachement qu'ils ont pour nous sont un plus. On apprend à connaître notre clientèle. Il s'agit de relations humaines et de relations d'aide très intenses. Dans ces contacts à long terme, on se sent utile et apprécié.

M.Q. – Un des rôles intéressants du médecin de famille n'est-il pas d'être en quelque sorte le chef d'orchestre des soins aux patients ?

L.T. – Pendant notre cours, on se fait dire : « Ah, tu es trop bon pour être seulement un médecin de famille ». Mais le médecin de famille touche les fondements du système de santé. Si on ne faisait pas ce travail de chef d'orchestre, tout le monde jouerait en solo.

M.Q. – Cela entraînerait une cacophonie...

L.T. – Si le spécialiste, l'infirmière et les autres professionnels de la santé travaillaient seuls, chacun de leur côté, sans avoir une vue d'ensemble du patient, cela donnerait lieu effectivement à une cacophonie et à de sérieux problèmes. Grâce au travail en cabinet, j'ai découvert le rôle de leader du médecin de famille, ce que l'on apprend moins durant la résidence. C'est particulièrement vrai dans les milieux périphériques où l'on suit une grande diversité de cas. De plus en plus, on voit des médecins de famille qui se spécialisent en psychiatrie ou en gériatrie par exemple. Ainsi, ils deviennent des mini-spécialistes. Bien sûr, c'est intéressant, mais on ne peut pas tous faire ça. Il est nécessaire d'avoir des médecins qui se trouvent à la base afin de tout surveiller. Oui, on peut parler de chef d'orchestre ou de directeur du train qui aiguille le patient dans le dédale des services de santé.

M.Q. – Quels sont les moments les plus intenses que vous vivez en tant que médecin de famille ?

L.T. – Il est certain que ce sont les bons coups que l'on fait. Par exemple, j'ai dépisté un cancer du côlon chez une patiente lors d'un bilan de santé annuel. Quand elle a commencé à faire de l'anémie, je l'ai dirigée tout de suite vers un spécialiste. J'ai reçu le rapport avant les vacances de Noël. Je me suis demandé : « dois-je lui annoncer immédiatement qu'elle doit passer d'autres examens ? ». Lorsque je lui ai téléphoné, elle s'est mise à pleurer. Son mari m'a rappelée pour savoir ce que je lui avais dit. Je

m'en voulais. Je me disais que c'était le temps des Fêtes et que de toute manière les examens n'auraient pas lieu immédiatement. En même temps, j'ai pensé qu'en demandant les examens tout de suite, il y avait des chances que toute l'évaluation ait lieu plus tôt. Effectivement, la patiente a été examinée en janvier. Elle souffrait d'un cancer du côlon assez avancé. Elle et son mari ont vu le spécialiste. Ce n'était pas des patients faciles. Tout s'est très bien passé. Maintenant, ils reviennent me voir avec confiance. J'ai découvert quelque chose lors d'un examen général, ce qui a permis de procéder à des examens plus poussés rapidement. Ainsi, le médecin de famille voit les gens et les aide à rester en bonne santé. Parfois, on les attrape juste au bon moment. Quand on fait de bons coups comme ça, on est toujours satisfait. Lorsque je vois des femmes avec leur bébé, c'est également très plaisant. Je vois aussi des patients souffrant de dépression. J'ai l'habitude de leur dire que souvent, un an ou deux après, les gens qui en ont été atteints sont presque contents d'avoir eu ce problème, car il leur a permis de réaliser plusieurs choses. On suit ces patients toutes les deux ou trois semaines pour remplir les formulaires d'assurances, ajuster le traitement médicamenteux, les conseiller, les orienter vers le psychologue, quoique souvent le médecin de famille fait un peu de psychothérapie. Finalement, les gens recentrent leur vie sur les choses importantes. Lorsqu'ils viennent nous voir par la suite, ils sont contents et nous sommes heureux de les avoir accompagnés dans ce processus vers le mieux-être.

M.Q. – À quoi sont sensibles les étudiants et les résidents ?

L.T. — Je pense qu'ils sont sensibles à la relation avec les patients, au fait de les rencontrer, à la bonne humeur qui règne au cabinet, aux réussites des médecins. Contrairement parfois à ce qui se passe à l'hôpital, les patients sont de bonne humeur au cabinet, car ils ne sont souvent là que pour un suivi, de la prévention ou un renouvellement d'ordonnance. Ce ne sont pas toujours des gens très malades. Quand c'est le cas, ils se sentent aidés, et leur bonne humeur revient.

M.Q. – Est-ce important que les médecins de famille reçoivent des résidents dans leur clinique ?

L.T. — Il est fondamental de s'engager tôt dans la formation du médecin, ce qui se faisait moins auparavant. Maintenant, il y a des stages en 1^{re} et en 2^e année de médecine. C'est vraiment important, car nos jeunes médecins en formation ont beaucoup de

contacts dans les hôpitaux, des milieux d'enseignement où il y a une forte influence des spécialistes.

Par ailleurs, certains spécialistes m'ont déjà dit qu'ils ne pourraient pas faire de médecine familiale, car il faut connaître un peu de tout. Comme omnipraticien, on n'excelle dans rien, mais on doit être bon dans tout. Il faut être polyvalent et combattre l'insécurité dans les branches de la médecine où l'on n'excelle pas. C'est plus sécurisant pour le spécialiste qui connaît très bien son domaine. Les médecins de famille doivent être capables d'orienter les patients vers toutes les spécialités et de le faire adéquatement. Il faut accepter d'avoir des limites, de ne pas être parfait dans tout. Certains médecins de famille se spécialisent dans un domaine en particulier, peut-être pour compenser cette insécurité.

M.Q. – Est-ce que ça exige beaucoup de temps de recevoir des stagiaires ?

L.T. — Oui. Bien sûr, il y a une rémunération associée à cette activité, mais on le fait avant tout pour le bien commun. On veut faire connaître la médecine familiale afin d'assurer la relève. Dans notre clinique, nous sommes trois médecins qui encadrons les externes ou les résidents selon nos horaires. Il faut les écouter, faire de l'enseignement, discuter des problèmes de santé des patients au fur et à mesure, etc. La journée est intéressante, mais elle est alourdie par tout cela. Souvent, je n'ai pas le temps de terminer mes dossiers ni de faire mes appels lorsque je supervise un externe. Toutefois, c'est très stimulant. Les jeunes médecins posent des questions, ce qui nous oblige à revoir nos connaissances.

M.Q. – Les jeunes médecins hésitent souvent entre la pratique en première et en deuxième ligne.

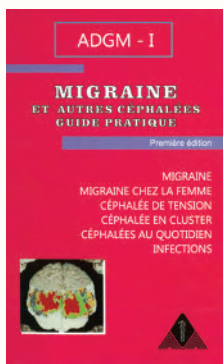
L.T. — Ils sont tellement exposés à la deuxième ligne qu'ils ne voient que cela. La deuxième ligne est sécurisante parce que l'on travaille en équipe. En cabinet, on est seul. C'est pourquoi il faut aussi leur montrer que, contrairement au spécialiste, on n'est pas obligé de tout régler au cours d'une seule consultation, qu'on peut revoir le patient, se renseigner et lui faire passer des examens. Par exemple, on peut avoir un patient qui consulte pour de la fatigue sans en trouver la cause immédiatement. On doit explorer, évaluer, parfois lire sur différentes affections et revoir le patient. Il faut donc apprendre assez tôt aux jeunes médecins de famille à vivre avec cette insécurité. Pour y arriver, il est important qu'ils sachent tout cela, nous voient travailler et puissent apprécier les petits et grands plaisirs du suivi au cabinet !

Des nouvelles des associations...

Association de la Mauricie Publication d'un guide sur les céphalées

L'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie présente un nouveau guide pratique, « Migraine et autres céphalées », publié par son responsable de la formation continue, le

D^r Jean Desaulniers¹.



L'ouvrage a pour but d'aider les médecins à poser un diagnostic devant un mal de tête. S'agit-il d'une céphalée inquiétante sur le plan clinique ou d'un problème à traiter au quotidien ? L'auteur principal du guide, le neurologue Michel Aubé, avertit que certains symptômes

peuvent être le signe d'une céphalée secondaire : la céphalée qui se manifeste dans la cinquantaine, qui apparaît subitement ou qui est progressive, qui commence avec un effort, qui est accompagnée de symptômes neurologiques ou généraux ou encore la céphalée primaire qui change de fréquence, d'intensité ou d'endroit.

L'ouvrage aborde tous les types de maux de tête : la migraine, mais aussi la céphalée de tension, l'algie vasculaire de la face (*cluster headache*), les céphalées quotidiennes chroniques et les maux de tête dus aux infections. Lesquels sont les plus fréquents ? Parmi les céphalées primaires se trouvent les céphalées de tension (70 %), suivies des migraines (16 %) et des algies vasculaires de la face (0,3 %). Les céphalées secondaires, elles, sont surtout causées par le jeûne (19 %), des problèmes otorhinolaryngologiques (15 %) ou un traumatisme crânien (4 %).

« Ce guide répond à un besoin chez les médecins de famille qui suivent une clientèle dans leur cabinet », explique le D^r Desaulniers, également l'un des auteurs. L'ouvrage sera régulièrement mis à jour. **EG**

1. Les Éditions Formed, Trois-Rivières, 2012, 194 pages, 24,95 \$ (formed@videotron.ca)

Prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ

Nord-Ouest du Québec

Samedi
8 septembre
17 h
Centre de Formation
professionnelle Lac-Abitibi
500, rue Principale
La Sarre (QC) J9Z 2A2
819 333-2387

Bas-Saint-Laurent

Mercredi
19 septembre
18 h
Centre des congrès de Rimouski
225, boul. René-Lepage E.
Rimouski (QC) G5L 1P2
418 725-5000

Gaspésie

Judi
20 septembre
17 h
Hôtel des commandants
178, rue de la Reine
Gaspé (QC) G4X 1T6
418 368-3355 ou 1 800 462-3355

Côte-Nord

Vendredi
21 septembre
Après-midi
Hôtel Le Manoir
8, avenue Cabot
Baie-Comeau (QC) G4Z 1L8
1 866 796-3391
www.manoirbc.com

Saguenay—Lac-Saint-Jean

Judi
4 octobre
Vers 16 h 30
Auberge Universel
1000, boul. des Cascades
Alma (QC) G8B 3G4
418 668-5261

AMOEP

Vendredi
5 octobre
Québec

Médecins âgés

la passion de la médecine après 50 ans de pratique

Francine Fiore



Photo : SuperStock

Au Québec, plus de 250 omnipraticiens boudent la retraite. Armés d'expérience, de patience et de compétences, ils ont choisi de continuer à exercer même à un âge avancé, n'étant aucunement touchés par le poids des années.

S'IL A RALENTI SON rythme, le **D^r Pierre Chapdelaine**, médecin omnipraticien à Sainte-Anne-de-Bellevue, n'a pas délaissé ses patients pour autant. Aujourd'hui âgé de 77 ans, il cumule 51 années d'expérience

et a bien l'intention de continuer. Depuis un an et demi, il a installé son cabinet dans sa maison. Il y travaille une douzaine d'heures par semaine comparativement à 75 auparavant.

Dans sa pratique, le D^r Chapdelaine traite plusieurs cas d'hypertension, de diabète, de maladies dégénératives. Il constate beaucoup d'insécurité, d'angoisse, de troubles anxieux et d'états dépressifs chez ses patients. En outre, il suit de nombreuses personnes souffrant de démence. À son avis, il faut de la patience et une grande disponibilité pour s'en occuper adéquatement. « Parfois,

les patients ne nous répondent pas, dit-il. Mais si on les prend par le bras, si on les cajole un peu, ils se sentent réconfortés et se livrent plus facilement. Par exemple, un jour une dame m'a dit : je suis grand-mère. Je lui ai répondu : moi, je n'ai plus de grand-mère. Voulez-vous être la mienne ? Et c'est parti ! On a entamé la conversation. La dernière chose qui disparaît chez les malades, ce sont leurs émotions. En vieillissant, on a plus d'écoute et on sait mieux quoi dire à

des personnes âgées, car on a vécu à la même époque qu'elles et souvent des choses semblables. » Le D^r Chapdelaine accepte encore de nouveaux patients. « Récemment, une dame âgée m'a envoyé une lettre me demandant de la prendre comme patiente. Cela m'a touché, et je lui ai téléphoné. »

Bien sûr, les patients sont de plus en plus informés et donc plus exigeants envers leur médecin. « On est obligé de faire beaucoup de formation médicale continue si on veut bien soigner les malades, dit le D^r Chapdelaine. Mais même s'ils ont passé la nuit sur Internet, rien ne remplace la rencontre avec leur médecin. »

Pourtant, il y a treize ans, le D^r Chapdelaine aurait bien pu opter pour une joyeuse retraite

dorée. Alors âgé de 64 ans, passionné de bateaux et de voitures de course, il était un joueur de golf invétéré et un bon vivant. Il a alors reçu une proposition qu'il ne pouvait refuser : devenir le responsable du Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Vaudreuil-Dorion. Il a occupé ce poste jusqu'à l'âge de 76 ans.

Après une fracture de la hanche, il a démissionné et est parti se reposer quelques mois en Floride. Cependant, ses patients lui manquaient.

Le D^r Chapdelaine estime que les omnipraticiens qui continuent d'exercer après l'âge de la retraite contribuent à alléger la pénurie de médecins de famille. Toutefois, il souhaite que le Collège encourage les médecins à rester actifs plus longtemps en leur donnant les outils dont ils ont besoin pour maintenir leurs

compétences et en facilitant l'accès à la formation continue. « Par exemple, au lieu d'envoyer un médecin suivre un tutorat loin de chez lui, on pourrait plutôt lui permettre de travailler dans un GMF plus rapproché avec un médecin qu'il connaît. En plus d'apprendre de nouvelles choses, il aidera le médecin qui le reçoit. »

Le D^r Chapdelaine a l'intention de poursuivre sa pratique le plus longtemps possible. « Maintenant, je profite de la vie, car je n'ai pas eu de jeunesse, fait-il remarquer. Je me suis marié en troisième année de médecine. Les nombreuses heures de travail ont compromis ma vie familiale. Il est certain que mon épouse a trouvé cela difficile. J'ai



D^r Pierre Chapdelaine

très peu vu mes enfants. C'est une bonne chose que les jeunes médecins se préoccupent de leur vie privée. »

Pas fatigué

En 1996, à l'âge de 71 ans, le **D^r Émilien Sirois**, médecin de famille à Lévis, avait bel et bien pris sa retraite. Comme plusieurs médecins, il avait accepté la prime de départ qu'offrait le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Ainsi, pendant trois ans, le D^r Sirois a cessé d'exercer. « Il est certain que la pratique me manquait », indique le médecin. Mais il n'a pas chômé pour autant, car il avait son plan. « Mon besoin profond d'aider et de rendre service aux personnes malades, particulièrement aux gens âgés, ne s'est pas éteint. J'ai poursuivi ma formation médicale pour mieux comprendre et mieux traiter les patients en CHSLD, pour leur prodiguer les meilleurs soins et services physiques, psychologiques et mentaux. C'est comme si je pressentais qu'on me rappellerait. » Et ce fut le cas. Il y a huit ans, il est retourné pratiquer dans un CHSLD une journée par semaine.

Aujourd'hui âgé de 87 ans, le D^r Émilien Sirois compte 55 années de pratique. Ayant toujours été très actif au cours de sa carrière, il ne baisse jamais

les bras. C'est l'amour des personnes âgées qui le motive. « Sans douter de la compétence des jeunes médecins, qui peut mieux comprendre

les besoins et les traitements nécessaires des personnes âgées qu'une autre personne âgée ».

A-t-il l'intention d'arrêter la médecine un jour ? Pas tant qu'il aura la santé. « Si j'étais vraiment fatigué, il est certain que j'arrêtera. Mais je ne suis pas fatigué, je suis surtout fatigué, lance joyeusement le D^r Sirois. Je suis un hyperactif non traité. Pour moi, le travail, c'est comme une thérapie. »

Le D^r Sirois souhaite être encore là longtemps. Pour le bien-être de ses chères personnes âgées il continue d'apprendre grâce à la formation médicale continue « Je n'abandonnerai jamais mes patients. La médecine consiste à soigner les gens de la naissance à la mort. Or, les personnes âgées ne sont pas mortes. Donc, il faut bien les traiter. »

Rien d'autre après la médecine

Comme il l'a toujours fait, le **D^r Yves Côté**, médecin de famille, s'occupe encore de patients vulnérables et de personnes aux prises

avec des problèmes psychiatriques, d'alcoolisme ou autres. À 77 ans, il exerce



D^r Émilien Sirois



D^r Yves Côté

Photo : Jacques Fiore

quatre jours par semaine à son cabinet médical de Montréal et il accepte toujours de nouveaux patients. « Mon épouse est ma secrétaire, dit-il. Nous ne sommes pas informatisés, et cela fonctionne très bien ainsi. On est en forme et en bonne santé. Il n'y a pas de raison d'arrêter de travailler. » Certaines personnes lui disent qu'il y a d'autres choses à faire après la médecine dans la vie. « Quoi leur demande-t-il ? Si j'arrêtais, je m'ennuierais. »

Conscient des progrès technologiques, le D^r Côté a toujours tenu à poursuivre sa formation médicale continue, histoire de rester au courant des nouveautés. Et il a bien fait. Récemment, il a reçu la visite d'un médecin inspecteur du Collège. Il était prêt. L'inspecteur n'a rien eu à lui reprocher sur la qualité des soins qu'il prodigue à ses patients. Cependant, dans une perspective d'amélioration, il l'a orienté vers des journées de formation sur la tenue des dossiers.

Une vocation

Pratiquant à Sainte-Anne-de-Bellevue, le **D^r Paul-Émile Godin**, médecin omnipraticien de 79 ans, travaille environ 65 heures par semaine et même plus. Il exerce en solo à temps plein et suit 2000 patients inscrits, dont 900 vulnérables.

En outre, le D^r Godin fait partie du GMF Le Nordet et collabore au service de consultation sans rendez-vous de la clinique-

réseau du Carrefour Beauport quelques fois par mois, où il participe toujours aux gardes de 24 heures, sept jours sur sept. De plus, il donne des soins palliatifs à domicile et assure le suivi de personnes en perte d'autonomie qui ne peuvent se déplacer. « J'accepte encore de nouveaux patients afin de les dépanner, indique le D^r Godin. Par exemple, si on m'appelle pour un enfant malade, je suis incapable de refuser. » Le D^r Godin a fêté ses 52 ans de pratique le 1^{er} juillet dernier.

Aux yeux de l'omnipraticien, la formation continue est fondamentale pour suivre l'évolution de la médecine. « Particulièrement lorsque l'on exerce en solo », dit-il. Ainsi, ses champs d'intérêt sont les maladies chroniques, le traitement de la douleur, les soins palliatifs, les troubles neurologiques, soit tous les problèmes qui touchent ses patients. Le D^r Godin a, lui aussi, reçu récemment la visite du Collège. « C'est une bonne chose, dit-il. Ainsi, les inspecteurs

peuvent vérifier la qualité de la médecine que l'on pratique et nous connaître. »



D^r Paul-Émile Godin



D^r Claude Jetté

Photo : Marcel La Haye

Le D^r Godin a toujours eu une bonne santé et est très actif physiquement. « Travailler ne me fatigue pas, dit-il. Je me tiens en forme et je vais très bien. Je coordonne facilement mon travail et mes loisirs. Je joue au golf, je fais de la bicyclette, je marche beaucoup, je chasse et je pêche. En hiver, je fais du ski de fond au Mont-Saint-Anne. Le travail médical n'empiète pas sur sa vie familiale. Je pratique dans ma maison, précise-t-il. J'ai donc toujours été avec ma famille. J'ai deux enfants et quatre petits-enfants, qui habitent tout près. »

Le D^r Godin ne regrette pas de ne pas avoir pris sa retraite. « Je ne me serais pas vu arrêter plus tôt. Dans mon cas, la médecine est sûrement une vocation. C'est devenu une passion avec le temps, et j'aime toujours cela autant qu'avant. Quand je me lève le matin, je suis de bonne humeur et j'ai hâte de travailler. »

Familles entières

« Je suis des familles entières, dit le D^r Claude Jetté. Maintenant, je traite les enfants des enfants que j'ai mis au monde qui sont rendus dans la trentaine et la quarantaine. »

Médecin omnipraticien de 76 ans, le D^r Jetté exerce maintenant en solo après avoir longtemps été attaché à l'Hôpital Bellechasse, à Montréal. Il travaille dans son cabinet deux jours et demi par semaine, soit environ 20 heures au total. À son actif, il a au moins 1000 patients, mais n'en prend plus de nouveaux.

« Ma clientèle se compose surtout de personnes de plus de 65 ans. C'est agréable, car je côtoie mes patients depuis longtemps.

Il est plus facile de poser un diagnostic quand on connaît bien les gens, leur antécédents familiaux, leurs problèmes, etc. Ces patients apprécient beaucoup le travail que l'on fait pour eux. Si j'avais pris ma retraite plus jeune, je me serais certainement énormément ennuyé. Je suis très actif dans la vie. Je fais beaucoup de sport. De plus, j'écris mes mémoires. »

Une pionnière

À 77 ans, la D^{re} **Fernande Soucy-Hirtle**, médecin de famille, exerce depuis douze ans à la Maison Michel-Sarrazin, un centre de soins palliatifs de Québec. « En ce qui concerne l'âge, je suis la mémé de la maison, mais la benjamine en termes d'années de service. »

Entrée à la Faculté de médecine de

l'Université Laval en 1954, la D^{re} Soucy-Hirtle est une pionnière de la médecine au féminin. Diplômée en 1960, elle fêtera ses 52 ans de médecine cette année. Mère de quatre enfants, elle a su marier vie professionnelle et familiale. « J'étais bien organisée », dit-elle. Sa fille, la D^{re} Ann Hirtle, également médecin de famille, a suivi ses pas, mais, évidemment, dans un contexte bien différent de celui de sa maman.

« Dans ma promotion, nous étions six femmes sur 160 diplômés, raconte-t-elle. Mais ce

n'était pas difficile d'être une étudiante dans un groupe d'hommes. Puis l'Hôpital Jeffery-Hale, de Québec, m'a ouvert les portes. J'y suis restée une vingtaine d'années. À un moment donné, j'étais dans une clinique privée où il fallait accepter tout le monde.



D^{re} Fernande Soucy-Hirtle

Le Collège et les médecins âgés

Depuis quelque temps, le Collège des médecins du Québec (CMQ) fait parvenir un questionnaire à certains médecins diplômés depuis plus de 35 ans. Les cliniciens de 70 ans et plus sont particulièrement visés. Combien sont-ils ? En janvier 2011, 1097 médecins actifs avaient au moins 70 ans, dont 274 étaient médecins de famille.

Les principaux aspects examinés par le Collège sont la condition physique et la compétence. « À partir d'un certain âge, il est possible que le médecin soit aux prises avec des capacités réduites et des problèmes de santé, comme cela peut arriver à tout le monde », affirme le **D^r Charles Bernard**, président-directeur général du CMQ.



D^r Charles Bernard

Le Collège propose donc aux médecins présentant certains besoins un programme de formation continue pour le maintien de leurs compétences. S'il a des lacunes sur le plan des connaissances, le clinicien peut être soumis à un tutorat. Il peut continuer à pratiquer, mais il devra régulièrement rencontrer un mentor qui révisera ses dossiers et discutera avec lui. Le mentor lui fera des suggestions en vue d'une amélioration. Cela peut durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

« Ce n'est pas au Collège de déterminer quand le médecin doit lâcher prise, dit le D^r Bernard. Il n'y a pas d'âge de retraite obligatoire pour les médecins. L'objectif du Collège est d'avoir de bons médecins sur le marché du travail, qu'ils soient jeunes ou vieux. »

Toutefois, le CMQ incite les médecins plus âgés à entreprendre une réflexion sur leur pratique et sur leur éventuelle retraite. Il

souhaite que ces médecins prennent l'initiative de se faire évaluer, s'ils se sentent moins capables, afin de déterminer s'ils ont des difficultés sur certains plans. « Les inspecteurs peuvent les conseiller sur une réorientation de leur pratique dans un domaine particulier où ils pourraient assurer d'excellents services au lieu de tout faire comme avant. »

J'étais débordée. Je me suis dit : « ce n'est pas comme cela que je veux faire de la médecine ».

À l'âge de 62 ans, la D^{re} Soucy-Hirtle a reçu une offre de prime de départ du MSSS. Elle est donc partie étudier la bioéthique à l'Université de Montréal. « À la fin de mes études, j'ai vraiment pris ma retraite... pendant quinze jours. Je me suis dit que cela ne pouvait pas durer et j'ai offert mes services à la Maison Michel-Sarrazin. J'avais alors 65 ans. J'ai commencé comme remplaçante au centre de jour, où je suis toujours. J'ai aussi une formation en hypnose,

ce qui peut avoir des effets bénéfiques en soins palliatifs. »

La D^{re} Soucy-Hirtle travaille intensément quatre jours par semaine, soit autour de 25 heures. Elle ne pense pas à la retraite, car elle ne peut s'imaginer arrêter de travailler. « J'ai besoin du contact avec les gens et d'aider les patients, reconnaît-elle. Bien sûr on s'attache à eux et il est difficile de les voir partir. Mais si on n'est pas fait pour cela, on ne le fait pas. » La D^{re} Soucy-Hirtle n'a pas de regrets et ne changerait rien à son parcours. ☺