

# Entrevue avec le D<sup>r</sup> Louis Godin

## le 50<sup>e</sup> anniversaire de la Fédération

*Le 12 janvier 1963, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec voyait le jour. Elle a été créée au cours d'une assemblée constituante par les représentants de six associations médicales de différentes régions du Québec : l'association de Québec – qui a officiellement été fondée en 1960 –, celle de Montréal – qui a été mise sur pied en 1961 –, et quatre autres qui venaient d'être formées, les associations des Bois-Francs, de Laurentides-Lanaudière, du Sud-Ouest et de la Mauricie.*

*Au cours de la réunion, le D<sup>r</sup> Jules-Édouard Dorion, de l'association de Québec, est alors élu président de la FMOQ. Le nouvel organisme se donne plusieurs objectifs concrets : obtenir un tarif unique et uniforme, organiser l'enseignement médical continu et créer un régime d'assurance groupe.*

*La FMOQ veut également étendre le mouvement syndical à l'ensemble de la province. Déjà, au cours de l'année 1963, des associations d'autres régions s'y affilient : celles de l'ouest du Québec, de Richelieu-Saint-Laurent et de Yamaska. Le nouveau syndicat comprend dès lors neuf associations. Dix autres s'ajouteront au cours des ans.*

*Les médecins essayaient de se syndiquer depuis longtemps. La première tentative remonte au début du 19<sup>e</sup> siècle. Pendant de nombreuses années, le Collège des médecins du Québec s'est farouchement opposé à toute syndicalisation de ses membres. La création de la Fédération a ainsi été une victoire pour les médecins de famille.*

*L'année 2013 marque le 50<sup>e</sup> anniversaire de la Fédération. Cet événement sera souligné dans Le Médecin du Québec de différentes manières tout au long de l'année. Des articles ou des entrevues avec des acteurs importants de l'histoire de la Fédération seront publiés. Nous commençons par un entretien avec le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ.*



D<sup>r</sup> Louis Godin

**M.Q. – D<sup>r</sup> Godin, quelle est l'importance pour vous du 50<sup>e</sup> anniversaire de la FMOQ ?**

L.G. – Pour moi, ce 50<sup>e</sup> anniversaire est une étape marquante. Peu d'organismes peuvent se vanter d'avoir un demi-siècle de vécu et d'histoire. C'est exceptionnel. On va souligner cet événement au cours de l'année de différentes façons.

**M.Q. – Quels sont les aspects de la Fédération dont les médecins peuvent être les plus fiers ?**

L.G. – Aujourd'hui, la Fédération est un syndicat qui est parvenu à maturité. Je pense qu'on peut être fier de son histoire et de tout ce qu'elle a accompli en cinquante ans. On peut être fier de la qualité de notre organisation et de notre représentativité. On représente 8000 méde-

cins qui ont des aspirations diverses et qui viennent de différents milieux de pratique. La Fédération a réussi à tous les garder dans ses rangs et à défendre leurs intérêts. On peut également être fier des omnipraticiens qui ont contribué au cours de ces cinquante dernières années à faire de la Fédération ce qu'elle est devenue, que ce soit en y travaillant à divers titres ou en œuvrant dans les associations. On doit par ailleurs être reconnaissant envers tous les employés de la FMOQ qui ont été là au cours des cinq dernières décennies et qui ont donné de leur temps, de leur savoir et de leur énergie pour contribuer au bien-être des médecins de famille. Je pense qu'on peut être fier de tout cela.

**M.Q. – Il y a cinquante ans, la situation était très différente pour les médecins omnipraticiens. À cette époque, pourquoi ont-ils voulu se regrouper ?**

L.G. – Il y a cinquante ans, les médecins de famille ont créé la Fédération afin de lutter pour avoir une place dans le système de santé et pouvoir travailler à l'hôpital sans avoir à y quémander une place. Aujourd'hui, naturellement, la lutte est fort différente, mais ressemble quand même au combat de l'époque. Actuellement, l'enjeu est de maintenir le modèle de pratique du médecin de famille québécois et de faire



reconnaître sa véritable valeur, autant par la rémunération que par les conditions de pratique.

### **M.Q. – Au cours des décennies, quels ont été les grands gains que la Fédération a faits ?**

L.G. – Parmi les premiers gains importants liés à l'organisation des soins, il y a l'adoption, en 1969, du concept de départements de médecine générale dans les hôpitaux. Cela a été le fruit d'une lutte acharnée. La mise sur pied de ces départements consacrait la place des médecins de famille dans les établissements de soins. La création des départements régionaux de médecine générale (DRMG), en 2000, a aussi été importante. L'ensemble des médecins de famille sur un territoire était dorénavant reconnu comme une entité importante de l'organisation médicale. Ensuite, il y a eu toute la mise en place des groupes de médecine familiale et des cliniques-réseau pour améliorer les conditions de pratique des médecins.

Du côté de la rémunération, beaucoup de gains ont été obtenus depuis la création de la Fédération. Les principaux au cours des dernières années sont toutes les bonifications qui vont permettre aux médecins de famille québécois de rattraper sur le plan financier leurs collègues canadiens. Il nous reste cependant encore un pas important à franchir : obtenir une équité ici, au Québec, entre la rémunération des médecins de famille et celle des autres spécialistes.

### **M.Q. – La mission de la Fédération a changé au fil des années.**

L.G. – Je vous dirais que le rôle de la FMOQ, qui était au départ surtout de permettre aux médecins de famille d'avoir une place à l'hôpital et d'être reconnus sur le plan professionnel, a évolué avec le temps. En 1969, la Fédération a franchi une importante étape. Elle est devenue officiellement l'organisme qui représentait les médecins et pouvait, à ce titre, négocier des ententes avec le gouvernement du Québec. Cela s'est passé lors de la création du régime d'assurance maladie.

Avec les années, le rôle de la Fédération s'est étendu bien au-delà de la négociation des conditions de travail et de la rémunération. Aujourd'hui, la Fédération est un organisme incontournable pour tout ce qui concerne l'organisation des soins de santé au Québec, particulièrement sur le plan de la médecine familiale et de la médecine de première ligne.

### **M.Q. – Même sur le plan législatif, la Fédération a joué un rôle clé.**

L.G. – Depuis les vingt ou vingt-cinq dernières années, la Fédération a

joué un rôle primordial lors de l'étude de chacun des projets de loi qui a touché le système de santé. Aujourd'hui, elle est de toutes les commissions parlementaires étudiant différents aspects du système de santé. Sur un plan plus élargi, elle occupe une position centrale dans les débats sur la santé au sein de la société. Que ce soit dans les médias ou les forums de discussion, la Fédération est un acteur important.

### **M.Q. – Au cours de son histoire, la Fédération a quand même eu à relever de grands défis. Quels sont ceux que vous avez connus ?**

L.G. – Au début des années 1990, le ministre Marc-Yvan Côté a voulu effectuer une réforme de la santé. Certaines des modifications qu'il projetait de faire portaient atteinte à l'autonomie professionnelle des médecins. Les fédérations médicales, en particulier la FMOQ, ont mené une bataille très importante. Ensuite, en 1996, on a eu à affronter le fameux épisode du 6 %. Le premier ministre de l'époque, M. Lucien Bouchard, a réduit la rémunération des médecins de 6 % avec toutes les conséquences que cela a ensuite entraîné. L'épisode des urgences au début des années 2000 a aussi été difficile. Pour régler la fameuse crise des urgences, le gouvernement a adopté un projet de loi pour obliger tous les cliniciens ayant déjà pratiqué dans une urgence à faire une garde dans un établissement de la province. Cela a été une période vraiment très difficile pour les médecins de famille. La Fédération s'est beaucoup battue à cette occasion. Au cours des dernières années, les principales difficultés que nous avons dû affronter sont d'un ordre tout à fait différent. Il s'agit du problème de l'attractivité de la médecine familiale et de la désaffection des jeunes médecins pour ce domaine. Le travail de revalorisation de la médecine familiale a été un défi très important.

### **M.Q. – Quels sont les prochains enjeux importants pour la Fédération ?**

L.G. – Le prochain grand enjeu sur le plan financier sera le renouvellement de la prochaine entente générale, en 2015-2016. On sait que la Fédération n'a pas obtenu entière satisfaction lors des dernières négociations en ce qui concerne l'écart de rémunération avec les médecins spécialistes. Sur le plan de l'organisation des soins, tout le défi sera de permettre aux patients d'avoir plus facilement accès à un omnipraticien. Il faut que tous les Québécois puissent avoir un médecin de famille et que ce dernier soit accessible. Il faut que les patients puissent consulter un omnipraticien au bon endroit au bon moment. La FMOQ a donc encore de nombreux défis à relever et doit s'adapter aux nouvelles exigences de la réalité médicale du Québec. ☞

# Profils de pratique des omnipraticiens québécois

qui êtes-vous, où pratiquez-vous, qu'aimez-vous ?

*Emmanuèle Garnier*



Photo : SuperStock

**Selon leur groupe d'âge, les médecins n'exercent pas dans les mêmes lieux, n'aiment pas les mêmes activités médicales et n'ont pas les mêmes revenus. Portrait d'un corps médical qui se transforme.**

**U**NE MENACE PLANE au-dessus du système de santé québécois : le vieillissement des omnipraticiens. Leur moyenne d'âge a atteint 50 ans en 2010-2011. C'est un bond de 2,4 ans en quatre ans. Parallèlement, la proportion des médecins de 45 ans et moins s'est amenuisée : elle est passée de 42 % à 34 %.

« L'arrivée des jeunes médecins ne se fait pas en nombre suffisamment important pour insuffler un rajeunissement significatif de l'âge moyen des médecins », indique le document *Profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011*, que vient de rédiger M<sup>me</sup> Isabelle Paré, conseillère en politiques de santé à la FMOQ. L'analyse de

la chercheuse a été faite à partir des données sur les omnipraticiens ayant facturé un dollar et plus à la Régie de l'assurance maladie du Québec entre avril 2010 et avril 2011.

Certains territoires du Québec sont particulièrement vulnérables. À Montréal, par exemple, l'âge moyen des cliniciens est de 53 ans. « Comme ils sont plus âgés, ils vont partir à la retraite massivement. On va peut-être alors avoir un bris de service. C'est inquiétant », précise M<sup>me</sup> Paré, docteure en science politique.

Le nombre des médecins de famille continue néanmoins à croître. Depuis 2006-2007, année

du rapport précédent sur le profil de pratique des omnipraticiens, il y a eu un ajout net de 468 médecins. « Depuis une dizaine d'années, le nombre de médecins qui s'ajoutent annuellement est de plus en plus important. C'est bien, mais ce n'est pas assez », précise la conseillère. En 2010-2011, le nombre de médecins de famille atteignait 8187.

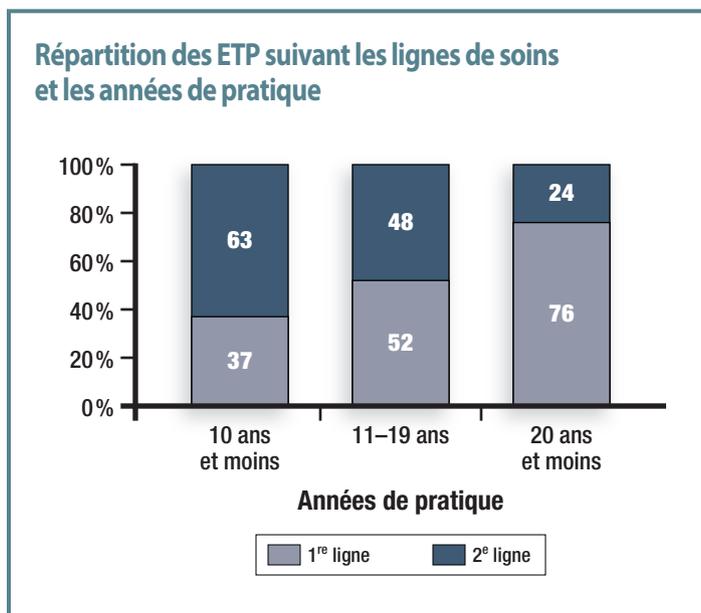
### Disparité de revenus entre hommes et femmes

Les femmes entrent maintenant massivement en médecine familiale. Elles représentent 73 % des omnipraticiens pratiquant depuis dix ans ou moins. Leur venue en grand nombre a permis de rétablir l'équilibre entre les sexes qui est maintenant de 50-50. Évidemment, les femmes sont beaucoup plus jeunes : leur moyenne d'âge est de 45 ans comparativement à 55 ans pour leurs confrères.

Maintenant que les omnipraticiennes ont atteint l'égalité en nombre, l'ont-elles obtenue aussi sur le plan financier ? Les données indiquent une disparité de revenus entre les sexes qui se poursuit tout au long de la carrière. Durant les dix premières années de pratique, l'écart de revenus entre hommes et femmes est de 24 %. On explique cette différence par les congés de maternité et les responsabilités familiales de la jeune omnipraticienne. Cependant, l'écart reste similaire entre la 11<sup>e</sup> et la 19<sup>e</sup> année d'exercice, soit de 25 %. Après 20 ans de pratique, la différence est encore de 20 % avec les hommes.

La disparité de revenus découle du fait que les femmes facturent moins d'actes et d'heures que les hommes. Pourquoi ? On est encore aux hypothèses. « Je pense que c'est un choix que les femmes médecins font de moins travailler », affirme M<sup>me</sup> Paré.

Cependant, les omnipraticiennes ne sont pas forcément moins efficaces que leurs collègues masculins. « Certains chercheurs, comme André-Pierre Contandriopoulos, de l'Université de Montréal, affirment que les hommes et les femmes travaillent différemment. Les femmes ont peut-être une capacité d'écoute et d'empathie plus grande que leurs confrères. Cela fait qu'au



final leur prise en charge peut être différente et un peu plus longue. Leurs patients sembleraient cependant plus satisfaits », indique la conseillère en politiques de santé.

### Les médecins de famille expérimentés

On peut répartir les omnipraticiens québécois en trois groupes selon leur nombre d'années d'expérience. Les médecins qui exercent depuis au moins 20 ans sont les plus nombreux : ils constituent 56 % des effectifs médicaux. « Ce sont les piliers de la première ligne de soins », indique M<sup>me</sup> Paré. Effectivement, 76 %\* d'entre eux prennent en charge et suivent des patients (figure).

De manière plus large, les médecins expérimentés sont les pierres d'assise de toute la médecine générale. Leur nombre leur permet d'être dans tous les milieux de soins. Ils représentent ainsi 36 % des cliniciens qui pratiquent en deuxième ligne. Même s'ils sont peu nombreux aux urgences, ils exercent en grand nombre dans les unités de soins dans les hôpitaux, aux soins palliatifs, en clinique externe, en gériatrie, en soins de longue durée, en réadaptation physique et en psychiatrie. « Même si les médecins plus âgés n'ont pas

\* Donnée en « équivalent temps plein » (ETP), c'est-à-dire correspondant à l'équivalent d'un médecin travaillant à temps plein et dont le revenu annuel se situe entre le 40<sup>e</sup> et le 60<sup>e</sup> percentile.



*« Il est nécessaire d'innover et de rendre la première ligne forte et attirante pour les nouveaux médecins. C'est essentiel pour notre système de santé. »*

– M<sup>me</sup> Isabelle Paré

la contrainte de faire des activités médicales particulières, ils continuent à travailler en deuxième ligne », souligne la conseillère en politiques de santé.

### **Les cliniciens d'âge intermédiaire**

Les médecins qui comptent de 11 à 19 ans de pratique sont à l'apogée de leur carrière. « Ils ont atteint une maturité professionnelle évidente », note M<sup>me</sup> Paré. Leur activité professionnelle intense se reflète dans leur rétribution. Leurs revenus sont ainsi plus élevés que ceux des autres groupes, tant chez les femmes que chez les hommes. Ces derniers, par exemple, gagnent annuellement 37 000 \$ de plus que leurs confrères exerçant depuis vingt ans et plus et 33 000 \$ de plus que leurs cadets.

Les médecins d'âge intermédiaire constituent toutefois le groupe le moins nombreux : 20 % des omnipraticiens. Ils se répartissent entre la première (52 %\*) et la deuxième ligne (48 %\*). Cependant, depuis quatre ans, 5 % de moins exercent en première ligne. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'un certain nombre de ces cliniciens qui, en 2006-2007,

étaient de jeunes médecins, ont conservé leur profil de pratique hospitalier. Les premiers choix professionnels marquent peut-être d'une empreinte durable la carrière médicale.

« Les médecins d'âge intermédiaire adoptent toutefois un profil de pratique en deuxième ligne différent de celui des jeunes médecins », précise la chercheuse. Ils sont un peu moins présents à l'urgence et dans les unités de soins. On les retrouve par ailleurs dans une proportion appréciable aux soins intensifs, en gériatrie et aux soins palliatifs.

### **Les jeunes omnipraticiens**

Les jeunes médecins, ceux qui exercent depuis dix ans et moins, sont des champions de la médecine d'urgence. Ils ne représentent que 24 % des effectifs médicaux, mais constituent 51 %\* des omnipraticiens aux urgences.

De façon générale, ils œuvrent massivement en deuxième ligne : 63 %\* d'entre eux pratiquent à l'hôpital. En dehors des urgences, on les retrouve surtout aux soins intensifs et dans les unités de soins.

Les jeunes médecins se font cependant rares en première ligne : ils ne constituent que 13 % de ceux qui y exercent. De nombreux efforts sont faits pour les y attirer. « On a créé de nouveaux outils et modèles de pratique pour rendre le travail en première ligne plus attirant, entre autres pour eux. On voudrait qu'ils puissent donner un coup de main aux médecins plus âgés », affirme M<sup>me</sup> Paré.

L'opération de séduction pourrait, par ailleurs, commencer dès la résidence. Un projet de gestion proactive des rendez-vous dans des unités de médecine familiale pourrait rendre la prise en charge de patients plus captivante. Grâce à ce système, la semaine des résidents laissera place aux imprévus et permettra le traitement de cas plus lourds. « Les résidents verront les patients quand ils sont malades, et non pas uniquement pour des examens annuels quand les gens sont en forme. »

### Où s'en va la première ligne ?

Où en est maintenant la première ligne ? En quatre ans, ses effectifs n'ont crû que de 1,6 %. Par contre, elle s'est métamorphosée. Ce ne sont plus les cliniques, mais les groupes de médecine de famille qui attirent maintenant le plus de médecins. On y trouve d'ailleurs 51 % des jeunes omnipraticiens qui suivent des patients.

La première ligne doit, par ailleurs, remonter la pente. Depuis des années, elle subit les contrecoups de l'imposition des activités médicales particulières et autres mesures qui privilégient les activités hospitalières.

La première ligne doit devenir plus séduisante. « Il est nécessaire d'innover et de rendre cette dernière forte et attirante pour les nouveaux médecins. C'est essentiel pour notre système de santé. De nouveaux modèles de pratique s'implantent graduellement, pensons notamment à l'Accès adapté et aux modèles de pratique partagée médecin-infirmière. L'informatisation des cabinets et l'arrivée du Dossier de santé du Québec sont autant d'outils qui contribuent à rendre la première ligne plus stimulante », indique M<sup>me</sup> Paré dans son document.

### La trop attirante deuxième ligne

La deuxième ligne a une caractéristique propre au Québec : la présence d'omnipraticiens. Trente-huit pour cent\* d'entre eux y exercent.

Ils travaillent surtout aux urgences, qui attirent 43 %\* des médecins de famille de la deuxième ligne, et aux unités de soins, qui en accaparent 40 %\*.

« Une chose est certaine, le travail des omnipraticiens à l'hôpital est inestimable, et ce, même s'il est légitime de se questionner sur son ampleur en parallèle avec le rôle des médecins spécialistes dans ces mêmes établissements », indique le *Profil de pratique des médecins omnipraticiens québécois 2010-2011*.

Cependant, depuis 2006-2007, la proportion de jeunes médecins qui pratiquent exclusivement en deuxième ligne a diminué de 4 %. Faut-il intervenir ? « Je pense que la pratique hospitalière est suffisamment intéressante et stimulante. Elle a encore une force d'attraction exceptionnelle », estime M<sup>me</sup> Paré. À son avis, la meilleure stratégie est de renforcer la première ligne. « À partir du moment où elle sera très forte, cela va dégager les services hospitaliers. On n'y est pas encore arrivé, notamment parce qu'on n'a pas encore rendu la première ligne assez stimulante et intéressante et qu'il y a une pénurie de médecins. »

### Travailler moins et plus efficacement

Le vieillissement des médecins et de la population est inquiétant. Sous peu, les besoins des patients s'amplifieront, alors que bien des omnipraticiens prendront leur retraite. En outre, ces cliniciens âgés qui travaillent souvent de longues heures suivent fréquemment plus de patients que ceux qui leur succéderont.

L'avenir est-il sombre ? M<sup>me</sup> Paré ne le croit pas. « Il semble que les médecins de la nouvelle génération ne fassent pas autant d'heures de travail que leurs aînés. Cependant, la façon de travailler a changé. » La pratique de la médecine familiale se transforme. Certains outils, comme le dossier médical électronique, vont rendre les médecins plus efficaces. L'amélioration de l'organisation des soins, comme l'accueil clinique, facilite leur travail. La pratique interdisciplinaire, qui pourrait être encore plus poussée, va permettre à plus de patients d'avoir accès à la première ligne. « Tout est là. Je pense que la voie est ouverte. Il s'agit de bien imbriquer tous les éléments pour que le système de santé fonctionne efficacement », affirme M<sup>me</sup> Paré. 📖

# Association de Laval

## un bouleversement au Bureau de l'AMOL



*Emmanuèle Garnier*

**Laval**



Photos : Emmanuèle Garnier

*Dr Michel Breton*

**U**N VENT DE CHANGEMENT a soufflé sur l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL). Le 16 novembre dernier, au cours de l'assemblée générale annuelle, presque tous les membres du Bureau ont démissionné pour faire place à la relève : le président, le vice-président, le secrétaire, le trésorier et plusieurs directeurs. Une nouvelle génération, dirigée par le **Dr Michel Breton**, est entrée en fonction.

Âgé de 56 ans, féru d'informatique, le nouveau président désire faciliter la pratique de ses membres. « Je pense qu'avec les années nos conditions d'exercice se sont dégradées sur le plan local. Il faut être capable de collaborer avec la deuxième ligne avec plus de fluidité. Je crois que l'Association peut

avoir un rôle dans ce domaine en intervenant auprès des instances locales. On peut interpeller notre agence et notre centre de santé et de services sociaux et leur dire : « Que faites-vous pour nous aider à soigner nos patients ? » C'est là-dessus que je vais axer mon mandat. »

La présidence du Dr Breton sera très différente de celle de son prédécesseur, le **Dr Claude Saucier**, qu'il a connu au cours du projet informatique SI-RIL (Système d'information du réseau intégré de Laval). Ils étaient alors complémentaires. « Claude avait toutes les qualités que je n'avais pas. Il était très minutieux, méthodique, persévérant. Un vrai homme de relations publiques. Il se liait avec tout le monde. C'était un négociateur qui avait beaucoup de charme et savait s'en servir. Claude était tout en subtilité, alors que moi j'ai, disons, des approches complémentaires et différentes. »

## Au cœur de la tornade

Après 20 ans à la tête de l'AMOL, le D<sup>r</sup> Claude Saucier s'est retiré de l'univers syndical. Il a non seulement renoncé à la présidence de l'AMOL, mais aussi au poste de second vice-président de la FMOQ. « Pour moi, le départ de Claude est un événement très important. Je tenais à le souligner. Je voulais également remercier Claude de son travail devant vous », a affirmé



*D<sup>r</sup> Louis Godin*

le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la Fédération, qui était venu rencontrer les médecins de Laval pour faire le point sur différents dossiers de négociations.

Le D<sup>r</sup> Saucier est entré au Bureau de la Fédération, en 1995. C'est alors qu'il a

rencontré le D<sup>r</sup> Godin. « Louis est plus jeune que moi, mais il avait beaucoup plus d'expérience. Il m'a enseigné Politique 101, après j'ai fait Politique 201, 301, et je pense que j'ai dû avoir mon diplôme pour le 401. »

En 1996, le D<sup>r</sup> Saucier a son premier choc syndical. « Quand on arrive au Bureau de la Fédération, on veut améliorer les conditions de pratique et la rémunération des médecins », explique-t-il. Cependant, il se retrouve alors dans une tornade qui le projette à l'opposé de son objectif. Le premier ministre de l'époque, M. Lucien Bouchard, veut parvenir à un déficit zéro et impose une coupe de 6 % dans la rémunération des omnipraticiens. « Quelle épreuve ! La Fédération avait fait en vain des pieds et des mains pour trouver des solutions. Et là, il fallait faire le tour de nos associations pour expliquer la situation. » À Laval, les médecins étaient hors d'eux à la perspective des compressions.

Le D<sup>r</sup> Godin se souvient du courage du D<sup>r</sup> Saucier au cours de cet épisode. « Votre président a



*D<sup>r</sup> Claude Saucier*

beaucoup d'humilité quand il parle de cet événement », a-t-il révélé aux membres de l'AMOL. Après la rencontre explosive avec les médecins de Laval, le D<sup>r</sup> Saucier a appelé le D<sup>r</sup> Godin. « Je suis heureux : j'en suis sorti vivant », lui avait-il confié.

## Chef de DRMG

Au cours de ses 20 ans comme président d'association, le D<sup>r</sup> Saucier a connu tous les événements de la vie syndicale : l'arrivée des activités médicales particulières (AMP), des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM), des groupes de médecine de famille (GMF), etc.



*Assemblée générale annuelle de l'AMOL*

## Bureau de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval

	Ancien	Nouveau
Président	D <sup>r</sup> Claude Saucier	D <sup>r</sup> Michel Breton
Vice-président(e)	D <sup>r</sup> Raynald Guay	D <sup>re</sup> Stéphanie Bélanger
Secrétaire	D <sup>r</sup> André Rioux	D <sup>r</sup> Robert Paré
Trésorier	D <sup>r</sup> Maurice Gagnon	D <sup>r</sup> Michel Stumpf
Directeurs	D <sup>r</sup> Michel Cardin D <sup>r</sup> Robert Paré D <sup>re</sup> Stéphanie Bélanger	D <sup>re</sup> Marie-Claude Lavigne D <sup>r</sup> Willy Stevens King D <sup>re</sup> Mariel Gonzalez
Responsable de la formation continue	D <sup>r</sup> Daniel Laurin	D <sup>r</sup> Daniel Laurin

En 2000, les départements régionaux de médecine générale (DRMG) sont créés. Le D<sup>r</sup> Saucier saute immédiatement dans l'arène et se présente comme chef du nouvel organisme. Au fil des années, il sera toujours à la tête de tous les postes et de tous les projets possibles.

Le D<sup>r</sup> Saucier dirigera le DRMG pendant quatre ans. Certains se sont demandé s'il n'était pas en conflit d'intérêts à cause de son appartenance au Bureau de la FMOQ. « Je pensais que c'était ma place et que mon rôle était de m'assurer que les nouvelles AMP et les nouveaux PREM soient mis en place de façon correcte et qu'on n'abuserait pas des médecins. Je pense que j'ai réussi sans me placer en conflit d'intérêts. Je crois que j'ai été capable de faire la part des choses. »

Comme chef du DRMG, le D<sup>r</sup> Saucier siégeait aussi au comité de direction de la régie régionale. C'en était trop pour le sous-ministre. Au cours d'une rencontre avec le D<sup>r</sup> Saucier, il lui a fait savoir qu'un président d'association, de surcroît membre du Bureau de la FMOQ, n'avait pas sa place à ce comité. « J'apprenais ainsi tous leurs petits secrets et il n'en était pas très heureux. Mais encore une fois, je suis parvenu à faire la part des choses. » Le D<sup>r</sup> Saucier a fait partie du comité de direction pendant quatre ans.

### SI-RIL et autres projets innovateurs

Puis est arrivée l'aventure SI-RIL. Ce projet a permis à une centaine de médecins de famille de Laval, regroupés dans dix cliniques, de recevoir par voie électronique les résultats de tests de laboratoire de la Cité-de-la-Santé de Laval et de

laboratoires privés. Commencé en 2001, SI-RIL s'est terminé en 2012.

SI-RIL était le premier projet informatique régional au Québec. Le président de l'AMOL et son collègue, le D<sup>r</sup> Michel Breton, ont donné des conférences sur ce projet, fait des exposés, tenu des réunions. Le D<sup>r</sup> Saucier a même reçu le ministre **Philippe Couillard** à son bureau pour lui expliquer SI-RIL pendant tout un après-midi. Malheureusement, au cours de son existence, le projet s'est buté à d'immenses difficultés technologiques et n'a pas été développé davantage. « SI-RIL fait partie de l'histoire. C'était une autre époque », indique le D<sup>r</sup> Saucier. Aujourd'hui, le dossier médical électronique a pris la relève.

Laval a connu d'autres projets novateurs. En 2002, le D<sup>r</sup> Saucier a travaillé aux « projets-réseau ». À ne pas confondre avec les « cliniques-réseau ». « Les projets-réseau étaient propres à Laval et consistaient à amener une infirmière de CLSC dans les cabinets privés pour aider les médecins à s'occuper des patients dont le cas était lourd, comme ceux qui étaient atteints de problèmes de santé mentale, de diabète, etc. »

Aujourd'hui, grâce aux groupes de médecine de famille, la collaboration entre médecins et infirmières dans une clinique médicale est devenue habituelle. À l'époque, cependant, ce concept était audacieux. Et même intrépide puisqu'une rivalité profonde divisait les CLSC et les cabinets privés. « Réussir à faire des ententes pour que les infirmières des CLSC aillent dans un cabinet privé, c'était un exploit. On avait même réussi à faire payer à la régie régionale un loyer

pour le local qu'utilisait l'infirmière. Il faut se rappeler qu'aux yeux des fonctionnaires d'alors les frais n'existaient pas : pour eux, votre loyer, votre secrétaire, votre téléphone ne coûtaient rien, tout comme l'informatique et le chauffage. Quand on leur disait qu'il y avait des frais dans un cabinet, c'était comme si l'on était des abuseurs. »

### Défendre les intérêts des médecins

En 2007, un nouveau président est élu à la tête de la FMOQ : le D<sup>r</sup> Louis Godin. Une nouvelle ère commence. Le D<sup>r</sup> Saucier qui était depuis six ans secrétaire au Bureau, est élu second vice-président. À ce titre, il travaille à des dossiers importants : la revalorisation de la médecine familiale, les négociations de la dernière entente générale, etc. « Je pense qu'on a réussi à faire des gains fort intéressants pour les omnipraticiens. C'était un travail palpitant, mais aussi un peu épuisant. »

En fin de compte, la présidence de l'AMOL a permis au D<sup>r</sup> Saucier d'accéder à différents postes : chef de DRMG, président de la Commission médicale régionale, membre du comité de direction de la Régie régionale et membre du Bureau de la FMOQ. « Ces tribunes m'ont permis d'exprimer les besoins et les attentes des omnipraticiens et particulièrement ceux de Laval. » Beaucoup d'eau a coulé sous les ponts depuis l'entrée du D<sup>r</sup> Saucier dans le monde syndical. En 1992, il était le père de trois adolescents ; aujourd'hui il est le grand-père de trois petits-enfants. 🍷



## Des nouvelles des associations...

### Association de la Mauricie La D<sup>re</sup> Louise Gélinas, lauréate du prix Jean-Garceau



D<sup>re</sup> Louise Gélinas

Pour la première fois depuis sa création, il y a dix ans, le prix Jean-Garceau, décerné par l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM), a été remis à une femme : la D<sup>re</sup> Louise Gélinas.

« La D<sup>re</sup> Gélinas a été un membre très dynamique du Bureau de notre association. Elle avait des idées bien campées et une bonne vision de l'omnipraticien », explique le D<sup>r</sup> Pierre Martin, président de l'AMOM.

La D<sup>re</sup> Gélinas a fait partie des directeurs de 1991 à 1995 et de 1998 à 2000. Entre ces deux périodes, elle a accepté, pour le bien de l'association, de céder sa place à un médecin de l'Hôpital Sainte-Marie où les omnipraticiens connaissaient des difficultés. Les membres du Bureau lui ont toujours été reconnaissants de ce geste.

Comme médecin, la D<sup>re</sup> Gélinas travaille depuis 1984 à Saint-Stanislas où elle exerce la médecine rurale. « Pour elle, ce type de pratique est une forme de spécialisation et se distingue de la médecine des grandes villes. Les médecins des régions rurales travaillent dans des conditions qui ne sont pas toujours faciles, parce qu'ils n'ont pas accès au soutien technique ni aux spécialistes », précise le D<sup>r</sup> Martin.

L'objectif du prix Jean-Garceau est de reconnaître le travail d'un omnipraticien tant comme collègue que comme médecin. Il vise à promouvoir la passion, la fierté et le goût du dépassement. **EG**



Le prix Jean-Garceau, qui a été remis à la D<sup>re</sup> Louise Gélinas, est un tableau du peintre Pierre Labrecque qui représente le magnifique jardin de la lauréate.

# Les « médecines douces » un atout supplémentaire en médecine ?

Francine Fiore

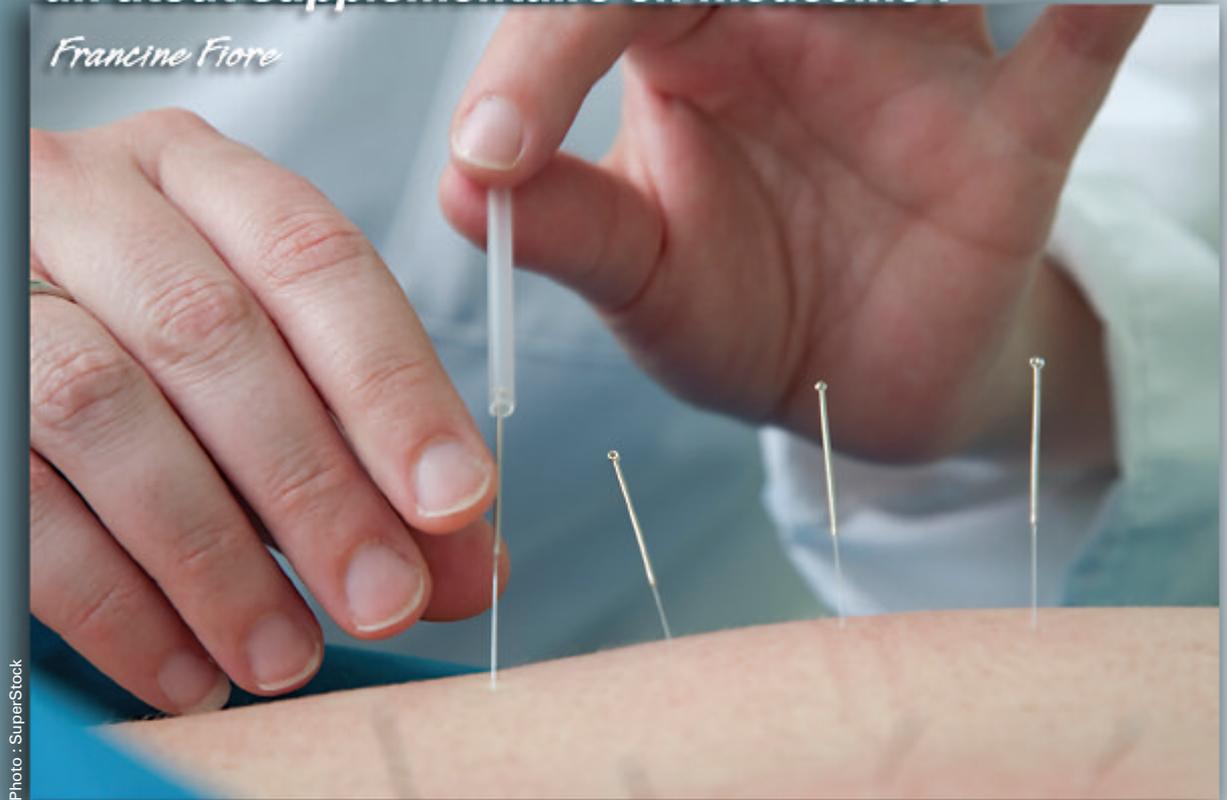


Photo : SuperStock

*Acupuncture, ostéopathie, hypnose, homéopathie. Quelles sont les médecines parallèles que pratiquent certains omnipraticiens au Québec ? Pourquoi ont-ils investi dans ces approches complémentaires ? Qu'apportent-elles ?*

**T**RÈS SOUFFRANTE, sœur Anne (nom fictif) se rend, sur la recommandation de son médecin de famille, chez une omnipraticienne pratiquant l'acupuncture. Son problème : une sténose spinale lombaire. La religieuse, qui a aussi une laryngite, ne peut par ailleurs plus parler. À peine quelques sons inaudibles se faufilent entre ses lèvres. Pour soulager son mal de dos, la clinicienne lui fait un traitement d'acupuncture. Au cours de la séance, elle lui plante également des aiguilles dans le méridien du poumon, mais sans le lui mentionner. Immédiatement, sœur Anne retrouve la voix.

Sans intervention, la laryngite aurait disparu d'elle-même. Cependant, grâce à l'acupuncture,

sœur Anne est soulagée et évite potentiellement une infection bactérienne secondaire et la prise d'antibiotiques. « La médecine chinoise permet de traiter à la fois un ou plusieurs symptômes associés à différents diagnostics », indique la D<sup>re</sup> Nicole Cimon, une omnipraticienne de Montréal qui a étudié l'acupuncture au Canada et en Chine.

« L'acupuncture est surtout utilisée pour des problèmes chroniques qui peuvent être liés aux lacunes de la médecine occidentale. Toutefois, certains problèmes aigus peuvent également y répondre avec succès », explique la praticienne. En général, cette médecine parallèle est indiquée pour des troubles musculosquelettiques ou

relevant de la médecine interne, comme l'asthme, les maladies inflammatoires, les affections digestives, le tabagisme, les migraines, etc.

La D<sup>re</sup> Cimon a ainsi traité une femme médecin enceinte en quête d'un soulagement pour ses maux de tête invalidants. « Malheureusement, je n'ai pas réussi à faire disparaître ses migraines, dit l'omnipraticienne. Toutefois, cette patiente avait aussi de graves nausées à cause de sa grossesse. Puisqu'elle était médecin, je lui ai montré où et comment placer les aiguilles elle-même, ce qu'elle a fait. Ses nausées ont disparues. »

Au cours de sa pratique, la D<sup>re</sup> Cimon a suivi de nombreux patients atteints de différentes affections en combinant médecines habituelle et chinoise. « En traitant un problème par l'acupuncture, il n'est pas rare que l'effet bénéfique se fasse sentir ailleurs et améliore autre chose, précise-t-elle. En médecine chinoise, tout est relié tandis qu'en médecine occidentale, tout est compartimenté. Bien sûr, il y a un pourcentage de patients qui ne répond pas à l'acupuncture, soit de 5 % à 10 % de la population. De plus, il y a certaines rares contre-indications. Par exemple, chez la femme enceinte, l'acupuncture peut provoquer des contractions prématurées. »

### **L'acupuncture de fil en aiguille**

Outils précieux pour certains et jeux dangereux pour d'autres, les approches complémentaires dans le domaine de la santé, dites « médecines douces », occupent une place de plus en plus importante dans la société moderne. Il semble que plusieurs patients recherchent ces pratiques.

Des omnipraticiens, de leur côté, ont adopté certaines de ces approches, notamment l'acupuncture, l'hypnose, l'ostéopathie, et les utilisent comme traitement ou comme adjuvant. Cependant, la pratique de médecines parallèles, comme l'acupuncture, est très exigeante et pas du tout rentable pour un médecin. « Dans un premier temps, il faut évaluer le patient, d'abord selon les critères de la médecine occidentale,

puis de la médecine chinoise », explique la D<sup>re</sup> Cimon. La majorité des patients qu'elle traitait par acupuncture étaient envoyés par leur médecin de famille et constituaient des cas lourds. « Certains patients sont demeurés plusieurs heures dans mon cabinet pour un examen exhaustif. Bien sûr, cette période de temps ne comprenait pas le traitement d'acupuncture. Ma rémunération était donc celle d'un examen complet en médecine, mais cela m'avait pris un temps énorme. » Par ailleurs, bien que la Régie de l'assurance maladie du Québec couvre l'examen médical du patient, ce dernier doit payer lui-même les coûts de l'acupuncture.

Croyant fermement aux vertus de la médecine chinoise, la D<sup>re</sup> Cimon estime que cette pratique,

en association avec la médecine occidentale, est bénéfique.

La clinicienne a déjà consacré deux jours par semaine à l'acupuncture dans le cadre de sa pratique habituelle. Si, depuis quelques années, elle a abandonné cette approche par manque de temps, elle a bel et bien l'intention de reprendre cette activité qu'elle considère comme complémentaire à la médecine classique.

La D<sup>re</sup> Cimon rêve, par ailleurs,

depuis longtemps de collaborer avec d'autres médecins pour entreprendre des projets de recherche en acupuncture. Elle voudrait se pencher sur le cas de patients réfractaires aux traitements courants dans le domaine, par exemple, des maladies inflammatoires de l'intestin ou encore de la dépression majeure.

### **Plus d'heures de formation**

Actuellement, l'Ordre des acupuncteurs du Québec (OAQ) compte 761 membres. Il pourrait y avoir dans ses rangs des médecins qui ont intégré l'acupuncture à leur pratique courante. Toutefois, il est impossible d'en connaître le nombre.

Le Collège des médecins du Québec (CMQ), pour sa part, permet à ses membres de pratiquer l'acupuncture et de porter le titre d'acupuncteur s'ils ont suivi une formation de 300 heures et

*« La médecine chinoise permet de traiter à la fois un ou plusieurs symptômes associés à différents diagnostics. »*

– D<sup>re</sup> Nicole Cimon

demandé une reconnaissance pour leur cours. Vers le milieu des années 1980, le CMQ s'occupait des activités professionnelles d'acupuncture. C'était avant qu'il y ait suffisamment d'acupuncteurs formés pour créer un ordre professionnel autonome. « Le Collège a contribué à l'élaboration de la formation, ce qui nous a permis d'adopter notre propre règlement concernant la pratique de l'acupuncture par nos membres », indique le D<sup>r</sup> Yves Robert, secrétaire du Collège.



D<sup>r</sup> Yves Robert

Cependant, les médecins reconnus par le CMQ le sont-ils aussi par l'Ordre des acupuncteurs ? Selon M. Guilhem Durand, de l'OAQ, une entente devrait être entérinée entre son organisme et le Collège des médecins du Québec à ce sujet. Selon cet accord, les médecins qui souhaitent devenir membres de l'OAQ devront avoir une formation qui répond à

certains critères. « Nous avons négocié 900 heures de formation pour les médecins, soit le cours de l'Université McMaster, plutôt que le cours de cégep de 1300 heures », indique le D<sup>r</sup> Robert.

Les médecins pratiquant l'acupuncture semblent, par ailleurs, difficiles à trouver. Plusieurs ont délaissé

cette pratique, même s'ils croient profondément en ses bienfaits. C'est le cas du D<sup>r</sup> Pierre-Paul Côté, médecin de famille au GMF Saint-Antoine, à Saint-Jérôme. Pendant plusieurs années, l'omnipraticien donnait des traitements d'acupuncture, à raison d'une demi-journée par semaine, tout en poursuivant sa pratique médicale. « J'avais près de 1000 heures de formation et je pouvais continuer à exercer », dit-il. Mais, il y a cinq ans, le D<sup>r</sup> Côté a cessé l'acupuncture,



D<sup>r</sup> Pierre-Paul Côté

parce qu'il trouvait qu'avec sa pratique quotidienne, c'était trop. Le D<sup>r</sup> Côté avoue cependant que ce choix ne fut pas facile. « L'acupuncture constitue une approche vraiment différente de la médecine

classique autant pour le médecin que pour le patient qui apprécie ces traitements. C'est autre chose. Il n'y a pas de médicaments à prendre, ce qui plaît à plusieurs personnes. »

Pour le D<sup>r</sup> Côté, la formation en médecine offre un avantage dans la pratique de l'acupuncture. « Un médecin est en mesure de poser le bon diagnostic et, surtout, de déterminer si un traitement d'acupuncture est approprié pour le problème du patient. Si une séance est inutile, il évite à la personne qui le consulte de payer en vain. »

### Oser l'hypnose

Médecin de famille à l'Hôpital Anna-Laberge, à Châteauguay, la

D<sup>re</sup> Nathalie Fiset se consacre totalement à l'obstétrique. Elle suit des femmes enceintes et pratique des accouchements. En 2005, elle souhaitait suivre des séances d'hypnose pour des raisons personnelles. Mais l'hypnothérapeute



D<sup>re</sup> Nathalie Fiset

lui a dit que cela ne lui convenait pas. En effet, certaines personnes ne répondent pas à l'hypnose. Les deux principaux obstacles sont la peur et le doute. « En ce qui me concerne, ça n'a pas marché, parce que je n'aime pas laisser quelqu'un d'autre me contrôler, dit-elle. Je résiste. » C'est la raison pour laquelle elle décida alors de devenir elle-même hypnothérapeute.

L'hypnose peut être utilisée contre la douleur, explique la D<sup>re</sup> Fiset. Toutefois, il faut être prudent : une souffrance physique peut être le signe d'un grave problème. L'omnipraticienne se souvient de l'histoire de ce conférencier qui a ressenti une douleur rétrosternale lors d'un congrès et a décidé de la bloquer. Il est décédé par la suite. « Il ne faut pas bloquer la douleur sans en avoir trouvé la source au préalable », avertit la clinicienne.

En obstétrique, l'hypnose est cependant un bon moyen de réduire les inconforts de l'accouchement. « Cette technique permet à la patiente d'être très détendue et lui évite souvent d'avoir recours

à une épidurale. » Plusieurs femmes réussissent même à avoir une césarienne sous hypnothérapie sans ressentir de douleur. Par contre, certaines ont recours à l'autohypnose pendant le travail, mais à un moment donné décident de demander une anesthésie péridurale.

L'hypnose a également des effets bénéfiques en soins palliatifs pour réduire la douleur et détendre les malades, indique la clinicienne. Cette technique peut aussi être employée en pédiatrie. « Pour moi, l'autohypnose fonctionne quand je visite mon dentiste, confie la D<sup>re</sup> Fiset. Je sens qu'on me touche, mais je ne ressens pas du tout la douleur. »

L'omnipraticienne croit profondément aux avantages de l'hypnose. « Auparavant, je voyais entre 25 et 30 patientes enceintes par jour et ensuite je faisais de l'hypnose le soir, après mes heures de travail. » Pour que plus de patientes bénéficient de cette technique, la D<sup>re</sup> Fiset a rapidement créé le programme Hypno-Vie.com afin de former des instructeurs qui, à leur tour, enseignent l'hypnose aux patientes. « Il y a une grande demande pour l'hypnose à l'accouchement », soutient la D<sup>re</sup> Fiset.

Mis sur pied il y a huit ans, le programme Hypno-Vie.com a permis de former une trentaine d'instructeurs au Québec, une trentaine aux États-Unis et un certain nombre en Europe. Certaines personnes ont des dons naturels pour l'autohypnose, affirme la D<sup>re</sup> Fiset. Elles peuvent apprendre à les développer grâce au programme. D'autres arriveront à se servir de la technique après quelques séances de formation.

### **L'homéopathie, le parent pauvre**

L'homéopathie apparaît, au Québec, comme le parent pauvre des médecines douces, celui dont on ne veut pas parler et que l'on ne veut pas voir. Certains médecins qui prescrivent des médicaments homéopathiques refusent même d'en discuter. Le sujet demeure tabou, car cette pratique n'est pas reconnue par le Collège des médecins.

Néanmoins, le recours à l'homéopathie semble populaire pour traiter autant les enfants que

les adultes. Catherine, mère de deux petites filles de quatre ans et de 18 mois, y recourt à l'occasion grâce à son médecin de famille. Il y a quelque temps, Mélanie, la cadette, pleurait sans cesse. Direction, la clinique médicale.

Comme Catherine s'y attendait, sa petite fille souffrait d'une otite. Le traitement est simple. L'omnipraticienne prescrit des granules homéopathiques. Ce n'est pas la première fois que l'enfant est traitée par homéopathie. La clinicienne a également recours à cette approche pour préparer les petits à la vaccination. « Ce fut excellent pour mes deux filles », se souvient la mère. Cependant, depuis quelque temps, le médecin de Catherine n'offre plus de traitements homéopathiques d'emblée à ses patients, mais seulement s'ils le réclament.

Catherine apprécie l'ouverture de la clinicienne. « C'est grâce à elle que j'ai connu l'homéopathie. C'est peut-être l'effet placebo, mais, en tout cas, ça fonctionne. Évidemment, si on a besoin d'un antibiotique pour une infection, elle le prescrit. Mais s'il n'y a rien de grave, elle peut recommander un traitement homéopathique. »

### **La médecine douce n'existe pas**

« La médecine douce n'existe pas, lance le D<sup>r</sup> Charles Bernard, président-directeur général du Collège des médecins du Québec. Il n'y a qu'une seule et unique médecine. Pour la pratiquer, il faut suivre un véritable cours de médecine. »

Dans d'autres pays, le corps médical a une vision différente. En France, explique le D<sup>r</sup> Bernard, certains médecins font bel et bien de l'homéopathie et d'autres techniques parallèles. « La médecine y est bien différente de celle du Québec. Leur ordre professionnel n'est pas aussi rigoureux que le nôtre. Certains médecins, une fois leur formation terminée,

*En obstétrique, l'hypnose est un bon moyen de réduire les inconforts de l'accouchement. Elle peut également être employée dans les soins palliatifs et en pédiatrie.*



D<sup>r</sup> Charles Bernard

ne pratiquent pas la médecine comme telle et ont d'autres activités plus rémunératrices, comme des soins de santé connexes, dont l'homéopathie, la sophrologie, etc. Il ne faut pas oublier qu'en France, il y a trop de médecins en fonction de la population. »

Le D<sup>r</sup> Bernard n'ignore pas qu'au Québec beaucoup de personnes apprécient les approches médicales complémentaires. « Les gens veulent prévenir les maladies et cherchent un état de bien-être que peuvent leur apporter ces techniques, estime-t-il. Souvent, il ne s'agit pas de problèmes physiques, mais psychologiques. Les gens désirent une forme d'aide. Il ne faut pas oublier qu'il y a l'effet placebo comme dans la vraie médecine. Par exemple, on utilise l'homéopathie dans le traitement des otites, mais de 75 % à 80 % des patients auraient une rémission sans aucun traitement. »

Pour reconnaître une approche valable en santé, souligne le D<sup>r</sup> Bernard, il faut qu'il y ait des preuves scientifiques de son efficacité, que la formation de ceux qui la pratiquent soit adéquate et qu'elle soit encadrée par un ordre professionnel qui protège la population contre d'éventuels charlatans.



D<sup>r</sup> Jean Guy Sicotte

### **Ostéopathie prochainement reconnue**

L'ostéopathie, elle, est sur le point de gagner ses lettres de noblesse auprès du Collège des médecins du Québec. « Nous sommes en train d'analyser la formation en ostéopathie conjointement avec l'Office des professions afin de la reconnaître éventuellement », précise le D<sup>r</sup> Bernard.

Médecin de famille et ancien urgentologue à l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, le D<sup>r</sup> Jean Guy Sicotte, de Magog, a un jour découvert l'ostéopathie. « Cette pratique ne doit pas être réduite uniquement à des manipulations, explique-t-il. Aux États-Unis une formation en ostéopathie est l'équivalent

de celle en médecine, même si elle ne donne pas le titre de docteur. »

Cofondateur du Collège d'études d'ostéopathie de Montréal, créé en 1981, le D<sup>r</sup> Sicotte est l'un des pionniers de cette discipline au Québec.

« Je suis désengagé de la Régie de l'assurance maladie du Québec depuis 1990 et je me consacre à l'ostéopathie, dit-il. Le Collège ne m'en a jamais empêché. Je prescris encore des médicaments à l'occasion. »

L'ostéopathie est une approche holistique, indique le D<sup>r</sup> Sicotte. « On commence par évaluer l'appareil locomoteur du sujet dans sa globalité. Par exemple, dans bien des cas, une douleur à l'épaule vient d'ailleurs, soit d'un traumatisme direct dans la région cervicale, d'une chute, de la levée d'un poids trop lourd, etc. »

Les principales indications de l'ostéopathie sont, selon

le praticien, les douleurs chroniques ou aiguës, les troubles musculosquelettiques et plusieurs dysfonctionnements organiques. Il n'y a pas d'âge limite pour recevoir des traitements. « L'ostéopathie convient à tous, des bébés aux adultes », affirme le D<sup>r</sup> Sicotte.

L'ostéopathie a cependant un inconvénient pour celui qui la pratique : elle n'est pas rentable. Elle exige beaucoup de temps. La durée du traitement est d'environ une heure, dit le D<sup>r</sup> Sicotte. Le nombre de traitements requis dépend de beaucoup de facteurs et est difficile à prédire. Dès le premier traitement, le patient peut déjà se sentir mieux.

Le terme « médecine douce » ne convient pas à l'ostéopathie. « C'est une approche médicale, et la formation qu'elle nécessite est aussi complète que celle du médecin. Un jeune médecin diplômé en médecine familiale pourrait aller suivre une formation en ostéopathie. Cependant, il devra revoir l'anatomie qu'il a sûrement un peu oubliée. »

Les approches parallèles peuvent ainsi constituer des outils supplémentaires pour les médecins. Plusieurs y trouvent des avantages que n'offre pas la médecine classique. Ils y recourent, même si financièrement elles sont moins rentables. 🍷

*Certains médecins  
qui prescrivent  
des médicaments  
homéopathiques  
refusent d'en discuter.  
Le sujet demeure  
tabou, car cette  
pratique n'est  
pas reconnue  
par le Collège  
des médecins.*

*Tableau d'honneur*  
**Collège québécois  
des médecins  
de famille**



Photo : Emmanuèle Garnier

**Prix d'excellence**

Le D<sup>r</sup> Daniel Paquette, directeur adjoint de la Formation professionnelle de la FMOQ, a reçu le Prix d'excellence du Collège québécois des médecins de famille (CQMF) pour sa contribution à la formation continue

et à la vulgarisation scientifique.

« Médecin consciencieux et avec une expertise clinique indéniable, le D<sup>r</sup> Paquette présente des qualités incontestées de présentateur, d'animateur et d'organisateur en développement professionnel continu », mentionne le CQMF.

**Autres lauréats  
des Prix d'excellence 2012**

- ⊗ D<sup>r</sup> Guillaume Charbonneau, de Maniwaki, pour sa contribution à la vie du CQMF et du Collège des médecins de famille du Canada ;
- ⊗ D<sup>re</sup> Marie Giroux, de Sherbrooke, pour sa contribution à la vie universitaire ;
- ⊗ D<sup>re</sup> France Légaré, de Québec, pour sa contribution à la recherche ou à la publication en médecine de famille ;
- ⊗ D<sup>re</sup> Marion Dove, de Montréal, pour sa contribution à l'enseignement de la médecine familiale ;
- ⊗ D<sup>re</sup> Marie-Ève Morin, de Montréal, pour sa contribution à la vie communautaire ou à l'aide internationale ;
- ⊗ D<sup>r</sup> Setrak K. Geukjian, d'Ormstown, pour sa contribution aux soins aux patients en milieu non urbain. ☎