

# Réunion du Conseil le droit de prescrire des pharmaciens

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

**L**A FÉDÉRATION des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) est préoccupée par les nouveaux pouvoirs des pharmaciens. Sous peu, ils pourront prescrire des médicaments pour vingt-trois affections. Dans certains cas, il faudra qu'un diagnostic ait été posé auparavant, dans d'autres, ce ne sera pas nécessaire (*voir l'article p. 13*).

« Il y a pour nous une banalisation de l'acte médical. Nous estimons que l'on permet qu'un médicament soit prescrit sans qu'ait lieu le processus usuel lié à une bonne pratique médicale », a affirmé le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, au cours de la réunion

du Conseil du 15 décembre dernier. Le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des pharmaciens du Québec venaient alors juste d'adopter les règlements nécessaires pour autoriser les pharmaciens à prescrire des traitements.

La FMOQ s'insurge contre les critères différents qui s'appliqueront aux médecins et aux pharmaciens. D'un côté, les pharmaciens auront le droit de prescrire des médicaments sans recourir au processus habituel de diagnostic, alors que de l'autre, les médecins doivent depuis longtemps poser un diagnostic en suivant des règles très strictes avant de rédiger une

## Nouveau Bureau

Cette année, il y a du changement au Bureau de la Fédération : le D<sup>r</sup> Marc-André Amyot a été élu deuxième vice-président et il y a un nouveau venu, le D<sup>r</sup> Claude Rivard. Le Bureau est maintenant composé des membres suivants :

Président	D <sup>r</sup> Louis Godin
1 <sup>er</sup> vice-président	D <sup>r</sup> Marc-André Asselin Association de Montréal
2 <sup>e</sup> vice-président	D <sup>r</sup> Marc-André Amyot Association de Laurentides-Lanaudière
Secrétaire général	D <sup>r</sup> Sylvain Dion Association des médecins de CLSC
Trésorière	D <sup>re</sup> Josée Bouchard Association du Bas-Saint-Laurent
1 <sup>er</sup> administrateur	D <sup>r</sup> Pierre Martin Association de la Mauricie
2 <sup>e</sup> administrateur	D <sup>r</sup> Marcel Guilbault Association de l'ouest du Québec
3 <sup>e</sup> administrateur	D <sup>r</sup> Jacques Bergeron Association de Yamaska
4 <sup>e</sup> administrateur	D <sup>r</sup> Claude Rivard Association de Richelieu–Saint-Laurent

Les statuts de la FMOQ ont été modifiés à la réunion du Conseil. Dorénavant, le président aura un mandat de quatre ans qui pourra être renouvelé pour quatre autres années. Ensuite, ses mandats seront de deux ans. Pour les autres membres du Bureau, le mandat est maintenant de deux ans.



*D<sup>r</sup> Marc-André Amyot, D<sup>r</sup> Sylvain Dion, D<sup>re</sup> Josée Bouchard, D<sup>r</sup> Marc-André Asselin, D<sup>r</sup> Louis Godin, D<sup>r</sup> Pierre Martin, D<sup>r</sup> Jacques Bergeron, D<sup>r</sup> Claude Rivard et D<sup>r</sup> Marcel Guilbault*



*Quelques délégués de la FMOQ*

Photos : Emmanuèle Garnier

ordonnance. « Dans les facultés de médecine, on nous a enseigné que le processus de diagnostic doit toujours comprendre l'anamnèse, l'examen physique, au besoin l'évaluation paraclinique, le diagnostic différentiel et, enfin, le diagnostic », a appelé le D<sup>r</sup> Godin.

Les nouveaux règlements soulèvent aussi la question des conflits d'intérêts. Les pharmaciens pourront bientôt prescrire aux patients des médicaments qu'ils leur vendront ensuite. Une pratique formellement interdite aux médecins. « On a dit au Collège des médecins et à l'Ordre des pharmaciens que si ce règlement était adopté, on verrait mal pourquoi des démarches ne seraient pas entreprises pour que les mêmes règles d'éthique s'appliquent aussi aux médecins », a affirmé le président.

Ainsi, tant pour la question de l'importance du diagnostic que pour celle des conflits d'intérêts, la Fédération a exprimé ses réserves



Photos : Emmanuelle Garnier

Quelques délégués de la FMOQ

au Collège quand il a sollicité son avis sur les nouveaux droits de prescrire des pharmaciens.

### Réactions des délégués

Les délégués du Conseil ont réagi très vivement en apprenant la liste des affections pour lesquelles les pharmaciens pourront bientôt prescrire des médicaments.

Certains estimaient que plusieurs des problèmes de santé visés pouvaient, dans certains cas, se révéler moins « mineurs » qu'on le pensait. L'un des médecins a d'ailleurs fait remarquer que les règlements du Collège et de l'Ordre ne comprenaient pas la notion de patient complexe. À ses yeux, même une affection banale chez un patient fragile ayant plusieurs maladies et prenant de nombreux médicaments peut nécessiter un diagnostic médical et rendre la prescription d'un médicament risquée.

Des questions diverses, allant de la nécessité dans certains cas d'avoir un diagnostic différentiel

### Dernière réunion du Conseil du D<sup>r</sup> Claude Saucier

Le D<sup>r</sup> Claude Saucier, président sortant de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval, a quitté son poste de deuxième vice-président à la FMOQ. Il a eu droit à un hommage de tous ses collègues.

« Le D<sup>r</sup> Saucier a été 17 ans au Bureau de la FMOQ. Sa contribution aux progrès que nous avons faits en tant que syndicat a été remarquable, a affirmé le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la Fédération. Je sais qu'il y a un dossier qu'il aurait aimé mener un peu plus loin : celui de l'écart de rémunération avec les spécialistes. Je suis cependant convaincu qu'il sera toujours prêt à nous aider à ce sujet. Je voudrais le remercier pour tout le travail qu'il a fait au sein de la Fédération, particulièrement comme membre du Bureau et comme vice-président. »

Le D<sup>r</sup> Claude Saucier applaudi par ses collègues

Photo : Serge Dubé

au risque d'augmentation de la résistance bactérienne avec l'accroissement de l'utilisation des antibiotiques, ont également été soulevées.

Certains cliniciens se sont en outre inquiétés des implications légales pour eux des nouveaux droits de prescrire des pharmaciens. Il y a quelques mois, l'un des délégués a assisté, à titre de représentant de son association, un omnipraticien qui recevait la visite des inspecteurs du Collège des médecins du Québec. En vérifiant les dossiers, ces derniers ont constaté qu'il y avait quelques résultats de RIN (rapport international normalisé) plus élevés que 4. Les notes du praticien ne mentionnaient cependant aucune intervention. « Le médecin leur a expliqué que depuis une dizaine d'années, ce sont les pharmaciens qui s'occupaient de l'anticoagulothérapie dans la région et

## Le D<sup>r</sup> Pierre Raïche nommé membre émérite

Le D<sup>r</sup> Pierre Raïche, qui a été directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ pendant onze ans, vient d'être nommé membre émérite. Cet honneur lui a été décerné « pour sa vision, sa créativité effervescente, son dynamisme, son expertise qu'il a si bien su transmettre, sa disponibilité et sa générosité, sa capacité à saisir les enjeux et sa passion de syndicaliste. »

Le D<sup>r</sup> Raïche, qui a pris sa retraite en juillet dernier, a contribué à maintenir la notoriété de la FMOQ dans le milieu de la formation médicale au Québec. Au cours de son mandat, il a entre autres mis sur pied le PADPC (Plan d'autogestion de développement professionnel continu) de la FMOQ, un outil qui permet à chaque omnipraticien d'être le maître d'œuvre de son perfectionnement professionnel.

À titre de directeur général adjoint, le D<sup>r</sup> Raïche a aussi participé aux activités syndicales. Il avait une grande capacité à bien percevoir l'esprit des médecins sur le terrain, a affirmé le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la Fédération, dans la vidéo qui rendait hommage au nouveau membre émérite. L'engagement syndical du D<sup>r</sup> Raïche remonte à 1978, quand il est devenu délégué de l'Association de Richelieu-Saint-Laurent. En 1998, son action prend une nouvelle forme alors qu'il entre à la Fédération.

« Ma vision de la FMOQ comporte deux aspects essentiels à jumeler, a précisé le D<sup>r</sup> Raïche dans son allocution. D'un côté, il y a la formation professionnelle qui est la base de notre crédibilité, autant en négociations que par rapport aux autres organismes. De l'autre côté, se trouve le syndicalisme avec sa composante politique. Ma grande fierté a été de réconcilier ces deux aspects, indissociables à mes yeux, malgré des perceptions contraires trop souvent véhiculées. »



Le D<sup>r</sup> Louis Godin remettant la plaque honorifique au D<sup>r</sup> Pierre Raïche

Photos : Emmanuelle Garnier

se chargeaient de rappeler les patients, a raconté le délégué. Au début, quand mon collègue recevait des résultats anormaux, il téléphonait aux patients, mais ces derniers lui disaient que le pharmacien venait de les appeler ». Le médecin ne s'occupait donc plus des résultats de RIN. Il était persuadé que les pharmaciens le faisaient adéquatement. « Les représentants du Collège ont quand même mis une mauvaise note au dossier du médecin, parce qu'il n'avait pas agi quand il avait vu les résultats anormaux. »

Le D<sup>r</sup> Godin a affirmé qu'il tiendrait compte de cette observation. « Le Collège va nous revenir sur cette question. On va faire les commentaires nécessaires pour protéger nos médecins et s'assurer qu'ils ne se retrouvent pas dans des situations où ils sont à risque, que ce soit professionnellement, légalement ou financièrement. »

Peu de temps auparavant, les membres

du Bureau de la Fédération avaient d'ailleurs interrogé les représentants du Collège des médecins sur cette question. « On nous a affirmé que tout serait balisé, qu'on s'assurerait que ce soit sûr, a indiqué le président. On nous a dit que ces choses-là allaient être déterminées au cours des prochaines semaines et des prochains mois. »

### Hausse de la cotisation syndicale

La cotisation syndicale de l'année 2012-2013 va être de 1696 \$. Elle comprend :

- la cotisation ordinaire qui inclut une remise aux associations : 1596 \$
- la cotisation ordinaire supplémentaire sans remise aux associations : 100 \$

La cotisation totale passe donc de 1611 \$ à 1696 \$. La somme remise aux associations qui était de 289 \$, est maintenant de 306 \$.

## Pharmaciens qu'en est-il de leurs nouveaux pouvoirs ?

*Emmanuèle Garnier*

Ce n'est qu'une question de mois avant que les pharmaciens puissent prescrire des médicaments pour traiter vingt-trois affections. Et, s'ils le désirent, leurs pouvoirs de prescription pourraient s'accroître encore.

Déjà, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a adopté, dans le cadre de la Loi médicale, un règlement permettant aux pharmaciens de prescrire des médicaments pour douze affections si le patient a déjà eu un diagnostic. Les problèmes de santé qu'ils peuvent soigner, considérés comme « mineurs » par le Collège, vont de la rhinite allergique à la dysménorrhée primaire (*encadré 1*).

L'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ), de son côté, va autoriser ses membres à prescrire un traitement dans le cas de onze problèmes de santé lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. Il peut s'agir de diarrhée du voyageur tout comme de prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque (*encadré 2*). Ces nouveaux droits apparaissent dans un règlement que vient de ratifier l'OPQ pour compléter le projet de loi 41 modifiant la Loi sur la pharmacie. Le Collège, pour sa part, avait donné son accord au projet de loi à condition que le pouvoir de prescrire des pharmaciens ne s'exerce que pour des affections ne nécessitant pas de diagnostic.

À l'avenir, l'OPQ aura la possibilité d'accroître le nombre d'affections ne nécessitant pas de diagnostic que pourront soigner les pharmaciens. « C'est le conseil d'administration de l'OPQ qui vote sur cette question et non celui du Collège des médecins du Québec », précise **M<sup>c</sup> Pierre Belzile**, directeur du Service juridique de la FMOQ. L'Ordre devra toutefois consulter le CMQ. « Si le Collège dit non, cela n'empêchera d'aucune manière l'OPQ d'aller de l'avant et de voter une modification à son règlement, puis de faire cheminer le dossier jusqu'à l'Office des professions du Québec et jusqu'au gouvernement. »



*M<sup>c</sup> Pierre Belzile*

### Les limites imposées par le Collège

Tout en leur octroyant des pouvoirs de prescription pour douze affections, le Collège des médecins a cependant imposé des limites aux pharmaciens. Ainsi, ils ne peuvent traiter que des patients chez qui un médecin a déjà posé un diagnostic et à qui il a prescrit un médicament. Le dernier traitement doit remonter à moins de quatre ans pour des problèmes comme l'herpès labial ou la vaginite à levures et à moins de deux ans pour la dysménorrhée primaire et les hémorroïdes (*encadré 1*). En ce qui concerne les infections urinaires chez la femme, le pharmacien ne peut prescrire de médicament si le traitement initialement donné par le médecin remonte à plus de douze mois ou si la patiente a déjà été traitée trois fois au cours de la dernière année. En respectant ces conditions, le pharmacien peut prescrire un médicament d'une puissance égale ou inférieure à celui qu'avait choisi le praticien.

Le médecin de famille doit évidemment être au courant des nouveaux traitements que reçoivent ses patients. Le pharmacien doit donc lui communiquer les problèmes traités, le nom des médicaments qu'il a prescrits, la posologie et la durée de la pharmacothérapie.

Le Collège a par ailleurs délimité les cas où les pharmaciens ne peuvent exercer leur pouvoir

Encadré 1.

### **Affections pour lesquelles un pharmacien pourra prescrire un médicament lorsqu'un diagnostic a déjà été posé**

Règlement adopté par le conseil d'administration du Collège des médecins du Québec en vertu d'une entente avec l'Ordre des pharmaciens du Québec et relevant de la Loi médicale

<b>Problème de santé prescrit par un médecin</b>	<b>Laps de temps permis depuis le dernier traitement</b>
1. Rhinite allergique	4 ans et moins
2. Herpès labial	4 ans et moins
3. Acné mineure (sans nodule ni pustule)	4 ans et moins
4. Vaginite à levures	4 ans et moins
5. Érythème fessier	4 ans et moins
6. Dermatite atopique (eczéma) ne dépassant pas la classe II de l'échelle de Miller-Monroe	4 ans et moins
7. Conjonctivite allergique	4 ans et moins
8. Muguet consécutif à l'utilisation d'un inhalateur de corticostéroïdes	4 ans et moins
9. Aphtes buccaux	4 ans et moins
10. Disménorrhée primaire	2 ans et moins
11. Hémorroïdes	2 ans et moins
12. Infection urinaire chez la femme	12 mois et moins

de prescription. Il leur est ainsi interdit de traiter un patient appartenant à une catégorie dont la situation dépasse leurs compétences. Ils ne peuvent non plus faire d'ordonnance lorsqu'il y a certains signaux d'alarme, comme un signe ou un symptôme qui :

- persiste ou réapparaît après le traitement qu'ils ont prescrit ;
- semble indiquer la présence d'une maladie chronique ou multisystémique non diagnostiquée ;
- peut révéler le déclin ou l'altération du fonctionnement d'un organe ou d'un système ;
- indique une réaction inhabituelle au médicament.

Si, par ailleurs, les signes et les symptômes du patient ne permettent pas de déterminer clairement le problème de santé, le pharmacien ne peut non plus prescrire de traitement.

Pour être autorisé à rédiger des ordonnances,

le pharmacien devra suivre avec succès une formation de deux heures. Le cours comprendra des considérations éthiques et déontologiques, mais aussi la démarche nécessaire à la prescription de médicaments : la cueillette d'informations, l'appréciation des signes, des symptômes et des signaux d'alarme, le processus décisionnel, la rédaction d'une ordonnance, le suivi, la bonne tenue de dossier et la communication avec le médecin traitant.

### **Problèmes d'éthique ?**

Les nouveaux actes des pharmaciens, qui consistent à rédiger des ordonnances sans poser de diagnostic, soulèvent certaines questions : peut-on prescrire un traitement uniquement en interrogeant le patient ? Peut-on ne se fier qu'aux signes et symptômes ? « Comment un pharmacien peut-il, quatre ans plus tard quand un patient se présente avec des symptômes, ne pas faire de diagnostic ? », demande M<sup>e</sup> Belzile. Plusieurs estiment que dans les faits, le pharmacien va être forcé d'en poser un. Et qu'il devra le faire sans suivre toutes les étapes du processus recommandé en médecine.

M<sup>e</sup> Belzile a fait une recherche dans la jurisprudence du Comité de discipline du Collège des médecins du Québec. « Dans plusieurs décisions, dont certaines ont été rendues en 2012, des médecins ont été radiés temporairement, non pas pour avoir fait des erreurs de diagnostic, mais pour ne pas avoir suivi la démarche diagnostique à laquelle on s'attend de tous les médecins sans exception. Selon le Comité de discipline, c'est l'une des infractions les plus graves du *Code de déontologie*. »

La FMOQ a protesté auprès du Collège. Elle lui a fait valoir que son règlement semble indiquer qu'il suffira qu'un patient mentionne ses symptômes pour qu'un pharmacien puisse confirmer le diagnostic. À ses yeux, il est surprenant de voir que l'organisme, qui doit protéger le public, accepte une telle démarche.

### **Zones obscures**

La question des conflits d'intérêts surgit également dans ce débat. « Comment un pharmacien peut-il

prescrire des médicaments qu'il va vendre sans s'exposer à une sanction, alors qu'un médecin qui ferait la même chose, dans la même ville, au même moment, serait radié ? », demande M<sup>e</sup> Belzile.

Le monde des ordres professionnels est régi par des règles strictes. « Au Québec, un professionnel quel qu'il soit ne peut se placer en situation de conflit d'intérêts », explique l'avocat. Ne peut-on cependant donner le bénéfice du doute aux pharmaciens ? Pourrait-on simplement assumer qu'ils prescriront un médicament dans le meilleur intérêt du patient ?

Pour l'Office des professions du Québec, l'apparence de conflits d'intérêts est au moins aussi grave que la situation réelle de conflit d'intérêts. « Ce qui est important pour assurer la confiance du public dans le système professionnel, c'est l'absence totale d'apparence de conflit d'intérêts. C'est la raison pour laquelle les comités de discipline des ordres professionnels sanctionnent leurs membres juste pour des questions d'apparence. »

Les règlements récemment adoptés comportent donc des zones obscures, des aspects qui peuvent prêter flanc à la critique. « Quand je regarde tout ça, je me demande si la validité de toute cette réglementation-là, que ce soit celle qu'a adoptée le CMQ ou l'OPQ, ne pourra pas éventuellement être mise à l'épreuve. Est-ce que quelqu'un a réfléchi au caractère peut-être déraisonnable de certaines de ces règles et donc à la question de leur légalité ? », souligne M<sup>e</sup> Belzile.

### Analyses de laboratoire

Les pharmaciens auront bientôt un autre pouvoir : celui de prescrire des analyses de laboratoire (encadré 3). L'objectif est de leur permettre de surveiller la thérapie médicamenteuse des patients.

Le Collège des médecins a accordé ce droit aux pharmaciens de quartier pour qu'ils puissent repérer la présence d'effets indésirables liés au médicament et en faire le suivi, surveiller les interactions médicamenteuses et s'assurer de l'efficacité de la pharmacothérapie. Le pharmacien devra cependant communiquer au médecin traitant les résultats de l'analyse demandée.

Les pharmaciens d'hôpitaux pourront, eux aussi, prescrire des tests de laboratoire et en interpréter

Encadré 2.

### Cas pour lesquels un pharmacien peut prescrire un médicament lorsqu'aucun diagnostic n'est requis

Règlement de l'Ordre des pharmaciens du Québec destiné à compléter le projet de loi n<sup>o</sup> 41 modifiant la Loi sur la pharmacie

1. Diarrhée du voyageur (traitement en cas de manifestation)
2. Prophylaxie du paludisme
3. Supplémentation en vitamines et en acide folique en périnatalité
4. Nausées et vomissements liés à la grossesse
5. Cessation tabagique (ne comprend pas la prescription de la varénicline ni du bupropion)
6. Contraception orale d'urgence
7. Contraception hormonale à la suite d'une consultation pour une contraception orale d'urgence
8. Pédiculose
9. Prophylaxie antibiotique chez les porteurs de valve
10. Prophylaxie cytoprotectrice chez les patients à risque
11. Prophylaxie du mal aigu des montagnes (ne comprend pas la prescription de prednisone ni de sildénafil)

Encadré 3.

### Analyses de laboratoire que peuvent prescrire les pharmaciens de quartier selon le règlement du Collège des médecins du Québec

1. Formule sanguine complète (FSC)
2. Temps de prothrombine (PT-RNI)-INR
3. Créatinine
4. Électrolytes
5. Alanine transaminase (ALT)
6. Créatine-kinase (CK)
7. Dosages sériques des médicaments
8. Glycémie
9. Hémoglobine glyquée HbA<sub>1c</sub>
10. Bilan lipidique
11. Hormone thyroïdienne (TSH)

les résultats. Dans leur cas, c'est un règlement de l'Ordre des pharmaciens qui le leur permettra.

L'OPQ va, par ailleurs, autoriser ses membres, par un règlement, à prolonger ou à ajuster les ordonnances des médecins. Les pharmaciens

pourront bientôt modifier la dose d'un médicament, entre autres pour diminuer les effets indésirables, gérer les interactions médicamenteuses, prévenir la défaillance d'un organe et tenir compte de certains facteurs comme le poids.

« Le pharmacien peut aussi modifier la dose d'un médicament prescrit afin d'assurer l'atteinte des cibles thérapeutiques, lorsqu'il obtient du médecin traitant les cibles thérapeutiques ainsi que, s'il y a lieu, les limites ou contre-indications particulières », indique également le règlement.

Le pharmacien qui ajustera une ordonnance en modifiant la dose prescrite en informera le médecin. Pour l'aider à effectuer ces corrections ou pour substituer un médicament en cas de rupture de stock, il recevra une formation théorique de deux heures.

### **Modification du rôle du pharmacien**

Le rôle des pharmaciens ainsi se transforme. Quel type de collaboration s'établira entre eux et les médecins ? « On voit mal comment la complémentarité interprofessionnelle souhaitée peut être au rendez-vous avec les nouveaux règlements présentés. Ils favorisent plutôt le travail en silo. C'est dommage. On est loin des ententes de partenariat médecins-infirmières praticiennes spécialisées qui permettent une véritable collaboration interprofessionnelle », déplore M<sup>e</sup> Belzile.

Il reste encore plusieurs étapes avant que les pharmaciens puissent prescrire des médicaments. Les projets de règlements du CMQ et de l'OPQ, qui ont été soumis à l'Office des professions du Québec, sont maintenant publiés dans la *Gazette officielle du Québec* pour permettre une consultation publique d'environ quarante-cinq jours. Le gouvernement devra ensuite approuver la version définitive des nouveaux règlements qui apparaîtra par la suite dans la *Gazette officielle* et entrera en vigueur quinze jours plus tard. Ce ne sera toutefois que lorsque le Collège et l'Ordre auront rédigé leurs lignes directrices conjointes pour préciser ces règlements que les pharmaciens pourront traiter les vingt-trois affections prévues. 📖

## **D**es nouvelles des associations...

### **Association de Yamaska Hommage au D<sup>r</sup> Émile Gosselin**

L'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a rendu hommage au D<sup>r</sup> Émile Gosselin, de Belœil, au cours de son assemblée générale annuelle.

« Mon cher Émile, l'Exécutif de l'AMOY tient à saluer ta brillante carrière, ta contribution à la vie syndicale, ainsi que tes qualités humaines exceptionnelles. C'est pour moi un honneur de te décerner ce soir le titre de membre émérite de l'AMOY pour 2012 », a affirmé le D<sup>r</sup> Jacques Bergeron, président de l'association, dans son discours.

Sur le plan syndical, le D<sup>r</sup> Gosselin a été membre du Bureau de l'AMOY de 1996 à 2011. Il a représenté pendant quinze ans les membres de son association au Conseil de la FMOQ à titre de délégué.

Exerçant depuis 40 ans, le D<sup>r</sup> Gosselin a eu une pratique polyvalente et diversifiée. Actuellement, il exerce au Carrefour médical Vallée-du-Richelieu, de Belœil. Jusqu'en 2007, il travaillait également au Centre hospitalier Honoré-Mercier, de Saint-Hyacinthe et au CHSLD Marguerite-Adam, de Belœil. Le D<sup>r</sup> Gosselin planifie maintenant sa retraite.

Le D<sup>r</sup> Gosselin est apprécié autant de ses patients que de ses collègues. « Son calme, son écoute, son empathie, sa voix douce et son assurance ont certainement contribué au mieux-être de ses patients. Jovial, affable et généreux, c'est ainsi que nous avons connu Émile à l'Exécutif de l'AMOY », a souligné le D<sup>r</sup> Bergeron.



Le D<sup>r</sup> Émile Gosselin recevant  
une plaque honorifique des mains du D<sup>r</sup> Jacques Bergeron.



# Création de la FMOQ

## le combat des praticiens des années 1960



Photo : Emmanuelle Garnier

Dr Marc-André Asselin

Au début des années 1960, les praticiens du Québec sont passés à l'action. Ils savaient que pour améliorer leur vie professionnelle, ils devaient se regrouper. Et ils n'avaient pas froid aux yeux : ils ont formé un syndicat, ce qu'aucun groupe de professionnels n'avait jamais fait auparavant dans la province.

À cette époque, il n'y avait pas encore d'omnipraticiens ni de spécialistes en médecine familiale. On appelait ces cliniciens des « praticiens ». « C'étaient des médecins qui avaient le droit d'exercer dans les secteurs de la médecine qu'ils voulaient. Certains pratiquaient l'anesthésie, d'autres la chirurgie. Ce n'étaient pas des spécialistes dans une branche de la médecine », explique le Dr Marc-André Asselin, qui va publier sous peu un livre sur les 50 ans de la FMOQ.

Les spécialités médicales avaient cependant commencé à émerger après la Seconde Guerre mondiale. Avec le temps, leurs membres, de plus en plus nombreux, avaient envahi les hôpitaux. Graduellement, ils en chassaient les praticiens, qu'ils considéraient comme des médecins sans diplôme. Dans certains établissements, les généralistes ne pouvaient même plus obtenir de lits pour leurs patients. « Souvent, quand un praticien voulait accoucher une patiente, il fallait qu'il appelle avant pour savoir s'il y avait une place disponible à l'hôpital », explique le Dr Asselin.

Travaillant seuls dans leur cabinet, les praticiens étaient isolés. Ils n'avaient pas accès à la formation qui se donnait dans les hôpitaux. Leur quotidien de cliniciens polyvalents consistait en consultations et en visites à domicile. Ils pratiquaient aussi des accouchements et hospitalisaient les malades.

À cette époque, c'était les patients qui payaient les honoraires des médecins. Les tarifs étaient déterminés par le Collège des médecins du Québec, qui avait alors la mission contradictoire de défendre les médecins et le public. Dominant le Collège, les spécialistes avaient droit à des tarifs plus élevés. « Ils faisaient aussi de la médecine générale dans leur pratique. C'était donc une lutte pour la survie entre les deux groupes », indique le Dr Asselin.

Les praticiens, de leur côté, voulaient avoir leur mot à dire sur leurs tarifs. Certains, plus militants, désiraient même imposer le principe : « à acte médical égal, rémunération égale. » Ainsi un acte de première ligne, comme la vaccination, devait valoir le même prix qu'il soit fait par un praticien généraliste ou par un spécialiste.

### Un mouvement commencé à Montréal

Les praticiens étaient excédés. « Ils voulaient principalement trois choses : avoir accès à l'hôpital, pouvoir déterminer leurs tarifs et s'occuper de leur formation professionnelle. » Ils souhaitaient également sortir de leur isolement individuel.

Ce sont les généralistes de Montréal qui ont officiellement lancé le mouvement en créant leur association en 1961. « L'AMOM a été le premier syndicat de professionnels au Québec toutes professions confondues, relate le Dr Asselin, président actuel de cette association. Quand la Fédération a été créée, en 1963, elle a aussi été la première fédération de professionnels au Québec. Il y avait des ordres, mais pas de syndicats professionnels. »

La Fédération a été le fruit du ralliement de sept associations : celles de Québec, de Montréal, des Bois-Francs, des Laurentides-Lanaudière, du Sud-Ouest, de la Mauricie et de Yamaska. « Le rêve c'était de rassembler tout le monde pour avoir une voix beaucoup plus puissante que celle qu'aurait eue chacune des associations seule dans sa région. » EG

# Entrevue avec le D<sup>r</sup> Michel Breton

## simplifier les relations avec le CSSS



D<sup>r</sup> Michel Breton

*Le nouveau président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval (AMOL), le D<sup>r</sup> Michel Breton, a touché à tous les aspects de l'omnipraticien au cours de sa carrière : urgence, soins intensifs, obstétrique, néonatalogie, soins palliatifs et santé publique. Actuellement, il suit des patients de tous âges, vulnérables et non vulnérables, au GMF Centre médical Laval et pratique à temps partiel au Service correctionnel du Canada. Au cours de son mandat, le D<sup>r</sup> Breton voudrait améliorer les relations compliquées et sou-*

*vent tendues entre le Centre de santé et de services sociaux de Laval et les médecins des cliniques médicales.*

### M.Q. – Quelles sont vos priorités en tant que nouveau président ?

M.B. – Cela fait 31 ans que je pratique et il me semble que la qualité de vie professionnelle des omnipraticiens s'est lentement détériorée. Tout est plus complexe. Non seulement la pratique est plus difficile à cause de l'augmentation des connaissances médicales, mais aussi parce que les établissements du réseau de la santé ne nous facilitent pas la tâche. Au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, par exemple, la bureaucratie est débridée.

### M.Q. – Que songez-vous faire ?

Le Bureau de l'AMOL compte effectuer un sondage auprès de tous les omnipraticiens de Laval. On voudrait procéder de façon positive et demander aux médecins : « Qu'est-ce que vous attendez du CSSS ? Quelles seraient les demandes que vous voudriez lui adresser ? Quels sont les besoins auxquels il ne répond pas bien actuellement ? » Une fois que l'on aura les résultats, on pourra intervenir auprès du CSSS. Ses responsables nous disent que les médecins de famille sont leur priorité numéro 1. Ils vont avoir l'occasion de nous le prouver !

Ce qui pourrait également être intéressant, si l'on a un questionnaire standardisé, ce serait éventuellement de le distribuer à tous les médecins de la province par l'intermédiaire des autres asso-

ciations. On pourrait demander aux omnipraticiens ce qu'ils pensent de leur CSSS, quels sont ses points satisfaisants et ses aspects irritants. Il serait ensuite possible de comparer les CSSS entre eux et de faire un palmarès, un peu comme celui des urgences.

### M.Q. – À votre avis, où se situerait le CSSS de Laval dans un tel palmarès ?

M.B. – Je ne le sais pas. Je pense que pour un CSSS urbain, il ne ferait peut-être pas très bonne figure.

### M.Q. – Que voulez-vous dire quand vous parlez de bureaucratie débridée ?

M.B. – Ça ne doit pas être unique à Laval, mais dans notre réseau il y a une multitude absolument incroyable de formulaires. Si l'on veut une consultation en psychiatrie, par exemple, il y a un formulaire pour les adultes et un pour les enfants. Et si on ne l'a pas rempli de la bonne façon, on nous le retourne.

Cette semaine, par ailleurs, on a reçu de nouvelles instructions concernant les lames de cytologie gynécologique que l'on envoie au laboratoire. Jusqu'à présent, on inscrivait le nom de la patiente sur la lame qui était mise dans une petite boîte de transport portant une étiquette avec toutes les coordonnées de la femme. Maintenant, il faut écrire le nom, le prénom et le numéro d'assurance maladie sur la portion de verre dépoli de la lame. Qu'est-ce qu'on fait pour une patiente qui s'appelle Madeleine-Catherine Tranchemontagne-Laframboise ? Il n'y a plus de place pour écrire autre chose ! Et si l'on ne se conforme pas aux nouvelles normes, la lame nous sera renvoyée. Ils sont assez hallucinants.

### M.Q. – Et comment cela se passe-t-il quand vous adressez un patient à un spécialiste ?

M.B. – Si l'on veut qu'un patient soit vu par un spécialiste de la Cité-de-la-Santé, on doit envoyer un formulaire standardisé sur lequel on indique l'urgence du cas : patient qui doit être vu au cours de la semaine, dans les deux prochaines semaines ou non prioritaire. Quand on marque une semaine, la consultation aura souvent lieu dans un an. Vous comprendrez que personne ne va cocher deux semaines ; on aurait l'impression de vouloir assassiner notre patient. Le formulaire arrive ensuite dans ce qu'ils appellent la « centrale de rendez-vous » qui l'achemine dans un centre de consultation externe censé faire une priorisation des formulaires. Mais d'une

spécialité à l'autre, le processus est variable, parfois anarchique, de sorte qu'il y a certains domaines où c'est à peu près impossible de faire voir des patients. Pour les cas graves, on téléphone directement à notre confrère. Les autres patients, eux, doivent attendre trois mois, un an, deux ans, trois ans.

Il y a un certain temps, l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé a renvoyé à tous les médecins de Laval leurs demandes d'examen de tomodensitométrie, en disant : « Vous avez demandé un *scan* il y a deux ans docteur, pourriez-vous vérifier s'il est toujours nécessaire ? »

L'hôpital n'a pas appelé lui-même les patients ; il voulait que ce soit les médecins qui le fassent. Cela ne va pas. Il faudrait que, dans l'ensemble du réseau, on en vienne à avoir une logique d'affaires. Ce n'est pas rentable de renvoyer un formulaire à un médecin, alors qu'à un coût moins élevé un commis pourrait téléphoner aux patients et faire la vérification. En plus, pendant que le clinicien rappelle un patient, il n'en voit pas d'autres. C'est une aberration incroyable et un manque de respect total.

**M.Q. – Cela ne vous a pas ébranlé de voir que deux ans plus tard l'examen de tomodensitométrie n'avait toujours pas été fait ?**

M.B. – On sait qu'il n'y a rien qui est fait dans un délai acceptable concernant le plateau technique au CSSS de Laval. Pour qu'un patient soit vu rapidement, il faut l'envoyer à l'urgence.

**M.Q. – Et comment fonctionne votre accueil clinique, ce système qui permet de prendre en charge très rapidement un malade ?**

Dans certains hôpitaux, l'accueil clinique peut prendre en charge jusqu'à trente affections différentes. Celui de la Cité-de-la-Santé, le plus gros CSSS du Québec, ne comprend des protocoles que pour quatre problèmes de santé : la fibrillation auriculaire, l'angine *de novo*, la phlébite et l'accident vasculaire cérébral.

**M.Q. – Comment les médecins de cabinet vivent-ils cette situation ?**

M.B. – C'est comme si les patients qui viennent nous consulter en première ligne voyaient des médecins de « deuxième ordre ». S'ils vont à l'urgence, ils vont être traités par un médecin de « premier ordre » qui, lui, a droit à tout : le plateau et les consultations rapides avec des spécialistes. C'est une médecine à deux vitesses. La seule façon de contourner le problème, ce serait à chaque fois de télé-

phoner à un collègue spécialiste qu'on connaît. Mais ce n'est pas comme ça qu'un système doit fonctionner.

**M.Q. – Comment sont les relations en tant que telles avec le CSSS ?**

On a vraiment l'impression que le CSSS nous interpelle toujours sur un mode un peu agressant et agressif : « Dorénavant, vous écrirez le nom, le prénom et le numéro d'assurance maladie sur la lame, sinon elle vous sera retournée ». Et vlan !

On ne retrouve pas dans le réseau la mentalité du fournisseur qui essaie de donner le meilleur service au client.

**M.Q. – Est-ce partout ainsi ?**

M.B. – Dans le milieu anglophone, c'est souvent différent. Lorsque vous envoyez un client dans un hôpital anglophone, vous recevez presque toujours le résultat de la consultation, alors que c'est rare dans le milieu francophone. De plus, on s'adresse toujours à vous en des termes extrêmement respectueux. « Bonjour docteur, nous vous remercions de nous avoir adressé cet intéressant client que vous soignez déjà depuis quelque temps. Nous le retournons à vos bons soins et nous vous indiquons qu'en ce qui concerne la maladie pour laquelle vous nous l'avez adressé ... ». C'est toujours une réponse très complète et très respectueuse.

**M.Q. – Vous voulez changer la relation entre médecins et CSSS.**

M.B. – Il faut que les liens soient plus courtois et plus cordiaux. On doit se demander quel type de relation on veut avoir avec le CSSS. Est-ce que cela pourrait ressembler à un rapport client-fournisseur ? On n'est pas les employés des CSSS. On est des professionnels indépendants à la tête de libres entreprises. C'est une question sur laquelle on devrait se pencher en tant que Fédération. Cela pourrait même devenir un enjeu de négociation.

**M.Q. – Est-ce que cela a toujours été comme cela ?**

M.B. – Non. La Cité-de-la-Santé est un hôpital qui a été fondé il y a quelque 30 ans par des omnipraticiens. Cependant, avec les années, à cause de la croissance de l'urgence et du développement de l'hôpital, les cliniques du territoire et le CSSS se sont éloignés. Je pense que ce serait vraiment plus agréable si l'on pouvait rebâtir les liens que l'on avait. Toute une génération de jeunes médecins n'a malheureusement pas connu l'époque où les rapports étaient plus amicaux.

## Congrès syndical « Nous sommes PRÉSENT et AVENIR »

Photo : Emmanuèle Garnier



D<sup>r</sup> Marc-André Amyot

Intitulé « Nous sommes PRÉSENT et AVENIR », le congrès syndical de la FMOQ, qui a lieu tous les quatre ans, se déroulera les 23 et 24 mai prochain, à Montréal. « Il s'agit d'un congrès d'orientation », précise le D<sup>r</sup> Marc-André Amyot, président du comité organisateur.

« Les membres seront invités à se pencher sur les grandes orientations de la Fédération et à commencer l'élaboration

du prochain cahier des demandes, puisque notre entente générale vient à échéance en 2015-2016. Ce congrès est ouvert à tous les omnipraticiens, pas seulement aux délégués du Conseil », précise le D<sup>r</sup> Amyot.

Le colloque s'ouvrira sur le bilan de l'accord-cadre de 2011-2015 : les objectifs visés du dernier cahier des demandes, l'écart de rémunération projeté entre les omnipraticiens et les spécialistes ainsi que l'effet des mesures adoptées sur les patients.

Les participants auront l'occasion de se prononcer sur le contenu du prochain cahier

des demandes au cours des ateliers. Ils seront divisés selon leur secteur : urgences, soins intensifs, soins aux patients hospitalisés, soins psychiatriques, soins à domicile, etc. Les médecins de chaque milieu pourront ainsi revoir en groupe leurs examens et leurs actes, ainsi que les tarifs qui s'y rattachent.

Le congrès sera également l'occasion de faire le point sur de grands enjeux comme l'accès aux soins et l'engagement syndical. La question de l'interprofessionnalisme sera aussi abordée. « Il faut travailler en collaboration avec d'autres intervenants, mais pour cela il faut prendre la place qui nous revient, estime le D<sup>r</sup> Amyot. Le médecin de famille est un acteur clé dans la prévention et l'offre de soins au patient. Il doit être le chef d'orchestre de tous les intervenants : du travailleur social jusqu'au spécialiste. »

Une place sera faite à la relève au cours du colloque. La D<sup>re</sup> Guylaine Laguë, présidente sortante du comité des jeunes médecins de la FMOQ, indiquera les préoccupations des nouveaux omnipraticiens et la manière de favoriser leur intégration dans le milieu de pratique.

Le colloque accueillera également des invités spéciaux. Ainsi, M. David Levine, fort de son expérience d'administrateur dans le domaine de la santé, présentera sa vision de l'avenir de l'organisation des soins. M<sup>re</sup> Steeves Bujold, avocat de la firme McCarthy Tétrault, expliquera les aspects médico-légaux des soins à distance. Concepteur du Grand Défi, M. Pierre Lavoie fera un exposé sur l'attitude des gagnants.

Le congrès syndical sera naturellement l'occasion de souligner les 50 ans de la Fédération. Il y aura, pour commencer, le lancement du livre que le D<sup>r</sup> Marc-André Asselin a rédigé sur l'histoire de la FMOQ. Puis, à la clôture du colloque, un gala sera organisé pour célébrer le demi-siècle d'activités syndicales des médecins de famille. **EG**

Ce congrès donne droit aux mesures de ressourcement ainsi qu'aux allocations du fonds de formation. Le nombre d'heures reconnues à ces fins figurera sur le programme.



Illustration : Marcel La Haye

# pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?  
Envoyez-les à [egarnier@fmoq.org](mailto:egarnier@fmoq.org).

## Traquer les nævus qui se transforment

Quelle taille avait la lésion cutanée du patient au moment du dernier rendez-vous ? A-t-elle changé de forme ? La D<sup>re</sup> Jacynthe Vallée, du GMF de la Ma-t-pédia, à Amqui, utilise un truc ingénieux pour ne plus être dans l'incertitude.

Lorsqu'elle voit un patient qui a déjà été opéré pour un mélanome ou dont un nævus semble être à un stade intermédiaire, la clinicienne prend un acétate, y inscrit le nom de la personne et la date. « Je l'applique ensuite sur la peau et, avec un feutre noir, je trace les contours de la lésion. Quand le patient revient, je n'ai qu'à réappliquer le transparent pour vérifier si le nævus a évolué. »

Cette méthode est très efficace. « C'est tellement plus rapide que de prendre une photo de la lésion avec une règle à côté. Le résultat est également plus clair. » Un petit truc facile à faire et peu coûteux. **EG**

## Nettoyer une main de mécanicien

À La Sarre, en Abitibi, bien des usagers de l'urgence du CSSS des Aurores boréales sont des mécaniciens, des ouvriers et des gens de la construction. Ils consultent souvent pour une blessure à la main. Fréquemment, toutefois, la peau autour de leur plaie est couverte de graisse ou d'huile et il est très difficile de faire partir ces substances avec du savon seul.

« Ce qu'il faut, c'est utiliser un produit nettoyant comme ceux qu'emploient les mécaniciens. On en trouve dans les quincailleries. Évidemment, on ne l'applique pas sur la plaie comme telle, mais on peut l'utiliser sur le reste de la main », explique le D<sup>r</sup> Louis Bélanger, médecin d'urgence au CSSS. Le produit est très efficace. « Après, on fait un lavage habituel avec le savon aseptique. »

Lui-même un manuel, le D<sup>r</sup> Bélanger utilise ce type de produit après avoir fait ses travaux de mécanique. Il en a apporté un pot à l'urgence pour aider les infirmières qui avaient toujours de la difficulté à enlever la graisse autour des lésions. Le produit sert plusieurs fois par mois. **EG**

## Réduire les conséquences de la perte du permis de conduire

La perte du permis de conduire entraîne souvent d'importantes répercussions pour la personne âgée. Il est cependant possible de les atténuer. Pratiquant dans le service de gériatrie du CSSS du nord de Lanaudière, la D<sup>re</sup> Johanne Asselin, qui fait l'évaluation de l'état cognitif de patients du troisième âge, prend certaines précautions au moment d'annoncer le retrait d'un permis.

L'omnipraticienne demande, pour commencer, qu'un membre de la famille accompagne le patient. Au moment de la rencontre, elle discutera avec lui des moyens d'éviter la perte d'activités et de plaisir que provoque souvent l'abandon de la conduite automobile. « Il faut essayer de comprendre ce que la voiture permet au patient de faire. On doit voir quelles sont ses habitudes pour essayer de les maintenir », explique la D<sup>re</sup> Asselin. Si la personne conduit pour aller au marché, quelqu'un pourra-t-il l'y amener ? Si elle va toutes les semaines au club de l'âge d'or, un ami pourra-t-il l'y accompagner ? « Il faut établir une routine qui respecte ce que les membres de la famille peuvent offrir et qui permette de répondre aux besoins du patient pour qu'il n'ait pas toujours à quémander un service. »

Si le patient est atteint de démence, il va, par ailleurs, manquer d'autocritique ou oublier qu'il ne peut conduire. « J'explique aux familles que la perte du permis ne sera pas suffisante pour le protéger. Il faut prendre des moyens pour qu'il n'utilise pas l'auto. » Ainsi, la discussion de certains sujets peut être bénéfique au moment de l'annonce du retrait du permis. **EG**