

La nouvelle Politique du médicament

éléments intéressants et points à surveiller

LA NOUVELLE *Politique du médicament* que le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, a dévoilée en février dernier touche de près les médecins omnipraticiens. À eux seuls, les généralistes rédigent 75 % des ordonnances. Et tout un pan de la nouvelle politique les concerne directement.

« *La Politique du médicament* comporte un ensemble de mesures intéressantes dont nous souhaitons la mise en place rapide. Cependant, même si nous sommes d'accord avec les décisions et les orientations du ministre, nous avons des réserves sur certains points », précise le **D^r Renald Dutil**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Ainsi, dans le volet sur l'usage optimal des médicaments, l'une des mesures propose que le médecin transmette au pharmacien « l'intention thérapeutique ». Le clinicien inscrirait sur l'ordonnance le problème de santé à traiter. Il pourrait y indiquer un diagnostic – pneumonie, arthrite, dépression – ou un symptôme – douleur, insomnie, toux.

La raison de cette mesure ? « Les renseignements



D^r Renald Dutil



M. Philippe Couillard

transmis aident le pharmacien à formuler ses conseils pour favoriser une meilleure utilisation du médicament prescrit ou améliorer l'adhésion du patient au traitement », explique le document *La Politique du médicament*.

La Fédération ne s'oppose pas à l'objectif, mais plutôt au moyen proposé. « Dans certains cas, les pharmaciens doivent être mieux informés des raisons de la prescription d'un médicament. Cependant, ils doivent disposer non pas de renseignements fragmentaires, mais d'une information complète. Et le moyen de la transmettre n'est pas la feuille d'ordonnance. Certains patients pourraient d'ailleurs ne pas aimer qu'on y inscrive leur diagnostic. » La FMOQ recommande donc que l'information soit communiquée par des moyens confidentiels, comme des outils informatiques. De plus, selon elle, la transmission des données cliniques doit être laissée à la discrétion du médecin et ne pas devenir une obligation.

Profil de prescription

Pour les clientèles les plus vulnérables, la *Politique du médicament* propose un

mécanisme d'évaluation des médicaments pris à domicile. « Il n'est pas rare qu'on se rende compte après quelques mois que le patient prend encore des médicaments que le médecin avait cessés ou qu'il y a des interactions insoupçonnées entre deux médicaments », a indiqué M. Couillard en présentant sa politique en conférence de presse. Le médecin de famille demanderait donc au patient d'aller voir son pharmacien pour que ce dernier analyse l'ensemble de ses médicaments. Le clinicien transmettrait les données cliniques nécessaires à ce professionnel de la santé qui lui remettrait ensuite un rapport et des recommandations. Un plan d'action commun pourrait par la suite être établi.

La FMOQ estime, pour sa part, qu'il serait plus judicieux d'organiser une rencontre multidisciplinaire entre le pharmacien, le médecin et, s'il y a lieu, l'infirmière des soins à domicile. « Je pense que le pharmacien a besoin de discuter avec le médecin traitant pour avoir une bonne idée de la situation. Autrement, les recommandations du pharmacien seraient sûrement valables, mais incomplètes », estime le D^r Dutil. La dernière Entente générale de la FMOQ permet d'ailleurs de rémunérer les omnipraticiens pour ce genre de rencontres.

Pour optimiser l'emploi des médicaments, la nouvelle politique prône également l'envoi aux médecins de leur profil de prescription. Ce rapport devrait leur permettre de comparer, en toute confidentialité, leur pratique avec celles de leurs collègues et avec les recommandations médicales officielles. La FMOQ, qui avait déjà proposé cette solution il y a dix ans, exige cependant certaines balises. Ainsi, il faudrait que la mesure soit optionnelle et que le médecin demande lui-même à recevoir son profil. « De plus, les données ne doivent surtout pas être utilisées à des fins de contrôle de la qualité de l'exercice ou de surveillance financière », déclare le président de la FMOQ.

Informatisation, une base essentielle

L'une des pierres d'assise de la nouvelle *Politique du médicament* est l'informatique. L'annonce du plan d'informatisation du réseau de la santé a d'ailleurs été faite il y a quelques mois, conjointement avec Info-route Santé Canada. Plus d'un demi-milliard de dollars y sera consacré. « Cela permettra entre autres au médecin de disposer sur son écran d'ordinateur de la liste de tous les médicaments pris par les citoyens, qu'il soit dans un régime public ou privé », a précisé le ministre Couillard. Le ministère suit actuellement la mise sur pied d'un plan d'informatisation dans les réseaux locaux de services et à l'échelle du réseau de la santé. Le projet atteindra son plein développement d'ici cinq ans.

La Régie de l'assurance maladie du Québec a, elle aussi, un projet informatique prometteur : un service de transmission d'ordonnances électroniques. Ces dernières, qui circuleraient dans un environnement sécurisé avec le consentement du patient, seraient envoyées dans un dépôt de données jusqu'à ce que le pharmacien les récupère. Cette mesure permettrait de réduire les erreurs de transcription ou de lecture des ordonnances manuscrites.

Outre l'usage optimal des médicaments, la *Politique du médicament* contient trois autres axes : l'accessibilité aux médicaments, l'établissement d'un prix juste et raisonnable des médicaments et le maintien d'une industrie biopharmaceutique dynamique au Québec. On y trouve des mesures intéressantes comme la ligne Info-médicaments pour les patients et l'augmentation de l'accès aux médicaments pour les personnes les plus démunies. « Il s'agit d'une politique qui dans l'ensemble satisfait la Fédération », résume le D^r Dutil.

Le document est disponible au www.msss.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications. 📄

Loi modifiant le Code des professions

opposition des omnipraticiens

Le projet de loi 54 modifiant le *Code des professions* et la *Loi sur la pharmacie* est-il vraiment nécessaire ? Aux yeux de la FMOQ, il est inutile et même offensant. À son avis, il traite les médecins différemment des autres professionnels sous prétexte de sévir en cas de conflits d'intérêts potentiels entre médecins et pharmaciens.

Le projet de loi 54 fait suite à un avis que l'Office des professions du Québec (OPQ) a rédigé après s'être penché sur les relations commerciales entre médecins et pharmaciens.

L'organisme y concluait que le fait qu'un médecin obtienne un loyer gratuit ou très bas d'un pharmacien ou d'une autre personne susceptible d'en tirer profit pouvait mettre en péril son indépendance professionnelle.

Mais y a-t-il eu des cas d'abus ? « L'Office a été forcé de reconnaître que sa cueillette d'informations ne lui avait apporté aucune donnée qualitative ni quantitative significative sur le sujet », a fait valoir le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, en présentant son mémoire aux audiences de la Commission des institutions.

Le projet de loi 54, en tant que tel, contient peu de mesures. Il ne fera que créer une nouvelle catégorie d'infraction pénale à l'égard de quiconque incite un professionnel à contrevenir à son code de déontologie. Et il augmentera le montant minimal des amendes disciplinaires prévues au *Code des professions* à 750 \$ et

le montant maximal à 10 000 \$.

« Les amendements proposés par le projet de loi 54 n'ajouteront rien à la protection du public ni à la sauvegarde de l'intégrité professionnelle des médecins. Ils ne feront qu'élargir l'éventail des mesures punitives et discriminatoires à l'égard des médecins », a soutenu le président de la Fédération.

Des mesures superfétatoires

L'essentiel des demandes de l'Office des professions n'était cependant pas d'ordre législatif. Ses recommandations les plus importantes s'adressaient au Collège des médecins du Québec à qui il a demandé de modifier son code de déontologie. L'Office désirait que toute entente concernant l'occupation d'un espace pour la pratique de la médecine soit écrite et

comporte une première clause attestant que l'accord respecte le *Code de déontologie des médecins* et une seconde autorisant la communication du bail au CMQ.

Il est vrai qu'un médecin qui accepte

d'un pharmacien un local gratuit peut théoriquement se mettre dans une situation de conflit d'intérêts réel ou apparent. « Nous avons toujours invité nos membres à s'abstenir de se placer dans cette situation. Mais chaque cas doit être évalué à la lumière des circonstances particulières », a précisé le D^r Dutil.

Une nouvelle loi n'était par ailleurs pas nécessaire. Le CMQ avait déjà les moyens de sévir dans les cas d'abus. Le code de déontologie du Collège, mis à jour en 2002, stipule entre autres que « le médecin ne doit adhérer à aucune entente ni accepter aucun bénéfice susceptible de compromettre son indépendance

(Suite à la page 12) >>>



D^r Louis Godin, D^r Renald Dutil et M^r Pierre Belzile à la Commission des institutions

Photo : Marie Ruel/FMOQ

◀◀◀ (Suite de la page 3)

professionnelle. » En outre, le code exige que le médecin s'abstienne « d'accepter toute commission, ristourne ou avantage matériel mettant en péril son indépendance professionnelle. »

Le Collège des médecins du Québec dispose en fait de tous les pouvoirs nécessaires pour intervenir si un médecin compromet son indépendance professionnelle, soutient la Fédération. « Voilà pourquoi nous croyons que les modifications suggérées par l'Office et auxquelles fait référence le projet de loi 54 sont superflues et inutiles. De façon plus spécifique, la Fédération est en désaccord avec une modification proposée qui obligerait tous les médecins à ajouter, dans toute entente de location, une disposition stipulant que son contenu respecte le code de déontologie. C'est une disposition inutile, et je vous dirais même insultante pour les médecins qui sont des professionnels responsables et qui ont prêté serment de respecter leur code de déontologie », a affirmé le D^r Dutil.

Le président de la FMOQ estime, par ailleurs, que le médecin pratiquant en cabinet privé doit disposer d'une marge de manœuvre pour négocier son bail. « Un loyer à moindre coût ne met pas nécessairement en péril l'autonomie professionnelle du clinicien. »

Les répercussions à long terme

Depuis longtemps, les cabinets médicaux jouxtent ou voisinent les pharmacies. Leur proximité n'influe cependant pas sur la manière dont prescrivent les cliniciens, a soutenu pour sa part le **D^r Louis Godin**, premier vice-président de la FMOQ. « Les médecins ont vraiment la perception que ce projet de loi les traite durement de manière inutile », a-t-il affirmé. Il craint les conséquences à long terme de ce type de mesures. Le milieu des cliniques privées est déjà en crise. « Le recrutement est de plus en plus difficile pour différentes raisons, et l'on risque de rajouter, avec ces dispositions-là, de nombreuses règles administratives qui vont faire que finalement plus personne ne sera intéressé à aller travailler en cabinet privé alors que c'est encore la porte d'entrée numéro un dans le système de santé. » ☞

Direction de la planification, de la régionalisation et des communications un nouveau directeur

Depuis le début de mars, le **D^r Jacques Ricard** est le nouveau directeur de la Planification et de la Régionalisation et responsable des Communications de la FMOQ. Médecin de famille pendant 17 ans, médecin gestionnaire durant 10 ans, titulaire d'une maîtrise en administration de la santé pour cadres, il connaît le réseau de la santé sous diverses facettes.

Le D^r Ricard, qui travaillait depuis 2005 au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Haut-Richelieu-Rouville comme directeur général adjoint et directeur des Affaires médicales, a un intérêt marqué pour les services de la première ligne. Récemment, son CSSS a organisé une consultation auprès de la population. « Nous sommes allés dans dix municipalités et avons rencontré des centaines de personnes. Les gens nous disaient que ce dont ils avaient le plus besoin actuellement était un médecin de famille. »

Le D^r Ricard connaît également bien la deuxième ligne. Comme gestionnaire et comme clinicien. De 1996 à 2004, il a été directeur des Services professionnels et hospitaliers du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, à Lachenaie ; à l'Hôpital du Haut-Richelieu, à Saint-Jean, et à l'Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins, à Cowansville. Mais auparavant, le D^r Ricard



D^r Jacques Ricard

Photos : Emmanuelle Garnier

a pratiqué en milieu hospitalier dans le domaine de l'obstétrique et de la périnatalité. Il a d'ailleurs travaillé non seulement dans des hôpitaux, mais aussi dans un cabinet privé, un CLSC et un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

Le D^r Ricard aime particulièrement les défis. Il a ainsi participé à l'ouverture du nouvel hôpital Pierre-Le Gardeur, en 2004. Pendant quatre ans, avec toute une équipe, il a coordonné les travaux du nouveau centre et préparé le déménagement des unités et du personnel de l'ancien bâtiment au nouveau. Il avait pour mission de refaire la planification des soins et des services. « Nous avons une nouvelle approche qui favorisait la médecine ambulatoire. L'hôpital possédait donc moins de lits. » Le transfert a finalement été effectué à la date prévue, avec le budget prévu.

Plus récemment, l'an dernier, alors qu'il travaillait au CSSS, le D^r Ricard a également contribué à la mise sur pied de groupes de médecine de famille (GMF) à Saint-Jean. La ville en était totalement dépourvue. Il fallait mobiliser les médecins de première ligne, les encourager à s'organiser ensemble. « J'ai pris mon bâton de pèlerin et j'ai été rencontrer chacune des cliniques. » Il a invité des médecins de GMF ainsi qu'un représentant de la FMOQ et a tranquillement fini par susciter l'intérêt. Aujourd'hui, sept cliniques, comprenant 45 médecins, s'apprentent à former un réseau de GMF.

Maintenant directeur de la Planification et de la Régionalisation, le D^r Ricard va pouvoir relever des défis différents. « Ce nouveau poste va me permettre d'aller un peu plus loin dans l'organisation des soins aux patients. Je trouvais intéressant de travailler à un niveau plus stratégique. » L'une des priorités du nouveau directeur sera le dossier de santé électronique. Il croit beaucoup à l'informatisation du système de soins, sujet sur lequel il s'est d'ailleurs penché dans son mémoire de maîtrise.

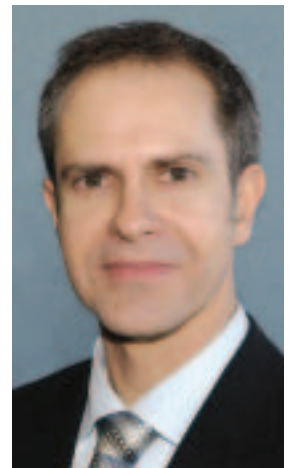
Le D^r Ricard se réjouit, par ailleurs, de pouvoir continuer à être en contact avec la recherche dans le cadre de son nouvel emploi. « Tant mon

prédécesseur que moi pensons que c'est un avantage pour la FMOQ que de suivre l'évolution des services de soins au Québec. » Le D^r Ricard est d'ailleurs en train de terminer une formation en recherche dans le programme FORCE/EXTRA destiné aux cadres du secteur de la santé. 📖

Direction de la formation professionnelle

un nouveau directeur adjoint

Le D^r **Claude Guimond** s'est joint à l'équipe de la Direction de la formation professionnelle de la FMOQ à titre de directeur adjoint. Il va seconder le D^r **Pierre Raïche** dans divers dossiers pour lesquels il a déjà été mandataire de la Fédération, comme l'allègement du processus d'autorisation des médicaments d'exception et le profil de prescription des médecins. Il épaulera également le directeur dans des tâches administratives et politiques, telles que l'évaluation des demandes de crédits, le suivi des comités de formation continue et l'organisation des congrès de la Fédération.



D^r Claude Guimond

Depuis des années, le D^r Guimond est plongé dans le monde de la formation continue. En 2002, il a été élu président du Comité de formation de la FMOQ. Il était déjà, depuis 1994, responsable régional de formation continue de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest. Même à l'hôpital où il travaillait, le Centre hospitalier Anna-Laberge, il était président du comité de formation médicale continue presque depuis son arrivée il y a 16 ans.

(Suite à la page 16) >>>

Le D^r Hugues Bergeron, membre émérite de la FMOQ de la Manic à la FMOQ

Francine Fiore

Ex-directeur des Affaires professionnelles de la FMOQ, le D^r Hugues Bergeron, a choisi de retourner au travail après avoir pris sa retraite pendant huit mois, en 2003. « Je commençais à trouver le temps long », reconnaît-il.

Ayant fait plus de 2000 accouchements au cours de sa carrière médicale, il poursuit dorénavant dans la même voie, mais autrement. Aujourd'hui, le D^r Bergeron est consultant en médecine préventive au CLSC du Haut-Saint-François. Il y est responsable du Programme de maternité sans danger, pour l'ensemble de l'Estrie.

Né à Amqui dans la vallée de la Matapédia en 1938, le D^r Bergeron est le quatrième d'une famille de cinq enfants. Il a grandi sur une ferme, ses parents étant cultivateurs. Très jeune, il a connu une expérience qui allait orienter sa vie. Son parrain, le D^r Adélarde Bergeron, qui pratiquait la médecine familiale à Causapscal, lui a permis de l'accompagner. Véritable médecin de campagne, ce dernier effectuait des visites à domicile et recevait des patients en consultation dans son cabinet installé dans sa maison, où il tenait également une pharmacie. Ce fut la première rencontre du jeune Hughes avec la profession médicale. Pour lui, ce fut un moment déterminant. En observant son parrain, il fut impressionné par le rôle crucial que jouait le médecin de famille dans la communauté, par sa façon de s'occuper des gens et d'en prendre soin, par son dévouement et sa disponibilité de tous les instants.

À la Manic

Le D^r Bergeron a commencé à travailler dès l'âge de 15 ans,



D^r Hugues Bergeron

d'abord sur les routes pour le ministère de la Colonisation, puis pour Québec-Téléphone à l'entretien de l'infrastructure. Il a même fait de l'arpentage des routes à Chibougamau. En 1961, il enseigne à Rivière-Saint-Jean où il joue au bridge avec le curé de la paroisse, dont il épousera la sœur, une étudiante en sciences infirmières.

Après avoir terminé son cours classique au Séminaire de Rimouski, Hughes Bergeron entre à la Faculté de médecine de l'Université Laval où il opte pour la médecine familiale. « Cela répondait à mes ambitions, dit-il. De plus, il y avait un côté pratique, car je me suis marié en quatrième année. Alors, j'ai choisi de travailler plutôt que

d'entrer en résidence. »

Le D^r Bergeron commence à exercer la médecine en 1966, sur les chantiers de Manic-Outarde 3. De juin 1966 à octobre 1968, il y fut ce que l'on peut appeler un médecin de chantier. « J'étais toujours de garde », se rappelle le D^r Bergeron. En plus des employés d'Hydro-Québec, il devait s'occuper des problèmes de santé des bûcherons de la région.

C'est avec beaucoup de plaisir que le D^r Bergeron se souvient de ce tout premier travail qui fut, pour lui, une très belle expérience même s'il s'agissait presque d'une médecine de brousse. « Ce fut une période intéressante, car j'étais dans une situation d'urgence continuelle. Il y avait toutes sortes de cas, des accidents de travail, mais aussi de la route. Je faisais des accouchements, de la petite chirurgie. Il y avait de nombreux problèmes de *delirium tremens*, surtout chez les bûcherons. Dans le village de Micoua, une roulotte comprenant une dizaine de lits ser-

Photo : Emmanuèle Garnier

vait de dispensaire, mais lorsque nous étions vraiment mal pris, nous envoyions les patients à Baie-Comeau. » En 1968, à la suite de l'invitation d'un confrère, le D^r Bergeron s'installe à Sherbrooke. Il se joint au groupe de la nouvelle Clinique familiale Saint-Vincent et assure la garde à la salle d'urgence de l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul. Il y obtient des privilèges en médecine générale et d'urgence, mais également en gériatrie, en pédiatrie et en obstétrique. « C'était avant l'arrivée de l'assurance maladie, raconte le D^r Bergeron. Les gens qui n'avaient pas les moyens de consulter un spécialiste se retrouvaient à l'urgence. On faisait de la garde de 8 heures à minuit. On travaillait presque bénévolement, soit pour environ 30 \$ par jour, et l'on voyait de 30 à 35 patients quotidiennement. » De 1972 à 1980, le D^r Bergeron a été chargé d'enseignement postdoctoral à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke. Parmi ses étudiants, se trouvaient les D^{rs} Pierre Raïche et Jean Rodrigue, qu'il retrouvera à la FMOQ.

Une clinique à Montréal

En 1990, le D^r Bergeron ouvre une nouvelle clinique dans l'ouest de Montréal avec un confrère, le D^r Guy Mathieu, la Clinique Bergeron-Mathieu, aujourd'hui appelée Clinique médicale Galt. En plus de son travail à la clinique et à l'hôpital, le D^r Bergeron devient également le médecin attitré de deux institutions et le restera pendant plus de 26 ans : la Maison Blanche de North Hatley, un CHSLD accueillant 60 pensionnaires, et la Communauté des Sœurs de la Présentation de Marie.

Passionné de syndicalisme, le D^r Bergeron occupe la fonction de président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie, de 1978 à 1995. Puis, il est élu membre du Bureau de la Fédération en 1981, lorsque le D^r Clément Richer accède à la présidence de la Fédération. En 1983, il devient secrétaire-trésorier de la Fédération jusqu'à 1995.

En 1996, lorsque le D^r Renald Dutil est élu président de la FMOQ, le D^r Bergeron, qui était membre du Bureau, devient directeur adjoint aux Affaires professionnelles. Dans le cadre de ce poste qu'il a occupé jusqu'en mai 2003, le D^r Bergeron avait pour rôle de s'occuper des services offerts aux membres, dont les assurances et les placements. Il donnait également des conseils aux médecins qui le consultaient, par exemple, sur l'interprétation de l'Entente générale. Il a également travaillé aux ententes particulières sur les urgences, la pratique en régions éloignées, l'anesthésie et la gériatrie. Avec les D^{rs} Renald Dutil et Jacques Dinelle, il contribue à la fondation de la société des Fonds d'investissement FMOQ qui verra le jour à l'automne 1997. Il fera aussi partie de son conseil d'administration jusqu'à 2004.

Technique contre clinique

Selon le D^r Bergeron, le travail du médecin de famille a beaucoup changé. « Actuellement, les jeunes médecins ont une formation beaucoup plus technique que clinique, estime-t-il. Ils ont des craintes à pratiquer à l'extérieur du milieu hospitalier où ils n'ont pas un accès rapide aux moyens modernes de diagnostic. Comme ils se fient davantage à la technologie, il est difficile pour eux d'exercer en cabinet privé, ce qui est très exigeant. »

Le D^r Bergeron a connu les deux types de pratique, soit à la Manic où il exerçait presque une médecine de brousse et à l'hôpital où il disposait de toute la technologie de pointe. À son avis, l'aspect clinique demeure fondamental, et rien ne remplace un bon examen et une bonne anamnèse. « Aujourd'hui, tout repose sur les appareils, dit-il. Je crois qu'il y a des améliorations à apporter à la formation médicale. Il faut enseigner aux futurs médecins comment cela se passe dans un cabinet et insister davantage sur la formation clinique. »

◀◀◀ (Suite de la page 13)

En outre, le D^r Bergeron remarque que les jeunes médecins sont fort préoccupés par leur qualité de vie et refusent de travailler autant que l'ont fait leurs prédécesseurs. À ses yeux, cette position est un peu contradictoire avec la profession médicale qui est associée au don de soi, à une immense préoccupation à l'égard du patient et à une grande disponibilité. « Il y a un malaise, pense le D^r Bergeron. Peut-être ne choisit-on pas les bons candidats. Au cours de sa formation, le futur médecin doit apprendre qu'il va devoir servir plus qu'une journée par semaine, qu'il doit être disponible pour les gardes, etc. Au CLSC où je travaille, sur sept ou huit médecins, seulement deux font de la garde, un médecin âgé de 74 ans et un autre de 62 ans. Les médecins plus âgés avaient le feu sacré. »

Toutefois, le D^r Bergeron comprend que les femmes médecins font moins d'heures que leurs confrères masculins. « Elles ne veulent pas pratiquer le soir, la nuit ou les fins de semaine. Mais, lorsqu'elles ont fini d'élever leur famille, ce sont souvent elles qui travaillent le plus. »

Pour attirer les médecins en région, le D^r Bergeron croit qu'il faudra trouver d'autres solutions que les mesures coercitives, car il existe toujours des échappatoires. À son avis, ce n'est pas une question de rémunération non plus. « Il faudra peut-être que le futur médecin signe un contrat dès son entrée à la Faculté de médecine par lequel il s'engage à exercer en région. Environ 10 % des candidats à la Faculté de médecine y sont admis. Ce sont des privilégiés. On leur donne tout sans aucune obligation de leur part. Cela n'a pas de sens. »

Très heureux de l'hommage que lui a rendu la FMOQ, le D^r Bergeron conserve d'excellents souvenirs de son passage dans ce milieu. Alors qu'il travaille maintenant à temps partiel, il demeure plus occupé que jamais. Avec cinq enfants et neuf petits-enfants entre Montréal et Toronto, il n'a pas le temps de s'ennuyer. De plus, il fait du ski alpin, joue au golf, fait de la lecture et est devenu le cuisinier de la famille. ☞

Ce qui l'intéresse tant dans le perfectionnement professionnel ? Non seulement les connaissances médicales, mais aussi les différents moyens de les transmettre. Le D^r Guimond arrive d'ailleurs à un moment où la formation continue des médecins est à un tournant. « Avant on parlait de formation médicale, depuis quelques années on parle de « développement » professionnel. On couvre donc maintenant un champ beaucoup plus large qui inclut notamment les aides à la pratique », explique le médecin. Et un défi l'attend : en juillet le Collège des médecins du Québec obligera les médecins à adhérer à un « plan d'autogestion de développement professionnel continu ». « On travaille à créer du matériel pour que nos membres soient bien outillés. »

Le D^r Guimond, qui a 20 ans d'expérience comme omnipraticien, pratiquait non seulement à l'hôpital, mais aussi dans une clinique privée où, en plus de suivre des patients, il exerçait l'acupuncture. Très actif, il faisait également partie du comité de direction du Département régional de médecine générale de la Montérégie. ☞

Effectifs médicaux la pénurie va se poursuivre

Francine Fiore

Pour l'instant, la pénurie d'effectifs médicaux touchant le Québec ne compromet pas la qualité des soins. Cependant, le président du Collège des médecins du Québec (CMQ), le D^r Yves Lamontagne, est inquiet pour l'avenir. Il sait que le manque de médecins n'est pas près d'être réglé.



D^r Yves Lamontagne

Les chiffres sont peu réjouissants. Selon le Rapport sur les effectifs médicaux 2006-2007 du Collège des médecins du Québec, 18 989 médecins

(Suite à la page 21) ▶▶▶

◀◀◀ (Suite de la page 16)

étaient inscrits au Collège en octobre 2006, soit 9351 médecins de famille et 9638 spécialistes. Toutefois, seulement, 86,4 % des « équivalents plein temps » (89,1 % des omnipraticiens et 83,5 % des spécialistes) se consacraient à des activités cliniques directement liées aux soins des patients.

Par ailleurs, parmi les médecins inscrits au Collège, 83,8 % pratiquent au Québec, 4,2 % détiennent un permis mais exercent ailleurs, 2,1% se consacrent à des tâches non cliniques et 9,9 % sont retraités ou momentanément éloignés de la pratique active pour différentes raisons.

Dans l'ensemble, les médecins québécois comprennent 12 145 hommes (64 %) et 6844 femmes (36 %). Ces dernières représentent près de la moitié des effectifs en médecine de famille et près du tiers des médecins spécialistes.

Vieillesse et ralentissement

Le vieillissement des médecins est un autre facteur qui vient assombrir le tableau. Au cours des dix dernières années, la moyenne d'âge des omnipraticiens est passée de 44,8 ans à 49,6 ans et celle des spécialistes de 49,9 ans à 53,1 ans. Les médecins de 55 ans et plus représentent par ailleurs plus du tiers des effectifs totaux.

Selon le D^r Lamontagne, la pénurie d'effectifs risque de s'aggraver à cause de la réduction du temps de travail et de la retraite prochaine de nombreux médecins. « Près de 2000 médecins spécialistes ont plus de 65 ans, ce qui représente 20,3 % des effectifs en spécialité, dit-il. Chez les omnipraticiens, les plus de 65 ans constituent 9,6 % des effectifs. » Par ailleurs, le Collège observe une diminution du temps de travail des médecins en général.

Réduire les effets de la pénurie

Afin de réduire les répercussions de la pénurie sur la population et de faciliter la tâche aux médecins en fonction, le Collège compte sur plusieurs mesures. Par exemple, il mise sur le partage de certaines activités médicales avec d'autres professionnels de la santé, la création de groupes de médecine de famille et de cliniques-réseau ainsi que le développement de spécialités

infirmières en néonatalogie, en cardiologie, en néphrologie et, bientôt, en soins de première ligne. Pour obtenir plus de renforts médicaux, le CMQ a également harmonisé les examens de médecine familiale avec ceux du reste du Canada et intégré, au cours des dernières années, près de 2000 médecins ayant obtenu leur diplôme ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis.

Actuellement, le Québec se situe sous la moyenne canadienne de 2,1 médecins pour 1000 habitants et sous la moyenne internationale de 2,9 médecins pour 1000 personnes. « Pour atteindre la moyenne internationale, il faudrait augmenter du tiers les effectifs actuels », précise le D^r Lamontagne.

Le président du CMQ estime, cependant, que dès juin 2007 la situation va progressivement s'améliorer. « On prévoit une augmentation importante du nombre de nouveaux médecins en pratique active dès l'an prochain grâce à l'augmentation des admissions en médecine qui sont passées de 476 à 788, de 1999 à 2006. Toutefois, ces nouveaux médecins combleront à peine les départs à la retraite et la situation demeurera encore précaire pendant les prochaines années. »

Pourrait-on augmenter encore le nombre d'étudiants en médecine ? Difficilement. « Les facultés sont pleines à craquer. De plus, le nombre de professeurs n'a pas été accru, leur tâche est beaucoup plus lourde et nous n'avons pas suffisamment de locaux pour accueillir d'autres étudiants. » Le D^r Lamontagne mise plutôt sur les mesures qu'appuie le Collège que sur la construction d'une nouvelle faculté de médecine pour faire face à la pénurie d'effectifs. ☘

Contraception un modèle d'ordonnance collective *Francine Fiore*

Afin de faciliter l'accès à la contraception et de diminuer le nombre de grossesses non planifiées, le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec

et l'Institut national de santé publique du Québec ont élaboré conjointement un modèle d'ordonnance collective portant sur la contraception hormonale.

L'ordonnance collective proposée doit être signée par un médecin ou un groupe de médecins. Elle permet à une infirmière désignée d'évaluer la condition physique d'une femme qui demande un moyen de contraception, de la renseigner sur les contraceptifs, la sexualité, les maladies transmissibles sexuellement et de l'aider à choisir un contraceptif qui lui

convient. La patiente recevra un « formulaire de liaison » sur lequel sera indiqué le contraceptif qu'elle pourra obtenir de tout pharmacien au Québec.



D^r Richard Massé

président-directeur général de l'Institut national de santé publique du Québec. Cela va les aider, car il y aura quelqu'un d'autre pour

Aider les médecins

Les ordonnances collectives constituent une formule pratique dans le domaine de la contraception. « Elles apportent aux médecins plus de souplesse dans leur travail, dit le D^r Richard Massé,

évaluer les risques de la patiente, répondre à ses questions, s'occuper de prévention, etc. De plus, les ordonnances collectives faciliteront l'accès à la contraception chez les femmes qui n'ont pas de médecin de famille. »

Toutefois, les médecins qui signeront une ordonnance collective devront s'engager à voir les patientes au cours des six mois suivant la consultation avec l'infirmière. Ils devront effectuer une évaluation complète de l'état de la femme ou de la jeune fille et éventuellement prescrire à cette dernière un contraceptif pour une plus longue durée.

On peut obtenir plus de renseignements concernant l'ordonnance collective de contraception hormonale dans les sites Web suivants : www.opq.org, www.oiiq.org, www.cmq.org et www.inspq.qc.ca.



M. Alan Sager

Rectificatif

Nous tenons à signaler qu'une erreur s'est glissée dans le numéro de février. Le nom du D^r Paul Saba est apparu sous la photo de M. Alan Sager. Nous présentons nos excuses à ces deux personnes.



Médecins omnipraticiens

Avez-vous déjà vu ce programme ?



(Ensché avec le présent numéro de la revue)