

Réunion extraordinaire du Conseil de la FMOQ un redressement de 30 %

LES OMNIPRATICIENS QUÉBÉCOIS auront enfin une rémunération qui se rapprochera de celles de leurs collègues du reste du Canada. En effet, le 17 novembre dernier, le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a accepté l'entente négociée avec le gouvernement.

Résultat : les généralistes obtiennent un redressement de 30 % qui vient s'ajouter aux augmentations accordées en 2006 dans la dernière Entente générale et aux prochaines hausses qui seront négociées à partir de 2010.

Comment sera distribuée cette augmentation additionnelle ?

- Les généralistes auront droit à un rattrapage de 19,3 % de leur rémunération, dont 5 % en 2008-2009 et 5 % en 2009-2010 (*encadré*).
- Une augmentation de 8,1 % de l'enveloppe permettra parallèlement de rétribuer les médecins qui participeront à différentes mesures.
- Un budget supplémentaire de 10 millions de dollars servira à rémunérer les généralistes qui intégreront de nouveaux modèles de pratique (*tableau*). Par ailleurs, des sommes versées pour les GMF seront intégrées à l'enveloppe budgétaire et indexées.

Chaque omnipraticien devrait avoir sa part. « Nous allons traiter avec équité les différents secteurs de pratique », a assuré le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, en présentant l'entente au Conseil. L'une des mesures sera d'ailleurs d'abolir des échelles de rémunération pour les médecins payés à tarif horaire et à honoraires fixes.

Photo : Emmanuèle Garnier



D^r Renald Dutil

Une portion de ces augmentations sont cependant liées à un plan d'amélioration de l'accès à un médecin de famille. Conçu par la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le programme comprend 25 mesures. « Il s'agit d'un plan ambitieux qui va s'étendre sur plusieurs années. Il n'impose aucune

obligation aux médecins, mais il peut les inciter à cibler davantage leurs activités dans certains secteurs », a précisé le président de la Fédération. Plusieurs mesures sont particulièrement intéressantes.

« Les médecins vont être rémunérés pour certaines activités qu'ils font déjà. La liste des clientèles vulnérables, par exemple, va être allongée, le paiement des gardes en disponibilité sera revu, etc. »

Le plan a plusieurs objectifs : permettre à la population d'avoir plus facilement accès à un médecin de famille, bonifier les conditions de pratique des omnipraticiens et améliorer l'organisation des services médicaux. Ce plan sera financé à la fois par le budget spécifique venant de l'augmentation de 8,1 %, et à la fois par une partie

Encadré. Calcul du redressement

L'écart brut qui sépare la rémunération des omnipraticiens québécois de celle de leurs confrères des autres provinces canadiennes s'élevait à 45 %. Ce montant avait été reconnu à la fois par la FMOQ et le gouvernement. L'écart a ensuite été pondéré par deux facteurs :

- le coût de la vie, qui est moins élevé de 12 % au Québec ;
- le nombre moyen d'heures travaillées, qui est inférieur de 8,5 % chez les médecins québécois.

L'écart net est ainsi de 19,3 %.

Tableau. Données financières de l'entente allant de 2008 à 2016

Mesure	Pourcentage	Somme (\$)
Redressement	19,3 %	293,2 millions
Budget pour des mesures précises	8,1 %	148,3 millions
Budget pour de nouveaux modèles de pratique	0,7 %	10 millions
Total	30 % (composé) + indexation des sommes versées pour les GMF	451,5 millions

des sommes destinées au redressement salarial.

À cause de leur importance, certaines des 25 mesures seront appliquées dès 2008. Leurs modalités n'ont pas encore été déterminées. « Pour chacune des mesures, il y aura des négociations dans les semaines et les mois qui viennent », a indiqué le D^r Dutil.

Prise en charge et suivi

Inscription de la clientèle

Les omnipraticiens recevront des incitatifs financiers pour inscrire l'ensemble de leur clientèle. « Il s'agit d'une mesure optionnelle. Comme dans le cas des GMF, les médecins n'auront aucune autre obligation que celle de respecter le code de déontologie. Cette mesure exclura toute sectorisation basée sur le lieu de résidence », a précisé le D^r Dutil.

Le montant des incitatifs pourra varier selon l'âge du patient afin de tenir compte des particularités de la prise en charge de certaines clientèles, comme les enfants de 0 à 5 ans et les personnes de 60 à 69 ans. En outre, les médecins qui accepteront d'inscrire et de prendre en charge de nouveaux patients bénéficieront d'un incitatif plus élevé.

Mise en œuvre : 2008-2009

Allongement de la liste des clientèles vulnérables

La liste des clientèles vulnérables qui donnent droit au forfait de prise en charge et de suivi pourrait comprendre de nouvelles affections comme le diabète, les maladies chroniques, un premier épisode de dépression grave, les déficiences physiques ou intellectuelles importantes, etc.

Mise en œuvre : 2008-2009

Prise en charge des patients par les jeunes médecins

Pour inciter les jeunes médecins à prendre en charge et à suivre une clientèle, le forfait de 100 \$ par patient accordé pour les 150 premiers patients sera offert non seulement dans les cabinets privés, mais aussi dans les CLSC et les unités de médecine familiale. Les jeunes omnipraticiens pourront recevoir ces sommes non plus au cours d'une période de trois ans, mais de cinq ans. En outre, le nombre de nouveaux patients donnant droit au forfait sera haussé à 200.

Une autre mesure pourrait favoriser la prise en charge de clientèles. « On va également revoir l'entente sur les activités médicales particulières pour reconnaître la prise en charge et le suivi des patients comme une tâche essentielle », a précisé le D^r Dutil.

Incitatifs pour la pratique en obstétrique et en périnatalité

Plusieurs mesures visent à inciter les omnipraticiens à prendre en charge rapidement les femmes enceintes, à pratiquer des accouchements et à suivre les jeunes enfants. On prévoit ainsi :

- des incitatifs pour la prise en charge des femmes enceintes dès leur premier trimestre de grossesse ;
- le parrainage des médecins qui débutent en obstétrique ;
- la majoration de la rémunération de la garde en disponibilité en obstétrique ;
- l'offre du supplément pour l'examen médical périodique de l'enfant de 0 à 5 ans aux omnipraticiens

Photo : Emmanuèle Garnier



Réunion du Conseil

non seulement des cabinets privés, mais aussi des CLSC et des unités de médecine familiale (UMF).

Mise en œuvre : 2008-2009

Supplément pour le congé de l'hôpital

« On sait que la préparation du départ d'un patient de l'hôpital demande beaucoup de travail », a souligné le président de la FMOQ. Un supplément sera donc négocié pour tenir compte des tâches que doit remplir le généraliste de l'hôpital pour la sortie de son patient, dont la rédaction d'un rapport destiné au médecin traitant du malade.

Mise en œuvre : 2008-2009

Organisation

Réseaux fonctionnels de médecine familiale

De nouveaux réseaux locaux fonctionnels de services médicaux de première ligne formés par des omnipraticiens exerçant dans les cabinets privés, les CLSC, les UMF, les GMF et les cliniques-réseau d'un territoire du centre de santé et de services sociaux (CSSS) vont être créés. « De tels réseaux se sont déjà mis en place spontanément dans certaines régions. Dorénavant, cependant, des incitatifs seront offerts aux médecins participants », a indiqué le président de la FMOQ.

Ces réseaux assureront à la population qu'ils desservent des soins de prise en charge et de suivi ainsi que des soins d'urgence de première ligne. Les omnipraticiens qui y participeront pourront mieux coordonner les services qu'ils offrent à la population. Ils pourraient, par exemple, se répartir les heures d'ouverture le soir ou la fin de semaine. Un coordonnateur médical relevant du département régional de médecine générale assurera un lien entre les généralistes participants et le CSSS.

Accessibilité

Incitatifs pour une consultation accordée rapidement

Un incitatif financier sera accordé aux médecins qui acceptent de

recevoir rapidement, éventuellement dans les 72 heures, un patient qui vient de sortir de l'hôpital ou un patient vulnérable présentant un problème aigu. Le délai sera fixé par le médecin de l'hôpital qui adresse le malade à un collègue. « Il n'y a aucune obligation pour les omnipraticiens. Ils pourront par ailleurs bénéficier d'un incitatif majoré s'ils acceptent de suivre ensuite les patients qui n'ont pas de médecin de famille », a précisé le D^r Dutil. À moyen terme, la possibilité d'obtenir une consultation rapide pourrait être offerte à l'ensemble des patients.

Mise en œuvre : 2008-2009

Consultations en dehors des heures normales

Les omnipraticiens seront encouragés à offrir des consultations sur rendez-vous et des services d'urgence de première ligne en dehors des heures normales d'ouverture. Pour cela, des incitatifs seront offerts aux médecins des cabinets privés et des CLSC ne faisant pas partie du réseau de garde. « Si un médecin accepte de travailler, par exemple, un soir par semaine, ses tarifs pourraient être majorés, comme ils le sont les fins de semaine. Il n'y a cependant aucune obligation pour les médecins », a précisé le D^r Dutil.

Intégration d'autres professionnels de la santé

Des professionnels de la santé, comme les infirmières, pourraient être intégrés aux équipes de médecins non

seulement dans les GMF et les cliniques-réseau, mais aussi dans les cabinets privés qui participent aux réseaux fonctionnels de médecine familiale (voir la section **Organisation**). Ces professionnels pourraient effectuer le suivi conjoint de certains patients avec les omnipraticiens. Cette mesure nécessite toutefois une hausse de la rémunération des médecins. « Il faut rétribuer le médecin pour la responsabilité qu'il aura au sein de ce partenariat. En outre, il doit recevoir une compensation pour le fait qu'il devra voir davantage de cas lourds puisque l'infirmière réglera les problèmes simples », a estimé le D^r Dutil.



Délégués du Conseil

(Suite à la page 15) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

Pratique dans les CLSC

Pour permettre aux omnipraticiens des CLSC de voir plus de patients, les CSSS devront fournir aux cliniciens un soutien administratif. « Dans certains CLSC, il n'y avait même pas de secrétaires pour inscrire les patients ou aller chercher les dossiers », a déploré le D^r Dutil.

Retenir les omnipraticiens en fin de carrière

Des mesures, dont les modalités sont à définir, inciteront les médecins qui sont à la fin de leur carrière à continuer à pratiquer pour assurer la prise en charge et le suivi des patients. « Les médecins plus âgés prennent en charge et suivent beaucoup de patients. Si l'on pouvait retarder de seulement un an leur retraite, on améliorerait l'accès aux soins », a estimé le président de la FMOQ.

Cabinets privés

Aide aux cabinets privés

Les cabinets privés ont besoin d'aide. Le gouvernement et la FMOQ se sont entendus sur le fait qu'il faut davantage tenir compte des coûts afférents de la pratique dans ces milieux. « L'une des mesures consisterait en un meilleur financement par l'État de la composante technique des actes », a affirmé le D^r Dutil.

La question de l'utilisation du dossier de santé du Québec dans les cabinets privés est également importante. Certains incitatifs seront accordés aux omnipraticiens des cabinets privés pour qu'ils participent à ce projet.

Autres mesures

- Incitatifs pour améliorer la communication entre, d'une part, les médecins de famille, et d'autre part, les spécialistes et les équipes de soins.
- Incitatifs pour recruter et retenir les médecins enseignants.
- Rémunération des chefs de certains services cliniques et du président du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens.
- Ajout de nouveaux actes cliniques dans le domaine de la prévention.
- Incitatifs pour favoriser une meilleure répartition des médecins entre les régions et les sous-régions et entre les différents secteurs d'activité.

Pour tous les détails de l'entente voir le www.fmoq.org.

Conférence de presse annonce d'une entente historique

« Nous sommes très heureux d'annoncer la signature d'une entente historique entre le gouvernement du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec », a affirmé **M. Philippe Couillard**, ministre de la Santé et des Services sociaux, au cours d'une conférence de presse conjointe avec le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, le 19 novembre dernier.

L'accord a une grande portée, a souligné le D^r Dutil. « C'est une entente importante sur le plan financier, mais peut-être encore davantage sur celui de l'amélioration de l'accès à un médecin de famille. » L'accord comprend, en plus du redressement de la rémunération des généralistes, 25 mesures pour faciliter l'accès aux soins de première ligne et réorganiser les services médicaux.

La situation actuelle devait être corrigée. Selon les données de Statistique Canada, environ 550 000 Québécois sans médecin de famille désiraient en avoir un. Dans tout le Canada, le Québec est la province où il est le plus difficile de se trouver un médecin de famille.

L'entente s'attaque à ce problème. « Dans un contexte de pénurie, les médecins doivent mieux cibler leurs activités pour répondre d'abord aux priorités du milieu. Les mesures de cette entente vont tendre vers cet objectif. Il y a également des mesures pour coordonner les activités des omnipraticiens à l'échelle des centres de santé et de services sociaux. Je pense que cela peut rendre le système plus efficient », a expliqué le président de la FMOQ.

Le Québec ne sera pas un laboratoire, a spécifié M. Couillard. « L'efficacité de ces mesures a été prouvée. En Ontario, on a montré une augmentation très importante du nombre de nouveaux patients inscrits et une hausse très importante de la deserte pendant les heures défavorables, c'est-à-dire le soir et la fin de semaine, avec le même nombre de médecins. Il s'agit donc d'inciter les médecins à recentrer leur pratique et à adopter des modes de pratique qui augmentent l'accessibilité. »



M. Philippe Couillard et le D^r Renald Dutil

Mauricie des renforts pointent à l'horizon

La Mauricie a appris à séduire. Dorénavant, de nombreux médecins sont attirés par cette région. Cette année, 24 omnipraticiens sont venus s'y installer : 22 nouveaux diplômés et deux généralistes issus d'autres régions. L'an dernier, la récolte avait été tout aussi bonne.

Mais la bataille des effectifs médicaux n'est pas encore gagnée. Des omnipraticiens partent aussi. « Le phénomène des médecins qui quittent la région

après un an d'exercice fait encore mal. À ce rythme, on n'arrivera pas à combler nos besoins avant dix ou quinze ans », a expliqué le **D^r Pierre Martin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie au cours de l'assemblée annuelle de l'organisme.

La région a cependant un atout : ses unités de médecine familiale (UMF). « Grâce à nos UMF, nous avons bon espoir d'attirer des omnipraticiens et surtout de les retenir. Les médecins qui sont formés chez nous

connaissent les équipes de soins avec lesquelles ils travailleront, et quand ils choisissent la Mauricie, c'est souvent pour longtemps. »

L'UMF de Trois-Rivières a diplômé ses premiers omnipraticiens cette année. Les quatre nouveaux médecins ont tous décidé de s'installer dans la région. Pour 2008, la situation s'annonce tout aussi bonne. Sur les sept finissants, cinq ont fait une demande à Trois-Rivières. Une seconde UMF à Shawinigan a également commencé ses activités cette année.

Le D^r Martin n'est pas partisan de la méthode forte. « À mon avis, il n'est pas souhaitable qu'il y ait plus de coercition dans la gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM). Les PREM ne régleront pas à eux seuls le problème

de l'accès aux soins de première ligne. Il va falloir redonner envie aux médecins de prendre en charge et de suivre des patients grâce à un environnement professionnel stimulant et à des activités médicales particulières (AMP) appropriées. Il est grand temps que l'on attribue des AMP dans le domaine de la prise en charge. »

Les infirmières praticiennes

Les médecins pourraient également recevoir le renfort d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. « Elles sont une réalité dans la loi et bientôt elles le seront sur le terrain. Il faut entamer une réflexion immédiate pour que leur éventuel travail puisse être complémentaire au nôtre. Il y a de nombreux défis à venir en omnipratique compte tenu du vieillissement de la population », a indiqué le D^r Martin.

« Ces infirmières auront une latitude d'action assez importante », a expliqué le président de l'AMOM. En partenariat avec un médecin de famille, les futures infirmières cliniciennes pourront exercer de manière autonome cinq activités médicales :

- la prescription d'examen diagnostiques ;
- le recours à des techniques diagnostiques effractives ;
- la prescription de médicaments ;
- la prescription de traitements médicaux ;
- l'emploi de techniques ou l'application de traitements médicaux effractifs.

Les infirmières cliniciennes pourront entre autres faire des examens pelviens et des cytologies,



Photo : Emmanuelle Garnier

D^r Pierre Martin



Photo : Emmanuelle Garnier

Assemblée générale de l'AMOM

prescrire des radiographies, des échographies et des épreuves fonctionnelles respiratoires, suturer des plaies et drainer des abcès. Elles seront en mesure d'évaluer l'état de santé d'un patient, de dépister des problèmes de santé, de suivre des patients ayant une maladie chronique stable et de s'occuper de problèmes de santé courants.

« Il faudra évaluer les répercussions du travail de ces infirmières sur la tâche des généralistes. Si elles font les choses simples, les médecins auront à voir les cas compliqués », fait remarquer le D^r Martin. La rémunération du clinicien devra donc être haussée en conséquence. Il faudra également prévoir des honoraires pour la supervision de l'infirmière et la disponibilité nécessaire.

À l'extérieur des établissements de soins, les infirmières devront collaborer avec un omnipraticien dans le cadre d'un partenariat dont les modalités seront fixées dans une entente écrite. La FMOQ va publier sous peu un guide de pratique, approuvé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et le Collège des médecins du Québec, pour faciliter la rédaction de cet accord.

« L'arrivée de ces infirmières est-elle la conséquence de la mauvaise planification des effectifs médicaux ou une économie planifiée ? Je l'ignore. Chose certaine, ces infirmières ont été réclamées par plusieurs, dont des médecins, pour soulager la crise causée par la pénurie d'effectifs. » Il reste à attendre qu'elles finissent leur formation et à les accueillir.

Pour finir, le D^r Martin a tenu à rendre hommage au **D^r Renald Dutil** qui quittera la présidence de la FMOQ à la mi-décembre. Le président de l'AMOM a tenu à souligner la grande disponibilité de celui qui est à la tête de la Fédération depuis douze ans. Le D^r Martin a rappelé que le D^r Dutil a su traverser des crises importantes et que les gains financiers des dernières années ont été obtenus dans un contexte budgétaire de plus en plus difficile. « Le D^r Dutil a fait un travail remarquable. » 🍷



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Renald Dutil

Le Prix Jean-Garceau remis au D^r Pierre Vincent

D^r Pierre Vincent

L'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM) a décerné cette année le prix Jean-Garceau au **D^r Pierre Vincent**, un omnipraticien de Trois-Rivières. « Il s'agit d'un hommage à la persévérance, à la stabilité et à la perpétuelle jeunesse », a expliqué le **D^r Pierre Martin**, président de l'AMOM.

Âgé de 69 ans, le D^r Vincent pratique encore sept jours par semaine. Tous les matins, il arrive à 5 h 45 au Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières. « Les médecins qui font des gardes à l'urgence ne sont jamais les premiers arrivés, même s'ils viennent tôt », a souligné le D^r Martin. Le D^r Vincent exerce également à son cabinet privé, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée et dans une unité de gériatrie.

« Le D^r Vincent a fait de l'omnipraticien comme il ne s'en fait plus aujourd'hui », a estimé le président de l'AMOM. Diplômé en 1964, le D^r Vincent hospitalisait ses patients dans quatre établissements de soins différents, pratiquait des accouchements dans trois, en plus de faire des visites à domicile et des gardes à l'urgence. Il exerçait, en outre, à son cabinet, du 17 rue Fusey, à Cap-de-la-Madeleine, où il pratique encore. Le D^r Vincent est d'ailleurs un modèle de stabilité.

« Il a déménagé quatre fois, mais toujours dans le même immeuble. »

Le prix Jean-Garceau a pour but de reconnaître le travail d'un omnipraticien à la fois comme médecin et comme collègue de travail. Il vise également à promouvoir la passion, la fierté et le dépassement.

Malheureusement absent, le D^r Vincent n'a pu recevoir lui-même son prix qui consistait en un tableau du peintre Pierre Labrecque. C'est le **D^r Jean-Pierre Bergeron**, directeur des services professionnels du Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières, qui est allé le chercher en son nom. 🍷



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Jean-Pierre Bergeron,
D^r Pierre Martin et D^r Renald Dutil

Passeport **nouvelle politique concernant les répondants**

Le gouvernement fédéral vient d'adopter une nouvelle politique au sujet des demandes de passeport. Les changements, qui concernent les répondants, sont particulièrement importants.

Le répondant doit maintenant fournir des renseignements très personnels. Il lui faut inscrire dans le formulaire de demande de passeport, son nom, son prénom, sa date de naissance, ses numéros de téléphone le jour et le soir, son adresse, son numéro de passeport, la date à laquelle le document a été émis et la date d'expiration.

Le gouvernement a cependant élargi le groupe des répondants possibles. Maintenant, pour être un répondant, il suffit généralement :

- ☉ d'être un citoyen canadien de 18 ans ou plus ;
- ☉ d'être titulaire d'un passeport valide ou qui n'est pas expiré depuis plus d'un an ;
- ☉ de connaître le requérant depuis au moins deux ans*.

Ainsi, les membres de la famille du requérant ou les personnes qui habitent avec lui peuvent répondre de lui. « Comme le groupe de répondants a été élargi, le médecin à qui l'on demande d'être un répondant n'a pas à se sentir mal à l'aise de refuser s'il ne tient pas à donner tous les renseignements exigés », estime le **D^r Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ. 📞

* Pour plus d'informations : www.ppt.gc.ca

Accidents du travail **réévaluer l'état du patient** **afin de mieux le traiter**

Francine Fiore

Les médecins auront dorénavant à revoir le plan de traitement des accidentés du travail qui suivent de la physiothérapie ou de l'ergothérapie dans une clinique privée. Ils devront déterminer si la thérapie doit être poursuivie ou cessée ou encore s'ils doivent prescrire d'autres types de soins mieux adaptés à l'état du patient.

Cette nouvelle mesure, qui découle d'une modification gouvernementale du Règlement sur l'assistance médicale, s'applique aux personnes qui se sont blessées au travail depuis le 22 novembre. Les cliniciens devront faire leur évaluation avant la huitième semaine de traitement ou avant la trentième séance, si cette dernière a lieu plus tôt. Les premiers cas devraient donc se manifester au début de 2008.

La nouvelle mesure constitue en fait un assouplissement du règlement. Auparavant, la

thérapie devait commencer dans les sept jours suivant l'ordonnance du médecin et comprendre au moins trois traitements par semaine. Cette approche suivait celle qui est utilisée chez les athlètes. « Les données probantes actuelles montrent qu'elle n'est pas indiquée chez les travailleurs », précise le **D^r Odetas Jaseliunas**, directeur des services médicaux à la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

Dans les cas de blessures légères, le patient peut, en fait, n'avoir besoin que de quelques séances de physiothérapie. D'autres types de traitement, comme des exercices à la maison, sont susceptibles dans certains cas de constituer un complément avantageux.

« L'objectif du nouveau règlement est de prévenir l'apparition d'un problème chronique ou d'une incapacité prolongée chez le travailleur souffrant d'une lésion professionnelle », indique le **D^r Jaseliunas**. La CSST estime qu'une prise en charge et un encadrement précis sont nécessaires afin d'assurer aux travailleurs une récupération optimale. Il faut également évaluer les facteurs psychosociaux et environnementaux pouvant contribuer à la chronicité.

Une rémunération de 110 \$

Pour évaluer l'efficacité du traitement des



D^r Odetas Jaseliunas

accidentés, le médecin traitant devra remplir un formulaire et y mentionner le but visé par la thérapie, la présence ou l'absence d'amélioration et inscrire succinctement les résultats du bilan fonctionnel. Ce document, fourni par le physiothérapeute, sera remis au clinicien par l'intermédiaire du patient. Une fois le formulaire rempli, le physiothérapeute le transmettra à la CSST.

Le médecin n'aura à remplir la formule qu'une fois. « La Commission est liée par l'avis du médecin traitant qui demeure le seul maître d'œuvre du plan de traitement de l'accidenté du travail », rappelle le D^r Jaseliunas. Les mécanismes habituels de suivi de la CSST continuent cependant à s'appliquer.

« Ce nouveau règlement constitue un avantage à la fois pour les médecins, qui pourront mieux suivre leurs patients, et pour ces derniers qui profiteront de traitements plus appropriés à leur état », estime le **D^r Alain Neveu**, omnipraticien et médecin-conseil au Centre de Réadaptation

Constance-Lethbridge affilié à l'Université McGill.

Selon le médecin, cette nouvelle réglementation n'augmente pas vraiment la charge de travail du clinicien qui devra seulement remplir un formulaire d'étape. « Cette tâche sera assortie d'une rémunération de 110 \$ », précise-t-il.

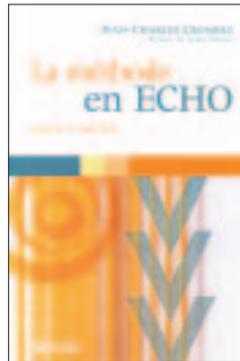
Travaillant dans le domaine de la réadaptation, le D^r Neveu siège au Comité de concertation CSST-FMSQ-FMOQ depuis une vingtaine d'années. Il a participé aux discussions concernant la modification du règlement. « Mon rôle touchait surtout l'aspect scientifique », indique-t-il. La nouvelle réglementation a rapidement fait l'objet d'une entente entre les trois parties. « La CSST a proposé cette solution et nous l'avons acceptée, car elle est conforme aux recommandations des guides de pratique. » 



D^r Alain Neveu

La méthode en ECHO **Guérir le mal-être**

Jean-Charles Crombez



Plongées dans une immense détresse à la suite d'un traumatisme causé par un événement grave, dont une maladie, un accident ou une agression, certaines personnes ressentent une intense douleur physique et psychologique. Conçue pour les aider à arrêter de souffrir, l'approche ECHO est une méthode d'intervention psychosomatique reposant sur un apprentissage à court terme. Cette thérapie peut être suivie en groupe ou de façon individuelle.

L'auteur de cet ouvrage, le **D^r Jean-Charles Crombez**, psychiatre et chercheur au service de psychiatrie de l'Hôpital Notre-Dame du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, a créé cette méthode pour permettre au patient d'apporter des changements concrets dans sa réalité intérieure de manière à obtenir des résultats dans sa réalité extérieure. Par exemple, la méthode ECHO accorde une attention particulière à la personne malade. Cette technique la replace au centre de la situation qu'elle vit afin de la libérer du mal-être y étant associé.

Faisant l'analogie avec le théâtre, le D^r Crombez considère le travail de guérison comme une mise en scène. L'acteur principal est la personne elle-même. Au départ, les participants sont en quelque sorte masqués, comme dans le vieux théâtre, afin de se protéger. Mais, peu à peu, ils laissent tomber leurs masques. Les secrets et les drames éclatent alors au grand jour. À cause de la chaleur et de l'accompagnement dont elles bénéficient lors de la thérapie, certaines personnes voient se réactiver de vieilles blessures profondes et mal cicatrisées, ce qui les libère enfin.

Comme dans le phénomène de l'écho, le théâtre et la clinique se dédoublent dans des techniques de jeu. L'espace intérieur de l'individu devient le lieu de représentation où se côtoient des impressions, des pensées, des sensations, des perceptions, des idées, des souvenirs. Ayant maîtrisé ces éléments, la personne échappe à la submersion qu'ils provoquent et reprend enfin confiance en elle.

Les Éditions de L'Homme, Montréal, 2007, 256 pages, 26,95 \$.

(Suite à la page 126) >>>

Vivre avec un enfant qui dérange

D' Gilles Julien



La naissance d'un enfant bouleverse la vie des parents. Avec le temps, elle peut même provoquer un grand dérangement. Le chérubin, tant attendu, peut devenir un petit ange cornu.

Un enfant qui refuse de manger ou d'aller à l'école, qui n'obéit pas, hurle ou ne dort pas ou encore un enfant hyperactif, handicapé physiquement ou psychologiquement n'est pas de tout repos. Totalement à la merci de son caractère, de ses sautes d'humeur et de ses caprices, certains parents ou éducateurs sont sur le point de perdre le contrôle.

Où commence et où s'arrête la responsabilité de l'adulte, comment doit-il gérer sa vulnérabilité et sa tolérance, comment doit-il faire face aux sentiments d'impuissance et de culpabilité ainsi qu'à l'épuisement qu'il ressent à cause du comportement de l'enfant ?

Dans son livre, le **D' Gilles Julien**, pédiatre au CLSC Côte-des-Neiges et pionnier de la pédiatrie sociale au Québec, répond à ces questions et à bien d'autres. Le spécialiste explore différentes pistes pour mieux comprendre l'enfant dérangeant et améliorer sa relation avec lui. Par ailleurs, le D' Julien insiste sur la nécessité de trouver de l'aide. Un chapitre est également consacré aux médicaments, si nécessaire, notamment ceux contre l'hyperactivité.

Si les parents ont des attentes élevées à l'égard de leur enfant, ce dernier en a tout autant. Il suffit de lire les touchants témoignages dont l'auteur a ponctué son ouvrage. Il raconte des cas de parents démunis, mais donne également la parole à des enfants qui se sentent rejetés, isolés et mal aimés. Le D' Julien estime qu'il est possible de découvrir les beautés et les forces qui existent en chaque enfant. Il suffit de l'aimer tout simplement. À son avis, l'amour inconditionnel arrange bien des choses.

Éditions Bayard Canada Livres, Montréal, 2007, 175 pages, 18,95 \$.