

# **Pour sortir de la crise en omnipratique une politique nationale sur la médecine familiale**



+Photo : SuperStock

*Emmanuèle Garnier*

**Amélioration des conditions de pratique, augmentation de la rémunération, remise en question des AMP, séduction des étudiants en médecine, le plan de valorisation de la médecine familiale que propose la FMOQ tente de s'attaquer à tous les aspects de la crise actuelle en médecine générale.**

**L**A MÉDECINE GÉNÉRALE est en crise. Pour en sortir, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a conçu un plan de valorisation de la médecine familiale qui repose à la fois sur la formation des étudiants en médecine, l'organisation des soins et la hausse de la rémunération. La Fédération propose une véritable politique nationale sur la médecine familiale qui s'adresse tant au milieu de la santé, qu'aux universités et au gouvernement.

« Notre objectif est que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille », a annoncé le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, à l'occasion de la conférence de presse où il dévoilait un énoncé de principes en faveur d'une politique nationale sur la médecine familiale. Déjà en 2005, 24 % des Québécois n'avaient pas de médecins de famille. Aux yeux du D<sup>r</sup> Godin, il faut agir sans tarder, car la situation ne cesse de se dégrader.

Depuis deux ans, le nombre d'étudiants se destinant à la médecine familiale est insuffisant. L'an dernier,

17 % des postes de résidence en médecine générale sont restés vacants et l'année d'avant, 21 %. Dans les établissements et les cabinets, les omnipraticiens pratiquent laborieusement. « Nos médecins sur le terrain nous disent que la situation est difficile. Ils sont surchargés de travail. La demande de service est de plus en plus importante. La population vieillit. » Depuis trois ans d'ailleurs, une vingtaine de généralistes quittent chaque année le régime public. « Ils disent qu'ils vont chercher de meilleures conditions de travail et de rémunération. »

Pour la Fédération, il est temps d'agir. « La FMOQ demande que le gouvernement du Québec affirme avec vigueur sa volonté de faire de la médecine familiale sa priorité », a précisé le D<sup>r</sup> Godin. La Fédération espère que cela se traduira par l'adoption d'une politique nationale sur la médecine familiale.

## **Formation des étudiants en médecine**

Il y a un désintérêt indéniable des étudiants pour



Photo : Emmanuèle Garnier

Les D<sup>rs</sup> Marc-André Asselin, Louis Godin et Claude Saucier

**« La FMOQ demande que le gouvernement du Québec affirme avec vigueur sa volonté de faire de la médecine familiale sa priorité »**

la médecine de famille. Pour inverser ce mouvement, la Fédération avance plusieurs solutions. « Il faut faire en sorte que les conditions de formation suscitent un intérêt pour la médecine familiale chez les étudiants », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin. La FMOQ suggère, pour commencer, la nomination d'un vice-doyen de la médecine familiale dans chaque université québécoise. L'omnipraticien doit être représentée dans les instances des facultés de médecine. Pour l'instant, elle est noyée parmi les 35 spécialités médicales.

Comment intéresser les étudiants en médecine à l'omnipraticien ? Il faut augmenter leur contact avec ce domaine. « Il arrive parfois qu'un étudiant ait fait tout son cursus, puis son choix de domaine de résidence sans avoir encore effectué de stage en médecine familiale », a déploré le D<sup>r</sup> Godin. La FMOQ recommande donc un stage d'observation en médecine familiale pour tous les étudiants de première année. Ces derniers devraient ensuite effectuer un stage de deux mois au cours de leur externat avant de faire leur choix de résidence. Pour contrer le dénigrement dont la carrière en médecine familiale fait parfois l'objet, la

Fédération demande également aux facultés de se doter d'un code d'éthique assurant le respect du choix des étudiants.

Par ailleurs, pour avoir une bonne idée du travail d'un omnipraticien, les futurs médecins doivent connaître la pratique en première ligne, dont 85 % se déroule dans les cabinets privés. « On pense que chaque unité de médecine familiale (UMF) doit s'associer à des cabinets privés pour que les externes et les résidents en médecine familiale puissent connaître ce qu'est la médecine familiale de première ligne dans les cabinets privés », a préconisé le président de la FMOQ.

De nombreuses universités se sont, par ailleurs, dotées d'un bon outil pour mettre en valeur l'omnipraticien : les groupes d'intérêt en médecine familiale. Ces derniers réunissent des étudiants en médecine souhaitant discuter des différents aspects de l'omnipraticien. La FMOQ recommande aux facultés de médecine d'encourager la création de ces groupes et leur offre sa collaboration.

Le défi que constitue le devoir d'un omnipraticien de garder ses connaissances à jour peut angoisser les étudiants. « La médecine familiale est probablement

le champ de pratique le plus vaste », a souligné le D<sup>r</sup> Godin. La FMOQ préconise donc que l'on offre au généraliste des conditions favorables pour maintenir sa compétence professionnelle et qu'on les fasse connaître aux étudiants.

Par ailleurs, les étudiants se posent de nombreuses questions sur l'exercice de la médecine familiale, le rôle de l'omnipraticien, l'organisation des services médicaux de première ligne, les plans d'effectifs régionaux médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP). « On recommande que les facultés de médecine s'associent à nous pour que l'on puisse expliquer aux étudiants comment se pratique vraiment la médecine familiale et le cadre dans lequel ils travailleront », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin.

Pour finir, la recherche est un domaine universitaire important dans lequel on ne trouve pas assez de médecins de famille. Pour remédier à cette situation, la Fédération désire négocier avec le gouvernement une enveloppe consacrée à la recherche en omnipraticien.

### Organisation des soins

Les conditions de pratique de la médecine familiale sont difficiles. « C'est une des choses qu'on se fait répéter », a expliqué le D<sup>r</sup> Godin, qui a rencontré des médecins des quatre coins du Québec. Plusieurs avenues permettraient d'alléger le travail des omnipraticiens. La Fédération demande, par exemple, que chaque généraliste puisse s'adjoindre une infirmière. La collaboration médecin-infirmière donne de bons résultats dans les groupes de médecine de famille et les cliniques-réseau, mais il faut aller plus loin. On doit augmenter le nombre de ces collaboratrices. « On pense que cela va permettre aux médecins de disposer de plus de temps pour prendre en charge un peu plus de patients. » Les omnipraticiens doivent également avoir un accès facile et rapide aux plateaux techniques et diagnostiques ainsi qu'aux médecins spécialistes.

Les quelque 2000 médecins des GMF et des cliniques-réseau bénéficient déjà de certains de ces avantages. La Fédération estime que les 3000 autres généralistes qui travaillent en

(Suite à la page 14) >>>>

## Les 15 recommandations de l'énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale

### Formation

- 1) Nomination d'un vice-doyen de la médecine familiale dans chacune des universités québécoises.
- 2) Adoption d'un code d'éthique dans les universités pour que le choix de carrière des étudiants se destinant à la médecine familiale soit respecté.
- 3) Mise sur pied d'un stage d'observation obligatoire en médecine familiale pendant la première année d'étude et durée du stage en médecine familiale pendant l'externat prolongé à deux mois. Ce dernier stage doit être effectué avant le choix de résidence.
- 4) Collaboration de la FMOQ et des facultés de médecine pour créer et donner des cours sur l'organisation des services de santé et le rôle pivot de l'omnipraticien.
- 5) Création d'un partenariat entre les unités de médecine familiale et les cabinets privés pour que les externes et les résidents soient davantage en contact avec la pratique dans les cabinets.
- 6) Mise sur pied de groupes d'intérêt en médecine familiale dans les facultés de médecine.
- 7) Création de conditions favorisant la formation professionnelle continue.
- 8) Négociation entre le gouvernement et la FMOQ d'une enveloppe destinée à la recherche en médecine familiale.

### Organisation des soins

- 9) Possibilité pour tout omnipraticien de s'adjoindre une infirmière et éventuellement de collaborer avec d'autres professionnels de la santé.
- 10) Accès facile et rapide pour tous les généralistes aux plateaux techniques et diagnostiques ainsi qu'aux médecins spécialistes.
- 11) Assouplissement des critères pour la formation des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau ainsi qu'une bonification des incitatifs pour encourager les médecins à en faire partie.
- 12) Mise sur pied d'un dossier médical électronique de manière urgente et prioritaire.
- 13) Évaluation de la pertinence des AMP ou de la création d'AMP mixtes partagées entre la première et la deuxième ligne. Les urgences resteraient cependant un domaine prioritaire.

### Rémunération

- 14) Rémunération équitable des omnipraticiens par rapport à celle des autres généralistes canadiens et des spécialistes québécois.
- 15) Nécessité de tenir compte de l'évolution des frais de pratique et de la lourdeur de la clientèle dans la rémunération des médecins exerçant en cabinet privé.

On peut consulter le document *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale* dans le site Internet de la FMOQ, au [www.fmoq.org](http://www.fmoq.org).

◀◀ (Suite de la page 3)

première ligne devraient aussi avoir accès à ces modèles d'organisation. Elle désire donc un assouplissement des critères pour la formation de ces groupes.

Un outil puissant pourrait également aider les omnipraticiens : le dossier médical électronique. Il leur permettrait non seulement d'obtenir les résultats d'analyse et d'imagerie médicale, mais leur faciliterait l'accès à l'ensemble des données cliniques des patients. Cela les aiderait entre autres à mieux coordonner les soins.

Par ailleurs, des contraintes comme les AMP sont-elles encore nécessaires ? La Fédération aimerait qu'on en réévalue l'utilité. S'il est souhaitable de les garder, on pourrait créer des AMP mixtes partagées entre la première et la deuxième ligne de soins. « Naturellement, il faudrait donner priorité à l'urgence qui est le filet de sécurité du système de santé », a prévenu le D<sup>r</sup> Godin.

### Rémunération

La rétribution est un grand enjeu du dossier de la valorisation de la médecine familiale. « Il est clair que la rémunération peut jouer un rôle important dans le choix de carrière d'un médecin,

précise le D<sup>r</sup> Godin. Si le gouvernement reconnaît la médecine familiale comme l'une de ses priorités, il doit s'assurer que la rémunération des omnipraticiens est équitable et concurrentielle par rapport à ce qui est offert ailleurs. » La FMOQ demande donc une rétribution juste par rapport à celle des autres omnipraticiens canadiens et des spécialistes québécois.

Les médecins de cabinet privé, en particulier, ont besoin d'un redressement financier. Leur rémunération devrait tenir compte à la fois de l'évolution des frais d'exercice et de l'alourdissement de la clientèle, estime la Fédération. « Sinon on risque de voir les cabinets privés fermer un à un. »

La Fédération va travailler dès maintenant à la réalisation de son plan de valorisation de la médecine familiale. Elle se prépare entre autres au renouvellement de son entente en 2010 qui lui permettra de négocier certaines clauses. La FMOQ fait également appel à tous ses partenaires : les universités, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les autres associations médicales. « Si on met tous la main à la pâte, on pourra atteindre notre objectif principal qui est de faire en sorte que chaque Québécois ait accès à un médecin de famille. »

## Un accueil favorable du ministre de la Santé

Emmanuèle Garnier

Qu'a pensé le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Yves Bolduc**, du plan de valorisation de la médecine familiale ? Le ministre, qui venait tout juste de rencontrer le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, semblait très favorable aux propositions du document *Énoncé de principes pour une politique nationale sur la médecine familiale*. « C'est certain que les éléments du plan doivent être discutés. Je pense cependant qu'il y a des terrains d'entente qui permettront de mieux organiser et de valoriser la pratique de la médecine familiale de façon à ce qu'à un moment donné, tel que proposé dans le document, chaque Québécois et chaque Québécoise aient accès à un médecin de famille », a indiqué le ministre.

M. Bolduc a trouvé toutes les recommandations de l'*Énoncé de principes* intéressantes et complémentaires. Le dossier de l'informatique l'a particulièrement intéressé. « C'est certain que je suis très favorable à ce qu'on regarde la question de l'informatisation de toutes les cliniques comme outil pour améliorer la qualité des soins et diminuer la charge de travail des médecins. »

Et est-ce que chaque omnipraticien pourra éventuellement s'adjoindre une infirmière ? « Ce sont des choses qu'on va devoir discuter. Je ne pense pas qu'on en soit rendu là. Il faut trouver un ratio optimal de façon que le médecin fasse son travail de médecin et qu'il puisse être en complémentarité avec l'infirmière. Il faudra discuter des détails, mais il y a moyen de s'entendre sur l'idée générale. »

Et du côté de la rémunération ? « Cela va faire partie des dossiers à négocier lors du renouvellement des ententes. Le D<sup>r</sup> Godin m'en a parlé. Je suis prêt à regarder les voies de passage pour que nos médecins soient bien rémunérés. Il faut cependant penser que le modèle doit être économiquement viable pour le gouvernement du Québec. »



M. Yves Bolduc

Photo : Emmanuèle Garnier

# Réactions à la politique nationale sur la médecine familiale

Francine Fiore

La conférence de presse sur le plan de valorisation de la médecine familiale a attiré une vingtaine de journalistes. Les représentants des grands médias, dont *La Presse* et *Le Devoir*, les radios et certains réseaux de télévision étaient présents.

À la suite de sa diffusion, le plan de la Fédération a reçu plusieurs appuis. La Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), par exemple, a demandé qu'on l'applique rapidement. « La politique nationale sur la médecine familiale proposée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) s'impose, et nous ne pouvons attendre. Elle doit se concrétiser sans tarder en un plan d'action qui ralliera tous les partenaires du réseau », a déclaré le **D<sup>r</sup> Martin Bernier**, président de la FMRQ, dans un communiqué de presse.

La FMRQ estime qu'il faut redorer le blason de la médecine familiale. « Si l'on veut qu'elle devienne le pivot du système de santé québécois, il faut redonner à la médecine familiale une place de choix au sein du réseau, de même que dans les facultés et au sein de la profession médicale. »

Même réaction positive de la part de la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) qui souhaite une application rapide des recommandations de la FMOQ. « Ces mesures rejoignent la position de la FMEQ prise lors du congrès de septembre 2008 où les étudiants se sont prononcés en faveur d'une promotion de la médecine de famille au sein du milieu d'enseignement universitaire et de la collectivité de façon à rejoindre les besoins de la population, sans toutefois imposer un choix de carrière aux étudiants en médecine », a écrit **M. Marc Beltempo**, nouveau président de la FMEQ,

dans un communiqué de presse.

La FMOQ a également reçu l'appui de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Évidemment, l'organisme soutient particulièrement la recommandation visant la collaboration d'une infirmière avec le médecin de famille. « Rappelons que plus d'un million et demi de personnes n'ont pas de médecin de famille au Québec. Comme la FMOQ, l'OIIQ trouve urgent que le gouvernement mette en place une politique rigoureuse pour favoriser l'accessibilité aux services. Dans le contexte du vieillissement de la population, tous les experts s'entendent sur la nécessité de réorganiser les services de première ligne et d'intensifier la collaboration médecin-infirmière », a affirmé **M<sup>me</sup> Gyslaine Desrosiers**, présidente de l'OIIQ, par communiqué.

Comme le souligne le journal *Le Soleil*, dans son édition du 9 octobre 2008, « si tant de Québécois sont à la recherche d'un médecin de famille, c'est parce qu'il en manque 760 au Québec. Pour régler le problème, il faudra rehausser leur rémunération, améliorer leurs conditions de pratique, voire leur adjoindre chacun une infirmière. » ☞

## Fondation OLO 90 000 \$ pour les femmes enceintes démunies

La Fondation OLO, qui aide les femmes enceintes démunies à bien se nourrir, a recueilli 90 000 \$ grâce au dîner qu'elle a organisé le 9 octobre dernier. Cette somme lui permettra de continuer à fournir gratuitement un œuf, un litre de lait, un verre de jus d'orange et un supplément de vitamines et de minéraux par jour aux futures mères dans le besoin.

Au Québec, une femme enceinte sur quatre est dans une situation socio-économique difficile. En 2007-2008, la Fondation OLO a permis à 16 500 de ces futures mères d'avoir une alimentation plus complète. Depuis sa fondation, en 1991, l'organisme a aidé plus de 150 000 femmes et leur futur enfant.

Le dîner OLO a réuni 460 convives, parmi lesquels se trouvaient des représentants de la FMOQ. Plusieurs associations affiliées à la Fédération étaient également présentes : celles de Montréal, de Laval, des Laurentides-Lanaudière et des CLSC. Des médecins ont aussi fait un don à titre personnel. ☞

# **Conseil de la FMOQ**

## **adoption du plan de valorisation de la médecine familiale**

*Emmanuèle Garnier*

Le 4 octobre dernier, le Conseil de la FMOQ a voté l'adoption du plan de valorisation de la médecine familiale. « Il faut faire de cet enjeu notre principal dossier », a déclaré aux délégués le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la Fédération.

La situation en médecine familiale est difficile. Désintérêt des étudiants en médecine pour l'omnipraticque, alourdissement de la tâche des généralistes, augmentation du nombre d'omnipraticiens non participants. « Il y a nécessité d'agir », a souligné le président. Il a ensuite présenté les 15 recommandations du plan de valorisation réparties en trois volets : la formation, l'organisation des soins et la rémunération (voir : *Une politique nationale pour la médecine familiale*).

Le Conseil a non seulement approuvé le plan de valorisation, mais aussi voté pour que soient amorcés les travaux en vue de négocier chacune des 15 recommandations. Le Conseil a aussi mandaté le Bureau pour que les démarches nécessaires soient faites auprès du gouvernement du Québec afin qu'une politique nationale sur la médecine familiale soit adoptée. Les recommandations du plan de valorisation devront également être transmises aux partenaires de la FMOQ.

### **Hausse prochaines en santé publique**

Parallèlement à l'élaboration du plan de valorisation de la médecine familiale, la FMOQ a continué à négocier avec le gouvernement des questions liées au redressement de la rémunération des omnipraticiens. Le dossier des médecins travaillant en santé publique, par exemple, avance bien.

La Fédération désire que les omnipraticiens de la santé publique bénéficient, comme leurs collègues, d'une augmentation de 5 % en 2008 et d'une autre en 2009. Mais ils n'avaient obtenu jusqu'à présent,

qu'un accroissement de 3 % de leurs honoraires ou de leur tarif horaire pour 2008 et une autre hausse de 3 % pour 2009. La Fédération et le gouvernement sont cependant sur le point de conclure une entente pour corriger la situation.

Pour 2008, les médecins de santé publique bénéficieraient d'une prime horaire équivalant à 2 % de leur rémunération. Il s'agirait d'un supplément qui s'appliquerait à 70 % de leurs heures de travail et qui serait accordé pour leur soutien aux services de première ligne. Les augmentations atteindraient donc 5 % en 2008.

En 2009, la hausse additionnelle de 2 % serait accordée différemment. Les généralistes de la santé publique auraient droit à une prime d'intervention de 20 \$ l'heure. Ce forfait leur serait versé pour le travail effectué dans le domaine des maladies chroniques et, dans une certaine mesure, pour des activités prioritaires dans leur région. De manière plus précise, le supplément horaire rémunérerait la conception, la production et la diffusion d'interventions qui seraient liées à de nouveaux codes d'activité, comme :

- le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ;
- les habitudes de vie et les maladies chroniques ;
- les traumatismes non intentionnels ;
- les maladies infectieuses ;
- la santé environnementale ;
- la santé et la sécurité au travail.

Les omnipraticiens de santé publique se partageraient une enveloppe annuelle de 20 000 heures qui seraient réparties entre les différentes directions régionales. « Il y aura des médecins qui auront un peu plus et d'autres un



Photos : Emmanuèle Garnier



peu moins, comme c'est le cas pour les médecins des cabinets privés », a précisé le D<sup>f</sup> Godin.

Par ailleurs, au moment du renouvellement de l'Entente générale en 2010, les médecins de santé publique ne seront pas oubliés. Dès 2009, un comité paritaire sera chargé de cerner les activités et les interventions de santé publique destinées à aider les médecins de la première ligne. Le groupe de travail devra proposer des modalités de rémunération incitatives pour ces tâches et revoir le plan d'amélioration de la pratique pour dégager les sommes nécessaires.

### **Prochains dossiers : les médecins âgés et les cabinets privés**

D'autres dossiers importants se préparent. La FMOQ et le gouvernement étudient la possibilité éventuelle d'offrir des incitatifs pour retenir en pratique les médecins âgés. « Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, ces avantages doivent servir à prolonger la carrière des médecins et ne peuvent donc pas être une bonification de fin de carrière. Il faut prouver au gouvernement que si l'on accorde des avantages aux médecins plus âgés, ils travailleront plus longtemps », a indiqué le président de la Fédération.

Mais pour parvenir à une entente, il faut entre autres trouver des réponses à certaines questions difficiles. À quel âge accorder les incitatifs ? Quelle forme prendraient-ils ? Des études sont nécessaires. « Je pense cependant qu'il faudra plus qu'une augmentation de 5 % ou de 10 % pour qu'il y ait un effet », croit le D<sup>f</sup> Godin. Par ailleurs, il faudra aussi régler la question du financement.

Un autre groupe de travail va également étudier les mesures requises pour aider les cabinets privés et assurer leur survie. Ce comité se penchera sur leur financement direct et indirect et sur les mesures d'aide à la pratique. ☞

## **Le Comité des jeunes médecins**

*Emmanuèle Garnier*

Le Comité des jeunes médecins est maintenant formé. Son mandat : donner au Bureau de la FMOQ le point de vue de la nouvelle génération d'omnipraticiens. Le groupe comprend quatre médecins pratiquant depuis moins de sept ans : le D<sup>r</sup> Antoine Groulx, de la Gaspésie (qui en est le président) ; le D<sup>r</sup> Patrick Bernier, de Québec ; la D<sup>re</sup> Marie-Hélène Dubé, de la Mauricie et la D<sup>re</sup> Julie Thérault, de Montréal. Le D<sup>r</sup> Marc-André Amyot, qui siège au Bureau, s'est joint au comité à titre de personne-ressource.

La première réunion, qui a eu lieu le 14 octobre dernier, a permis de survoler plusieurs sujets touchant les jeunes généralistes : les activités médicales particulières, la valorisation de la profession d'omnipraticien et l'aide que la FMOQ pourrait apporter à ses nouveaux membres. « On a discuté de la façon dont la Fédération pourrait être présente pour eux, comment elle pourrait mieux communiquer avec eux, la manière dont elle pourrait faciliter leur entrée en pratique et l'organisation de leur pratique », explique le D<sup>r</sup> Groulx.

Ancien vice-président de la Fédération des médecins résidents du Québec, le D<sup>r</sup> Groulx est davantage attiré par les aspects organisationnels que financiers du syndicalisme. « J'ai trouvé attrayant que la FMOQ s'attarde aux conditions de travail des médecins de famille et à la manière de rendre la pratique plus intéressante. » ☞



*Les D<sup>rs</sup> Marie-Hélène Dubé, Patrick Bernier, Antoine Groulx, Marc-André Amyot et Julie Thérault*

# Planification, régionalisation et communication

## Départ du D<sup>r</sup> Jacques Ricard



Photos : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Jacques Ricard

Le directeur de la Planification, de la Régionalisation et des Communications de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Jacques Ricard, a quitté ses fonctions le 1<sup>er</sup> novembre dernier. Il a travaillé à d'importants dossiers au cours des 20 derniers mois : le plan d'amélioration de la pratique, le plan de valorisation de la médecine familiale, le dossier santé du Québec et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM).

Plusieurs des mesures auxquelles le D<sup>r</sup> Ricard a contribué ont la même source : le document *Propositions de modèles de soins en médecine familiale*, qu'il avait rédigé au début de son mandat avec sa collaboratrice, M<sup>me</sup> Isabelle Paré, conseillère en politiques de santé. « Comme Fédération, nous avons besoin de regarder d'autres modèles d'organisation », explique le D<sup>r</sup> Ricard.

Dans ce document apparaît l'idée de l'inscription générale de la clientèle, d'un coordonnateur médical local et, en filigrane, d'un guichet unique pour la prise en charge des clientèles vulnérables orphelines. Le texte préconisait également l'informatisation des cabinets privés et un accès facilité au plateau technique et aux ressources spécialisées pour les omnipraticiens.

Les réflexions du document ont aussi nourri le plan de valorisation de la médecine familiale. Le directeur se souvient du début de ce dossier : l'électrochoc qu'a produit en 2007 la découverte du nombre insuffisant de résidents en médecine familiale. Secoués, le D<sup>r</sup> Ricard et sa collaboratrice

ont rencontré des étudiants en médecine. « On s'est rendu compte qu'ils manquaient de contact avec la médecine familiale au cours de leur formation. » Ensuite, en avril 2008, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a organisé une grande réunion de tous les acteurs du domaine. « Nous en sommes venus à la même conclusion : il fallait un plan d'action précis et musclé pour accroître l'attrait de la médecine familiale. » L'équipe de la FMOQ s'est alors retroussé les manches et a produit le plan de valorisation. « On a travaillé vraiment fort à ce dossier. »

### De nouvelles règles pour les PREM

Dans le domaine de la régionalisation, le D<sup>r</sup> Ricard a consacré beaucoup d'énergie aux plans régionaux d'effectifs médicaux. Plusieurs des modifications auxquelles il a collaboré apparaîtront en 2010. « Avec le MSSS, on a refait un bilan de tous les besoins en effectifs médicaux en omnipratique de première et de deuxième ligne. Chaque région a eu à nous indiquer quels étaient les besoins de ses établissements de soins. » La dernière fois que cet exercice avait été fait remonte à 2003. Depuis, les PREM ont été augmentés de 1 % chaque année en présumant que cela correspondait à l'accroissement des besoins.

Par ailleurs, pour éviter que les PREM défavorisent les régions éloignées, le D<sup>r</sup> Ricard et ses vis-à-vis du Ministère ont créé le Comité ratio première ligne. « Jusqu'à présent, on utilisait le ratio d'environ un médecin pour 1500 personnes pour définir les besoins en effectifs médicaux d'une région. Nous allons maintenant tenir compte de trois nouveaux facteurs qui vont probablement augmenter ce ratio dans les régions éloignées, désavantagées par leur faible population répartie sur un large territoire », explique le D<sup>r</sup> Ricard. Dès l'an prochain, le comité va établir les PREM en tenant compte des éléments suivants :

- l'éloignement par rapport à l'urgence le plus près ;
- le nombre de départs et d'arrivées des médecins dans la région ;



- ⊙ l'importance de la présence de médecins spécialistes.

Dans le dossier des groupes de médecine de famille (GMF), le D<sup>r</sup> Ricard s'est efforcé de persuader le MSSS d'assouplir ses critères d'admission. « Le Ministère a fait des efforts », reconnaît-il. Le directeur prévoit cependant des difficultés au moment du renouvellement des contrats des GMF créés avant 2004. Le Ministère désire diminuer les ressources destinées à aider les médecins de ces groupes.

Le D<sup>r</sup> Ricard a également beaucoup travaillé au Dossier de santé du Québec (DSQ). « Ce dossier n'est qu'une étape, rappelle-t-il. Ce qu'il faut vraiment, c'est une informatisation des cabinets et un dossier médical électronique. » Le directeur est d'un « optimisme réservé » concernant l'avenir du DSQ.

Satisfait du travail réalisé à la FMOQ, le D<sup>r</sup> Ricard quitte son poste pour des raisons familiales et personnelles. « J'ai aimé avoir l'occasion, grâce à mon travail à la FMOQ, de contribuer à améliorer l'organisation des soins », résume-t-il. 🍷

## **Le D<sup>r</sup> Serge Dulude nouveau directeur à la FMOQ**



*D<sup>r</sup> Serge Dulude*

La direction de la Planification et de la Régionalisation de la FMOQ sera dorénavant dirigée par le **D<sup>r</sup> Serge Dulude**. Organisateur né, il a été le chef du Département régional de médecine générale (DRMG) de Montréal, a créé les cliniques-réseau et participé à la conception des

toutes nouvelles cliniques-réseau intégrées (CRI).

La réalisation dont il est le plus fier ? « Le

travail auprès de mes patients. Je suis content des services que je leur ai rendus et de la relation que j'ai développée avec eux », indique le D<sup>r</sup> Dulude. Le nouveau directeur pratiquait, jusqu'il y a quelques semaines, au Centre médical Sainte-Anne, la clinique qu'il a fondée, et au Centre hospitalier de Sainte-Anne-de-Bellevue, un hôpital pour anciens combattants. Il a également travaillé 20 ans au Centre hospitalier de Lachine où il exerçait aux urgences et soignait les patients hospitalisés.

Mais en tant que chef du DRMG, le D<sup>r</sup> Dulude a laissé une empreinte marquante dans l'organisation des soins. Commencant son mandat en 2000 avec la création des Départements, il est parti de presque rien. Il a dû s'entourer d'une équipe, créer des règles de fonctionnement. Une fois en poste, il a affronté avec ses collaborateurs une mer parfois houleuse. En 2003, les activités médicales particulières, qu'ils devaient gérer, s'appliquaient dorénavant à tous les médecins pratiquant depuis non plus 10 ans et moins, mais 20 ans et moins. L'année suivante apparaissaient les plans régionaux d'effectifs médicaux. « Partout au Québec, c'était un défi pour les DRMG. »

À la tête du DRMG de Montréal, le D<sup>r</sup> Dulude a par ailleurs créé et mis sur pied les cliniques-réseau, qui ont un horaire étendu et des liens privilégiés avec des médecins spécialistes. Il a reçu le puissant appui de **M. David Levine**, directeur de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, pour la réalisation de ce projet. Le D<sup>r</sup> Dulude a par ailleurs contribué au lancement de 20 GMF à Montréal. Au moment de quitter le DRMG de Montréal au printemps dernier, il collaborait à la mise au point des CRI, ces supers cliniques-réseau-GMF où les médecins sont épaulés par des professionnels de la santé – majoritairement des infirmières – aussi nombreux qu'eux. « Il existe deux projets pilotes : un rattaché à l'Université McGill et l'autre à l'Université de Montréal », précise le D<sup>r</sup> Dulude.

Sur le plan syndical, le D<sup>r</sup> Dulude était jusqu'à tout récemment le secrétaire de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal. Il a fait partie du Conseil de la Fédération pendant plus de 20 ans. 🍷

# pratico-pratique

Les médecins qui veulent partager leurs trucs peuvent écrire à [egarnier@fmoq.org](mailto:egarnier@fmoq.org).

## Médecins, armes à feu et police

Selon la nouvelle Loi Anastasia, les médecins sont maintenant autorisés, dans le cadre de leur pratique, à signaler à la police toute personne qui pourrait menacer sa propre sécurité ou celle d'autrui avec une arme à feu. Les cliniciens ne doivent cependant communiquer que les renseignements nécessaires. Ils peuvent divulguer ces informations même si elles sont protégées par le secret professionnel. Les autres professionnels, comme les infirmières, les psychologues, les travailleurs sociaux, les psycho-éducateurs, ont la même autorisation.

Par ailleurs, les médecins qui pratiquent dans certains établissements, comme les écoles, les collèges et les universités, sont maintenant obligés d'aviser les autorités policières s'ils croient qu'une personne est en possession d'une arme à feu sur les lieux. Comme tous les professionnels travaillant dans ces endroits, ils doivent également signaler la présence d'une arme à feu. Cette disposition de la loi ne s'applique cependant pas aux hôpitaux.

En ce qui concerne les directeurs d'hôpitaux ou de CLSC, la nouvelle loi les oblige dorénavant à signaler à la police la présence d'un patient blessé par une arme à feu dans leur établissement. Ils doivent fournir verbalement, le plus tôt possible, l'identité de cette personne et le nom de leur centre.

Pour plus de renseignements sur la Loi Anastasia : [www.msp.gouv.qc.ca](http://www.msp.gouv.qc.ca).

## Vous devez être juré ?

Vous êtes convoqué comme juré, mais vous ne pouvez absolument pas vous absenter le temps d'un procès. Que faire ? Tenter d'obtenir une exemption en évoquant le fait que vous êtes médecin ? Que vous avez de jeunes enfants ? Que vous êtes travailleur autonome et que vous n'aurez plus de revenu pendant le procès ? Aucun de ces arguments ne vous permettra de vous soustraire à l'obligation d'être juré.

La loi prévoit que les avocats, les pompiers et les agents de la paix ne peuvent être jurés, mais rien n'est indiqué pour les médecins. Par contre, selon la loi, « si l'intérêt public le permet, une personne qui a un motif raisonnable d'obtenir une exemption pour une cause non prévue par les paragraphes précédents » pourrait être soustraite de l'obligation de devenir juré. « Suivant les circonstances, on peut donc faire valoir que l'intérêt public requiert qu'un médecin continue à travailler », explique M<sup>e</sup> Christiane Larouche, avocate à la FMOQ. Ce motif a été utilisé avec succès par plusieurs médecins.

D'autres raisons peuvent également permettre d'obtenir une exemption : avoir 65 ans et plus ou être une « une personne dont la santé ou les charges domestiques ne lui permettent pas d'être juré ». Pour examiner les différentes possibilités d'exemption, on peut faire appel au Service juridique de la FMOQ (1 800 361-8499 ou 514 878-1911).

## Truc pour le renouvellement des ordonnances

Les nombreuses ordonnances des patients âgés ou atteints de plusieurs affections expirent souvent à des moments différents. Cette situation constitue un problème pour le médecin parce que ces patients l'appellent plusieurs fois par année simplement pour renouveler leurs prescriptions. Il y a un moyen simple d'éviter cette situation : s'arranger pour que toutes les ordonnances d'un patient soient échues à la même date, par exemple au mois de leur anniversaire.

« Pour un patient qui me voit, disons, trois mois avant son anniversaire, je ferai une ordonnance soit de trois mois, soit de 15 mois, selon ses besoins. Ensuite, les prescriptions dureront douze mois, d'un anniversaire à l'autre », explique le D<sup>r</sup> Stephen DiTommaso, du CLSC des Faubourgs, à Montréal, qui a eu l'idée de ce système. « Pour les patients nés en août, la prescription prend fin en septembre pour éviter qu'ils manquent de médicaments pendant mes vacances d'été. » Pour les patients, cette méthode est pratique : ils n'ont qu'à se souvenir de prendre un rendez-vous le mois de leur anniversaire. Depuis que le D<sup>r</sup> DiTommaso a instauré ce système, il y a deux ans, le nombre d'appels de patients et de pharmaciens qu'il reçoit a beaucoup diminué.

# Journée Carrière des résidents

## la médecine familiale en direct

*Francine Fiore*

Encore une fois, la Journée Carrière du Québec, organisée chaque année par la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ), a connu un immense succès. Tenue le 10 octobre dernier au Palais des congrès de Montréal, cette treizième foire annuelle de l'emploi médical a réuni 125 établissements de santé du Québec, dont des centres de santé et de services sociaux, des CHSLD, des hôpitaux universitaires, des cliniques médicales, des représentants des Forces armées canadiennes et, même, une clinique privée. Environ 700 médecins résidents provenant des quatre facultés de médecine du Québec étaient sur place afin de mieux connaître les régions, les établissements, les postes offerts, la qualité de vie qu'on leur propose, etc.

Bien sûr, la FMOQ était de la partie ! Depuis de nombreuses années, cette journée lui permet de faire la promotion de la médecine familiale en direct. Bien situé à côté de l'entrée principale, le stand de la FMOQ a attiré de nombreux visiteurs. Si l'on parle d'un attrait croissant pour les spécialités, il n'en demeure pas moins que la médecine familiale présente un intérêt indéniable pour les résidents, à les voir défiler en grand nombre et poser des questions.

Les résidents désirent obtenir des renseignements concernant deux points importants : les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et les activités médicales particulières (AMP), indique le **D<sup>r</sup> Jacques Ricard**, directeur de la Planification, de la Régionalisation et des Communications à la FMOQ. « Nous leur expliquons de quoi il s'agit et en quoi consiste la course à obstacles du nouveau médecin. »

Lorsque l'on regarde les différentes étapes auxquelles sont soumis les résidents, on comprend qu'ils aient besoin de se retrouver

dans ce que le D<sup>r</sup> Ricard appelle « le parcours du combattant ». « Ce qui décourage surtout les résidents, ce ne sont ni les PREM ni les AMP, mais le processus d'accès à la pratique. Ils se demandent comment ils arriveront à passer à travers toutes les étapes requises. »

Le D<sup>r</sup> Ricard fait donc de l'information sur place. « J'essaie de leur faire comprendre qu'il faut démythifier la médecine familiale que l'on décrit actuellement comme étant extrêmement lourde. Je leur souligne que l'exercice de la médecine familiale en établissement peut être intéressant et jumelé à une pratique dans un cabinet privé. »

### La grande visite

Par ailleurs, pour la première fois, la FMRQ avait invité tous les députés de l'Assemblée nationale à venir rencontrer les responsables des établissements et les médecins résidents. Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, le **D<sup>r</sup> Yves Bolduc**, a accepté l'invitation. Toutefois, il a toujours été présent à la Journée Carrière qu'il a vécu de l'intérieur aux stands des régions où il pratiquait, soit au Saguenay-Lac-Saint-Jean et en Abitibi-Témiscamingue. Cette année, en tant que ministre de la Santé, le D<sup>r</sup> Bolduc a fait le tour des stands, puis prononcé un discours devant les résidents. Il a rappelé que plusieurs régions du Québec connaissent des difficultés à recruter des médecins et à les retenir. Il a affirmé que la pratique en région est très enrichissante sur



*Les D<sup>r</sup>s Jacques Ricard, Yves Bolduc et Martin Bernier*

Photo : Marie Ruel

les plans professionnels et personnels. Plusieurs députés de différentes régions du Québec étaient également présents, dont le critique en matière de santé de l'opposition officielle et député de l'ADQ dans le comté de La Peltrie, **M. Éric Caire**, et le critique en santé du PQ et député de Marie-Victorin, **M. Bernard Drainville**.

Fait intéressant, pour la deuxième année consécutive, les PREM des spécialités et de la médecine familiale ont été disponibles à temps pour l'événement. « Nous saluons l'intervention du nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux qui s'est assuré que nous ayons accès aux postes disponibles pour la Journée Carrière Québec », a souligné le **D<sup>r</sup> Martin Bernier**, président de la FMRQ, dans un communiqué.

Par ailleurs, après les PREM, il semble souhaitable d'élaborer cette fois des PEMU, soit des plans d'effectifs médicaux universitaires. « Ces plans nous permettraient de maximiser les chances que nos médecins en formation, après avoir terminé une formation complémentaire à l'étranger, reviennent s'installer au Québec pour y offrir des services spécialisés de pointe et ainsi contribuer à la recherche et à l'enseignement », a indiqué le D<sup>r</sup> Bernier. 📶

## **Fédération médicale étudiante du Québec**

### **élection d'un nouveau président**

*Francine Fiore*

La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) a élu un nouveau président, **M. Marc Beltempo**, qui est en quatrième année de médecine à l'Université de Montréal. L'an dernier, il était vice-président aux Affaires externes de la FMEQ.

L'année sera bien remplie pour le nouveau président. Parmi ses priorités se trouve la hausse

du nombre d'admissions dans les facultés de médecine. « Le gouvernement augmente les admissions sans accroître le financement, précise M. Beltempo. Avec plus de 700 nouvelles admissions en médecine par année, les facultés sont saturées. » À son avis, la qualité de l'enseignement est menacée, notamment à cause d'un contact clinique moins important avec les patients. Le nouveau président estime que le virage ambulatoire a pour conséquence de réduire le nombre d'hospitalisations, ce qui diminue la variété de cas que voient les étudiants en médecine. « Cela m'inquiète, car lors de mon stage de chirurgie, par exemple, je n'ai vu aucun cas d'appendicite », dit le futur médecin.

Un autre des grands dossiers de la FMEQ est la promotion de la médecine familiale. Selon M. Beltempo, il faut revaloriser la médecine familiale et trouver des moyens d'attirer les étudiants vers cette forme de pratique. En outre, il soutient qu'un meilleur contact avec la médecine familiale au cours de la formation médicale est nécessaire.

Par ailleurs, l'exode des futurs médecins est une préoccupation de taille pour le jeune président. Depuis quatre ans, le Québec fait partie du CaRMS (Canadian Residency Matching Service), un système permettant aux étudiants de faire une demande de résidence dans toutes les universités canadiennes. « L'année dernière, 90 étudiants ont quitté le Québec pour étudier ailleurs. Il faut rendre le Québec plus attrayant comme province en vue du choix de carrière, car les médecins pratiquent généralement près de leur lieu de formation. »

En 2009, la FMEQ célébrera son 35<sup>e</sup> anniversaire et profitera de l'occasion pour augmenter sa visibilité auprès de ses membres en organisant différentes activités dans tout le Québec ainsi qu'un événement spécial. 📶



*M. Marc Beltempo*

Photo : Emmanuelle Garnier

## CQMF un nouveau président

*Francine Fiore*



Photo : Emmanuèle Garnier

*D<sup>r</sup> Guillaume Charbonneau*

Élu récemment président du Collège québécois des médecins de famille (CQMF), le D<sup>r</sup> **Guillaume Charbonneau**, omnipraticien pratiquant à l'hôpital de Maniwaki, croit plus que jamais en l'avenir de la médecine familiale. Il consacrera les deux années de son mandat

à sa revalorisation. À son avis, il s'agit d'un immense défi. « Je suis très heureux de constater que tous les intervenants, dont la FMOQ, se mobilisent également à cette fin », dit-il en entrevue.

Pour y arriver, le D<sup>r</sup> Charbonneau compte sur les groupes d'intérêt en médecine familiale. Créées il y a quelques années par le Collège canadien des médecins de famille, ces entités existent dans toutes les facultés de médecine canadienne. Leur but est de faire connaître la médecine familiale aux étudiants afin de les orienter vers cette forme de pratique. Des activités sont organisées régulièrement, dont des conférences au cours desquelles des médecins de famille partagent leur expérience avec les étudiants. Au cours de son mandat, le D<sup>r</sup> Charbonneau visitera les groupes d'intérêt de chaque faculté de médecine du Québec afin d'encourager les étudiants à choisir la médecine familiale.

Selon le D<sup>r</sup> Charbonneau, plusieurs éléments contribuent au fait que les étudiants délaissent l'omnipraticien. « Tout d'abord, les contacts avec la médecine familiale ne sont pas suffisants durant la formation, car les stages ne sont pas pertinents, indique le président. Le cœur de la médecine familiale est la prise en charge et le suivi du patient. Il est difficile de montrer à un externe en quoi consistent ces activités si on ne lui fait faire qu'un stage d'un mois. » De l'avis du D<sup>r</sup> Charbonneau,

il serait souhaitable de prévoir un contact longitudinal durant la formation médicale afin que les étudiants aient une expérience de la médecine générale conforme à la réalité du médecin de famille avant de faire leur choix de résidence. De plus, il précise que le travail du médecin de famille doit être facilité à l'intérieur du système de santé. « Le médecin de famille doit accéder rapidement aux examens de laboratoire et de radiologie et, au besoin, à un spécialiste. »

### *Les attraits de la médecine familiale*

Selon le D<sup>r</sup> Charbonneau, la médecine familiale est mal perçue. « Pourtant, ce domaine offre une grande flexibilité, dit-il. Les médecins de famille font une multitude de choses au sein du système de santé, par exemple de l'urgence, des soins aux patients hospitalisés, de l'obstétrique, des soins palliatifs, etc. Par conséquent, la médecine familiale donne la possibilité de choisir son type de travail afin d'adapter la pratique à sa vie personnelle. »

Diplômé en médecine de l'Université de Montréal, le D<sup>r</sup> Charbonneau a terminé sa résidence en médecine familiale à l'Université de Sherbrooke il y a deux ans et pratique depuis à Maniwaki. Bien qu'habitant la Rive-Sud de Montréal, le jeune médecin a choisi d'exercer dans une région éloignée à cause du type de pratique. « C'est extrêmement stimulant, dit-il. Cela nous oblige à aller toujours un peu plus loin. »

Le D<sup>r</sup> Charbonneau affirme avoir voulu devenir médecin de famille parce qu'il ne désirait abandonner aucun aspect de la pratique. « J'ai choisi la médecine familiale pour sa diversité, dit-il. Je m'intéresse à tout en médecine. J'aime avoir une vue d'ensemble du patient et m'occuper de tous ses problèmes. »

Cependant, il y a des contraintes dans l'exercice de la médecine générale. Le D<sup>r</sup> Charbonneau estime qu'il faudra revoir les activités médicales particulières et les plans régionaux d'effectifs médicaux. « Il y a un travail de réflexion à faire sur ces questions », fait-il remarquer. À son avis, il faut se demander si ces mesures ont apporté plus d'avantages que d'inconvénients et si elles ont fait fuir les étudiants qui font leur résidence dans d'autres provinces. « Il faut établir des solutions de rechange », lance le nouveau président du CQMF. 🏠



La méthode Toyota c'est tout simplement du gros bon sens dans l'organisation d'une entreprise. Et cette méthode peut servir dans la gestion d'un hôpital, parce que ce type d'entreprise est parmi les plus difficiles à gérer.

Premier constructeur mondial d'automobiles depuis 2007, Toyota constitue dorénavant la référence en matière d'ef-

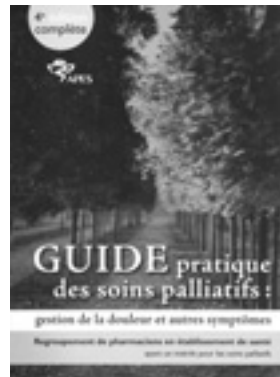
ficacité organisationnelle. Dans cet ouvrage, les auteurs révèlent l'ABC de sa méthode de choc. Et ils savent de quoi ils parlent. **Jeffrey Liker** est professeur de production et logistique à l'Université du Michigan et auteur du livre à succès *Le Modèle Toyota*, et David Meier est un ex-cadre de Toyota Motor Manufacturing.

Selon le modèle Toyota, le secret de la réussite est de miser avant tout sur la personne au sein de l'entreprise. La méthode utilisée consiste à former à l'interne des employés performants et motivés pour atteindre les objectifs de la société. Mais attention ! La philosophie Toyota ne prône pas la fabrication de robots de travail pour autant. Les auteurs expliquent le « système humain » de Toyota. Ce processus organisationnel repose sur la capacité d'attirer des personnes de talent, à en faire des acteurs dynamiques et acquis à la culture Toyota, de les stimuler et d'éviter le gaspillage. Les employés doivent être prêts à s'engager totalement dans l'entreprise qui, en retour, les traitera avec grand respect et offrira des récompenses aux meilleurs.

Éditeur Pearson Village Mondial, Paris, 2008, 352 pages, 51,95 \$.

## **Guide pratique des soins palliatifs – Gestion de la douleur et autres symptômes**

*du Regroupement de pharmaciens  
en établissement de santé*



D'un bout à l'autre de l'existence, la qualité de vie de l'être humain est primordiale. Rien ne sert de souffrir. Il faut donc intervenir vite et bien afin d'apporter un soulagement aux douleurs de fin de vie. C'est là l'essence de ce bel ouvrage. Trente-quatre pharmaciens d'établissement et plusieurs médecins pratiquant en soins palliatifs y ont contribué.

Les auteurs rappellent les principes du soulagement de la douleur, les médicaments à utiliser, dont l'emploi des analgésiques opioïdes et non opioïdes ainsi que les coanalgésiques. L'ouvrage traite également des modes d'administration et des doses. Il est également question du traitement de la constipation, du fécalome, des symptômes respiratoires, de l'insomnie, de l'anxiété et de la dépression, de la sédation palliative, etc.

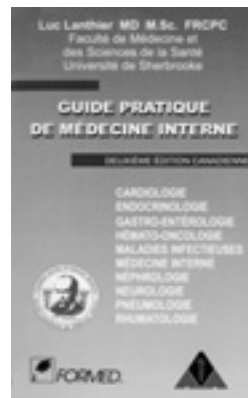
Cette quatrième édition a été enrichie de onze nouveaux chapitres comprenant la médication pour le maintien du patient à domicile, l'administration des médicaments par voie épidurale et intrarachidienne, l'utilisation de la méthadone, l'anémie liée au cancer en phase terminale, les saignements, la fatigue, la cachexie, la thromboprophylaxie, l'arrêt des médicaments et les préparations topiques. Le guide, offert en français et en anglais, est accompagné d'une version abrégée en format de poche comprenant des tableaux de référence.

On peut obtenir l'ouvrage à la Librairie médicale & scientifique. Tél. : 450 464-3166, courriel : [lms@videotron.ca](mailto:lms@videotron.ca), site Internet : <http://.lmsbook.com>.

Éditions APS (Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec), Montréal, 2008, 544 pages, 79,95 \$.

## **Guide pratique de médecine interne**

*Du Dr Luc Lanthier*



La série de guides de poche créée par le **Dr Jean Desaulniers**, médecin de famille à Trois-Rivières, se renouvelle constamment. Cette fois, la médecine interne est à l'honneur dans une deuxième édition revue et améliorée. Facile et rapide à consulter en tout temps et en tous lieux, le petit livre en dit long sur la cardiologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, l'héματο-oncologie, les maladies infectieuses, la néphrologie, la pneumologie, la rhumatologie et, bien sûr, la médecine interne en général.

Spécialiste en médecine interne au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke, l'auteur, le **Dr Luc Lanthier**, s'est entouré de plusieurs collaborateurs afin de réunir les données les plus récentes concernant le diagnostic et le traitement de problèmes fréquents ou non.

Le guide propose une approche complète pour toutes les affections relevant de la médecine interne. Par exemple, le lecteur revoit tout ce qui concerne la syncope, la cellulite, l'endocardite, l'infection du système nerveux central, la pneumonie nosocomiale ou extra-hospitalière, la tuberculose, le sida, la démence, les accidents vasculaires cérébraux, les céphalées, l'épilepsie, les étourdissements, la douleur, les vasculites, etc. Tout y est, même les médicaments à utiliser et les doses à prescrire. Présentés sous forme de tableaux et de graphiques, les renseignements sont disponibles en un clin d'œil. Un petit livre qui se glisse vite et bien dans la blouse blanche du médecin.

Les Éditions FORMED, Trois-Rivières, 2008, 414 pages, 34,95 \$.



## **Les ordonnances collectives de contraception**

Grâce aux ordonnances collectives, les infirmières et les pharmaciens du Québec peuvent prescrire une contraception hormonale. Par conséquent, l'Institut national de santé publique du Québec a créé un site Web afin de les aider dans leurs démarches.

Le site comprend tous les renseignements concernant les ordonnances collectives. Ainsi, on y explique en quoi consiste ce mode de prescription, ses origines et ses objectifs. De plus, le site présente les experts en planification familiale, la liste des endroits où les trouver, les recommandations cliniques de contraception hormonale de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, les mises en garde de Santé Canada concernant certains produits, des renseignements sur la formation des professionnels de la santé pouvant faire de telles ordonnances et une foire aux questions.

Élaboré conjointement par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des pharmaciens du Québec, le Collège des médecins du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec, le modèle d'ordonnance collective a pour but d'améliorer l'accès aux méthodes contraceptives hormonales pour les femmes en bonne santé et de contribuer à la réduction des grossesses imprévues.

Institut national de santé publique du Québec, 2008, [www.inspq.qc.ca/contraception](http://www.inspq.qc.ca/contraception).

## ***Nouvelle collection à Sainte-Justine***

Afin d'aider les parents à mieux comprendre leurs enfants, une nouvelle collection du CHU Sainte-Justine propose des titres sous forme de questions/réponses.



### ***Que savoir sur le développement de mon enfant ?***

*De Francine Ferland*

Ergothérapeute et professeure émérite à l'Université de Montréal, l'auteure répond à de nombreuses questions. Par exemple, quand saura-t-on si bébé est droitier ou gaucher, pourquoi se met-il tout dans la bouche même les pieds, pourquoi fait-il des crises de colère et parle-t-il à un ami imaginaire ? Elle rassure les parents inquiets de l'évolution de l'enfant qui ne correspond pas toujours à ce qui se dit dans les livres.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2008, 68 pages, 9,95 \$.

### ***Que savoir sur l'estime de soi de mon enfant ?***

*De Germain Duclos*

Psychoéducateur et orthopédagogue, l'auteur définit l'estime de soi, son importance et son développement chez le tout-petit. Il indique comment favoriser chez lui, la connaissance de soi, la compétence, la sécurité et la confiance. Il explique les attitudes que doivent adopter ou éviter les parents afin d'aider l'enfant à bien se connaître.

Éditions du CHU Sainte-Justine, 2008, 72 pages, 9,95 \$.



### ***Que savoir sur la sexualité de mon enfant ?***

*De Frédérique Saint-Pierre  
et de Marie-France Viau*

Dans cet ouvrage, une psychologue et une travailleuse sociale expliquent la sexualité de l'enfant et son développement. Elles abordent des questions pratiques comme jusqu'à quel âge peut-on dormir avec son enfant et comment le sortir du lit en cas d'habitude. Il y est aussi question de pudeur, d'intimité, d'homosexualité et de bien d'autres choses.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2008, 80 pages, 9,95 \$.

### ***Que savoir sur mon ado ?***

*De Céline Boisvert*

Voici un petit guide pour faciliter la relation avec un ado et mieux comprendre cet être en mutation. Psychologue clinicienne au CHU Sainte-Justine, l'auteure précise ce qu'est la « crise d'adolescence ». En outre, elle discute de sexualité, de protection contre les maladies transmissibles sexuellement, de grossesse, d'avortement, de tatouage, d'anxiété, de dépression, d'anorexie, de décrochage scolaire, etc.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal 2008, 64 pages, 9,95 \$.



## Mémo-périnatalité

Des D<sup>s</sup> Céline Leclerc,  
Jean Grégoire et Christian Rheault



Complet et discret, le *Mémo-périnatalité* se glisse dans la poche de la blouse blanche et peut être consulté en tout temps. Cette deuxième édition, publiée par le Département de médecine familiale de l'Université Laval, constitue une synthèse des connaissances actuelles en périnatalité.

Pratique et concis, ce guide comprend quatre grandes sections, soit Période prénatale, Travail et accouchement, Période post-partum et, enfin, Nouveau-né. Dans

la section sur la période prénatale, le lecteur trouvera des renseignements sur l'allo-immunisation fœtomaternelle, les anomalies chromosomiques, le diabète de grossesse, la grossesse gémellaire, les infections, les nausées et vomissements, les saignements, les médicaments, etc. La section Travail et accouchement fait le point sur de nombreux sujets, dont la provocation du travail, la dystocie, les lacérations périnéales, la rupture prématurée des membranes, le soulagement de la douleur, le travail prématuré, etc. Sur le plan post-partum, il est question, entre autres, d'allaitement, de contraception, d'hémorragies, de prise de médicaments pendant l'allaitement et, bien sûr, de dépression, le fameux *baby blues*. En ce qui concerne le nouveau-né, les auteurs revoient les petites anomalies qui peuvent toucher la tête et le cou, les membres supérieurs et inférieurs, le tronc, les organes génitaux et la peau du nourrisson. L'ouvrage traite également des convulsions, des troubles métaboliques, de la détresse respiratoire et de bien d'autres sujets. Abondamment illustré et comprenant de nombreux tableaux, ce guide se consulte facilement et rapidement.

Pour commander, poster un chèque à l'ordre de l'AOPQ, 505, boul. Adoncour, bureau 200, Longueuil (Québec) J4G 2M6. Le guide est gratuit pour les étudiants en médecine et les résidents en médecine familiale.

Les éditions Cahiers Mémos, Québec, 2008, 250 pages, 75 \$.

## **Guide pratique d'infectiologie**



Offert dans une troisième édition, ce guide présente une actualisation des données en infectiologie. Rédigé par un groupe de professionnels de la santé, soit les **D<sup>rs</sup> Monique Goyette, Lise-Andrée Galarnéau, André Poirier** et **Karl Weiss**, microbiologistes-infectiologues, la **D<sup>re</sup> Anne Brodeur**, pédiatre, le **D<sup>r</sup> Yvon Doyon**, spécialisé en santé du voyage, le **D<sup>r</sup> Jean Desaulniers**, médecin de famille et directeur de la collection, ainsi

que **M<sup>mes</sup> Marie Carrier et Louise Fréchette**, pharmaciennes, cet ouvrage contient tout ce qu'il faut connaître sur les maladies infectieuses, du diagnostic au traitement. Les différentes cibles des virus, bactéries et parasites de tout acabit y sont décrites ainsi que les antibiotiques à utiliser.

Dans cet ouvrage, il est question des méningites chez l'enfant et l'adulte, de la fièvre, du SARM, du zona, de l'herpès, des hépatites et, évidemment, de la grippe. Une section portant sur la vaccination présente des calendriers d'immunisation en pédiatrie, en gériatrie et pour les soins prolongés. Il est aussi question de la résistance aux antimicrobiens.

Puisque le mode de vie joue un rôle crucial dans la santé, un chapitre fait le point sur les infections contractées au cours des activités de plein air. On y traite par exemple des piqûres d'arthropodes (moustiques, tiques), mais aussi des risques associés à la baignade en eau douce, dans les bains tourbillons et dans les piscines, au jardinage, aux sports de contact et aux contacts avec les animaux. Le chapitre consacré à la santé du voyageur rappelle les vaccins obligatoires en fonction des différents pays visités.

Les éditions FORMED, Trois-Rivières, 2008, 322 pages, 34,95 \$.