

CONSEIL DE DÉCEMBRE UN NOUVEAU DÉPART

Le 15 décembre dernier, au cours du conseil de la FMOQ, le président a fait le point sur les nouvelles relations de la Fédération avec le ministère de la Santé et sur plusieurs dossiers de négociation.

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

D^r Louis Godin

Le climat a changé au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'ère des affrontements semble être du passé. «Maintenant, le ton est à la collaboration et au partage de solutions», a affirmé le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, au conseil qui a eu lieu le 15 décembre dernier.

Le président a déjà eu des rencontres avec la nouvelle ministre de la Santé, **M^{me} Danielle McCann**. Cette dernière désire, tout comme la Fédération, que les Québécois aient facilement accès à leur médecin de famille ou au moins à un médecin de famille. Les deux parties se sont entendues pour travailler en ce sens. La ministre souhaite par ailleurs la collaboration de la FMOQ pour l'ouverture de cliniques de grippe et la mise en œuvre du système Rendez-vous Santé Québec.

Le nouveau gouvernement semble conscient de l'importance de soutenir les médecins de famille pour leur permettre d'être plus accessibles et de prendre en charge plus de patients, a affirmé le D^r Godin. «Le gouvernement du Québec et la ministre de la Santé reconnaissent actuellement que la situation des effectifs médicaux est très difficile au Québec. On vit les répercussions des quatre ans de l'ère de l'ancien ministre de la Santé.»

Le taux de prise en charge de la population a par ailleurs fait des progrès. Depuis le début de l'année, les médecins de famille ont inscrit 169 619 patients de plus. Un ajout net.

«Le nombre d'inscriptions a continué à progresser malgré la situation difficile dans les établissements», a précisé le président. En tout, le 30 novembre dernier, presque 6,5 millions de Québécois avaient un médecin de famille, soit quasiment 81%. La FMOQ et le gouvernement discutent des moyens d'augmenter cette proportion.

L'APPROBATION DES ENTENTES

Certaines ententes paraphées cet été n'ont pas encore été approuvées par le Conseil du Trésor. «Un nouveau gouvernement signifie beaucoup de changements dans la structure gouvernementale», a indiqué le D^r Godin. La période de transition, après l'arrêt de l'appareil administratif pendant les élections, a ainsi ralenti les activités de l'État. Néanmoins, plusieurs ententes viennent d'être entérinées ou sont sur le point de l'être.

APPAREIL MUSCULOSQUELETTIQUE

L'entente sur l'appareil musculosquelettique vient d'être approuvée par le Conseil du Trésor. Ainsi, à partir du 15 janvier, une nouvelle nomenclature entrera en vigueur. «Les médecins qui ont eu une formation sur l'appareil locomoteur, pratiquent dans ce domaine ou l'enseignent à l'université pourront s'en prévaloir», a mentionné le président. Les omnipraticiens intéressés doivent faire une demande au comité paritaire.

Comme les nouveaux tarifs seront rétroactifs à partir du 1^{er} octobre 2018, les cliniciens devront facturer de nouveau les actes qu'ils ont effectués depuis cette date. Pour avoir plus d'informations, ils peuvent communiquer avec la Direction des affaires professionnelles de la FMOQ.

FORMATION

L'entente sur la formation, elle, est sur le point d'être approuvée par le Conseil du Trésor. Les nouveaux tarifs devraient pouvoir être facturés dès le 15 janvier. Comme la mesure devait être en vigueur le 1^{er} octobre, les médecins recevront un versement rétroactif.

Ainsi, une majoration s'appliquera:

- ▶ aux allocations du fonds de formation qui seront de:
 - 702\$ par jour,
 - 351\$ par demi-journée,



- ▶ aux sommes accordées pour le ressourcement qui comprendront :
 - 838\$ par jour pour les allocations,
 - 255\$ pour les frais de séjour.

«Vous n'aurez pas à facturer de nouveau vos actes, a précisé le D^r Godin aux membres du conseil. La Régie de l'assurance maladie du Québec appliquera les nouveaux codes et les nouveaux tarifs, et les versements se feront automatiquement.»

Les médecins rémunérés à honoraires fixes ou à salaire, eux, bénéficieront d'une majoration de leur base de rémunération pour compenser la bonification des allocations de formation. La hausse serait applicable à partir du 1^{er} octobre 2018.

URGENCE ET PREMIÈRE LIGNE

Le Conseil du Trésor doit également approuver sous peu la hausse de 3% des tarifs en première ligne et aux urgences pendant les heures défavorables. Comme la mesure, qui devait commencer le 1^{er} octobre 2018, serait appliquée vers le 15 janvier, des paiements rétroactifs seraient versés.

ENTENTE SUR LES CONDITIONS DE PRATIQUE

Le comité FMOQ-MSSS sur les conditions de pratique a commencé ses travaux en octobre dernier. Il a été formé à la suite de la signature de l'entente qui encadre la loi 130* sur l'organisation clinique et la gestion des établissements de santé.

Le groupe de travail se penchera sur des questions comme les règles de gestion des effectifs médicaux, la place des omnipraticiens dans les établissements, notamment «la répartition équitable et complémentaire des responsabilités entre les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes», les obligations pouvant être rattachées aux privilèges, la gestion des activités médicales particulières, etc.

Pour l'instant, le comité a surtout étudié des points comme la définition d'un membre actif ou associé, l'opportunité de

mettre en place des mesures pour les médecins en fin de carrière, l'embauche de résidents ayant un permis de pratique (*moonlighting*) et le remplacement des médecins en congé de maternité ou d'invalidité.

En ce qui concerne les absences temporaires, la Fédération est consciente qu'une certaine similitude est nécessaire entre les règles de gestion s'appliquant aux spécialistes et celles touchant les omnipraticiens dans les établissements de santé. «Nous avons accepté qu'une directive soit transmise à chacun des établissements. L'envoi a été fait au cours des derniers jours ou le sera sous peu», a mentionné le D^r Godin.

Ainsi, dorénavant :

- ▶ les congés de maternité peuvent durer jusqu'à dix-huit semaines;
- ▶ les congés de paternité peuvent s'étendre à cinq semaines;
- ▶ le congé parental peut se prolonger trente-quatre semaines et s'ajouter au congé de maternité ou de paternité;
- ▶ le congé d'adoption peut aller jusqu'à cinquante-deux semaines.

L'AVENIR DE LA MÉDECINE FAMILIALE

Quel avenir les omnipraticiens veulent-ils pour leur profession? Que désirent-ils comme pratique? Quels changements sont nécessaires? Pour le savoir, la FMOQ a mis sur pied un comité sur l'avenir de la médecine familiale qui a commencé ses travaux il y a plusieurs semaines (*encadré*).



Conseil de la FMOQ

*Nom exact de la loi 130 : *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*

Le comité sur l'avenir de la médecine familiale est composé de médecins de famille venant de différentes régions :

- ▶ **D^r Sylvain Dion**, de Lac-Etchemin, président de l'Association des CLSC du Québec ;
- ▶ **D^r Philippe Mc Neill**, de Louiseville ;
- ▶ **D^{re} Ariane Murray**, de Montréal ;
- ▶ **D^r Claude Rivard**, de Longueuil, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu–Saint-Laurent ;
- ▶ **D^{re} Catherine St-Jean**, de La Sarre.

Le groupe de travail vient d'ailleurs de demander aux différentes associations affiliées à la Fédération de consulter leurs membres. « Nous voudrions que les omnipraticiens se prononcent sur des questions comme le contrat social qui lie les médecins de famille à la société québécoise, qu'ils nous parlent des modèles d'organisation à adopter pour la pratique de la médecine familiale en première et en deuxième en ligne et du rôle du médecin de famille », a expliqué le D^r Godin qui participe aux réunions du comité.

Le groupe de travail veut également savoir à quoi ressemblera, d'après les médecins, la pratique dans quelques années compte tenu des nouvelles technologies et des technologies de l'information. Il désire aussi qu'ils lui proposent des solutions pour rendre la médecine familiale plus attrayante, qu'ils se prononcent sur la formation du médecin de famille, l'interdisciplinarité ainsi que la question des modes de rémunération.

« Si jamais des associations ou des médecins voulaient s'exprimer sur d'autres sujets, ils seront les bienvenus », a précisé le président de la FMOQ. Les associations devront remettre leur rapport d'ici le 31 mars 2019.

Pour bien redéfinir l'avenir de la médecine familiale, le comité compte également solliciter des rencontres avec certains groupes représentant les patients, la Fédération médicale étudiante du Québec, la Fédération des médecins résidents



Délégués du conseil de la FMOQ

Photos : Emmanuèle Garnier

du Québec, le Collège québécois des médecins de famille, ainsi que les directeurs des départements universitaires de médecine familiale.

Le comité compte également prendre connaissance des différents mémoires et documents produits par d'autres organismes sur le rôle du médecin de famille.

Tous ces travaux d'exploration et de consultation permettront au comité de dégager des grandes lignes qui lui serviront de base pour l'élaboration d'un sondage. L'enquête sera effectuée avec l'aide d'une firme extérieure auprès de tous les omnipraticiens. Quelles en seront les conclusions? « À la réunion du conseil, en mai, nous ferons un état de situation », a promis le D^r Godin. //

COTISATION SYNDICALE

La cotisation syndicale de 2018-2019 sera de 1966 \$. Par rapport à l'an dernier, où elle s'élevait à 1951 \$, elle a été haussée de 0,8 %, ce qui correspond à l'augmentation de la rémunération moyenne des omnipraticiens en pratique active et continue en 2017-2018. La remise aux associations, elle, passe de 356 \$ à 359 \$.

La cotisation syndicale comprend :

- ▶ la cotisation normale : 1866 \$;
- ▶ la cotisation supplémentaire destinée au Grand Défi Pierre Lavoie (sans remise aux associations) : 100 \$.

1000 KM À VÉLO DU GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE UN CHÈQUE DE 12 078 \$ POUR UNE ÉCOLE DE MONTRÉAL



Photos: Emmanuèle Garnier

M. Pierre Lavoie, M^{me} Julie-Anne Lépine, D^r Claude Guimond et M. Marc-André Bérubé Turgeon, directeur de l'École Sainte-Geneviève Sud

C'était une journée de décembre un peu spéciale pour les élèves de l'école primaire Sainte-Geneviève Sud, à Montréal. Réunis dans le gymnase, ils recevaient la visite de **M. Pierre Lavoie**, celui qui a cofondé le Grand Défi Pierre Lavoie et créé les cubes énergie. D'ailleurs, ils avaient accumulé chacun en moyenne 324 cubes cette année.

Il y avait aussi un autre invité venu voir les enfants : un médecin de famille qui, avec son équipe, avait participé en juin à l'épreuve du 1000 km à vélo du Grand Défi Pierre Lavoie. Le **D^r Claude Guimond** était là pour raconter son expérience aux jeunes, mais aussi pour remettre un chèque à l'école. Il s'agissait d'une somme qu'il avait recueillie afin de favoriser les saines habitudes de vie des élèves. Un don qui s'élevait à... 12 078\$!

« Les écoles reçoivent en moyenne 5000\$ d'une équipe », a expliqué M. Lavoie. Normalement, toutes les équipes de cyclistes qui participent au 1000 km à vélo doivent parrainer une école. Mais les deux équipes de la FMOQ ont décidé que chacun de leurs douze participants aurait son école et récolterait des fonds pour elle. En tout, les dix cyclistes et les deux chauffeurs de caravane ont ramassé 94 047\$. Depuis 2015, première année où la Fédération a participé à cette activité, une somme totale de 322 417\$ a été remise à 36 écoles du Québec.

M^{me} Julie-Anne Lépine, enseignante en éducation physique, était très touchée par le don de 12 078\$. « Cet argent va nous permettre d'acheter du nouveau matériel et de créer de nou-

velles activités. Nous allons pouvoir remplacer nos trois cordes à Tarzan que nous ne pouvions plus utiliser depuis au moins sept ans parce qu'elles étaient brisées. Chacune coûte 417\$. Nous voulons aussi acheter des trottinettes des neiges pour la cour d'école, des *pogoballs* qui permettront d'avoir une nouvelle activité d'échauffement, d'équilibre et de sauts ainsi que des buts de ballon DBL, un nouveau sport inventé il y a quelques années au Québec. »

M^{me} Lépine compte également équiper l'école de traîneaux pour la cour, d'un tableau pour marquer les points, de cordes à sauter, de ballons, de lunettes de sécurité et d'autres accessoires. « Avec un budget de 500\$ par année, on ne peut pas se permettre d'acheter tout cet équipement. On se sent choyé d'avoir cette contribution. » **EG**



AGA DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE L'ESTRIE UN CONTRAT SOCIAL À RESPECTER

Nombre de patients inscrits, taux d'assiduité... depuis déjà un an, les médecins de l'AMOE ont atteint toutes les cibles édictées par l'entente sur l'accessibilité. Ce n'est pourtant pas suffisant, a signalé le président de l'AMOE à l'assemblée générale annuelle, le 9 novembre dernier, à Sherbrooke.

Claudine Hébert

Photos : Claudine Hébert



D^r Alain Demers

« Nous avons réussi. Plus de 86% de la population de notre territoire dispose désormais d'un médecin de famille. De manière absolue, c'est 11% de plus qu'en 2015. Nos taux d'assiduité frôlent également les 90%. Bravo! Nous avons répondu à l'appel collectif. Mais notre tâche est loin d'être terminée », a indiqué le **D^r Alain Demers** aux membres de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie (AMOE) présents à l'assemblée générale annuelle.

Dans un monde idéal, a tenu à souligner le président de l'AMOE, chaque médecin devrait pouvoir s'installer où il veut. Il devrait pouvoir pratiquer le type de médecine qu'il veut et avoir le nombre de patients qu'il veut. « Mais voilà, ce n'est pas la situation actuelle. Nous faisons partie d'un réseau de santé social dont nous devons accepter les avantages... et les obligations qui y sont rattachées », a poursuivi le D^r Demers d'un ton calme, mais en pesant ses mots.

Certes, l'AMOE peut se féliciter d'avoir atteint les cibles demandées aux omnipraticiens de l'ensemble du Québec. « Il reste toutefois encore plus de 30 000 patients – dont la moitié vivent

* Le nom exact de la loi est : *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.*

dans le secteur de Sherbrooke –, dans les guichets d'accès de la région. Parmi ces personnes, près de 1000 attendent depuis plus de quatre ans d'avoir un médecin de famille. Oui, nous avons atteint les cibles, mais nous n'avons pas encore atteint LA cible : celle qui nous lie à notre contrat social », a déclaré le président.

ET SI 90 % DE LA POPULATION AVAIT UN MÉDECIN ?

Le D^r Demers a rappelé à ses membres que tout avait été dit sur les éventuelles conséquences de la loi 20*. Et il a répété, une fois de plus, qu'il est impossible de demander à chacun de faire le même travail. Chaque médecin est différent. « Mais vous aurez été avisés. Vous êtes majeurs et vaccinés. À vous de faire ce qu'il faut pour faire suspendre une fois pour toutes la loi 20 », a insisté le président.

Aux yeux du D^r Demers, une couverture de 100% serait fort utopique. De toute façon, les données le montrent : un certain pourcentage de la population ne désire pas avoir un médecin de famille. Néanmoins, il serait réaliste de répondre à la demande d'au moins 90% de la population.

Et pour y parvenir, le D^r Demers ne croit pas que les médecins de famille doivent à tout prix quitter la deuxième ligne pour



D^r Louis Godin



inscrire davantage de patients. Lui-même confie avoir choisi la médecine de famille parce qu'il pouvait justement faire de la première et de la deuxième ligne dans sa pratique. « Nous avons démontré notre bonne volonté. L'aide doit maintenant venir du gouvernement et de la collaboration des autres professionnels de la santé », a-t-il souligné. À ce propos, le D^r Demers estime qu'il est grand temps de revoir la *Loi sur l'assurance maladie*. « Ses règles nuisent au travail de collaboration entre les médecins et les professionnels dans les cliniques. »

AVOIR UNE POSITION PLUS AVANTAGEUSE

Le président de la FMOQ, le D^r **Louis Godin**, a renchéri sur plusieurs points abordés par le D^r Demers. « L'ère des menaces et du bâton semble être terminée, entend-on de la part du cabinet de la **ministre Danielle McCann**. Mais, il ne faut surtout pas baisser la garde devant nos bons résultats. Nous pouvons fortement présumer que le nouveau gouvernement en place aura, lui aussi, comme priorité d'offrir à la population un accès à un médecin de famille... et de s'assurer que les patients ont la possibilité de voir leur médecin quand ils en ont besoin », a affirmé le D^r Godin. En fait, les médecins de famille ont la possibilité de reprendre une position plus avantageuse vis-à-vis du gouvernement. « Pour cela, a-t-il dit, il faut continuer de maintenir le rythme des inscriptions et vider les guichets. »

DES ÉTOILES DÉCERNÉES PAR LA CHEF

« L'inscription de plus de 44 202 personnes depuis trois ans constitue un beau tour de force », a pour sa part signalé la chef du Département régional de médecine générale de l'Estrie, la D^{re} **Raymonde Vaillancourt**. Invitée à présenter son plus récent rapport, la clinicienne a souligné chaleureusement les efforts des médecins des neuf réseaux de santé locaux qu'elle chapeaute. Elle a également accordé une étoile aux médecins de famille des vingt-cinq groupes de médecine de famille de son territoire qui comptent désormais une moyenne de plus de 1000 patients inscrits.

La D^{re} Vaillancourt a également signalé la réduction notable des cas P-4 et P-5 dans les urgences de la région. De 65%, en 2015, ces cas représentent maintenant moins de 58% des visites à l'urgence.

La chef du DRMG s'inquiète toutefois du nombre élevé de retraites à venir. Plus d'une trentaine de médecins de l'AMOE cumulent plus de 40 ans de pratique. Des omnipraticiens dont il faudra prévoir le transfert de patients.

MEMBRES RETRAITÉS ET COMMUNICATIONS

Sur le plan interne, l'AMOE analyse la possibilité de créer une nouvelle catégorie de membres qui permettrait aux omnipraticiens retraités de rester au fait des activités de l'association. Ces médecins, a précisé le D^r Demers, n'auraient pas de droit de vote, mais seraient invités à participer aux rencontres et pourraient continuer de recevoir les communications de l'AMOE.

D'ailleurs, les communications ont été un autre thème vedette de l'assemblée générale. Le président de l'AMOE a annoncé la récente embauche d'une coordonnatrice qui s'occupera de ce volet au sein de l'association. L'Estrie rejoint ainsi d'autres associations de médecins omnipraticiens qui se sont dotées des services d'un expert en communication. « Comme nous n'avions ni le budget ni le volume de travail nécessaires pour offrir un poste à temps plein, nous avons entamé des discussions avec l'association voisine, l'AMOY, a expliqué le D^r Demers. Nous allons donc partager les services de la conseillère qu'elle a embauchée l'an dernier. Une entente verbale a été conclue entre les deux associations. » //



Assemblée générale de l'AMOE

AGA DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE YAMASKA

CIBLES ATTEINTES... MAIS MÉDECINS ÉREINTÉS

L'AMOY peut dire mission accomplie. Sur le plan régional, elle a atteint les cibles. Néanmoins, la situation demeure inquiétante, a expliqué le président de l'association au cours de l'assemblée générale annuelle, le 8 novembre dernier, à Saint-Hyacinthe.

Claudine Hébert

Photos : Claudine Hébert



D^r Jacques Bergeron

Novembre 2018, 86 % de la population vivant sur le territoire de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a désormais un médecin de famille. Et le taux d'assiduité au sein des trois réseaux locaux de services du territoire (RLS) fracasse les 90 %. Pourtant, le **D^r Jacques Bergeron**, président de l'AMOY, ne pavoise pas. « Même si on a réussi, il reste encore plus de 20 000 patients enregistrés au guichet d'accès qui attendent d'avoir un médecin de famille », a-t-il signalé.

La situation est particulièrement préoccupante au sein du RLS de Richelieu-Yamaska, territoire où l'on trouve Saint-Hyacinthe. Ce sont plus de 16 000 patients qui n'ont toujours pas de médecin de famille, a précisé le D^r Bergeron. Le taux d'inscription de ce réseau local se situe d'ailleurs à 82 %, soit trois points en deçà de la cible de 85 %.

Comment faire pour en demander plus à ses troupes ? Comment obtenir un tout dernier effort ? Le D^r Bergeron a avoué se sentir très mal à l'aise à cet égard. « Mes membres sont à bout de souffle. Ils roulent à plein régime. La moyenne de patients inscrits par les 309 membres de l'AMOY est de 1117. C'est près de 20 % de plus que la moyenne provinciale qui est de 924. Comment puis-je leur en demander plus alors qu'ils ont déjà réalisé de grandes prouesses ? », a indiqué le président en précisant qu'une vingtaine de médecins de son association suivent plus de 2000 patients.

LA RÉGION DE YAMASKA A BESOIN DE PLUS DE MÉDECINS

Tout comme l'ensemble des présidents d'associations de médecins omnipraticiens du Québec, le D^r Bergeron a, lui aussi, dressé un portrait sommaire des médecins de son territoire afin d'évaluer le nombre de ceux qui pourraient encore contribuer à l'effort collectif. « À l'aide du Service des affaires économique de la FMOQ, nous avons repéré une vingtaine de médecins, dont les activités permettraient d'inscrire davantage de patients. Cependant, en y regardant de plus près, c'est à peine cinq cliniciens au total qui peuvent encore faire une différence. Et ces omnipraticiens, qui ont en moyenne moins de 500 patients inscrits, ont entamé leur pratique au cours de la dernière année. »

Selon le représentant de l'AMOY, pour vraiment aider la population, il faudrait des renforts. « Il nous manque des médecins de famille. Juste au sein du RLS Richelieu-Yamaska, on estime le déficit à au moins une quinzaine de cliniciens. »

L'ÈRE DU MINISTRE BARRETTE A FAIT MAL

Ce n'est pas demain la veille que le problème du manque de ressources sera réglé, a précisé, pour sa part, le président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin**, venu à l'assemblée générale de l'AMOY. Plusieurs points vont probablement nuire au maintien de l'accès à un médecin de famille, selon le D^r Godin. Et nuire du coup à l'objectif ultime : l'abrogation de la loi 20*.

« D'abord, l'ère du ministre Gaétan Barrette a fait mal à notre profession », a affirmé sans ambages le président de la Fédération. Lors des deux dernières années, le climat malsain a probablement eu pour effet de décourager des étudiants en médecine d'opter pour la médecine familiale. « Moins de 40 % d'entre eux ont choisi d'être omnipraticiens », a précisé le président Godin. S'ajoutent à ce constat les départs prématurés à la retraite de médecins ne supportant plus la situation.

À cause de ces deux éléments, les ressources pour aider la population sont bien moindres qu'elles devraient l'être. « Au

* Le nom exact de la loi est : *Loi favorisant l'accès aux services de médecine de famille et de médecine spécialisée et modifiant diverses dispositions législatives en matière de procréation assistée.*

D^r Louis GodinD^r Daniel Gauthier

lieu d'avoir 450 nouveaux médecins de famille pour faciliter les inscriptions, nous n'en avons que 350 médecins. Et en additionnant les départs à la retraite, ce déficit se creuse davantage», a indiqué le président de la FMOQ.

Comme si cela ne suffisait pas, l'aide que l'on promettait dans les hôpitaux afin de permettre aux médecins de famille de pratiquer davantage en première ligne n'est jamais venue. «Si nous avons reçu l'aide promise, notamment de la part des médecins spécialistes, toutes les régions de la province, sans exception, auraient déjà atteint leurs cibles. Malheureusement, ce n'est pas le cas», a déploré le D^r Godin. Il a d'ailleurs souligné qu'une dizaine de régions au Québec doivent actuellement avoir recours au service de dépannage pour subvenir aux besoins de santé de leur population. «C'est un signe profond que le système a été étiré à son maximum.»

COUPS DE CHAPEAU

Malgré ces ombres au tableau, l'AMOY a profité de son rendez-vous annuel pour souligner de quelques coups de chapeau certains faits dignes de mention. Outre un petit clin d'œil au 55^e anniversaire de son association, l'AMOY a rendu hommage à l'un de ses pairs: le **D^r Daniel Gauthier** qui se retire de la profession après trente-huit années de pratique. Désigné membre émérite de l'année, ce médecin de famille de l'Hôpital

de Saint-Hyacinthe a fait partie du bureau de l'AMOY pendant plus de vingt ans, a précisé le D^r Bergeron.

Autre bon coup chaudement salué par le président: la participation des médecins de l'association aux grandes marches du Grand Défi Pierre Lavoie. «Plus du quart des membres de l'AMOY ont pris part à cette activité dans la région cette année. Une vitrine exceptionnelle pour nos médecins de famille.» Par ailleurs, au cours de l'AGA, le D^r Bergeron a été réélu président pour un dixième mandat. //



Assemblée générale de l'AMOY

SERVICES OFFERTS AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

ÉPARGNE ET INVESTISSEMENT

Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
Investissement – Liquidité
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
Compte de retraite immobilisé (CRI)
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
Fonds de revenu viager (FRV)
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)
Régime volontaire d'épargne-retraite (RVÉR)
Courtage en valeurs mobilières
(REER autogéré, courtage de plein exercice)
Fonds FMOQ
Autres fonds communs de placement
Produits d'Épargne Placements Québec
Dépôts à terme
Service-conseil
Service de gestion privée
Service de planification financière
Service d'analyse pour la pratique médicale en société
Service de facturation RAMQ
Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc.
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

SOLUTIONS BANCAIRES

Forfait bancaire privilège pour les membres
de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
RBC Banque Royale
1-800-80-SANTÉ (1 800 807-2683)

PROGRAMMES D'ASSURANCES

Assurances de personnes
Assurances automobile et habitation
Assurance cabinet ou clinique
Assurance médicaments
et assurance maladie complémentaire
Assurances frais de voyage et annulation
Assurance responsabilité professionnelle
Lussier Dale Parizeau :
514 282-1112 ou 1 877 807-3756

TARIFS PRÉFÉRENTIELS POUR LES MEMBRES ET LES EMPLOYÉS DE LA FMOQ

Résidence Inn Marriott, Montréal : 1 800 678-6323
Le Nouvel Hôtel, Montréal : 1 800 363-6063
Le Crystal, Montréal : 514 861-5550 ou 1 877 861-5550

TÉLÉPHONIE

Télu : 1 855 310-3737, no de groupe : 93936

CENTRE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

Nautilus Plus, code d'accès web : OMN-1FB

DIRECTION DES AFFAIRES PROFESSIONNELLES

D^r Michel Desrosiers, directeur
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499

ASSOCIATION DE LAURENTIDES-LANAUDIÈRE UNE PREMIÈRE : UN VOTE ÉLECTRONIQUE

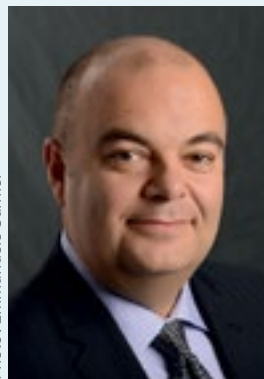


Photo: Emmanuèle Garnier

D^r Marc-André Amyot

Une première a eu lieu au cours de l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL) : un vote électronique.

Dans la sous-région des Laurentides, quatre candidats se disputaient les trois postes libres. « On a donné aux membres un lien pour aller sur le site Caducée de la FMOQ où ils pouvaient voter. Le site ne leur permettait de le faire qu'une seule fois », explique le **D^r Marc-André Amyot**, président de l'AMOLL.

Les membres ont eu deux semaines pour élire leurs représentants. « Pendant toute cette période, les médecins pouvaient communiquer avec notre responsable des communications s'ils avaient des difficultés. Ce dernier les guidait pour aller sur le site de la Fédération, s'enregistrer, au besoin, et voter. »

La période de vote s'est terminée au cours de l'assemblée générale. Pendant la première partie de la réunion, les médecins pouvaient encore choisir leurs trois délégués. Mais même sur place, le vote était électronique. « On a mis un ordinateur à la disposition des membres », précise le président. En tout, 128 omnipraticiens ont participé aux élections.

Le D^r Amyot compte répéter l'exercice l'année prochaine. Et même le bonifier. « On demandera peut-être aux candidats d'enregistrer une vidéo de présentation qui sera mise sur le site de l'association. Les membres pourront ainsi se faire une idée de leurs futurs représentants avant de voter. »

DIFFUSION SUR INTERNET

Pour la deuxième année, l'assemblée générale de l'AMOLL a été diffusée sur le Web. Dans la salle, soixante et un médecins ont assisté à la réunion et environ le même nombre s'est connecté à un moment ou à un autre par Internet. Douze membres se sont même branchés pendant plus de deux heures.

Pour le D^r Amyot, l'expérience électronique a été un succès. Tant pour le vote que pour la diffusion de la réunion. « Par rapport à l'année dernière, l'assistance en ligne s'est accrue. » Cette solution permet d'augmenter la participation des membres. « On a un grand territoire. Il y a des médecins qui sont à Mont-Laurier et qui ne peuvent pas se déplacer. Il y a aussi de jeunes parents qui ont des contraintes familiales. » L'AMOLL va donc continuer dans cette voie. **EG**

ASSOCIATION DU SUD-OUEST DÉPART DU D^R SERGE LALONDE

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Serge Lalonde

Après vingt-trois ans de vie syndicale, dont quatre ans à la présidence de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest (AMOSO), le **D^r Serge Lalonde** se retire. Il part en laissant une association où les liens avec les membres et avec différents organismes du réseau ont été resserrés.

« Je suis fier d'avoir favorisé le développement d'une culture de la communication. Cela nous manquait beaucoup auparavant », explique le président sortant. Maintenant, les médecins de l'AMOSO reçoivent régulièrement, par différents médiums, des informations syndicales, mais aussi des renseignements sur l'organisation de la pratique. Une initiative qui a rapproché les médecins de leur association.

La communication entre l'AMOSO et les autres acteurs du réseau s'est aussi accrue. Les membres du bureau participent maintenant aux réunions d'autres organismes, comme le DRMG. « Cela nous permet de communiquer avec les gens en place, qui sont souvent des leaders dans leur milieu », précise le D^r Lalonde.

PÉRIODES INTENSES

Au cours de son mandat, le D^r Lalonde a connu des périodes intenses. Par exemple, lors de l'effort collectif de prise en charge de la population. « Nous avons réussi à obtenir une participation assez forte de nos membres. Les médecins de famille ont inscrit des patients, tout en tenant à bout de bras la deuxième ligne. Il y avait et il y a encore un manque flagrant d'omnipraticiens et de ressources spécialisées dans notre région. »

Les médecins de l'AMOSO sont ainsi partis d'un taux d'inscription d'environ 68 % en 2015 et sont parvenus à quelque 79 % en 2018. Le nombre de patients dans les guichets d'accès a, par ailleurs, baissé de façon importante. « On peut être fier du travail accompli », estime le président sortant.

Au cours de sa présidence, le D^r Lalonde a par ailleurs eu le plaisir de voir les GMF se multiplier sur son territoire, des GMF-R apparaître et des cliniques se moderniser pour être plus efficaces. « Nos modèles de pratique sont maintenant modernes, multidisciplinaires, bien intégrés au réseau et correspondent aux besoins de la population. » L'AMOSO a participé à cette transformation entre autres en favorisant les communications et en mettant les différents acteurs ensemble.

MOMENTS DIFFICILES

L'arrivée du **D^r Gaétan Barrette** à la tête du ministère de la Santé et l'adoption de sa loi 20 comptent parmi les moments les plus éprouvants des quatre dernières années pour le D^r Lalonde. « Les menaces et l'attitude du ministre ont agressé les médecins de famille et provoqué des traumatismes incroyables. »

À cause de la crise, des critiques ont par ailleurs surgi contre les organismes syndicaux. Des membres étaient en colère, se sentaient insultés, avaient peur. La situation a été difficile, reconnaît le D^r Lalonde. Et, en plus, la solidarité entre médecins s'est fissurée. « Il faudra travailler à la reconstruire. C'est l'un des prochains défis de l'association », estime le président sortant.

Néanmoins, le D^r Lalonde voit maintenant avec optimisme l'avenir de la médecine familiale. « Il faut cependant rester alerte. On a une commande de la société : être accessibles et prendre en charge adéquatement la population. » Mais les omnipraticiens doivent aussi s'assurer que l'on mette fin au manque d'effectifs. « C'est la clé, parce qu'il y aura toujours une grande pression s'il n'y a pas assez de médecins de famille. »

LE NOUVEAU PRÉSIDENT : LE D^R SYLVAIN DUFRESNE

Les membres de l'AMOSO ont élu comme successeur au D^r Lalonde, le **D^r Sylvain Dufresne**, qui était le vice-président de l'association depuis trois ans. Le médecin praticien à Vaudreuil-Dorion, au GMF-R des Trois Lacs où, depuis une dizaine d'années, il suit une clientèle variée : patients vulnérables et non vulnérables, personnes jeunes et âgées. Auparavant, le D^r Dufresne a exercé pendant une quinzaine d'années à l'urgence. Il a également travaillé à l'hôpital dans les unités de soins.

La priorité du nouveau président ? « Je veux être à l'écoute de mes membres. Après le temps des dénonciations des absurdités du système, le moment est venu de prendre l'initiative des changements qui sont nécessaires pour améliorer le fonctionnement de notre pratique. Il faut écouter les membres, écouter les solutions venant du terrain, les adapter et les diffuser. » //

AIDE MÉDICALE À MOURIR

DOCTEUR, JE VEUX MOURIR... MAINTENANT!

Depuis déjà un peu plus de trois ans, la *Loi concernant les soins de fin de vie* est en vigueur au Québec. Des médecins ayant apporté une aide médicale à mourir à des patients nous confient leur expérience.

Claudine Hébert

Photo: Emmanuèle Garnier



D^r Claude Rivard

«Docteur, pouvez-vous, s'il vous plaît, m'aider à mourir?» Il peut être troublant d'entendre ces mots de la bouche d'un patient. Et ils sont maintenant prononcés de plus en plus fréquemment. Depuis décembre 2015, les malades ont le droit de formuler une demande d'aide médicale à mourir. Et plus de 1000 d'entre eux s'en seraient prévalus*.

«On se retrouve au cœur d'un changement de paradigme, selon le **D^r Claude Rivard**, médecin du groupe de médecine familiale (GMF) Marguerite d'Youville. Habituellement, le médecin propose un traitement au patient, et c'est à celui-ci d'y consentir. Or, dans la *Loi concernant les soins de fin de vie*, c'est le patient qui exige un traitement auquel le médecin peut consentir ou non, si la personne y est admissible. On fait face à une inversion des rôles.»

Un changement de rôle que le D^r Rivard n'a pourtant pas hésité à accepter. Cet omnipraticien de la Montégérie a, jusqu'à présent, aidé plus d'une centaine de patients à mourir. Membre actif de la Canadian Association of MAID (Medical Assistance In Dying) Assessors and Providers (CAMAP), le D^r Rivard a d'ailleurs collaboré à la rédaction et à la mise à jour du guide

de pratique sur l'aide médicale à mourir: le *Guide d'exercice et lignes directrices pharmacologiques*, publié par le Collège des médecins du Québec.

«Je n'ai jamais éprouvé de malaise vis-à-vis ce soin de fin de vie. Je n'ai jamais aimé voir les gens mourir dans la souffrance», tient à préciser l'omnipraticien, qui a consacré plus de treize années aux soins intensifs à l'Hôpital Pierre-Boucher. Son propre grand-père paternel est décédé d'un emphysème terminal il y a une trentaine d'années. «Il est mort étouffé, en pleine panique.» Ma famille, raconte-t-il, avait demandé au médecin de soulager ses souffrances. Requête à laquelle le clinicien avait opposé un non catégorique. «Ce souvenir, et celui de nombreux patients que j'ai vus souffrir jusqu'à la fin dans ma pratique médicale, m'ont convaincu du bienfait que pouvait apporter l'aide médicale à mourir. Un soin qui permet aux gens de mourir dans la dignité.»

La pratique de l'aide médicale à mourir a également l'avantage d'éliminer la peur de l'agonie du processus de la mort. Et elle change complètement la relation avec le trépas. «On assiste souvent à des cérémonies familiales, comme un dernier repas, l'écoute d'une dernière musique, un dernier verre de vin... et parfois même à des réconciliations, car la date et l'heure du décès sont connues d'avance par tout le monde», indique le D^r Rivard.

Le plus grand défi, observe le clinicien, c'est de faire cheminer les familles qui ne sont pas toujours au même stade que le patient. «Les personnes qui demandent l'aide médicale à mourir sont toutes des gens décidés, qui ont toujours voulu conserver un contrôle sur leur vie... jusqu'à la fin.»

APPRENDRE À CÔTOYER LA MORT

«Nous n'avons pas été formés à côtoyer la mort. Du moins, pas de cette façon», explique le **D^r Pierre Viens**, qui continue, à 81 ans, de pratiquer la médecine au CLSC de Portneuf. Ce médecin, qui a passé plus de vingt-cinq ans à donner des soins palliatifs à la Maison Michel-Sarrazin, dans le secteur Sillery, à Québec, a effectué une soixantaine d'aides médicales à mourir depuis janvier 2016. Et c'est loin d'être terminé.

Sur la trentaine de médecins dans Portneuf, il est l'un des deux qui acceptent d'offrir l'aide médicale à mourir. «Je suis régulièrement perçu comme un sauveur par mes pairs. Je fais la

* Au 30 juin 2017, 786 actes d'aide médicale à mourir avaient été effectués depuis l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en décembre 2015. On peut présumer, étant donné la demande grandissante pour ce soin, que plus de 1000 personnes s'en sont prévalues jusqu'à maintenant au Québec.



job que bien des médecins n'osent faire», dit-il. Pour aider ses confrères à voir l'aide médicale à mourir autrement, l'omnipraticien a publié l'an dernier un livre, *Les visages de l'aide médicale à mourir* (Presses de l'Université Laval), dans lequel il relate sa relation avec une douzaine de patients ayant demandé ce soin de fin de vie.

Sans vouloir faire la promotion de l'aide médicale à mourir – ce qui est interdit par la Commission des soins de fin de vie –, le D^r Viens soutient expérimenter, depuis trois ans, des situations d'une beauté, d'une dignité et d'une sérénité qu'il a rarement vues pendant ses nombreuses années de pratique. «Ce sont, je dois l'avouer, mes plus belles années de pratique. J'assiste à des cérémonies très touchantes. C'est émouvant de voir partir le patient, tout doucement, dans un moment qu'il a lui-même décidé.»

DES CONDITIONS ILLOGIQUES

Malheureusement, déplore le D^r Viens, trop d'obstacles viennent freiner l'accès à l'aide médicale. Plusieurs des conditions exigées, notamment celle qui concerne le pronostic de fin de vie, sont, à ses yeux, complètement inacceptables «Prenez l'exemple de patients qui vivent dans un corps sclérosé depuis vingt ans ou encore qui sont à un stade très avancé de la maladie de Parkinson. Certains sont prisonniers d'une carapace dans laquelle ils ne peuvent plus que manger et respirer. Ils vivent un enfer.» Pourtant, selon la loi, ils ne répondent pas au critère de fin de vie.



D^r Pierre Viens

▶ DES EMBÛCHES QUI FREINENT INUTILEMENT L'AIDE MÉDICALE À MOURIR

Plusieurs médecins qui administrent l'aide médicale à mourir dénoncent certaines embûches entourant ce soin de fin de vie. Des problèmes sur le plan légal, administratif et pharmaceutique.

Pour commencer, il existe deux lois, l'une québécoise et l'autre canadienne, qui encadrent l'aide médicale à mourir. «Il est temps que ces deux lois et leurs procédures soient harmonisées, tout en respectant l'arrêt Carter de la Cour Suprême[†]», soutient le D^r Alain Naud. Cela ne fait que compliquer la situation pour les médecins qui craignent les représailles, poursuit-il.

Au Québec, la Commission des soins de fin de vie devrait être réformée, selon plusieurs praticiens. «Il est temps de revoir sa composition et son mandat, estime le D^r Naud. Cet organisme nuit au travail légitime des médecins et, en les faisant fuir, à l'accès des patients à l'aide médicale à mourir.» Le ministère pourrait par ailleurs s'inspirer du formulaire fédéral pour retravailler le sien. «Il en faudrait un qui ne prenne pas deux heures à remplir», indique l'omnipraticien.

Autre obstacle inutile : l'obligation d'utiliser des médicaments stériles préparés sous hotte. «Je ne vois pas l'utilité d'employer des produits stériles pour l'aide médicale à mourir. Le patient va mourir. C'est un non-sens», déplore pour sa part la D^{re} Danielle Michaud.

Cette trousse de médicaments, en outre, ne peut pas être assemblée dans n'importe quelle pharmacie. Pour la clinicienne, impossible d'obtenir la trousse au sein même de l'hôpital de Lachute, où elle pratique. Les produits doivent provenir de l'Hôpital de Saint-Eustache. Un frein de plus, dit-elle.

Et c'est sans parler des horaires des pharmacies. Une omnipraticienne indique que les pharmaciens responsables de la trousse stérile l'ont bien avertie : ils ne veulent pas recevoir de demandes les vendredis dans la journée ni les lundis matin. Il y a ainsi plusieurs difficultés à surmonter pour pratiquer l'aide médicale à mourir.

[†] En février 2015, la Cour suprême du Canada a statué que les dispositions législatives visant à interdire l'aide à mourir portaient atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne en vertu de l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés.



Dr Alain Naud

« Dans les faits, il n'existe aucune définition claire et précise de la fin de vie. D'où le grand flou », explique le Dr Viens. La plupart des médecins qui procèdent à l'aide médicale à mourir ont établi que la fin de vie est une période de six mois et moins. « Cette zone grise ennuie plusieurs d'entre nous et lèse le patient. » Le Dr Viens se souvient d'une patiente atteinte de sclérose en plaques à un stade avancé. Il avait accepté sa demande d'aide médicale à mourir. Mais quatre médecins (pour la seconde approbation) l'ont refusée. Elle a fini par faire la grève de la faim pour parvenir à ses fins, raconte le médecin dans son livre.

UNE LOI QUI FAIT PEUR

Certains aspects de la Loi concernant les soins de fin de vie révoltent le Dr Viens. « Le gouvernement l'a créée pour répondre à un besoin de la société. Cependant, sous la pression des lobbys religieux et idéologiques, il a fait en sorte de la rendre la plus inaccessible possible. En fin de compte, nous avons une loi ressemblant à un champ de mines, ce qui rend plusieurs de mes collègues craintifs. » Bien des cliniciens refusent ainsi de procéder à l'aide médicale à mourir de peur de se tromper, de faire l'objet de poursuites ou de sanctions. Le Dr Viens, qui ne craint pas de braver les tempêtes, reçoit donc de nombreuses demandes de patients qui ont déjà essuyé des refus. Parfois jusqu'à cinq.

Les exigences de cette loi, ajoute le médecin, font que l'aide médicale à mourir demeure un acte volontaire pour une centaine de médecins prêts à prendre des risques. Ce qui n'est pas l'idéal pour recruter d'autres cliniciens. « La situation dans laquelle on se trouve face à l'aide médicale à mourir me rappelle les batailles entourant le droit à l'avortement dans les années 1970. Cela a pris du temps, mais les gens ont fini par s'ajuster et accepter ce droit accordé aux patientes. »

UN SUJET QUI NE DOIT PAS ÊTRE TABOU

Le Dr Alain Naud, pour sa part, a effectué plus de quatre-vingts aides médicales à mourir depuis trois ans dans la région de Québec. Selon lui, il faut briser le silence entourant ce soin de fin

de vie. Les médecins et les professionnels de la santé doivent en parler entre eux. « Les cliniciens doivent cesser de ressentir l'épée de Damoclès au-dessus de leur tête. L'aide médicale à mourir est loin d'être un soin honteux ou tabou. C'est l'un des quatre soins de fin de vie, tout comme les soins palliatifs, le refus de traitement et la sédation terminale. Une des différences concernant l'aide médicale à mourir, c'est que le patient doit être apte et conscient jusqu'à son dernier souffle pour que l'on puisse effectuer les trois injections », explique-t-il.

La communauté médicale doit arrêter de se mettre la tête dans le sable, estime ce médecin de famille du CHU de Québec – Université Laval. « Ce serait se mentir à nous-mêmes que de prétendre que l'aide médicale à mourir n'existait pas déjà sous une autre forme auparavant », mentionne le médecin qui travaille également aux soins palliatifs du même établissement.

Quelles aptitudes sont nécessaires pour pratiquer l'aide médicale à mourir? Il faut de solides qualités humaines, une grande ouverture d'esprit et beaucoup de respect envers autrui, pense le Dr Naud. « L'aide médicale à mourir n'est pas une simple procédure technique parmi tant d'autres. C'est un étroit accompagnement auprès du patient, une relation au sein de laquelle il faut se sentir à l'aise de parler de la mort. Et cet accompagnement se fait également auprès de la famille, des proches... ainsi que du personnel soignant qui entoure le patient et nous assiste lors de l'intervention », affirme le clinicien. Comme l'entrée en vigueur de la loi est encore récente, bien des professionnels de la santé peuvent en être à leur toute première expérience avec l'aide médicale à mourir. « Eux aussi peuvent avoir besoin de notre soutien. »

La majorité du temps, l'aide médicale à mourir est l'occasion de rencontres riches en émotions, en échanges et en gratitude, estime le médecin. « Les patients, tout comme leurs proches, me sont très reconnaissants de comprendre et de saisir l'intensité de leurs souffrances », dit-il. Régulièrement, le médecin voit des familles le remercier dans l'avis nécrologique du patient.

GRANDE MATURITÉ ET CONFIANCE SANS FAILLE

« Il était temps que l'aide médicale à mourir devienne légale. Mais ce soin est loin d'être une panacée. Il ne convient pas à tous les patients... ni à tous les médecins », soutient, pour sa part, la Dr^e Isabelle Gagnon, qui pratique les soins palliatifs au Centre intégré des soins de santé et services sociaux de l'Outaouais depuis 2003. La clinicienne a offert l'aide médicale à mourir moins d'une dizaine de fois depuis l'entrée en vigueur de la loi.

Oui, il y a des obstacles, reconnaît-elle. Oui, les conditions d'acceptation apparaissent parfois douteuses. Mais l'omnipraticienne a décidé d'y faire face et de les surmonter avec assurance. « Si la Commission des soins de fin de vie veut me blâmer pour une décision que j'aurai prise à l'égard d'un patient,

D^{re} Isabelle Gagnon

qu'elle le fasse. En mon âme et conscience, je sais comment accepter ou refuser une demande d'aide médicale à mourir.»

Une grande maturité, beaucoup d'aplomb et une solide confiance en soi sont indispensables pour aider les patients à mourir médicalement, selon la D^{re} Gagnon. «Les médecins qui ont l'habitude de douter de leur pratique, de leur décision, ne seront jamais à l'aise de prodiguer ce soin de fin de vie», estime-t-elle.

Cette expérience toutefois est très riche. «Vivre une expérience d'aide médicale à mourir me plonge au cœur d'une relation authentique avec le patient. Une relation où l'on se dit les vraies choses, sans filtre». Le patient aussi en sort grandi. «La maladie est une perte de maîtrise pour le malade, surtout lorsqu'elle est chronique. De pouvoir choisir la date et l'heure de sa mort est une façon pour lui de reprendre cette maîtrise.»

Malgré toute sa compassion, la médecin ne veut pas devenir la «D^{re} AMM (aide médicale à mourir)» en ville. «Ce doit être un travail d'équipe. D'autres médecins doivent le faire», soutient-elle.

Le D^r **Carl Bromwich**, interniste au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, ne veut pas non plus être catalogué de «D^r AMM» dans sa région. Or, ce n'est pas parce qu'il éprouve un quelconque malaise face à ce soin de fin de vie. «Au contraire, c'est un grand honneur de participer au dernier moment que vit un patient en toute conscience. Quand on prodigue l'aide médicale à mourir, c'est un moment très intense, raconte ce médecin qui a exercé plusieurs années dans le Grand-Nord. Il y a de fortes émotions dans la pièce, comme lors d'un accouchement.»

Dans Argenteuil, la D^{re} **Danielle Michaud** est seule à pratiquer l'aide médicale à mourir. Pour se protéger, elle a dû poser ses limites. «L'aide médicale à mourir, c'est extrêmement intense et gratifiant, mais ça peut être vidant», explique la clinicienne.

D^r Carl Bromwich

Elle ne pratique donc pas l'aide médicale à mourir le soir ou les week-ends. «Je veux recharger mes batteries et voir mes petites-filles. Je l'explique aux patients et aux familles, qui comprennent très bien», dit l'omnipraticienne qui pratique en CHSLD, notamment à l'hôpital de Lachute, depuis 2013, qui cumule quarante ans de pratique en médecine familiale. En un an, sur seize demandes, la D^{re} Michaud a procédé à une dizaine d'aides médicales à mourir. Elle espère que d'autres médecins se joindront à elle pour offrir ce service dans sa région. «Je serais ravie de faire du mentorat auprès de tout volontaire.»

D'où pourrait venir le renfort? Des médecins retraités, suggère le D^r Pierre Viens. «Je suis convaincu, dit-il, que plusieurs anciens cliniciens accepteraient de prêter main-forte. Ils ont de l'expérience, du vécu, et l'aide médicale à mourir n'est pas un soin qui exige une formation continue exhaustive. De plus, l'âge aidant, nous sommes peut-être mieux placés pour comprendre la situation dans laquelle se trouvent les patients qui formulent une demande.» Le D^r Viens en a glissé un mot au Collège des médecins du Québec qui lui a répondu: «Mauvaise idée. Et de toute façon, il n'y a pas de pénurie de médecins pour ce soin». Du moins, pour l'instant, pense le clinicien. //

D^{re} Danielle Michaud

PRIX GILLES-DES ROSIERS

LE D^R DANIEL PAQUETTE, LE MÉDECIN FORMATEUR

Emmanuèle Garnier

Le prix Gilles-Des Rosiers, décerné par la FMOQ pour souligner le travail exceptionnel d'un omnipraticien en formation médicale continue a été accordé cette année au **D^r Daniel Paquette**.

C'est le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération, qui a remis le prix au lauréat au cours d'un congrès de la FMOQ. «Le D^r Paquette a été engagé dans à peu près tous les milieux de formation, dont les unités d'enseignement.» Il a pratiqué au CSSS de Drummond, a travaillé pour l'Université de Sherbrooke, l'Université de Montréal, le Collège des médecins de famille du Canada et à la FMOQ, où il été directeur adjoint à la Formation professionnelle au cours des six dernières années.

Pendant une trentaine d'années, le D^r Paquette a créé des contenus pédagogiques, a planifié et organisé différentes activités de perfectionnement et a été conférencier. Le médecin avait toujours en tête un objectif précis. «Je voulais offrir une formation qui répond aux besoins des participants, fondée sur des données probantes, exempte de biais commerciaux et pratique», a expliqué le D^r Paquette à ses collègues dans son bref discours.

Aux yeux du lauréat, le perfectionnement est un outil indispensable pour les médecins de famille. «La reconnaissance de l'omnipraticien a été acquise, en partie, grâce à la compétence et à la qualité des soins offerts par les médecins de famille. Maintenant, le défi est de la conserver et un des moyens d'y parvenir est la formation.» //



D^r Louis Godin et D^r Daniel Paquette

Photo: Emmanuèle Garnier