

Le médecin de famille et la lutte contre le cancer
Avis

Comité de la première ligne médicale
de lutte contre le cancer
(CPLMLC)

Mars 2005

LISTE DES AUTEURS ET DES RÉVISEURS

RÉDACTION

Membres du Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer

M^{me} Chantale Demers, agente de recherche, secrétaire du comité

RÉVISION ET ADOPTION

Le présent document a été révisé et adopté par le Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer et le Conseil québécois de lutte contre le cancer.

Membres du Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer

D^{re} Johanne Richard, présidente du comité,
médecin de famille à la Polyclinique de Saint-Eustache

D^r Arnaud Samson, médecin de famille à la Polyclinique Boréale de Baie-Comeau,
omnipraticien et chef du Service d'oncologie au Centre hospitalier régional de Baie-Comeau

D^r François Aumond,
médecin de famille à l'Hôpital Charles-Lemoyne de Longueuil

D^{re} Christiane Bouchard,
médecin de famille à la Clinique médicale de Courville et omnipraticienne au centre des maladies du sein
Deschênes-Fabia

D^r Patrick Bourgeois,
omnipraticien au CHVO, pavillon de Gatineau (Service d'oncologie) et soins palliatifs de fin de vie au
CLSC-CHSLD de Gatineau

D^{re} Marie-France Desjardins,
médecin de famille à la Clinique médicale Adoncour de Longueuil et omnipraticienne au CRID du CHUM et
de l'Hôtel-Dieu de Montréal

D^r Gilles Lalonde,
médecin de famille au Médi-Centre Chomedey de Laval

D^{re} Hélène Otis,
omnipraticienne au CHA – Hôpital Saint-Sacrement de Québec (Clinique des maladies du sein)

D^{re} Patricia Voyer,
médecin de famille à la Clinique médicale de la Cité de Jonquière

Membres du Conseil québécois de lutte contre le cancer

Dr Jean Latreille, hémato-oncologue, président
Dr Arnaud Samson, omnipraticien, vice-président
Dr Pierre Audet-Lapointe, gynéco-oncologue
M^{me} Nicole Beauchesne, infirmière
Dr Mark Bernstein, pédiatre oncologue
M^{me} Marie de Serres, infirmière
D^{re} Marie-Josée Drolet, médecin spécialiste en santé communautaire
D^{re} Josée Dubuc-Lissoir, gynéco-oncologue
M^{me} Danielle Ferron, pharmacienne
M^{me} Marlène Côté, coordonnatrice représentante des bénévoles
D^{re} Carolyn Freeman, radio-oncologue
M^{me} Ellen Paré, représentante de la population
Dr Sylvain Leduc, médecin spécialiste en santé communautaire
Dr Pierre Gfeller, directeur des affaires médicales et hospitalières

Secrétariat du Conseil québécois de lutte contre le cancer

M. Martin Coulombe, D.A.A., M. Sc., secrétaire général
M^{me} Chantale Demers, M. Serv. soc., agente de recherche
M^{me} Pauline Beaudet, agente de secrétariat

Remerciements

Le comité remercie tout spécialement le Dr André Jacques, directeur de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec pour avoir contribué au volet de la formation et aux travaux qui y sont associés. De plus, les membres souhaitent remercier le Dr Jean-Guy Émond et la D^{re} Linda Côté-Brisson pour leur participation respective aux travaux du comité en rapport avec les groupes de médecins de famille et le bilan des régions.

Pour renseignements ou commentaires, s'adresser au :

Direction de la lutte contre le cancer
1075, chemin Sainte-Foy, 7^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : (418) 266-6944
Télécopieur : (418) 266-4605
Courriel : cancer@msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans le présent document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN : 2-550-43212-6

AVANT-PROPOS

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) a été élaboré pour répondre aux attentes et aux besoins de la population, à l'augmentation de l'incidence et de la prévalence du cancer de même qu'au caractère désormais chronique de la maladie. Ces facteurs entraînent des changements dans la demande de soins et services à laquelle doit répondre le réseau de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, les rôles et responsabilités des différents groupes professionnels sont appelés à évoluer.

Afin d'entreprendre une réflexion sur la nature de cette évolution et d'identifier la contribution potentielle à la lutte contre le cancer de chacun des groupes professionnels les plus concernés, le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) a constitué, en 2002, des comités de professionnels de la santé représentant différents milieux de pratique et ayant des expertises complémentaires afin de préparer des avis sur le sujet. Les travaux du Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer (CPLMLC) et le présent avis s'inscrivent dans cette démarche.

Les médecins de famille et les médecins omnipraticiens ont des rôles déterminants à jouer tout au long du continuum de la lutte contre le cancer et ce, au sein des équipes interdisciplinaires locales d'oncologie et des réseaux locaux intégrés de services. Le CPLMLC a précisé ces rôles et identifié les conditions de succès à mettre en place pour favoriser la participation des médecins de famille et des médecins omnipraticiens à la lutte contre le cancer au Québec.

Le CQLC tient à remercier les membres du CPLMLC pour la qualité de leur travail et plus particulièrement la présidente, Dr^e Johanne Richard, ainsi que Dr Arnaud Samson, qui a représenté le CQLC sur le CPLMLC.

La pertinence des recommandations du présent avis et de la nécessité de l'évolution du rôle des médecins de famille et des médecins omnipraticiens en oncologie, dans l'esprit du PQLC, afin de répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches. La contribution des professionnels, des administrateurs, des bénévoles et de la population elle-même est essentielle à l'avancement de la lutte contre le cancer au Québec.



Antoine Louf, M.D. FRCSC, FACS
Directeur
Direction de la lutte contre le cancer



Jean Latreille, MDCM, FRCPC
Médecin conseil
Direction de la lutte contre le cancer

MOT DE LA PRÉSIDENTE DU COMITÉ DE LA PREMIÈRE LIGNE MÉDICALE DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Le Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer (CPLMLC) a reçu le mandat du Conseil Québécois de lutte contre le cancer de présenter un avis concernant la participation du médecin de famille à l'organisation des soins dispensés aux personnes atteintes de cancer et à leurs proches.

Pour effectuer ce travail, le comité a tout d'abord pris connaissance du contexte actuel des services de première ligne et des soins offerts aux personnes atteintes de cancer dans les différentes régions du Québec. À la lumière de ce bilan, il est devenu évident qu'il fallait s'engager sur la voie d'une action concrète afin de combler l'écart important entre les besoins réels et les services offerts.

Le présent avis résume donc les réflexions des membres du comité sur l'accessibilité des services de première ligne. Il décrit le rôle et les besoins professionnels du médecin de famille, de même que la formation nécessaire à l'omnipraticien dans la lutte contre le cancer. Il définit le rôle du médecin de famille et du médecin spécialiste dans le modèle québécois d'organisation de soins en réseau.

Cet avis propose aussi des pistes de solution afin d'assurer une gamme de services intégrés basée sur le partage de responsabilités et la continuité des soins. Plus spécifiquement, le comité croit que la conception d'outils organisationnels répond à un besoin réel pour favoriser un accès plus rapide de la population aux soins courants et pour améliorer la communication entre les services de première ligne et les services spécialisés.

Je tiens à remercier toute l'équipe qui a collaboré à cette réflexion et à la rédaction de cet avis. Je souhaite que les recommandations et solutions proposées nous permettent de franchir une étape afin de mieux répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

La présidente,



Dr^e Johanne Richard, M. D.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1. CONTEXTE DE L'ORGANISATION DU MODÈLE QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER	10
1.1 Bilan des régions en matière d'organisation des services de lutte au cancer	11
2. ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE	13
2.1 Promotion et prévention.....	13
2.2 Dépistage et investigation	13
2.3 Traitement.....	14
2.4 Suivi de la personne atteinte, soutien et soins palliatifs de fin de vie	15
3. RÔLE, BESOINS PROFESSIONNELS ET FORMATION DU MÉDECIN DE FAMILLE DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER... ..	17
3.1 Rôle du médecin de famille	17
3.2 Besoins professionnels du médecin de famille	17
3.3 Formation du médecin de famille : État de la situation et recommandations	19
3.3.1. Formation universitaire	20
3.3.2. Formation médicale continue	22
4. LE RÔLE DU MÉDECIN AU SEIN DU RÉSEAU DE SOINS	24
4.1 Le médecin de famille	24
4.2 Le médecin spécialiste	24
4.3 Le médecin omnipraticien au sein de l'équipe d'oncologie.....	24
4.4 Perceptions interprofessionnelles.....	25
4.5 Communications interprofessionnelles	25
4.6 Outils organisationnels	26
5. LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN	28
5.1 Valorisation de la prise en charge de la personne atteinte de cancer	28
5.2 Rémunération des activités cliniques et paracliniques.....	28
CONCLUSION	33
SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS	35
Annexe 1 : Description des cours et des stages en soins palliatifs de fin de vie offerts dans le cadre de la résidence en médecine familiale à l'Université de Montréal	39
Annexe 2 : Objectifs des stages optionnels en radio-oncologie à l'Externat de l'Université de Sherbrooke	45
Annexe 3 : Description du cours en soins palliatifs de fin de vie offert par l'Université Laval en collaboration avec la Maison-Michel Sarrazin	51
Annexe 4 : Activités organisées par divers hôpitaux, universités et associations au cours des dernières*	61
Annexe 5 : Formulaire de demande de consultation en oncologie	65
Annexe 6 : Formulaire d'évaluation du médecin consultant en oncologie	67
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET AUTRES	69
OUVRAGES CONSULTÉS	71

Introduction

Au cours des dernières années, la population atteinte de cancer, les décideurs politiques et les gestionnaires de la santé et des services sociaux ont manifesté des attentes accrues envers les services médicaux de première ligne. L'organisation des services a été l'objet de réflexions importantes et représente pour plusieurs l'un des enjeux majeurs du système de la santé québécois. Les services de première ligne, tels que définis par l'Organisation mondiale de la santé (1), sont conçus pour être de premier niveau, universellement accessibles à un coût raisonnable et assurés avec la pleine participation de la communauté. Ils comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les services diagnostiques et curatifs, les soins de réadaptation, de soutien et les soins palliatifs de fin de vie.

Où en est le développement des services médicaux de première ligne dans la lutte contre le cancer ? Le Comité de la première ligne médicale de lutte contre le cancer (CPLMLC) du Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) a eu comme mandat d'approfondir cette réflexion et de proposer des pistes de solution pour que le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) (2) puisse être actualisé. Cette réflexion tient donc compte du contexte de réorganisation de l'État et de la rationalisation des fonds publics depuis le milieu des années 1980. Le développement des services de première ligne médicale pour lutter contre le cancer soulève plusieurs questions qui concernent, entre autres, l'organisation des services de lutte contre le cancer, l'accessibilité des services de première ligne, le soutien offert aux malades, les soins palliatifs de fin de vie, les besoins professionnels et la formation du médecin de famille, ainsi que son rôle au sein du réseau de soins et sa rémunération.

Le présent avis vise principalement l'amélioration des rapports et de la communication entre les professionnels des services de première ligne et ceux des services spécialisés afin d'assurer une meilleure organisation des services dans la lutte contre le cancer et d'accroître leur qualité et leur accessibilité.

Le premier chapitre fait état du contexte québécois de lutte contre le cancer par une synthèse de la situation dans les régions (3) ainsi qu'une analyse de l'accessibilité des services de première ligne pour la personne atteinte et ses proches en ce qui a trait à la promotion et à la prévention, au dépistage et à l'investigation, au traitement, au suivi, le soutien et les soins palliatifs de fin de vie.

Le deuxième chapitre présente les rôles et les besoins professionnels du médecin de famille dans la lutte contre le cancer. On y fait aussi état de sa formation et des besoins pressentis dans ce domaine.

Le troisième chapitre met en lumière le rôle du médecin au sein du réseau de soins et aborde des questions relatives à la communication, des liens interprofessionnels et aux rôles de chacun. De plus, des outils organisationnels qui sont apparus nécessaires aux membres du comité afin de lutter plus efficacement contre le cancer y sont présentés ou proposés.

Le quatrième chapitre traite de la rémunération des omnipraticiens pour la prestation de services de première ligne et explore d'autres pistes pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de cancer et rémunérer plus adéquatement les activités cliniques et paracliniques.

Enfin, le comité présente une synthèse de ses recommandations. Celles-ci pourront se traduire en actions réalistes ou conduire à des recherches ultérieures ayant comme objectif d'améliorer l'organisation et la coordination des services médicaux de première ligne de lutte contre le cancer.

1. *CONTEXTE DE L'ORGANISATION DU MODÈLE QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER*

Chaque pays tend à mettre en place une approche adaptée à son contexte sociopolitique pour la mise en œuvre des meilleures stratégies de lutte contre le cancer. Par exemple, au Canada, on dénombre sept provinces munies d'agences qui assurent la gestion de centres de lutte contre le cancer, où se concentrent l'expertise, les ressources et les services spécialisés. Ces agences voient de plus à établir des lignes directrices pour le traitement des principaux sièges tumoraux. Au Québec, on a opté pour une approche globale visant à responsabiliser un plus grand nombre d'intervenants de divers secteurs du réseau de la santé et des services sociaux, et ce dans chaque région (1).

Le Programme québécois de lutte contre le cancer (PQLC) (2), rendu public en 1998 par le ministère de la Santé et des Services sociaux, propose l'implantation d'une stratégie provinciale de services intégrés reposant sur l'interdisciplinarité, l'accessibilité, la qualité, la continuité et le recours à des experts dans le domaine. Les régies régionales d'alors avaient reçu le mandat de définir leur plan de lutte contre le cancer et de formuler des priorités d'action qui devraient s'inscrire dans leurs plans d'action régionaux. Construit et articulé autour d'un continuum d'interventions centrées sur la population et la personne atteinte, ce programme avant-gardiste se soucie des diverses étapes de la lutte contre le cancer, telles que la prévention, le dépistage, l'investigation, le traitement (curatif et palliatif) et les soins palliatifs de fin de vie. Sur le plan structurel, le PQLC doit compter sur l'appui d'équipes locales, régionales et suprarégionales aptes à fournir des services globaux de qualité et répondant aux besoins des personnes atteintes de cancer et de leurs proches, le plus près possible de leur milieu de vie. Le PQLC a proposé l'instauration d'un programme régional de lutte contre le cancer et l'implantation de comités régionaux de lutte contre le cancer, dont le mandat a été de conseiller les agences régionales sur la mise en œuvre du programme.

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer (CQLC) a été créé après la mise sur pied du PQLC. Son rôle a été de conseiller le ministre et d'animer le réseau de lutte contre le cancer en facilitant la consolidation des liens interprofessionnels et la communication. En 2001, afin de faciliter la mise en œuvre des recommandations du CQLC, le Centre de coordination de la lutte contre le cancer au Québec (CCLCQ) a été créé. Le mandat principal de ce centre était de coordonner l'action de l'ensemble des acteurs concernés par l'amélioration de la lutte contre le cancer au Québec. Depuis 2001, l'équipe du CCLCQ a collaboré de façon étroite avec le CQLC dans l'optique de favoriser une concertation des travaux. Le CCLCQ a interagi de façon continue avec les acteurs des directions ministérielles sur les divers dossiers propices à l'avancement de la lutte contre le cancer. Des échanges continus se sont également déroulés avec les répondants régionaux pour le cancer.

À la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, une équipe présidée par le Dr Luc Deschênes s'est penchée sur un plan d'organisation des services de lutte contre le cancer. Le rapport a été accepté en avril 2004 par le ministre. L'essence des actions entreprises en matière de lutte contre le cancer se concentrera autour de quatre grands axes au cours des prochains mois :

- l'organisation intégrée de services ;
- l'amélioration des pratiques cliniques ;
- l'amélioration continue de la qualité des services ;
- l'adoption d'une nouvelle direction.

1.1 BILAN DES RÉGIONS EN MATIÈRE D'ORGANISATION DES SERVICES DE LUTTE AU CANCER

Un portrait a été dressé afin de mieux comprendre l'état de la situation dans la lutte contre le cancer pour l'ensemble des régions du Québec, et ce, dans le cadre du continuum d'intervention en ce domaine, depuis la prévention jusqu'aux soins palliatifs de fin de vie. Ce bilan repose essentiellement sur les portraits régionaux réalisés par les « équipes cancer » des régions régionales, avec l'appui de nombreux intervenants du réseau. Bien que l'information ne soit pas standardisée d'une région à l'autre à cause de la complexité de la collecte des données, les informations colligées demeurent pertinentes.

De ce bilan (3), il ressort, notamment, que les ressources sont surtout consacrées à des interventions médicales et technologiques à visée curative ou palliative, réalisées en établissement hospitalier, habituellement sans mandat spécifique pour le cancer. Mais, ces interventions ont trop souvent lieu une fois que la maladie est déjà parvenue à un stade avancé. Encore aujourd'hui, il revient fréquemment aux personnes atteintes, et à leurs proches, de trouver elles-mêmes la meilleure façon de se diriger à travers un réseau vaste et complexe, et elles disposent pour ce faire de peu d'information.

Le bilan met plus particulièrement en évidence les éléments suivants :

Accessibilité

Il est difficile, dans la plupart des régions du Québec, de trouver un médecin de famille, et il est fort probable, malheureusement, que les personnes ayant le plus de difficulté à trouver un médecin pouvant faire office de médecin de famille soient les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie.

Cela dit, résoudre cette difficulté ne règle pas tous les problèmes. Le fait d'avoir un médecin de famille ne répond pas nécessairement à tous les besoins de la personne malade, car le temps d'attente est souvent long avant d'obtenir un rendez-vous. Quelques projets émanant de groupes de médecins de famille (GMF) ont été mis sur pied pour tenter d'améliorer la situation.

La pénurie de médecins accroît la charge de travail des médecins de famille, de telle sorte que ceux-ci ont moins de temps pour participer à des activités clinico-administratives.

Qualité et continuité

- Les efforts consentis, tant du côté de la prévention que du dépistage, demeurent encore insuffisants : le bilan met en évidence la mortalité accrue due à certains cancers.
- L'investigation et le traitement posent des défis de taille quant à l'application de pratiques efficaces et à la coordination des soins et du travail interdisciplinaire.
- Le pourcentage de la population cancéreuse qui bénéficie de soins palliatifs de fin de vie demeure très faible, le contrôle de la douleur n'est pas toujours optimal, les

besoins psychosociaux des malades et de leurs proches ne sont pas satisfaits et les besoins des proches pendant le deuil sont souvent négligés.

Soutien

- Dans l'ensemble du territoire, il est fréquent que les médecins de famille aient à apporter un soutien psychologique à certains de leurs patients dès qu'ils en ont décelé chez eux la nécessité. Ils les dirigent ensuite vers un intervenant social ou un psychologue du CLSC.
- Après l'annonce du diagnostic, il arrive souvent que le besoin de soutien psychosocial des personnes atteintes et de leurs proches ne soit pas comblé.. De nombreux organismes communautaires œuvrant en oncologie seraient d'une aide précieuse à ce moment, mais ils sont encore méconnus des intervenants, ce qui a pour conséquence la sous-utilisation de leurs services.
- L'évaluation des besoins de soutien psychosocial et d'information est généralement tardive dans le processus. En effet, il arrive souvent qu'on ne s'attarde à ces besoins qu'au début des traitements ou lorsqu'on prépare les patients à la chirurgie.

Communication et collaboration

- La collaboration et les consultations entre le médecin de famille et les ressources spécialisées, de même qu'entre les établissements, se négocient souvent au cas par cas, avec les lenteurs et les iniquités qui en découlent.
- Les services de première ligne coexistent au sein de lieux aussi divers que le sont les acteurs qui œuvrent dans la lutte contre le cancer : cliniques médicales, CLSC, centres hospitaliers, GMF, etc.
- Il existe peu d'outils ou de procédures systématiques permettant d'orienter les patients vers les services appropriés.
- La collaboration entre le réseau d'établissements et les organismes bénévoles et communautaires demeure peu développée et l'expertise de chacun des acteurs est souvent méconnue.

2. ACCESSIBILITÉ DES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE

Trouver un médecin de famille, comme il a été dit, présente certaines difficultés qu'un examen de la situation permet de cerner rapidement. Voici les difficultés relevées :

- les omnipraticiens ne sont pas tous disponibles comme médecin de famille, et certains ne le sont qu'à temps partiel, car ils exercent également dans d'autres champs de pratique (urgence, hospitalisation, santé publique, psychiatrie, etc.) ;
- en général, il est difficile de trouver un médecin de famille ;
- obtenir un rendez vous avec son médecin de famille pose parfois certains problèmes ;
- les personnes atteintes de cancer qui n'ont pas de médecin de famille ou qui ne peuvent le joindre doivent se rendre dans une clinique « sans rendez-vous » ou dans une salle d'urgence ;

Il ressort des constatations qui précèdent que la personne atteinte qui peut facilement joindre son médecin de famille est davantage en mesure de faire face à l'évolution de sa maladie.

2.1 PROMOTION ET PRÉVENTION

Les médecins de famille reconnaissent qu'il est avantageux de faire des recommandations quant aux différents déterminants liés au cancer tels que : le mode de vie, le tabagisme, l'alimentation, l'exercice, l'obésité, l'alcool, l'exposition au soleil et l'environnement. De par les liens privilégiés qu'ils développent avec leurs patients, ils peuvent jouer un rôle de premier plan dans la promotion de la santé.

Les interventions en prévention sont cependant insuffisantes, faute de temps ou de moyens efficaces pour prévenir la maladie à offrir aux patients. Souvent effectuées dans un contexte global de consultation où l'aspect curatif prédomine, elles restent plutôt générales, informelles et reléguées au second plan. Cependant, si ces interventions sont soutenues par des campagnes générales auprès de la population (ex. : campagne anti-tabac), elles seront plus efficaces.

Afin de mieux atteindre la population cible, une bonne connaissance des facteurs de risque est nécessaire, d'autant plus que des interventions pharmacologiques ou chirurgicales peuvent éventuellement lui être offertes. L'engagement des omnipraticiens en santé publique favorise une meilleure concertation des activités de prévention.

RECOMMANDATION :

Concevoir des programmes de prévention faisant appel aux médecins de famille et avoir recours à des moyens de nature à faciliter leur participation.

2.2 DÉPISTAGE ET INVESTIGATION

Une préoccupation importante des médecins de famille est de mieux identifier les groupes et les individus à risque, de reconnaître les symptômes et les signes d'alarme pouvant éventuellement indiquer la présence de la maladie et, finalement, d'être en

mesure d'amorcer une investigation diagnostique rapide. Il faut mieux outiller les médecins de famille pour qu'il leur soit plus facile d'effectuer le dépistage et le diagnostic précoce du cancer.

Le temps nécessaire pour procéder à une investigation est variable, et il peut y avoir une attente de quelques semaines à plusieurs mois en imagerie médicale. Par contre, l'obtention des épreuves de laboratoire ne semble pas poser de problème, sauf si une biopsie est nécessaire.

Le médecin de famille est toujours préoccupé par le temps nécessaire pour mener à terme une investigation et il souhaite pouvoir entrer en contact plus rapidement avec les spécialistes : une demande de consultation standardisée et transmise rapidement pourrait réduire certains délais. Les délais sont parfois inacceptables et c'est souvent le médecin de famille qui doit faire lui-même les démarches pour obtenir un rendez-vous plus rapidement pour la personne atteinte auprès des services d'investigation auprès des spécialistes.

RECOMMANDATION :

Donner aux médecins de famille des moyens pour intervenir plus efficacement dans le domaine de la prévention et pour faciliter le dépistage et le diagnostic précoce du cancer.

2.3 TRAITEMENT

Dans le processus de traitement du cancer, on note plusieurs écueils :

- la personne atteinte a de la difficulté à obtenir sa première évaluation ;
- la personne atteinte doit parfois attendre plus longtemps qu'il n'est souhaitable entre l'établissement du diagnostic et le début du traitement prescrit ;
- il peut y avoir des problèmes de communication entre le médecin de famille et le médecin spécialiste ;
- le médecin de famille perd souvent le contact, en cours de traitement, avec son patient.

Le médecin de famille devrait recevoir l'aide nécessaire afin de mieux comprendre et de mieux connaître les traitements et leurs effets indésirables, afin d'être en mesure d'intervenir en cas de complications et d'avoir une meilleure connaissance de l'évolution naturelle de la maladie.

RECOMMANDATIONS :

Pour faciliter un meilleur suivi du patient, la communication interprofessionnelle devrait être obligatoire. Pour ce faire, le médecin spécialiste devrait fournir au médecin de famille un compte rendu écrit et détaillé de la situation du patient.

Offrir un plan de traitement au médecin de famille afin de lui permettre de faire un suivi adéquat de la personne atteinte de cancer.

Diffuser et rendre accessible les protocoles de chimiothérapie, les lignes de conduite relatives aux urgences en cours de traitement de chimiothérapie, de même que les protocoles pour le soulagement de la douleur et des différents symptômes liés au cancer pour parvenir à une meilleure prise en charge des personnes atteintes de cancer.

2.4 SUIVI DE LA PERSONNE ATTEINTE, SOUTIEN ET SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE

Le médecin de famille n'a pas toujours l'ensemble des compétences nécessaires ni l'opportunité, à chaque étape du continuum de services, d'offrir un suivi de qualité à la personne atteinte. Pour faciliter le suivi en milieu naturel, on devrait fournir au médecin de famille un maximum d'information.

La personne atteinte a souvent de la difficulté à rencontrer dans un délai raisonnable un intervenant psychosocial en passant par le panier de services des CLSC, où les délais sont variables. Par ailleurs, les médecins de famille et les spécialistes connaissent mal les ressources d'aide du milieu et les besoins de soutien des personnes atteintes.

Les personnes atteintes de cancer participant à un programme de recherche bénéficient d'un suivi beaucoup plus intense pendant la durée du programme et subissent une forme de sevrage lorsque celui-ci arrive à terme : elles ont en effet pris l'habitude de recevoir certains soins et il arrive qu'elles ne veuillent pas retourner voir leur médecin de famille. Il arrive également que les infirmières participant au programme n'aient pas établi ou développé de lien de confiance avec le médecin de famille.

Si la personne atteinte d'un cancer a de la difficulté à joindre le spécialiste qui la traite, elle se sent souvent laissée à elle-même et ne sait pas comment entrer en contact avec les ressources disponibles. Le transfert d'information vers le médecin de famille faciliterait le suivi à long terme et favoriserait l'établissement d'une relation de confiance entre le médecin de famille, le médecin spécialiste et la personne atteinte.

Les médecins de famille et les spécialistes méconnaissent et par le fait même, utilisent mal les ressources du milieu, de sorte qu'il en résulte une sous-utilisation des ressources communautaires.

RECOMMANDATIONS :

Fournir au médecin de famille certains documents, tels que des bottins tenus à jour, permettant de répertorier les différentes ressources communautaires.

Rattacher le médecin de famille aux équipes interdisciplinaires d'oncologie pour le soutien, le suivi et les soins palliatifs de fin de vie.

3. *RÔLE, BESOINS PROFESSIONNELS ET FORMATION DU MÉDECIN DE FAMILLE DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER*

3.1 RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE

Le médecin de famille est responsable des soins primaires auprès de ses patients parmi lesquels se trouvent des personnes atteintes de cancer et, de façon globale, auprès de la communauté. C'est lui qui assure la majorité des soins de première ligne et un certain nombre de soins de deuxième ligne ; il utilise au besoin les autres ressources du système de soins et de services de santé. Les soins de première ligne qu'il offre correspondent aux soins médicaux primaires définis par l'OMS (4). Ils comprennent les soins préventifs et curatifs, les services de réadaptation et les soins palliatifs de fin de vie. Ils sont globaux et continus et incluent la prise en charge à long terme de la personne. Le médecin de famille exerce le plus près possible du milieu de vie des personnes. Pour toutes ces raisons, il se trouve à la base du continuum de soins.

Dans la lutte contre le cancer, le médecin de famille intervient de différentes façons :

- prévention et dépistage auprès de ses patients ;
- investigation du patient symptomatique et communication avec le médecin spécialiste en oncologie et les autres intervenants du réseau ;
- communication des diagnostics à la personne atteinte et réponse aux interrogations des personnes atteintes et de leurs proches ;
- soutien de la personne atteinte et de ses proches ;
- participation au traitement curatif ou palliatif et suivi simultané pendant toute la durée de la maladie ;
- continuité des soins globaux en période de rémission ;
- soins palliatifs de fin de vie.

3.2 BESOINS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN DE FAMILLE

Le médecin de famille a besoin de développer ses aptitudes relationnelles pour intervenir adéquatement auprès des personnes atteintes de cancer. Il doit acquérir les connaissances, les aptitudes et les attitudes requises en oncologie. Le médecin de famille a besoin d'un certain nombre de connaissances en ce qui concerne :

- la promotion des saines habitudes de vie ;
- la prévention du cancer ;
- le dépistage de certains cancers ;
- l'investigation, le diagnostic et les différents traitements courants ;
- l'efficacité et les effets indésirables des traitements les plus courants et leur influence sur le pronostic de la maladie ;
- le suivi approprié des cancers les plus fréquents ;
- les aptitudes et les compétences nécessaires à l'intervention psychosociale et au soutien des patients ;
- les soins palliatifs de fin de vie.

Il existe d'autres besoins qui touchent différents aspects du rôle du médecin de famille en oncologie. Le comité a tenté d'évaluer de façon informelle les besoins actuels

auprès de certains médecins de famille et a recueilli quelques données permettant de formuler ainsi les différents besoins dont ils ont fait mention :

- avoir un accès facile aux guides de pratique, aux lignes directrices et aux recommandations pour un dépistage efficace dans la population en général et dans la population à risque ;
- connaître l'évolution de la maladie, les complications dues aux traitements et à la maladie, et, plus particulièrement, connaître la situation médicale précise d'un malade en cours de traitement ;
- connaître les différentes modalités de traitement de chaque maladie ou pouvoir accéder facilement à cette information afin de la transmettre au patient ;
- avoir accès aux principaux protocoles de chimiothérapie afin de pouvoir reconnaître les complications fréquentes ou importantes que va éprouver le patient ;
- développer leurs compétences afin de pouvoir assurer le suivi des patients après les traitements actifs : fréquence des visites, examens requis et symptômes à surveiller ;
- avoir accès à un bottin régional et provincial des ressources communautaires et professionnelles ;
- pouvoir améliorer les traitements dispensés en fin de vie et mieux soulager la douleur ;
- pouvoir développer une communication plus efficace avec le patient et les autres intervenants sous différents aspects ;
- avoir accès à un site Internet permettant des échanges dynamiques avec certains spécialistes (réponses aux questions posées, suggestions de lectures, forum de discussion, etc.) et donnant accès aux guides de pratique et à de l'information sur les tests de dépistage suggérés, la fréquence de dépistage suggérée, la population visée et l'interprétation des résultats ;
- utiliser un « carnet de route » pour le patient, contenant les informations utiles sur le diagnostic, le traitement en cours et les traitements antérieurs.
- le médecin de famille a besoin d'avoir une réflexion éthique sur l'intensité des soins palliatifs de fin de vie : on sait que l'attitude du médecin de famille, tant personnelle que professionnelle, par rapport à la réalité de la mort, va influencer le processus de prise de décisions à la fin de la vie. Il doit explorer et évaluer la compréhension de la maladie par la personne atteinte, ses expériences psychologiques et spirituelles, ses attentes, ses ressources et les solutions personnelles qu'elle envisage (5).

RECOMMANDATIONS :

Besoins professionnels du médecin de famille

Créer des outils de communication efficaces entre les médecins de famille et les consultants.

Favoriser l'utilisation d'un carnet de route par le patient.

Favoriser, par des moyens concrets et pratiques, l'accès à des guides de référence pour les cancers les plus fréquents et à des guides de pratique afin d'augmenter l'efficacité du médecin de famille.

3.3 FORMATION DU MÉDECIN DE FAMILLE : ÉTAT DE LA SITUATION ET RECOMMANDATIONS

La lutte contre le cancer est un défi médical. Ce défi implique souvent les recours aux connaissances de plusieurs spécialités, la participation à des groupes de recherche, l'utilisation de technologies de pointe et de protocoles de traitements sans cesse améliorés. Il apparaît difficile pour le médecin de famille de maintenir sa compétence et d'assumer ses différents rôles dans ce domaine avec confiance et dynamisme. L'utilisation des technologies de l'information pourrait à cet effet rendre son travail plus efficace, tant en ce qui a trait à sa démarche clinique qu'à ses communications avec les autres professionnels du réseau de soins. Il peut être appelé à collaborer à l'organisation des services de santé et à la planification de ces services à différents niveaux et ce, dans une approche interdisciplinaire réunissant pharmaciens, travailleurs sociaux, psychologues, ergothérapeutes, nutritionnistes, chirurgiens, radio-oncologues, etc. La pratique du médecin de famille repose sur quatre des grands principes de la médecine familiale :

- le médecin de famille est un clinicien compétent et efficace ;
- la médecine familiale est communautaire ;
- le médecin de famille est une ressource pour une population définie de patients ;
- la relation entre le médecin et le patient constitue l'essence du rôle du médecin de famille.

Ces principes supposent une formation spécifique que l'on tente d'offrir pendant la formation universitaire et qui doit être tenue à jour durant les années de pratique professionnelle. Le comité a tenté d'évaluer les types de formation offerte en ce moment, les différents besoins de formation des médecins de famille ainsi que les améliorations à apporter à la formation actuellement donnée aux médecins. Les objectifs de formation des programmes universitaires ont été examinés et les diverses possibilités de formation médicale continue pour lutter contre le cancer ont été recueillies. La section suivante fait état des éléments réunis par les membres du comité.

3.3.1. Formation universitaire

L'information qui suit a été recueillis, auprès des différentes universités offrant un cours de médecine au Québec, soit l'Université de Montréal, l'Université McGill, l'Université de Sherbrooke et l'Université Laval. Chacune de ces universités construit son propre programme scolaire et les connaissances en oncologie y sont acquises par l'étude des différents systèmes (pulmonaire, digestif, etc.).

Ce qui suit présente sommairement les informations glanées auprès des institutions d'enseignement concernées.

Université de Montréal

Durant leurs années d'études à l'Université de Montréal, les étudiants apprennent à connaître la problématique du cancer par l'étude des différents systèmes. L'intégration des connaissances y est privilégiée par la méthode d'apprentissage par problèmes. Des discussions concernant les soins palliatifs de fin de vie et le traitement de la douleur ainsi que des discussions relatives à d'éthique ont lieu durant les heures d'introduction à la médecine clinique en première année et durant les heures d'introduction à la démarche clinique en deuxième année dans les centres hospitaliers universitaires.

Au cours de l'externat, un stage en radio-oncologie est offert dans le cadre des stages optionnels (quatre semaines).

Au cours de la résidence en médecine familiale, le résident doit terminer un stage en soins palliatifs de fin de vie (quatre semaines). De plus, il peut recevoir une formation d'un an en soins palliatifs de fin de vie après sa résidence en médecine familiale ou en spécialité.

On trouve une description des cours et des stages offerts par l'Université de Montréal à l'annexe 1.

Université de Sherbrooke

Durant leur formation à l'Université de Sherbrooke, les étudiants acquièrent des connaissances concernant la problématique du cancer par l'étude des différents systèmes. L'intégration des connaissances y est privilégiée par la méthode d'apprentissage par problèmes.

Au cours de l'externat, un stage optionnel de quatre à huit semaines est offert en radio-oncologie. Un stage optionnel de quatre semaines en soins palliatifs de fin de vie est par ailleurs offert aux résidents de médecine familiale. Les objectifs de ces stages sont définis et présentés à l'annexe 2.

Université McGill

Au cours de leur formation à l'Université McGill, les étudiants doivent effectuer un stage de deux semaines en oncologie durant la deuxième année du programme. Ce stage comprend une rotation dans les unités de médecine, de chirurgie, de pédiatrie et de radio-oncologie.

Durant la résidence en médecine familiale, des cours sont offerts sur le dépistage et le diagnostic des cancers suivants : cancer du sein, cancer colorectal, cancer du col utérin, cancer de la prostate et cancer du poumon. Les résidents sont appelés à prescrire des tests de dépistage pendant le suivi des différents patients examinés durant leurs stages. Ils doivent de plus faire un stage obligatoire en soins palliatifs de fin de vie.

Université Laval

Durant leurs années universitaires à l'Université Laval, les étudiants apprennent à connaître la problématique du cancer par l'étude des différents systèmes, ce qui représente environ trois à six heures de cours par système. Les étudiants bénéficient de deux heures de cours concernant les soins palliatifs de fin de vie. Des discussions sur la relation entre le médecin et la personne atteinte de cancer, réunissant des étudiants et des cliniciens abordant le cas d'une personne atteinte d'un cancer du sein, sont organisées.

Durant l'externat, un stage optionnel d'un mois est offert. Ce stage peut-être réalisé dans différentes disciplines, dont la radio-oncologie, l'hématologie ou encore les soins palliatifs de fin de vie.

Au cours de leur résidence en médecine familiale, les étudiants doivent travailler auprès de personnes atteintes de cancer et un stage optionnel d'un mois en soins palliatifs de fin de vie leur est offert au cours de leurs années de formation.

Il leur est aussi possible de recevoir une année de formation en soins palliatifs de fin de vie à la suite de leurs années de résidence en médecine familiale ; cette formation est aussi offerte aux médecins de famille et aux médecins spécialistes. La description de ce cours offert en collaboration avec la Maison Michel-Sarrazin, est présentée à l'annexe 3.

Bilan

À la suite des consultations effectuées, force est de constater qu'il existe des lacunes importantes dans la formation offerte aux étudiants des universités en ce qui a trait au cancer. Puisque cette formation est jugée insuffisante, le comité recommande ce qui suit :

RECOMMANDATIONS :

1. Formation prédoctorale

Permettre à l'étudiant :

- d'acquérir des connaissances en oncologie par l'étude des différents systèmes ;
- d'acquérir des connaissances générales en oncologie ;
- de travailler durant une période minimale auprès de personnes atteintes de cancer ;
- de participer à un stage obligatoire en oncologie.

2. Résidence en médecine familiale

A. Consolider les connaissances du médecin résident dans les domaines suivants :

- prévention ;
- dépistage ;
- investigation et traitement ;
- suivi conjoint de la personne atteinte ;
- gestion de la douleur ;
- gestion des soins palliatifs de fin de vie.

B. Accroître les compétences du médecin résident en médecine familiale :

- en lui permettant d'acquérir les aptitudes et les attitudes nécessaires en oncologie ;
- en s'assurant qu'il aura à traiter des patients souffrant de cancer pour accroître son intérêt et diminuer ses craintes relativement au suivi de ces patients ;
- en créant un partenariat entre l'unité de médecine familiale (UMF) le recevant et le service d'oncologie de l'hôpital auquel est rattaché l'UMF pour favoriser un suivi conjoint des patients ;
- en améliorant sa connaissance du réseau et en le sensibilisant aux différents moyens utilisés pour favoriser la circulation de l'information et une plus grande harmonisation des étapes suivies par le patient dans le réseau.

3.3.2. *Formation médicale continue*

Plusieurs organismes contribuent à la formation médicale continue. Parmi ceux-ci, on compte, entre autres, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) les universités déjà citées, le Collège des médecins du Québec, diverses associations professionnelles ainsi que plusieurs compagnies pharmaceutiques. Tous ces organismes, en offrant des cours et des colloques, participent à l'amélioration de la pratique médicale en favorisant l'acquisition de connaissances en oncologie particulièrement par le médecin de famille. Il existe d'ailleurs un Conseil de l'éducation médicale continue regroupant plusieurs organismes, soit le Collège des médecins du Québec, l'Université de Montréal, l'Université de Laval, l'Université McGill, l'Université de Sherbrooke, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la FMOQ.

La situation de la formation médicale continue en oncologie (annexe 4) a été examinée et le comité juge essentiel d'établir des objectifs précis pour la formation continue des médecins de famille, soit :

- assurer une formation adéquate en prévention du cancer ;
- assurer une formation en dépistage, en investigation et dans le traitement du cancer ;
- assurer une formation adéquate en ce qui a trait au suivi et au soutien de la personne atteinte ;
- assurer une formation adéquate en gestion de la douleur et en ce qui a trait aux soins de fin de vie.

Les cours de formation médicale continue devront être conçus pour :

- rejoindre plus spécifiquement les médecins ayant reçu moins de cours en oncologie à l'université ;
- maintenir la compétence des médecins déjà formés ;
- accroître la compétence du médecin participant directement à la lutte contre le cancer.

RECOMMANDATIONS :

Les divers organismes responsables de la formation médicale continue devraient travailler en concertation de façon à atteindre les objectifs précis de formation en oncologie. Cette collaboration devrait aussi leur permettre d'offrir différents stages ou sessions de formations à intervalles réguliers.

Ces organismes devraient tenter de rejoindre le plus grand nombre de médecins possible par :

- la création d'un répertoire des différentes activités de formation médicale continue : colloques, congrès et ateliers ;
- la création d'un site Internet d'échange comprenant aussi une liste des ressources disponibles ;
- la production d'un guide de référence regroupant les consultants et les différentes ressources disponibles ;
- la publication des guides de pratique et des lignes directrices en prévention et en dépistage ;
- la mise au point de stages de formation en oncologie pour le médecin de famille et pour le médecin travaillant plus particulièrement en oncologie.

Le comité a recueilli l'information qui lui a permis de formuler des recommandations qui précèdent auprès des différents organismes offrant de la formation médicale continue aux médecins de famille, soit :

- l'Université de Montréal ;
- l'Université de Sherbrooke ;
- l'Université McGill ;
- l'Université Laval ;
- le Collège des Médecins du Québec ;
- la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ;
- le Conseil québécois de lutte contre le cancer.

4. LE RÔLE DU MÉDECIN AU SEIN DU RÉSEAU DE SOINS

4.1 LE MÉDECIN DE FAMILLE

Le médecin de famille offre à une population donnée les services médicaux suivants :

- il diagnostique l'ensemble des besoins relatifs à la santé en tenant compte de toutes les dimensions de la vie ;
- il prescrit un plan de traitement global, incluant les aspects préventifs, et priorise les problèmes de santé qui nécessitent un suivi immédiat ;
- il coordonne l'application du plan de traitement ;
- il assure la prise en charge et la continuité de soins ;
- il intègre l'ensemble des données recueillies dans l'application du plan de traitement ;
- il accompagne le patient dans la réalisation du plan de traitement en favorisant son autonomie.

Le médecin de famille contribue, dans sa communauté, à combler d'autres besoins médicaux particuliers, en collaboration avec ses collègues médecins. Il exerce dans plusieurs lieux de pratique, tant en cabinet privé qu'en établissement (4). La complexité des soins en oncologie exige que le médecin de famille ne travaille plus seul, mais bien en complémentarité avec les autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire.

4.2 LE MÉDECIN SPÉCIALISTE

Le médecin spécialiste offre à une population donnée les services médicaux suivants :

- il diagnostique les problèmes de santé dans un domaine précis ;
- il prescrit un plan de traitement ;
- il coordonne l'application du plan de traitement ;
- il assure la prise en charge du patient et la continuité des soins durant toute la durée du traitement ;
- il intègre l'ensemble des données recueillies dans l'application du plan de traitement ;
- il accompagne son patient dans la réalisation du plan de traitement en favorisant son autonomie.

Le rôle du médecin spécialiste est habituellement joué à l'intérieur d'un établissement. La complexité des soins en oncologie exige que le spécialiste travaille en interdisciplinarité avec les autres professionnels de l'équipe. Le médecin spécialiste détient une expertise en prévention, en investigation et dans le traitement du cancer. Il joue souvent un rôle de formateur auprès des omnipraticiens.

4.3 LE MÉDECIN OMNIPRATICIEN AU SEIN DE L'ÉQUIPE D'ONCOLOGIE

Au sein de l'équipe d'oncologie, l'omnipraticien assure la prise en charge des patients pour toute la durée des soins : évaluation, traitement systémique, complications et suivi. L'omnipraticien en oncologie a aussi un rôle de coordonnateur, puisqu'il est à même de bien saisir la situation globale du patient et d'assurer les échanges avec le

médecin de famille de celui-ci. De façon générale, il travaille étroitement en interdisciplinarité avec les autres professionnels de l'équipe d'oncologie.

Certains omnipraticiens ont fait de l'oncologie leur principal champ de compétence (soutien du patient, gestion des symptômes, consultations, suivi de chimiothérapie, procédures, urgences oncologiques, soins palliatifs de fin de vie, etc.) permettant d'offrir à la personne atteinte et à ses proches des soins globaux.

Dans le reste du Canada, au sein des centres de cancérologie associés aux agences provinciales, l'équipe d'oncologie comprend aussi des « adjoints cliniques » (aussi appelés *general practitioners in oncology*), regroupés depuis peu en association nationale.

4.4 PERCEPTIONS INTERPROFESSIONNELLES

Les spécialistes méconnaissent l'expertise des médecins de famille. Comme ils n'effectuent pas de stage dans la communauté, ils ont en effet plus de difficulté à comprendre les compétences de ceux-ci. Les liens de confiance se créent donc avec le temps. En région, le médecin de famille est mieux connu par les spécialistes et il peut plus facilement joindre ceux-ci. Quoi qu'il en soit, le respect mutuel des compétences et des rôles de chacun est essentiel à un travail d'équipe de qualité.

4.5 COMMUNICATIONS INTERPROFESSIONNELLES

Sur le plan des communications interprofessionnelles, on note une déficience importante dans le transfert d'informations à tous les niveaux. Il existe certaines difficultés de communication entre les omnipraticiens travaillant en milieu hospitalier et les médecins de famille travaillant dans la communauté. Le médecin de famille n'a pas toujours l'information suffisante pour assumer adéquatement les soins des personnes atteintes de cancer.

Il y a un problème important de transfert d'information entre les médecins spécialistes et les médecins de famille. Souvent l'information n'est pas transmise au médecin de famille une fois que le patient a été dirigé vers un spécialiste. Le médecin de famille consulté par les patients traités par un médecin spécialiste ne connaît pas les détails du suivi et ne dispose pas de l'information pertinente lui permettant d'intervenir adéquatement. Le médecin de famille « hospitalier » a de meilleurs contacts avec les médecins spécialistes et peut obtenir plus rapidement une consultation. Il y a également des difficultés de communication entre les médecins de famille et les autres professionnels de la communauté : travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, bénévoles, nutritionnistes, etc.

RECOMMANDATIONS :

Mettre en place les moyens pour :

- favoriser une relation de confiance entre le médecin de famille et le médecin spécialiste, leur permettre de mieux reconnaître leur expertise respective et ouvrir la voie à une plus grande complémentarité professionnelle ;
- favoriser le transfert des connaissances du médecin spécialiste vers le médecin de famille en de lutte contre le cancer.

4.6 OUTILS ORGANISATIONNELS

Le médecin de famille a besoin d'outils de communication pour avoir accès à de l'information standardisée en oncologie.

La création et l'utilisation de ces outils favoriseront une meilleure communication entre les intervenants. Ainsi, la personne atteinte de cancer ne sera plus utilisée comme le véhicule d'information. Le but visé par la création de ces outils est de transmettre une information standardisée, quelle que soit la région où l'on exerce. Le comité suggère à cet effet deux formulaires types :

1. Le formulaire intitulé *Demande de consultation en oncologie*, qui permettra la transmission d'information de médecin de première ligne vers le spécialiste (annexe 5).
2. Le formulaire intitulé *Évaluation du médecin consultant en oncologie*, qui favorisera la circulation de l'information du spécialiste vers le médecin de famille (annexe 6).

En plus de contenir plusieurs renseignements utiles, ces formulaires permettront de répondre à certaines questions. Par exemple, y a-t-il lieu de diriger un patient vers un spécialiste en oncologie en cas de doute, qu'il y ait ou non eu une investigation préalable, et quelle serait l'investigation de base minimale devant tel ou tel type de cancer ?

Il est clairement ressorti de nos discussions que l'amélioration de la communication des spécialistes vers les médecins de famille exigeait un traitement différent de l'information, qui devrait se traduire des deux façons suivantes :

A. Retour rapide de l'information après la consultation initiale

Pour permettre la circulation rapide de l'information après une première consultation il suffira d'inscrire sur le formulaire type des informations spécifiant quel est le diagnostic probable et quel est le plan d'investigation prévu.

B. Transmission d'une information plus détaillée durant le traitement du patient

Pour faciliter les échanges entre le spécialiste et le médecin de famille durant le traitement, il suffira d'inscrire sur le formulaire type l'information pertinente sur le diagnostic, incluant le stade atteint par la maladie et le pronostic, le traitement proposé, les effets indésirables et les complications possibles, l'évolution anticipée de la maladie, ainsi que les nouveaux traitements prévus par le spécialiste.

Les formulaires proposés permettront donc de préciser les rôles et les responsabilités du médecin de famille et du spécialiste. De plus, ils faciliteront la préparation du plan de suivi du patient, puisqu'ils contiendront des recommandations utiles aux médecins de famille pour une prise en charge adéquate durant les différentes phases du traitement. À cet effet, il est essentiel pour le médecin de famille :

- de connaître la médication utilisée afin d'ajuster le traitement de pathologies connexes ;
- de savoir qui prend en charge les effets indésirables du traitement pour assurer le bien-être du patient ;
- de savoir qui assure le suivi des résultats d'analyses de laboratoire ou des radiographies anormales ;
- de savoir si le pronostic de la maladie et la fin du traitement ont été discutés avec la personne atteinte de cancer ;
- de spécifier quelles sont ses attentes particulières et quel est le type d'intervention souhaitable à la fin du traitement en spécialité pour faciliter et assurer une prise en charge adéquate du patient ;
- d'avoir accès à un plan de suivi ;
- de savoir si un contact avec un intervenant du milieu de vie naturel a été établi (5-6).

Est présenté à l'annexe 5 le premier formulaire proposé par le comité, *Formulaire de demande de consultation en oncologie*, qui permettra au médecin de famille de communiquer avec le médecin spécialiste lorsqu'il soupçonnera un cas de cancer.

À l'annexe 6, est présenté le deuxième formulaire proposé : *Formulaire d'évaluation du médecin consultant en oncologie*.

RECOMMANDATIONS :

Concevoir et utiliser deux types de formulaires :

- un formulaire standardisé permettant au médecin de famille de soumettre certains cas à un médecin spécialiste lorsqu'il soupçonne la présence d'un cancer ;
- un formulaire standardisé facilitant l'échange d'information entre le médecin spécialiste et le médecin de famille.

Outiller, par un plan de traitement, le médecin de famille afin de lui permettre de faire un suivi adéquat de la personne atteinte de cancer.

5. LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN OMNIPRATICIEN

Au Québec, les omnipraticiens sont majoritairement rémunérés à l'acte ; seul le travail effectué en CLSC n'est pas rémunéré de cette façon. La prise en charge et le suivi des patients par un médecin de famille, notamment quand il s'agit de personnes atteintes de maladies chroniques (incluant le cancer), sont reconnus comme des activités normales de suivi (par opposition aux activités prioritaires). Les médecins doivent être outillés pour travailler davantage en réseau, en collaboration avec les équipes de soins, pour répondre aux besoins des patients. Pour ce faire, il faut que ces nouveaux modes de pratique soient encouragés par des modalités nouvelles de rémunération.

Le mode de rémunération à l'acte ne prend pas en compte l'ensemble des interventions réalisées par l'omnipraticien. Ces dernières sont de plus en plus nombreuses puisqu'elles répondent à des besoins de plus en plus complexes (7). Il devient important de rémunérer adéquatement les activités de prise en charge des patients et le rôle d'intégrateur de services du médecin de famille dans le réseau de soins.

Le modèle actuel, où le médecin de famille est responsable du suivi des patients, doit être valorisé et consolidé. On doit parvenir à briser l'isolement professionnel du médecin de famille et lui fournir les moyens nécessaires, pour accéder aux ressources diagnostiques, notamment, et être en contact plus étroit avec d'autres professionnels de la santé. Les réseaux de soins primaires ne peuvent être améliorés sans l'ajout de nouvelles ressources. Un financement s'impose en priorité pour l'ensemble des services de première ligne (7).

5.1 VALORISATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER

La rémunération du médecin de famille est déterminée en fonction des caractéristiques du patient et non de la complexité particulière des gestes posés. Le forfait associé à chaque visite chez le médecin de famille constitue une mesure incitative amenant le médecin à prendre en charge certaines personnes vulnérables. Pour les personnes atteintes de cancer, ce forfait est actuellement établi en fonction de la présence ou de l'absence de radiothérapie ou de chimiothérapie.

RECOMMANDATION :

Élargir la définition de personne vulnérable à toute personne atteinte de cancer, à l'exception de celle qui est atteinte d'un cancer cutané basocellulaire.

5.2 RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS CLINIQUES ET PARACLINIQUES

Plusieurs actes effectués par l'omnipraticien sont rémunérés :

- l'examen clinique de la personne atteinte ;
- l'examen d'une personne en perte d'autonomie inscrite auprès d'un CLSC 24/7 ;
- la psychothérapie de soutien ;
- certaines injections et ponctions.

Par contre, plusieurs actes ne le sont pas. Le mode de rémunération actuel ne prend pas en considération, par exemple, le temps passé par le médecin de famille avec la personne atteinte de cancer pour :

- effectuer un examen clinique plus approfondi en présence de pathologies complexes ;
- lui annoncer une mauvaise nouvelle ;
- entreprendre les démarches qui l'aideront à trouver et obtenir des services à l'intérieur du réseau de la santé.

Le système actuel ne tient pas compte non plus du temps requis pour :

- échanger avec les membres de la famille de la personne atteinte ;
- prendre contact avec les infirmières du service de soins à domicile au sujet d'une personne recevant des services de maintien à domicile ;
- discuter avec les pharmaciens au sujet de la médication d'une personne atteinte résidant toujours à son domicile ;
- rédiger des formulaires de médicaments d'exception, des formulaires de soins à domicile, des formulaires du PQDCS et de tout autre formulaire ;
- participer à des rencontres de discussion de cas et s'acquitter de tâches médico-administratives, s'il y a lieu.

RECOMMANDATION :

Rémunérer les activités essentielles du médecin de famille en vue de l'inciter à prendre en charge la personne atteinte de cancer.

Certains médecins de familles sont rémunérés selon un taux horaire pour leurs activités cliniques, comme les soins à domicile des personnes atteintes de cancer en perte d'autonomie. Par contre, le temps passé de garde en disponibilité est non rémunéré dans certaines conditions.

RECOMMANDATIONS :

Fixer un plancher d'heures rémunérées par omnipraticien pour assurer le suivi et le traitement en tout temps des personnes atteintes de cancer recevant des soins palliatifs de fin de vie.

Rémunérer sur la base d'un taux horaire déterminé les activités médico-administratives.

Le médecin travaillant dans un cabinet privé participe timidement au maintien à domicile des patients recevant des soins palliatifs de fin de vie compte tenu de plusieurs contraintes. Le comité s'est penché sur cette question et recommande ce qui suit.

RECOMMANDATION :

Que les autorités compétentes des CLSC montrent plus de souplesse quant aux exigences relatives au statut de membre actif ou associé (en autorisant, par exemple, que l'on détienne un statut supposant des obligations minimales) pour permettre aux médecins de famille de participer au maintien à domicile des personnes atteintes de cancer afin de combler les besoins actuels.

L'omnipraticien qui est membre d'une équipe d'oncologie a de la difficulté à faire reconnaître ses activités en tant qu'activités médicales particulières (AMP). Or, en raison du nombre de médecins qui vont prendre leur retraite, certaines équipes auront besoin d'une relève. Afin d'assurer cette relève, il faudra trouver des moyens pour amener les nouveaux médecins de famille à participer à ces équipes, sinon la survie d'équipes établies depuis plus de trente ans pourrait être mise en péril.

RECOMMANDATION :

Reconnaître le travail de l'omnipraticien à l'intérieur d'une équipe comme étant une activité médicale particulière (AMP), compte tenu de la population à 100 % vulnérable qui y reçoit des services professionnels médicaux en oncologie.

L'omnipraticien qui travaille à l'intérieur d'une équipe d'oncologie ne fait l'objet d'aucune véritable mesure l'incitant à prendre en charge des personnes vulnérables, pas plus qu'il ne reçoit de rémunération pour ses activités de garde. Lorsqu'il est payé à l'acte, plusieurs des actes énumérés plus haut sont rémunérés, mais plusieurs autres ne le sont pas.

Dans la rémunération de l'omnipraticien, on ne tient pas compte, entre autres, du temps requis pour :

- l'admission, l'étude et la révision du dossier ;
- l'étude du protocole de chimiothérapie ;
- la consultation à la suite d'une évolution clinique défavorable.

Certaines des tâches médico-administratives de l'omnipraticien ne sont pas prises en considération, non plus, dans sa rémunération :

- la rédaction de formulaires de médicaments d'exception ;
- la rédaction de formulaires de soins à domicile ;
- le temps alloué au développement de projets et de programmes spécifiques pour l'équipe d'oncologie.

Dans la rémunération de l'omnipraticien, on ne calcule pas, enfin, le temps requis pour échanger avec les différents intervenants, pour participer à des rencontres interdisciplinaires ou autres, avec :

- les proches de la personne malade ;
- les infirmières en oncologie ;
- les pharmaciens ;
- les psychologues ;
- les travailleurs sociaux.

RECOMMANDATION :

Permettre l'utilisation du taux horaire dans la rémunération de l'omnipraticien pour favoriser une participation plus avantageuse de celui-ci aux activités de l'équipe d'oncologie avec laquelle il peut être appelé à collaborer.

Conclusion

Les médecins de famille font face à différents problèmes qu'il leur faut surmonter pour lutter efficacement contre le cancer, tels que le manque de temps, le manque d'information, la difficulté d'accès aux guides de pratique, la méconnaissance du réseau communautaire, les contacts moins fréquents que souhaités avec les spécialistes en oncologie, les problèmes de communication et la tarification inadéquate.

Un meilleur fonctionnement du réseau passe par l'amélioration des communications entre les différents intervenants et par une transmission plus rapide et plus fluide de l'information. Il faut inciter d'emblée les médecins de famille à participer plus activement à la lutte contre le cancer en les consultant, en les sensibilisant et en les intéressant davantage aux changements nécessaires pour améliorer la qualité et l'efficacité de leurs interventions.

Les actions mises de l'avant pour faciliter l'implantation des volets du Programme québécois de lutte contre le cancer et l'actualisation des soins et des services doivent d'abord être connues et acceptées par les intervenants travaillant sur le terrain, sinon elles seront inefficaces et inutiles.

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS

Promotion et prévention

Concevoir des programmes de prévention faisant appel aux médecins de famille et avoir recours à des moyens de nature à faciliter leur participation.

Dépistage et investigation

Donner aux médecins de famille des moyens pour intervenir plus efficacement dans le domaine de la prévention, et pour faciliter le dépistage et le diagnostic précoce du cancer.

Traitement

Pour faciliter un meilleur suivi du patient, la communication interprofessionnelle devrait être obligatoire. Pour ce faire, le médecin spécialiste devrait fournir au médecin de famille un compte rendu écrit et détaillée de la situation du patient.

Offrir un plan de traitement au médecin de famille afin de lui permettre de faire un suivi adéquat de la personne atteinte de cancer.

Diffuser et rendre accessible les protocoles de chimiothérapie, les lignes de conduite relatives aux urgences en cours de traitement de chimiothérapie, de même que les protocoles pour le soulagement de la douleur et des différents symptômes liés au cancer pour parvenir à une meilleure prise en charge des personnes atteintes de cancer.

Suivi de la personne atteinte, soutien et soins palliatifs de fin de vie

Fournir au médecin certains documents, tels que des bottins tenus à jour, permettant de répertorier les différentes ressources communautaires.

Rattacher le médecin de famille aux équipes interdisciplinaires d'oncologie pour le soutien, le suivi et les soins palliatifs de fin de vie.

Besoins professionnels du médecin de famille

Créer des outils de communication efficaces entre les médecins de famille et les consultants.

Favoriser l'utilisation d'un carnet de route par le patient.

Favoriser, par des moyens concrets et pratiques, l'accès à des guides de référence pour les cancers les plus fréquents et à des guides de pratique afin d'augmenter l'efficacité du médecin de famille.

Formation universitaire

1. Formation prédoctorale

Permettre à l'étudiant :

- d'acquérir des connaissances en oncologie par l'étude des différents systèmes ;
- d'acquérir des connaissances générales en oncologie ;
- de travailler durant une période minimale auprès de personnes atteintes de cancer ;
- de participer à un stage obligatoire en oncologie.

2. Résidence en médecine familiale

Consolider les connaissances du médecin résident en médecine familiale dans les domaines suivants :

- prévention ;
- dépistage ;
- investigation et traitement ;
- suivi conjoint de la personne atteinte ;
- gestion de la douleur ;
- gestion des soins palliatifs de fin de vie.

Accroître les compétences du médecin résident en médecine familiale :

- en lui permettant d'acquérir les aptitudes et les attitudes nécessaires en oncologie ;
- en s'assurant qu'il aura à traiter des patients souffrant de cancer pour accroître son intérêt et diminuer ses craintes relativement au suivi de ces patients ;
- en créant un partenariat entre l'unité de médecine familiale (UMF) le recevant et le service d'oncologie de l'hôpital auquel est rattaché l'UMF pour favoriser un suivi conjoint des patients ;
- en améliorant sa connaissance du réseau et en le sensibilisant aux différents moyens utilisés pour favoriser la circulation de l'information et une plus grande harmonisation des étapes suivies par le patient dans le réseau.

Formation médicale continue

Les divers organismes responsables de la formation médicale continue devraient travailler en concertation de façon à atteindre des objectifs précis de formation en oncologie. Cette collaboration devrait aussi leur permettre d'offrir différents stages ou sessions de formation à intervalles réguliers.

Ces différents organismes devraient tenter de rejoindre le plus grand nombre de médecins possible par :

- la création d'un répertoire des différentes activités de formation médicale continue : colloques, congrès et ateliers ;
- la création d'un site Internet d'échange comprenant aussi une liste des ressources disponibles ;
- la création d'un guide de référence regroupant les consultants et les différentes ressources disponibles ;
- la publication des guides de pratique et des lignes directrices en prévention et en dépistage ;
- la création de stages de formation en oncologie pour le médecin de famille et pour le médecin travaillant plus particulièrement en oncologie.

Communications interprofessionnelles

Mettre en place les moyens pour :

- favoriser une relation de confiance entre le médecin de famille et le médecin spécialiste, mieux reconnaître leur expertise respective et ouvrir la voie à une plus grande complémentarité professionnelle ;
- favoriser le transfert des connaissances du médecin spécialiste vers le médecin de famille en matière de lutte contre le cancer.

Outils organisationnels

Concevoir et utiliser deux types de formulaires :

- un formulaire standardisé permettant au médecin de famille de soumettre certains cas à un médecin spécialiste lorsqu'il soupçonne la présence d'un cancer ;
- un formulaire standardisé facilitant l'échange d'information entre le médecin spécialiste et le médecin de famille.

Fournir au médecin de famille un plan de traitement afin de lui permettre de faire un suivi adéquat de la personne atteinte de cancer.

Valorisation de la prise en charge de la personne atteinte

Élargir la définition de personne vulnérable à toute personne atteinte de cancer, à l'exception de celle qui est atteinte d'un cancer cutané basocellulaire.

Rémunération des activités cliniques et paracliniques

Rémunérer les activités essentielles du médecin de famille en vue de l'inciter à prendre en charge la personne atteinte de cancer.

Fixer un plancher d'heures rémunérées par omnipraticien pour assurer le suivi et le traitement en tout temps des personnes atteintes de cancer recevant des soins palliatifs de fin de vie.

Rémunérer sur la base d'un taux horaire déterminé les activités médico-administratives.

Que les autorités compétentes des CLSC montrent plus de souplesse quant aux exigences relatives au statut de membre actif ou associé, en autorisant, par exemple, que l'on détienne un statut avec des obligations minimales pour permettre aux médecins de famille de participer au maintien à domicile des personnes atteintes de cancer afin de combler les besoins actuels.

Reconnaître le travail de l'omnipraticien à l'intérieur d'une équipe comme étant une activité médicale particulière (AMP), compte tenu de la population 100 % vulnérable qui y reçoit des services professionnels médicaux en oncologie.

Permettre l'utilisation du taux horaire dans la rémunération de l'omnipraticien pour favoriser une participation plus avantageuse de celui-ci aux activités de l'équipe d'oncologie avec laquelle il peut être appelé à collaborer.

Annexe 1 : Description des cours et des stages en soins palliatifs de fin de vie offerts dans le cadre de la résidence en médecine familiale à l'Université de Montréal

Université de Montréal

Faculté de médecine

**FORMATION
SUPPLÉMENTAIRE D'UN AN
EN SOINS PALLIATIFS DE FIN DE VIE**

Programme destiné :

aux finissants en médecine familiale ou en spécialité
aux médecins de famille et spécialistes en pratique

Préambule

En plus de la formation en médecine familiale, le Département de médecine familiale de l'Université de Montréal offre une formation supplémentaire d'un an en soins palliatifs de fin de vie.

Cette formation s'adresse aux médecins de famille et aux spécialistes qui désirent obtenir une formation supplémentaire en soins palliatifs de fin de vie. Ce cheminement pédagogique a pour but de favoriser l'émergence de leaders en soins palliatifs de fin de vie (enseignement, recherche, gestion, soins).

Cette formation supplémentaire permettra aux candidats d'obtenir un certificat de l'Université de Montréal et une reconnaissance officielle du Collège des médecins de famille du Canada ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Les objectifs généraux

Les objectifs généraux de l'année de formation supplémentaire offerte par l'Université de Montréal visent non seulement l'acquisition de connaissances, mais aussi l'acquisition des aptitudes et des attitudes nécessaires pour travailler auprès de personnes atteintes de cancer.

A. Connaissances :

- Acquérir des connaissances dans le domaine des sciences de base et des sciences cliniques propres aux soins palliatifs de fin de vie ;
- être en mesure de décrire les principales manifestations cliniques des malades recevant des soins palliatifs de fin de vie ;
- savoir reconnaître les situations d'urgence et être en mesure de décrire le traitement approprié dans ces situations ;
- être apte à discuter des effets psychologiques, sociaux et spirituels de la maladie ;
- pouvoir énoncer les principes d'éthique pertinents au regard des soins palliatifs de fin de vie ;
- connaître les ressources communautaires en soins palliatifs de fin de vie ;
- pouvoir déceler les conditions nécessaires au maintien à domicile ;
- connaître les conditions préalables à la création d'une unité de soins palliatifs de fin de vie, d'une équipe de consultation et d'une maison pour personnes mourantes ;
- reconnaître les besoins de soutien et de formation des médecins dans la communauté ;
- être en mesure de décrire les devis de recherche applicables en soins palliatifs de fin de vie.

B. Aptitudes :

- Être en mesure d'évaluer les problèmes cliniques et de les traiter ;
- maîtriser des aptitudes propres aux techniques utilisées en soins palliatifs de fin de vie ;
- avoir la capacité de concevoir des programmes d'enseignement ;
- être en mesure de préparer le budget d'une unité de soins palliatifs de fin de vie.

c. Attitudes :

- Comprendre les conséquences personnelles, sociales et familiales de la maladie sur le mourant, saisir le concept de continuité des soins et connaître les ressources communautaires disponibles à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital ;
- connaître ses limites et avoir recours, au besoin, à des consultants ;
- être en mesure d'agir comme un leader en soins palliatifs de fin de vie au sein de la communauté médicale, en assurant la bonne coordination des diverses activités de l'unité de soins, la répartition des tâches et la formation continue des membres de l'équipe ;
- être capable d'adopter l'attitude attendue des médecins travaillant dans le domaine des soins palliatifs de fin de vie.

Préalable

Pour être admis à la formation supplémentaire d'un an en soins palliatifs de fin de vie de l'Université de Montréal, il faut posséder un certificat du Collège des médecins de famille du Canada ou un certificat de spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Activités pédagogiques

Le candidat devra participer à différentes activités pédagogiques, qu'il s'agisse d'activités cliniques ou d'activités universitaires.

Activités cliniques

A. Activités cliniques

- a. Stages obligatoires (9 périodes)
 - Unité de soins palliatifs de fin de vie (3 périodes)
 - Équipe de consultation (2 périodes)
 - Soins à domicile (2 périodes)
 - Soins pédiatriques (1 période)
 - Maison pour mourants (1 période)
 - Clinique de la douleur (12 journées)

- b. Stages optionnels (3 périodes)

Le candidat devra ici faire un choix parmi les stages suivants :

- Hémato-oncologie*
- Maison pour sidatiques
- Soins aux personnes atteintes de troubles psychosomatiques
- Recherche
- Autres

* Formation obligatoire si l'étudiant n'a pas reçu de formation antérieure.

Un tuteur sera assigné à chaque résident pour chaque stage. Ainsi, tous les stagiaires recevront un suivi personnalisé afin que l'atteinte des objectifs visés soit assuré.

B. Activités universitaires

Tous les résidents du programme participeront à :

- une réunion mensuelle du réseau universitaire des soins palliatifs de fin de vie ;
- des clubs d'analyse critique de la littérature portant sur les soins palliatifs de fin de vie ;
- un programme intégré de l'enseignement de l'éthique clinique.

Évaluation sommative

- Évaluation des stages cliniques 80 % ;
- évaluation du projet d'érudition ou de recherche : 20 %.

Rémunération

- La rémunération des participants se fera selon la convention collective pour un résident de niveau IIB.

Admission

Le Comité d'admission évaluera les candidatures selon les critères suivants :

1. Motivation
2. Aptitudes d'apprentissage
3. Potentiel et intérêt pour l'enseignement et la recherche
4. Potentiel pour un poste de consultant régional

Les candidats doivent envoyer leur demande d'admission à la formation supplémentaire en soins palliatifs de fin de vie ainsi que leur curriculum vitæ au Département de médecine familiale de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Les candidats ne provenant pas de l'Université de Montréal doivent fournir une copie des documents suivants :

1. Le dossier universitaire
2. Les évaluations en cours de résidence
3. Un curriculum vitæ

Les candidats seront invités à se présenter à une entrevue individuelle de sélection.

Adresser toute correspondance au secrétariat du Département de médecine familiale à l'attention du Dr François Lehmann à l'adresse suivante :

Université de Montréal
Département de médecine familiale
Pavillon principal, bureau S707
2900, boulevard Édouard-Montpetit
C. P. 6128, succursale Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Tél. : (514) 343-2085
Fax : (514) 765-7306
Courriel : medfam@medclin.umontreal.ca

Vous pouvez joindre le Dr François Lehmann, directeur du programme de troisième année en soins palliatifs de fin de vie du Centre hospitalier Angrignon, aux numéros suivants :

Téléphone : (514) 362-1000, poste 2276
Télécopieur : (514) 765-7306

Annexe 2 : Objectifs des stages optionnels en radio-oncologie à l'Externat de l'Université de Sherbrooke

Département de médecine de famille

Stage électif en soins palliatifs de fin de vie
Personnes atteintes de cancer

Programme de résidence

Université de Sherbrooke
Faculté de médecine
Mai 2003
Dr Jean-Marc Bigonnesse
D^{re} Stéphanie Perron

Présentation du stage

Le cancer constitue un problème de santé prioritaire. Le médecin de famille sera indéniablement appelé à agir auprès de personnes atteintes de cancer en phase palliative au cours de sa carrière. Une fois que les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie sont terminés, les médecins spécialistes se retournent vers le médecin de famille pour qu'il assure les soins palliatifs de fin de vie et le suivi à domicile. Le médecin de famille est intrinsèquement considéré comme le médecin responsable des soins palliatifs de fin de vie.

Il devient donc important que tout médecin de famille possède des connaissances de base dans le traitement de la douleur et des symptômes courants au stade des soins palliatifs de fin de vie. Le lien de confiance qui s'est érigé entre un patient et son médecin de famille peut être un atout dans le cheminement psychologique et spirituel du patient à la fin de sa vie. Il importe donc que le médecin de famille se sente à l'aise avec les connaissances cliniques et les principes généraux qui sous-tendent la philosophie des soins palliatifs de fin de vie.

Ce champ de pratique est intimement lié à l'approche bio-psycho-sociale et spirituelle de l'être humain et qui nécessite une approche multidisciplinaire.

Or, nous constatons que la préparation des médecins à cette problématique pourrait être améliorée par l'ajout de stages obligatoires, mais également par l'ajout d'un stage électif. Puisque certains médecins orienteront leur pratique vers l'hospitalisation et les soins à domicile, deux types de pratique où l'on rencontre régulièrement des patients atteints de cancer en phase palliative, ils auront besoin de raffiner leurs connaissances en soins palliatifs de fin de vie. Depuis plus de 25 ans, les soins palliatifs de fin de vie sont en évolution et font appel à une pharmacopée de plus en plus complexe, d'où la nécessité d'assumer la formation continue des médecins travaillant dans ce domaine.

Le stage électif est offert à l'ensemble des résidents II en médecine de famille de l'Université de Sherbrooke qui démontrent un intérêt pour les soins palliatifs de fin de vie et qui désirent parfaire leurs connaissances, peu importe leur unité de médecine familiale d'attache. Ce stage est également offert aux résidents dans les programmes de spécialités de l'Université de Sherbrooke.

Il s'agit d'un stage de quatre semaines le résident sera mis en contact avec les malades hospitalisés du CHUS-Hôpital Fleurimont, ainsi qu'avec les patients en phase palliative avancée et terminale de la Maison Aube-Lumière. Le résident fera partie de l'équipe multidisciplinaire de soins palliatifs de fin de vie. Il pourra discuter avec chaque membre de l'équipe sur une base individuelle. Le troisième jeudi du mois, il prendra la parole devant l'équipe de soins palliatifs de fin de vie sur un thème de son choix. La rencontre se fera soit sous forme de club de lecture, soit sous forme de présentation de cas cliniques avec révision de la littérature sur le sujet.

L'encadrement du stage sera assuré par les médecins pratiquant au CHUS-Hôpital Fleurimont et à la Maison Aube-Lumière. Le résident sera évalué selon les modalités habituelles des stages cliniques.

Objectifs du stage électif en soins palliatifs R-2 Sherbrooke

1. Connaître la philosophie des soins palliatifs de fin de vie, notamment en ce qui a trait à :
 - l'approche bio-psycho-sociale ;
 - l'approche interdisciplinaire ;
 - la qualité de vie.
2. Décrire les différents types de douleur. Se familiariser avec le concept de douleur globale.
3. Savoir utiliser les opiacés pour le soulagement de la douleur et de la dyspnée.
4. Savoir utiliser les co-analgésiques.
5. Connaître les situations d'urgence en soins palliatifs de fin de vie et savoir intervenir dans ces situations.
6. Être capable de discuter du pronostic, du type d'intervention thérapeutique nécessaire et des décisions de fin de vie avec le patient et sa famille ; se familiariser avec les principes éthiques de l'euthanasie, de l'aide au suicide et de l'acharnement thérapeutique.
7. Démontrer des aptitudes de communication efficaces au cours du *counseling* éducatif offert aux mourants et à leur famille.
8. Décrire ses propres préoccupations dans son cheminement avec les patients mourants et leur famille.

Déroulement du stage

Horaire du stage électif

	1 ^{ère} SEMAINE	2 ^e SEMAINE	3 ^e SEMAINE	4 ^e SEMAINE
Avant-Midi	CHUS-Fleurimont	CHUS-Fleurimont	CHUS-Fleurimont	CHUS-Fleurimont
Après-midi	CHUS-Fleurimont	CHUS-Fleurimont	Aube-Lumière	Aube-Lumière

Activités universitaires

- Retour sur les lectures dirigées ;
- présentation d'un cas clinique avec révision de la littérature sur le sujet ou club de lecture le troisième jeudi de chaque mois.

Activités cliniques

- Consultations aux étages et à l'urgence du CHUS-Hôpital Fleurimont ;
- suivi des patients hospitalisés au CHUS-Hôpital Fleurimont ;
- suivi de certains patients à l'extérieur de l'hôpital, que le résident aura préalablement vus en consultation à l'hôpital ;
- participation à la réunion hebdomadaire multidisciplinaire de soins palliatifs de fin de vie ;
- admission et suivi de patients à la Maison Aube-Lumière.

Lieux de stage

CHUS – Hôpital Fleurimont
3001, 12^e Avenue Nord
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4
(819) 346-1110, poste 13101
Responsables :
D^{re} Stéphanie Perron
D^{re} Agnès Desrochers
D^{re} Julie Monast

La Maison Aube-Lumière
220, rue Kennedy Nord
Sherbrooke (Québec) J1E 1E7
(819) 821-3120
Responsable :
D^r Jean-Marc Bigonnesse

Liste des lectures dirigées en soins palliatifs de fin de vie

- Soins palliatifs de fin de vie : philosophie et concept, D^r André Brizard, printemps 1996.
- Texte tiré du cours « Pharmacothérapie de la douleur », Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal, M^{me} Andrée Néron, janvier 2003.
- Schémas de physiopathologie de la douleur, D^r André Brizard.
- *Guide pratique des soins palliatifs de fin de vie : gestion de la douleur et autres symptômes*, 3^e édition. Chapitres : « Douleur-généralités »; « Analgésiques : principes d'utilisation »; « Administration parentérale des opiacés »; « Voies alternatives »; « Les co-analgésiques ».
- Conférences de formation professionnelle continue « Reconnaître la souffrance et la soulager », D^r Mario Dubuc, Université de Sherbrooke, avril 2003.
- *Oncology Emergencies, Cancer: Principles and Practice of Oncology*, 5^e édition, chapitre 49, 1997, p. 2469-2522.
- Cours sur « Les symptômes courants en soins palliatifs de fin de vie », D^{re} Stéphanie Perron, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke, janvier 2003.
- « L'occlusion intestinale en soins palliatifs de fin de vie », D^{re} Renée Dugas, *L'omnipraticien*, vol. 1, n^o 2, 23 octobre 1997.
- Conférence de formation professionnelle continue « Les soins palliatifs de fin de vie respiratoires à domicile : dyspnée, détresse respiratoire et toux incoercible », D^{re} Stéphanie Perron, Université de Montréal, mai 2003.
- Conférence de formation professionnelle continue « L'hypercalcémie », D^r Mario Dubuc, Congrès québécois des soins palliatifs de fin de vie, printemps 1999.
- « Perspectives cliniques et éthiques d'une décision en matière de réanimation », D^{re} Michelle Dallaire, *Le Médecin du Québec*, vol. 34, n^o 10, octobre 1999.
- Sommaire de politique de l'AMC sur « L'Euthanasie et l'Aide au suicide » (mise à jour 1998)
- Sommaire de politique de l'AMC sur la « Déclaration conjointe sur la réanimation » (mise à jour 1995).

**Annexe 3 : Description du cours en soins palliatifs de fin de vie offert par l'Université Laval
en collaboration avec la Maison-Michel Sarrazin**

Programme de formation médicale complémentaire en médecine palliative

Guide à l'intention du résident ayant satisfait aux exigences
du Collège des médecins de famille du Canada
et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Rédigé par Lucien Latulippe, M.D.

Révisé par Hélène Sergerie

Préparé par France Bédard, agente de secrétariat

Le 24 avril 2001

Introduction

La faculté de médecine de l'Université Laval offre un programme de formation médicale complémentaire en médecine palliative.

Ce programme est approuvé par le Conseil de l'Université Laval et agréé conjointement par le Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Le résident qui terminera un programme de médecine palliative aura acquis l'expertise nécessaire pour offrir des soins de qualité aux patients atteints de cancer ou d'une maladie qui menace leur survie.

Ces soins de qualité répondront également aux besoins psychologiques, sociaux et spirituels des patients et de leur famille.

Direction du programme

DIRECTEUR DU PROGRAMME
Lucien Latulippe, M.D. FRCPC
Service de soins palliatifs de fin
de vie
CHUQ-CHUL
2705, boulevard Laurier
Sainte-Foy (Québec) G1V 4G2

Télécopieur : (418) 654-2798
Téléphone : (418) 664-5192

DIRECTEUR DE LA RECHERCHE
Pierre Gagnon, M.D., FRCPC
Psychiatre-oncologue
CHUQ-Hôtel-Dieu de Québec
11, côte du Palais
Québec (Québec) G1R 2J6

CODIRECTEUR DU
PROGRAMME
Claude Lamontagne, M.D.
Secrétaire
Comité de programme de
médecine palliative Maison
Michel-Sarrazin
2101, chemin Saint-Louis
Sillery (Québec) G1T 1P5

Durée du programme

La durée de ce programme de formation est d'une année.

Exigences d'admission

En plus de satisfaire aux exigences générales d'admission stipulées dans le Règlement des études, le candidat devra avoir satisfait aux exigences du Collège des médecins du Québec, du Collège des médecins de famille du Canada et du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Le fait de satisfaire à la règle générale d'admission n'entraîne pas automatiquement l'admission d'un candidat. Chaque demande d'admission est étudiée par le Comité d'admission du programme de formation médicale complémentaire en médecine palliative qui, dans son évaluation, tient compte du dossier d'études universitaires du candidat, de son plan de carrière, de sa motivation, de son curriculum vitæ ainsi que de la capacité d'accueil du programme.

Capacité d'accueil du programme

Le nombre total de médecins résidents en stage dans ce programme ne peut dépasser trois.

Objectifs de la formation

Au terme de sa formation, le résident aura acquis des compétences additionnelles dans le domaine de la médecine palliative et pourra offrir des services de première ligne et de consultation en soins palliatifs de fin de vie. De plus, il sera apte à :

- reconnaître et décrire les comportements médicaux ou sociétaux devant la fin de la vie et la mort ;
- offrir une approche axée sur la personne ;
- prendre conscience de ses propres questions et préoccupations face à la fin de la vie et à la mort ;
- agir au fonction de l'interaction complexe des besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des patients mourants et de leur famille ;
- travailler efficacement dans une équipe interdisciplinaire ;
- prendre en charge des patients qui sont traités dans divers milieux et organisations de soins ;
- traiter des patients à domicile ;
- intégrer les normes acceptées au regard des soins palliatifs de fin de vie à l'exercice de la médecine ;
- intégrer un processus décisionnel, fondé sur des données probantes, aux soins offerts aux patients mourants et à leur famille ;
- discuter des questions d'éthique auxquelles sont confrontés les patients mourants, leur famille et leurs médecins, notamment les décisions entourant la fin de la vie, les directives antérieures, la planification des soins, l'aptitude à consentir, l'euthanasie et le suicide assisté.

OBJECTIFS SPÉCIFIQUES – ADDENDUM 1

Milieus de stages cliniques

Les stages cliniques se déroulent dans les établissements suivants :

Établissements	Particularités
CHUQ – CHUL	Pédiatrie et oncologie pédiatrique Clinique de la douleur Consultations assurées en soins palliatifs de fin de vie Unité regroupée de six lits en médecine palliative Unité de médecine familiale
Établissements	Particularités
CHUQ Hôtel-Dieu de Québec	Psycho-oncologie Néphrologie et dialyse Radio-oncologie Possibilité de stages optionnels en : urologie, gynécologie, hémato-oncologie Équipe de consultation intra-hospitalière Consultations assurées en médecine palliative dans différentes disciplines
Jeffery Hale	Lits consacrés à la gériatrie Lits polyvalents en soins palliatifs de fin de vie Ressource en éthique
Hôpital Laval	Cardiologie Pneumologie Consultations assurées en médecine palliative dans différentes disciplines Unité de médecine familiale Maintien à domicile
Maison Michel-Sarrazin	Centre suprarégional en soins palliatifs de fin de vie Équipe interdisciplinaire bien intégrée Établissement où sont admis uniquement les patients atteints de cancer en phase terminale Large expérience dans les aspects pédagogiques, éthiques et spirituels et dans le suivi du deuil Groupe de recherche

Contenu, organisation et déroulement du programme

CHUQ – CHUL

Au CHUQ et au CHUL, le résident sera intégré à une équipe de médecins qui ont acquis une expertise en soins palliatifs de fin de vie. Une unité de soins palliatifs de fin de vie de six lits reçoit les patients à différentes étapes de leur maladie. Dans ce service, le résident poursuivra le

développement de son autonomie au regard de son rôle de consultant. Il appliquera des plans de traitement et cerner les différents enjeux que présente la situation du patient et de ses proches. Sa polyvalence s'élargira au contact des différents partenaires sociaux avec lesquels l'infirmière de liaison et le travailleur social travaillent sur une base quotidienne.

Le CHUL est reconnu pour son Département de pédiatrie et son Service de pédiatrie-oncologie. À l'intérieur d'une équipe interdisciplinaire, le résident se familiarisera avec le comportement de l'enfant atteint d'une maladie qui menace sa survie et avec les réactions diverses de ses proches. Il participera au traitement de l'enfant malade.

Finalement, le résident aura l'occasion de connaître différentes maladies chroniques et d'y apporter un traitement. Il sera en contact avec les différentes techniques utilisées par les anesthésistes dans le cadre de la clinique de la douleur.

CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec

L'Hôtel-Dieu de Québec est le seul centre hospitalier de la région à offrir un service de radio-oncologie. Ainsi, le résident qui passera par ce centre connaîtra les indications et les résultats de la radiothérapie palliative. Il pourra également intégrer la radiothérapie aux autres formes de thérapie possible. Finalement, ce stage lui permettra d'évaluer les effets secondaires du traitement pour le patient.

Cet établissement offre un encadrement psychosocial des mieux structurés incluant un psychiatre oncologue qualifié et un travailleur social expérimenté dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. Il offre également des services en dialyse rénale.

Ce milieu permettra au résident de reconnaître les réactions d'adaptation normales et les plus fréquemment observées chez le patient et ses proches (anxiété, tristesse, insomnie, troubles de l'adaptation, de dépression, panique, etc.). Le résident pourra se familiariser avec les différentes interventions pour traiter les problèmes psychosociaux les plus fréquents en soins palliatifs de fin de vie : psychothérapie de soutien, suivi de deuil, relaxation, psychopharmacologie. Finalement, l'étudiant pourra parfaire ses capacités de communiquer avec les patients et leur famille et apprendre à garder la distance juste dans le but de se protéger dans sa vie professionnelle.

Le résident sera près des décisions entourant le parcours en dialyse et les situations délicates d'arrêt de la dialyse.

Une équipe de consultation en soins palliatifs de fin de vie est en place au CHUQ depuis mai 2000.

Hôpital Jeffery Hale

L'hôpital gériatrique Jeffery Hale dispose de lits polyvalents réservés aux soins palliatifs de fin de vie. Le résident y sera encadré par des médecins ayant une expertise en soins palliatifs de fin de vie. Il aura l'opportunité de se familiariser avec les différents enjeux éthiques généraux ou plus spécifiques à la population âgée.

Hôpital Laval

À l'Hôpital Laval, le résident sera intégré à une équipe de médecins qui ont acquis une expertise en soins palliatifs de fin de vie. Il poursuivra le développement de son autonomie en ce qui a trait à son

rôle de consultant. Il appliquera des plans de traitement et cernera les différents enjeux que présente la situation du patient et de ses proches. Grâce au suivi de patients à domicile, il se familiarisera avec un contexte de soins particulier de même qu'avec des partenaires complètement différents de ceux qu'il côtoiera en milieu hospitalier.

L'Hôpital Laval est reconnu pour ses unités de cardiologie et de pneumologie. Le résident s'y familiarisera avec les pathologies pulmonaires et avec des pathologies terminales non cancéreuses.

L'acquisition des compétences nécessaires pour offrir des soins à domicile sera assurée principalement au cours des stages dans cet établissement.

Bureau en médecine familiale

Il a été convenu avec la directrice du programme en médecine familiale que le résident, au cours de ses stages, maintienne son bureau en médecine familiale dans la même unité d'attache que lors de sa formation en médecine familiale. Cette mesure permettra au résident de cultiver sa polyvalence au moment où il amorcera sa pratique. Il en est de même pour les résidents en spécialité.

Maison Michel-Sarrazin

La Maison Michel-Sarrazin est un centre de soins palliatifs de fin de vie de quinze lits affilié à l'Université Laval. En décembre 1999, la Maison Michel-Sarrazin a été désignée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec comme Centre de soins palliatifs de fin de vie à vocation supra-régionale dans la poursuite de sa triple mission de soins, de formation et de recherche. La Maison Michel-Sarrazin reçoit exclusivement des malades adultes atteints de cancer avancé dont la condition clinique suppose une espérance de vie de deux mois ou moins. Environ 320 malades sont admis annuellement et leur durée de survie moyenne et médiane est de seize et neuf jours respectivement.

L'équipe soignante interdisciplinaire de la Maison Michel-Sarrazin est composée de médecins, d'infirmières, de pharmaciens et de travailleuses sociales expérimentés. Durant son stage, le résident sera intégré à part entière à l'équipe soignante. Il sera directement responsable du soin quotidien d'un certain nombre de malades sous la supervision d'un des médecins de l'équipe médicale. Cette responsabilité inclura sa participation aux diverses interventions psychosociales auprès du malade ou de ses proches lorsque cela s'avèrera nécessaire.

Au cours de son stage, le résident acquerra des aptitudes dans la prestation des soins biopsychosociaux qui caractérisent la fin de la vie. Il acquerra principalement une expertise indiscutable en ce qui concerne la diversité des interventions visant à soulager les symptômes apparaissant à la fin de la vie, dans le respect des exigences éthiques des interventions palliatives. Au cours de ce stage, le résident développera aussi ses compétences en tant que formateur en participant à l'encadrement et à la supervision des autres stagiaires en médecine et aux activités scientifiques régulières de la Maison Michel-Sarrazin.

Les stages se dérouleront dans les séquences suivantes :

Périodes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Rés. A	MMS	MMS	CHUL	CHUL	Laval	Laval	MMS	MMS	Radio-onco	Psycho-onco	Jeff	Option
Rés. B	Laval	Laval	MMS	MMS	Radio-onco	Psycho-onco	CHUL	CHUL	MMS	MMS	Option	MMS
Rés. C	CHUL	CHUL	Laval	Laval	MMS	MMS	Radio-onco	Psycho-onco	Option	Jeff	MMS	Jeff

Aspects pédagogiques et scientifiques du programme

Séances d'enseignement

Le résident participera aux tournées quotidiennes dont les modalités varient en fonction du milieu de stage. Par exemple, à la Maison Michel-Sarrazin, le résident suivra conjointement avec chacun des trois médecins de l'équipe médicale un certain nombre de patients. Comme il n'y a pas de tournée générale, le résident effectuera la tournée avec chacun des médecins selon un horaire prédéterminé.

Durant ses quatre mois de stage à la Maison Michel-Sarrazin, le résident devra assister à la réunion clinique hebdomadaire qui se tient le mardi après-midi. Cette réunion comporte une discussion-réflexion sur un problème de soins palliatifs de fin de vie et peut aussi inclure une discussion sur des cas cliniques difficiles auxquels les intervenants ont été confrontés.

Durant son stage au pavillon CHUL et à l'Hôpital Laval, le résident sera aussi tenu d'assister à la réunion hebdomadaire du service de soins palliatifs de fin de vie. Le résident participera à la préparation de certaines de ces réunions afin d'être capable d'en assumer la préparation au terme de sa formation.

Une liste des conférences auxquelles devra assister le résident sera déterminée au début de chacun de ses stages cliniques en fonction des possibilités qu'offrira chacun des milieux de formation. Cette liste sera consignée au dossier de chaque résident.

Séances d'enseignement

Avec l'aide de personnes-ressources, le résident devra suivre un programme de lecture dirigée qui abordera les grands thèmes de la médecine palliative. D'autres thèmes seront abordés dans quatre ateliers :

- évaluation et traitement des nausées et vomissements incluant l'occlusion intestinale ;
- évaluation et traitement de la douleur dans le cancer ;
- évaluation et traitement des problèmes liés à la fin de la vie (*delirium*, agitation et détresse respiratoire) ;
- séminaire en éthique (abstention de traitement ou retrait du traitement en cours).

Les activités scientifiques

Le résident devra assister à la réunion scientifique mensuelle des médecins de soins palliatifs de fin de vie de la région de Québec qui se tient à la Maison Michel-Sarrazin le dernier mardi de chaque mois.

Un séminaire d'épidémiologie clinique se tiendra deux fois par mois à la Maison Michel Sarrazin.

De plus, le résident devra assister à des congrès, dont le congrès annuel de l'Association québécoise de soins palliatifs de fin de vie. Il pourra aussi assister à un autre congrès national en fonction de ses intérêts et de ses disponibilités, après entente avec le directeur du programme en début d'année.

Sciences fondamentales

Comme le niveau de connaissances des sciences fondamentales variera beaucoup en fonction de la formation antérieure du résident, il serait inapproprié de proposer une formation uniforme. Un programme individualisé sera établi au cours du premier mois de résidence à partir d'un bilan des connaissances en sciences fondamentales du résident.

Biostatistique et évaluation critique des ouvrages scientifiques

Chaque résident devra acquérir les connaissances de base en épidémiologie clinique, sauf s'il les a acquises antérieurement par une formation adéquate. Ces connaissances sont essentielles pour procéder à une évaluation critique rigoureuse des ouvrages scientifiques.

L'acquisition des connaissances se fera par auto-apprentissage dirigé basé sur la lecture des chapitres pertinents d'un livre de référence portant sur l'épidémiologie clinique. Le livre intitulé *Épidémiologie clinique* de Robert H. Fletcher est un exemple d'ouvrage de référence qui pourrait être utilisé. Un programme de lecture dirigée sera établi au début du stage. Un séminaire sera organisé sur une base bimensuelle pour clarifier les notions présentées dans les chapitres retenus et pour discuter de leurs applications pratiques en soins palliatifs de fin de vie.

Chacun des résidents devra présenter une évaluation critique d'un article scientifique portant sur la recherche en soins palliatifs de fin de vie en utilisant une grille de lecture critique préétablie. L'article sera choisi conjointement par le résident et le responsable du séminaire, qui fait partie du groupe de recherche de la Maison Michel-Sarrazin. Cette présentation sera intégrée au programme de présentations scientifiques régulier de la Maison Michel-Sarrazin, auquel sont conviés tous les médecins actifs en soins palliatifs de fin de vie de la région de Québec.

Un bilan de la formation antérieure du résident au regard de ses connaissances de base en épidémiologie et biostatistique sera effectué au cours des deux premières semaines de sa résidence. Un programme de formation individualisé sera conçu à la lumière de ce bilan. Ce programme sera surtout basé sur la lecture dirigée du livre intitulé *Épidémiologie clinique*, de *Robert Fletcher et al.*

Au cours de ses trois premiers mois de stage, le résident choisira l'une des deux options suivantes afin de réaliser un travail majeur durant le reste de son année de stage :

- A. Réalisation d'un projet de recherche relié au programme de recherche de l'équipe de soins palliatifs de fin de vie de la Maison Michel-Sarrazin. Ce projet devra être planifié avec l'un des chercheurs de l'équipe, lequel assurera l'encadrement méthodologique. Ce projet devra constituer un tout en lui-même, même s'il est greffé à l'une des études en cours. Ce projet devra être formulé par écrit, évalué formellement, approuvé et déposé dans le dossier universitaire du candidat. Une présentation ou un article scientifique devra résulter de cette activité.

- B. Réalisation d'un projet d'évaluation de la qualité de l'acte ou d'une revue de la littérature sur un problème clinique important en médecine palliative, sous la supervision d'un clinicien agréé par le comité de programme. Ce projet devra être formulé par écrit, évalué formellement, approuvé et déposé dans le dossier universitaire du candidat. Cette activité devra inclure la préparation d'un rapport, d'une conférence ou d'un article scientifique.

Le résident participera aux sessions de lecture critique d'articles scientifiques qui sont offertes aux résidents de médecine familiale dans les unités de médecine familiale de l'Hôpital Laval et du Centre hospitalier universitaire. Il sera en charge de la présentation critique d'au moins un article concernant la médecine palliative.

Évaluation du rendement des résidents

Modalités d'évaluation en cours de formation :

- évaluation mensuelle des stages cliniques à l'aide d'une fiche fournie par le Bureau des études médicales post-m.d. ;
- évaluation des présentations scientifiques ;
- évaluation du projet universitaire : il s'agit d'un travail de réflexion choisi au départ ou en cours de stage ;
- méthodes d'évaluation ;
- observations directes ;
- évaluation des attitudes ;
- discussion possible entre les membres du corps professoral et le résident des progrès de ce dernier au sein du programme.

Afin de faciliter son évaluation, le résident rencontrera le responsable de stage une fois par mois. Il rencontrera aussi le directeur du programme trois fois par année. Des rencontres supplémentaires ponctuelles lui seront enfin offertes selon ses besoins.

Annexe 4 : Activités organisées par divers hôpitaux, universités et associations au cours des dernières années*

Université de Montréal

Plusieurs congrès traitant d'oncologie et destinés aux médecins de famille furent présentés à l'Université de Montréal depuis l'année 1994.

1994 : Mise à jour en oncologie en médecine familiale - Dépister le néo du sein, le néo colorectal et le néo de la prostate.

1995 : Mise à jour en oncologie en médecine familiale - Dépister et évaluer les principaux cancers en hémato-oncologie et en gynécologie et décrire les traitements actuels.

1996 : Soulagement du patient cancéreux - Contrôle des principales douleurs, inconforts et modalités thérapeutiques.

1997 : Néo du sein - Facteurs de risque, dépistage, investigation, traitements et soins palliatifs de fin de vie.

1998 : Les néo urologiques - Reconnaissance, dépistage, diagnostic, investigation, traitements et suivi.

2000 : Les cancers chez la femme - Évaluation et suivi des cancers et pronostic du néo de l'ovaire, du néo du col utérin et de l'endomètre; hormonothérapie ; néo du colon et néo du poumon.

Université Laval

Certaines conférences en oncologie furent présentées à l'Université Laval lors des congrès suivants :

- 1992 : Floride thérapeutique - Cancer du sein : médicaments.
- 1993 : Les journées médicales de l'Hôpital du Saint-Sacrement - Soleil et Peau.
- 1993 : Rencontre aux Îles : Le cancer gynécologique.
- 1994 : Journées médicales de l'Hôpital du Saint-Sacrement - Dépistage du cancer.
- 1994 : 4^e Congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs de fin de vie - Soins palliatifs de fin de vie.
- 1997 : 7^e Congrès de l'Association québécoise de soins palliatifs de fin de vie - Soins palliatifs de fin de vie.
- 1997 : Rencontre aux Îles - Tumeurs Cutanées.
- 1997 : Conférences médicales du mercredi - Soins palliatifs de fin de vie.
- 1999 : Journées médicales du CHA pavillon Saint-Sacrement et pavillon Enfant-Jésus - Soins palliatifs de fin de vie.
- 1999 : Les entretiens pédiatriques 1999 : Le cancer chez l'enfant.
- 2000 : Cancer du sein : mise à jour.
- 2000 : Rencontre aux Îles : Le dépistage des cancers.
- 2002 : Mise à jour : Dépistage du cancer colorectal et pot-pourri de cas cliniques en gastro-entérologie.
- 2003 : Rencontre aux Îles : cancer colorectal.

De plus, l'Université Laval, en collaboration avec la Maison Michel-Sarrazin et la Régie régionale de la santé et des services sociaux, publie un répertoire des activités en soins palliatifs de fin de vie : *Formation réseau en soins palliatifs de fin de vie, répertoire 2003-2004*.

Université de Sherbrooke

Certains congrès ayant pour thème l'oncologie ont été organisés par l'Université de Sherbrooke.

- 1995 : Nutrition et prévention du cancer - Est-ce possible? - L'alimentation peut-elle influencer la progression du cancer ?
- 1996 : Hormonothérapie et ménopause : devrions-nous craindre le cancer du sein ?
- 1996 : Le cancer du sein - Dépistage, investigation et suivi.
- 1997 : Le cancer et le médecin de famille.
- 1997 : Le cancer et le médecin de famille.
- 1998 : Le cancer du sein - Où en sommes-nous en 1998 ?
- 1999 : Surveillance des polypes du colon et dépistage du cancer colorectal.
- 1999 : Quand suspecter une douleur référée d'origine non articulaire (ex: cancer du poumon : douleur à l'épaule).
- 2000 : Masses cervicales: ganglions, scialadénite, cancer, etc.
- 2001 : Produits naturels et prévention du cancer.
- 2002 : Votre patiente a eu un cancer du sein : quel suivi clinique est attendu par le médecin de famille ?
Votre patiente suit des traitements de chimiothérapie: l'essentiel à connaître pour le médecin de famille.
Lymphocytose - Leucémie lymphoïde chronique: quand s'inquiéter.
Bosse au niveau du cou...que faire ?
- 2003 : Polypes du colon et cancer colorectal.
- 2004 : La douleur et le cancer.
- 2004 : Les soins de fin de vie.

Université McGill

Quelques organismes, en collaboration avec l'université McGill, participent à la diffusion d'ateliers de formation pour le médecin de famille dans le but d'améliorer la pratique en oncologie.

Collège des médecins du Québec

Certains ateliers, dont les suivants, sont offerts par le Collège des médecins du Québec :

- l'examen médical périodique (on notera que cet atelier n'est plus offert et que sa mise à jour n'est plus assurée) ;
- l'annonce de la mauvaise nouvelle (mélanome) ;
- l'amélioration de la communication dans le cancer du sein ;
- l'intensité des soins de fin de vie.

La FMOQ et ses associations affiliées

La FMOQ et ses associations affiliées organisent ou ont organisé des colloques dans le domaine de l'oncologie.

1993 : Hémato-oncologie.
2004 : Hémato-oncologie (à venir).

Le Conseil québécois de lutte contre le cancer

Par les années passées, le Conseil québécois de lutte contre le cancer a organisé quatre colloques. En 2004, il a également permis la tenue d'un forum.

2000 : L'interdisciplinarité et l'intervenant pivot, (Colloque).
2001 : La coopération un outil essentiel pour un véritable réseau intégré, (Colloque).
2002 : Le cancer du sein, (Colloque).
2003 : Le cancer du poumon, (Colloque).
2004 : L'infirmière pivot en oncologie, (Forum).

Les hôpitaux

Il est possible de faire des stages de perfectionnement dans la plupart des milieux hospitaliers.

Des activités de formation continue peuvent être également organisées par ces organisations :

- Le Collège des médecins de famille du Canada ;
- Le Collège québécois des médecins de famille ;
- Les fondations (cancer) ;
- L'Association des médecins de langue française ;
- Les compagnies pharmaceutiques, etc.

Enfin, le Conseil de l'éducation médicale réunit les quatre universités, les deux fédérations et le Collège des médecins du Québec. Cet organisme s'avère utile pour développer la formation médicale continue en oncologie à l'intention du médecin de famille et pour favoriser la concertation entre les divers milieux intéressés.

Annexe 5 : Formulaire de demande de consultation en oncologie

**DEMANDE DE CONSULTATION
EN ONCOLOGIE**

Identification du patient
Nom :
Numéro d'assurance maladie :

Date de consultation : __/__/__

Médecin de famille : _____

Adresse : _____

Téléphone : __ (____) _____

Spécialité demandée :

.....

Médecin :

.....

Maladie actuelle :

.....

Antécédents personnels :

.....

Antécédents familiaux pertinents :

.....

Médication :

.....

Examen physique pertinent :

.....

Diagnostic :

.....

Traitements effectués: Radiothérapie Chimiothérapie Chirurgie

DEMANDE DE CONSULTATION EN ONCOLOGIE

Identification du patient

Nom :

Numéro d'assurance maladie :

Copie jointe de résultats :

Imagerie

Pathologie

Laboratoire

Consultation

Autres

Patient informé du diagnostic :

Oui

Non

Suivi simultané

Transfert

Patient au courant du pronostic :

Oui

Non

Faire parvenir copie des résultats de l'investigation : Oui

Non

Signature : _____

Annexe 6 : Formulaire d'évaluation du médecin consultant en oncologie

**ÉVALUATION DU MÉDECIN
CONSULTANT EN ONCOLOGIE**

Identification du patient
Nom : _____
Numéro d'assurance maladie : _____

Date de consultation : ___/___/___

Médecin consultant : _____ Spécialité : _____

Lieu de consultation : _____

Médecin de famille : _____ Adresse : _____

Téléphone : () _____

Investigation :

.....
.....
.....

Diagnostic :

.....
.....
.....

Stade : T N M Métastases (sites) : _____

Patient au courant du diagnostic : Oui Non

Pronostic : Bon
Réservé
Indéterminé

Patient au courant du pronostic : Oui Non

Type de traitement : Curatif Palliatif

ÉVALUATION DU MÉDECIN CONSULTANT EN ONCOLOGIE (SUITE 1)

Traitements

réalisés : Chirurgie Radiothérapie Chimiothérapie
Date : __/__/__ Date de début : __/__/__ Date de début : __/__/__
Type : _____ Nombre de traitements : ____ Type : _____

Médication :

.....
.....
.....
.....

Points à surveiller :

.....
.....
.....
.....

Effets indésirables des traitements :

.....
.....
.....
.....

Complications :

.....
.....
.....
.....

Recommandations pour le suivi par le médecin de famille :

.....
.....
.....

Référence psychosociale : Oui Non Établissement : _____

Soins à domicile : Oui Non Établissement : _____

Date de relance prévue en spécialité : __/__/__

Signature : _____

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET AUTRES

- (1) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, « *Une synthèse des politiques sur les services de première ligne* », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, N° 12, mars 2003.
- (2) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Programme québécois de lutte contre le cancer : Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Gouvernement du Québec, 1997, 185 pages.
- (3) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC, *La lutte contre le cancer dans les régions du Québec, un premier bilan*, Service de lutte contre le cancer au Québec, Gouvernement du Québec, 2004, 392 pages.
- (4) COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, Commission sur l'exercice de la médecine des années 2000, 1998.
- (5) ASSOCIATION CANADIENNE DES AGENCES PROVINCIALES DU CANCER, *Goals and Objectives of the Family Physician Initiative*, (memo). 2001.
- (6) Centre de cancérologie, Hôpital de Gatineau, *CME Oncologists and Family Physicians*, 2003.
- (7) FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *GMF, d'abord l'affaire des omnipraticiens*, www.fmoq.org, 2003.

Ouvrages consultés

ASSOCIATION DES HÉMATOLOGUES DU QUÉBEC, *Plan des effectifs médicaux FMSQ*, 2003.

CANCER SERVICES COLLABORATIVE, *Services Improvement Guide : Primary Care*, 2002.

CENTRE RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE D'OTTAWA, *New Patient Referral Form*, 2003.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA, *Rapport du Comité sur le curriculum de la section des enseignants en médecine familiale*, 1995.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'intensité des soins en fin de vie*, (atelier), 2003.

ENVIRONICS RESEARCH GROUP « *CANADIAN'S ATTITUDES TOWARD CANCER CARE AND THE CANADIAN STRATEGY FOR CANCER CONTROL* », *Focus Canada*, vol. 3, octobre 2002.

FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC, *Analyse des avis du Conseil médical du Québec, Comité sur la réorganisation des soins médicaux de première ligne*, 1997.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. « *UNE SYNTHÈSE DES POLITIQUES SUR LES SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE* », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, N° 12, Mars.

Government of UK, *Referral Guidelines for Suspected Cancer*, 2000.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC . *Pour une meilleure compréhension des besoins des personnes atteintes de cancer*, Comité consultatif sur le cancer, Direction générale des affaires médicales et universitaires, Gouvernement du Québec, 1995, 89 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Les services de soutien et de soins aux personnes atteintes de cancer*, Comité consultatif sur le cancer, Direction générale des affaires médicales et universitaires, Gouvernement du Québec, 1996, 73 pages.

R. Dutil « L'OMNIPRATICIEN, D'ABORD UN MÉDECIN DE FAMILLE DANS SA COMMUNAUTÉ », *Le médecin du Québec*, vol. 35, N° 11, novembre, 2000, p. 13-15.

Régie régionale de la Chaudière-Appalaches, *Synthèse des commentaires exprimés par des personnes atteintes et des proches lors des rencontres de groupes de discussions sur leurs besoins [(mai 2001) , Portrait régional (avril 2002)]*.

Université Laval, Faculté de médecine *Programme de résidence en médecine familiale : Objectifs et compétences*, édition de janvier, 2003, 25 pages.

