



## Diabète à Montréal

### de l'aide en première ligne

*Francine Fiore*

**À Montréal, les médecins de famille ne sont plus seuls face au diabète. Ils peuvent dorénavant compter sur une équipe interdisciplinaire. Les premières données semblent montrer que grâce à cette collaboration, les patients diabétiques auraient un meilleur bilan lipidique, un meilleur taux d'hémoglobine glyquée et se nourriraient mieux.**

**E**N 2008, pour **M. Alain Robert**, alors âgé de 58 ans, c'est le choc. Le diagnostic de diabète de type 2 vient de tomber. Lui qui se croyait en bonne santé doit non seulement prendre des médicaments, mais aussi de l'insuline. Son ancien médecin de famille lui avait pourtant déjà recommandé de surveiller son alimentation et de faire de l'exercice, parce que sa glycémie se rapprochait sérieusement du seuil du diabète.

Pour aider M. Robert à faire face à sa maladie, son nouveau médecin de famille, la **D<sup>re</sup> Johanne Desforges**, l'a orienté vers le Centre de référence sur le diabète du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Sud-Ouest-Verdun. « Je ne connaissais rien au diabète, avoue M. Robert. Je ne croyais pas que c'était aussi sérieux. » En trois jours, il a appris à mieux connaître sa maladie et la manière de se traiter. Pour lui, le centre d'enseignement était comme une école. « J'y ai rencontré une nutritionniste, un kinésologue et une infirmière. J'ai modifié bien des choses, dont mon alimentation. J'ai également appris à calculer

les glucides et à les répartir selon les repas et j'ai pris conscience de l'importance de l'activité physique. »

M. Robert apprécie également le fait de rencontrer d'autres diabétiques au centre. « C'est très important, dit-il. Nous discutons entre nous de nos difficultés. » M. Robert continue de fréquenter le centre périodiquement et visite son médecin de famille deux fois par année.

### **Une équipe interdisciplinaire pour épauler le médecin**

Le Centre de référence sur le diabète du CSSS du Sud-Ouest-Verdun a servi de projet-pilote au nouveau Programme de gestion des maladies chroniques en première ligne mis sur pied en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Depuis l'ouverture du centre, en 2007, 2350 patients y ont été suivis par l'équipe interdisciplinaire. La majorité des médecins de famille du CSSS y ont adressé des patients.

Le nombre de diabétiques étant énorme, les équipes soignantes étaient débordées. « Nous



**« Lorsqu'on arrive à donner une formation complète au patient, il devient plus autonome et plus motivé à suivre son traitement. Comme médecin de famille, on n'a toutefois pas toujours le temps de faire cet enseignement au cabinet. »**

– D<sup>re</sup> Johanne Desforges

étions découragés, dit la D<sup>re</sup> Desforges, qui pratique au GMF–clinique–réseau de Verdun. En tant qu'omnipraticienne, je n'arrivais pas à atteindre tous les objectifs prévus dans les lignes directrices. »

Les diabétiques représentent près de 40 % des patients de la clinicienne. « En tant que médecin de famille, il n'y a pas que le diabète que je dois traiter chez un patient, dit-elle. Je dois aussi m'occuper des autres problèmes. Souvent, la personne sort du cabinet confuse au sujet de sa maladie, même si je la lui ai expliquée. Or, lorsqu'on arrive à donner une formation complète au patient, il devient plus autonome et plus motivé à suivre son traitement. Comme médecin de famille, on n'a toutefois pas toujours le temps de faire cet enseignement au cabinet. »

Maintenant, lorsqu'elle prend en charge un diabétique, la D<sup>re</sup> Desforges dirige son patient vers l'infirmière de son GMF qui va lui expliquer les bases de sa maladie, le sensibiliser à l'importance de bien se traiter et l'écouter exprimer ses inquiétudes. S'il a besoin d'antihyperglycémiant par voie orale ou d'insuline, l'infirmière dispose des ordonnances collectives nécessaires pour ajuster les doses. « Théoriquement, je devrais revoir ce patient dans trois mois plutôt que la semaine suivante », indique la clinicienne.

L'infirmière du GMF, tout comme le médecin, peut adresser le patient au centre d'enseignement sur le diabète qui offre un programme sur les habitudes de vie et, pour les patients plus malades, un stage de trois jours.

*Depuis l'ouverture du centre, en 2007, 2350 patients y ont été suivis par l'équipe interdisciplinaire. La majorité des médecins de famille du CSSS y ont adressé des patients.*

**Tableau 1**  
**Processus clinique**

**Projet sur le risque cardiométabolique – Volet diabète**

		Visites									
	Date de la rencontre	Recrutement et inscription (- 1 mois)	Stage ou visite 1	1 mois	2 mois	3 mois	6 mois	12 mois	15 mois	18 mois	24 mois
Rencontres individuelles	Médecin omnipraticien	×				PRN	×	×		×	×
	Médecin spécialiste		Si stage								
	Nutritionniste		×			×	×	×		×	×
	Infirmière		×								
	Kinésologue					Programme d'activité physique (si disponible)					
Rencontres de groupe	Infirmière			×	×				×		
	Kinésologue			×	×				×		
	Nutritionniste			×	×				×		
	Intervenant psychosocial				×						
	Évaluation										

Centre d'éducation pour la santé (au besoin) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Centre d'abandon du tabagisme (au besoin) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010

Le diabétique a alors à sa disposition toute une équipe de professionnels de la santé. Il les rencontre selon une séquence préétablie. Le patient bénéficiera ainsi, pendant deux ans, d'un enseignement de groupe animé par une nutritionniste, une infirmière, un kinésologue, un pharmacien et un intervenant psychosocial (tableau 1). En outre, la nutritionniste et l'infirmière du centre assurent un suivi personnalisé. Cette dernière, entre autres, téléphone au patient pour corriger au besoin les doses d'insuline. Le patient passe également des bilans sanguins pour voir l'évolution de son état. Toute cette prise en charge se fait conformément aux données probantes et aux dernières lignes directrices. Le suivi médical, pour sa part, est effectué par le médecin de famille en collaboration avec les médecins du Centre de référence sur le diabète. « Pour moi, on peut parler de succès lorsque le patient est capable de prendre soin de lui et en a envie », affirme la D<sup>re</sup> Desforges.

L'omnipraticienne s'est engagée à fond dans la

création du Centre de référence sur le diabète de Verdun et a participé à toutes les étapes. Avec une infirmière clinicienne, elle a, entre autres, créé des ordonnances collectives pour la correction des doses d'insuline et d'antihyperglycémiant par voie orale. Elle a également participé à la formation des infirmières. Régulièrement, elle organise des séances de formation pour tous les professionnels de la santé qui participent au Programme.

La clinicienne estime que la particularité du centre est le réseautage. « Nous sommes en lien avec plusieurs organismes du CSSS, dont les groupes de médecine de famille, la clinique-réseau intégrée et les pharmacies de quartier. Nous venons également d'engager une organisatrice communautaire qui travaillera à la prévention des maladies chroniques sur le terrain en vérifiant les besoins dans la collectivité et en joignant des personnes qui ne fréquentent pas nécessairement l'hôpital ou les cliniques médicales. »

### Encadré

#### Caractéristiques des participants de l'étude

Nombre de participants :	1707 patients
Sexe :	Hommes : 46,3 % Femmes : 53,7 %
Âge :	59,4 ± 12,5 ans
Poids :	89,6 ± 20,3 kg
IMC :	33,2 ± 7,1 kg/m <sup>2</sup>
Tour de taille :	109,8 ± 15,5 cm
Type de diabète :	Diabète de type 2 : 89,1 % Prédiabète : 10,9 %
Fumeurs :	19,7 %
Centres évalués :	9 CSSS, 1 clinique-réseau intégrée

Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010

### Harmoniser la prise en charge des maladies chroniques

Le Programme de gestion des maladies chroniques en première ligne a été conçu selon le modèle de Wagner<sup>1</sup> sur le traitement des maladies chroniques. Cette approche repose sur une participation active du patient dans le traitement de sa maladie et sur le soutien des professionnels de la santé par les ressources du milieu.

L'objectif de l'Agence de la santé et de services sociaux de Montréal était d'harmoniser la prise en charge des clientèles atteintes de maladies chroniques. Comme le projet pilote de Verdun fonctionnait bien, elle a souhaité l'élargir à d'autres CSSS, en tenant compte de l'originalité et de la spécificité de chacun.

« L'Agence de Montréal a conçu des outils communs, comme des formulaires pour adresser les patients au centre d'enseignement. En collaboration avec les CSSS, elle a également élaboré un processus clinique identique pour tous les centres. À la demande des CSSS, elle a aussi créé des tables de discussion pour les kinésiothérapeutes, les nutritionnistes et les infirmières pour s'assurer qu'ils aient une démarche commune. Des médecins de terrain

1. Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice*. 1998 ; 1 (1) : 2-4.

sont également présents », explique la **D<sup>re</sup> Natalie Cliche**, médecin-conseil à l'agence de Montréal.

Actuellement, déjà dix des douze CSSS participent au programme sur le diabète. En mars, tous en feront partie. Le besoin s'en faisait sentir. « Il y avait peu de ressources interdisciplinaires en première ligne de soins médicaux », explique **M<sup>me</sup> Christiane Barbeau**, coordonnatrice professionnelle à l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

« On doit apprendre à travailler en interdisciplinarité, affirme la D<sup>re</sup> Desforges. C'est comme une équipe de football. On doit tous connaître notre rôle, se parler, s'écouter et s'apprécier. Au centre de l'équipe se trouve, bien sûr, le patient. Quand on prend le temps de lui enseigner ce qu'il doit savoir, il devient plus autonome. »

Comment se déroule la mise sur pied d'un centre d'enseignement du diabète ? Pour commencer, les représentants du CSSS rencontrent les cliniciens du territoire afin d'expliquer le programme, le formulaire d'orientation, la manière dont les informations circuleront entre le centre d'enseignement et eux. L'équipe du CSSS assure un suivi pendant deux ou trois ans. L'omnipraticien demeure, dans ce cadre, responsable de son patient. Régulièrement, il recevra un compte rendu de son évolution ainsi que les résultats de ses analyses de laboratoire. « Il s'agit d'un changement de pratique pour le médecin de famille habitué à travailler seul dans son cabinet avec un patient, une maladie, un traitement », indique la D<sup>re</sup> Cliche.

Ces centres d'enseignement du diabète ne constituent toutefois pas une nouveauté. Il en existe déjà dans les hôpitaux. « Ils sont cependant débordés et souvent réservés aux patients de l'établissement. Maintenant, ces centres au sein des hôpitaux peuvent se concentrer sur les cas plus complexes, mentionne le **D<sup>r</sup> André Bélanger**, endocrinologue et médecin expert en maladies chroniques à l'agence de Montréal. Actuellement, grâce aux centres d'enseignement des CSSS, les médecins de première ligne peuvent soigner les patients en collaboration avec une équipe interdisciplinaire composée d'une infirmière, d'une nutritionniste et d'un kinésiothérapeute. » Selon

le D<sup>r</sup> Bélanger, il faut poursuivre et étendre ce programme qui ne coûte annuellement pas plus de 200 \$ par patient.

### Un meilleur taux d'hémoglobine glyquée

Le Programme de gestion des maladies chroniques améliore-t-il vraiment la santé des patients diabétiques ? Pour le savoir, le D<sup>r</sup> Bélanger a analysé les données de 1707 diabétiques suivis pendant deux ans (*encadré*). Dans ce groupe, 84 % étaient pris en charge par le centre d'enseignement du diabète d'un CSSS. Les 16 % restant, des sujets plus atteints, étaient suivis par un médecin spécialiste dans un hôpital où ils rencontraient aussi une nutritionniste, une infirmière et un pharmacien.

Sur le plan du poids, les données révèlent que les sujets des deux groupes ont maigri au début de l'étude. Au bout de trois mois, les patients qui apprenaient à changer leurs habitudes de vie grâce à un centre d'enseignement avaient perdu 1,39 kg ( $P < 0,05$ ). À l'opposé, le poids des diabétiques suivis par un spécialiste avait diminué de façon non significative de 0,61 kg. Au fil des mois, les deux groupes ont semblé reprendre du poids, mais il est impossible de tirer de conclusions en raison des données incomplètes qui réduisent le nombre de sujets. Cependant, le tour de taille des sujets a diminué d'environ 3 cm dans les deux groupes ( $P < 0,05$ ) après un an.

Un résultat particulièrement intéressant dans les deux groupes est celui de l'hémoglobine glyquée. Au cours des six premiers mois, le pourcentage de patients atteignant la cible de 7 % est passé de 63 % à 75 % chez les sujets dont on changeait les habitudes de vie. Parallèlement, dans le groupe pris en charge par un spécialiste, le pourcentage de patients dont le diabète était bien maîtrisé est passé de 19 % à 43 %.

Le bilan lipidique a également évolué de façon favorable chez l'ensemble des participants (dont la plupart participaient au programme de

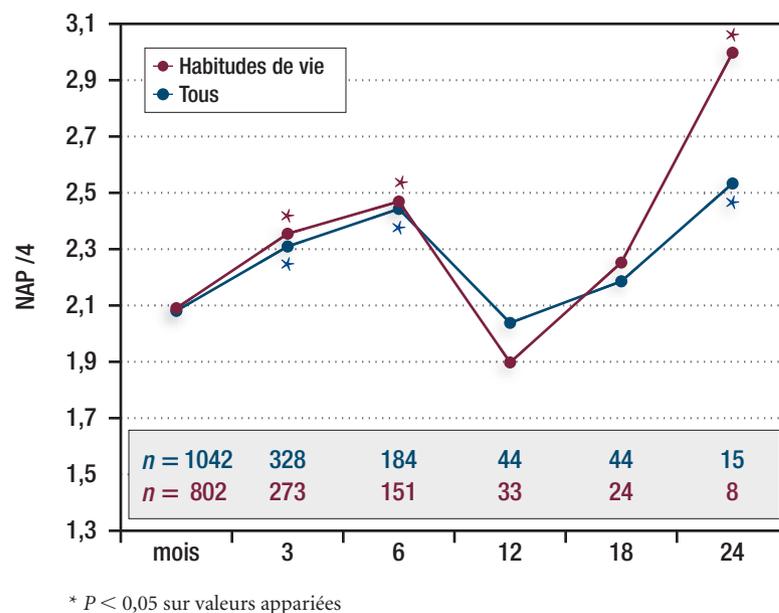
changement des habitudes de vie). Ainsi, après douze mois, leur taux de cholestérol total est passé de 4,61 mmol/l ( $n = 1329$ ) à 4,21 mmol/l ( $n = 601$ ) ( $P < 0,05$ ), le taux de triglycérides, de 2,04 mmol/l à 1,85 mmol/l ( $P < 0,05$ ) et celui des lipoprotéines de faible densité (LDL), de 2,52 mmol/l à 2,18 mmol/l ( $P < 0,05$ ).

En ce qui concerne le profil nutritionnel, les données recueillies montrent que les patients mangent plus régulièrement, répartissent mieux leurs glucides et choisissent de meilleurs gras. Leur niveau d'activité physique a également augmenté de manière significative pendant les six premiers mois (*figure*). Par la suite, le manque de données ne permet aucune interprétation.

L'enseignement des centres des CSSS a finalement été très bénéfique pour les patients. « Les modifications des habitudes de vie, dont le changement d'alimentation, l'exercice et l'arrêt du tabagisme, sont absolument nécessaires pour maîtriser le diabète. Le spécialiste doit être réservé aux cas plus complexes sur le plan thérapeutique », conclut le D<sup>r</sup> Bélanger.

Le taux d'abandon s'est chiffré à 22 % la première

**Figure**  
**Niveau d'activité physique**



Source : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2010

année. Il s'agit d'un problème fréquent dans les études sur les changements d'habitudes de vie, explique le D<sup>r</sup> Bélanger. « Nous n'avons eu accès qu'à 1700 dossiers, précise-t-il. Plus de mille autres dossiers seront évalués sous peu, et les données seront ajoutées. Cette étude visait à montrer que le programme était sur la bonne voie. »

### ***Bientôt au tour de l'hypertension, de la BPCO et de la dépression***

Dans le cadre d'un suivi médical, certains diabétiques acceptent de participer au programme, mais d'autres refusent malgré tous ses avantages. « Souvent, le patient estime qu'une telle démarche est trop contraignante. Il éprouve des craintes face au changement de ses habitudes de vie, dont évidemment la modification de son alimentation », explique la D<sup>re</sup> Marie Blain, médecin de famille et membre du comité d'implantation du centre d'enseignement sur le diabète du CSSS Bordeaux-Cartierville.

Afin de réduire le taux d'abandon, un rappel des patients est prévu. Et ceux qui ont quitté le programme peuvent évidemment y retourner. De plus, un registre régional informatisé des maladies chroniques traitées en première ligne permettra le suivi en temps réel de toutes les personnes inscrites au programme.

*En ce qui concerne le profil nutritionnel, les données recueillies montrent que les patients mangent plus régulièrement, répartissent mieux leurs glucides et choisissent de meilleurs gras.*

Un aspect particulièrement intéressant du programme est son accessibilité pour tous les patients du territoire, dont ceux des cabinets, estime la D<sup>re</sup> Blain, également directrice du Centre

d'urgence Saint-Laurent du CSSS Bordeaux-Cartierville. « Pour les médecins qui ne disposent pas de l'aide d'une infirmière, ces centres d'enseignement sont des plus précieux. » La participation des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau intégrées est également prévue.

Le diabète a été la première affection à laquelle s'est attaqué le Programme de gestion des maladies chroniques en première ligne. Au cours de l'année, sept CSSS devraient offrir la prise en charge de l'hypertension, parallèlement à celle du diabète, puisque les deux maladies sont souvent associées et que leurs facteurs de risque sont les mêmes. Dans un peu plus d'un an, le même modèle sera appliqué à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et à la dépression. Deux projets-pilotes sur chacune de ces affections sont d'ailleurs en cours. 🍷

(Suite à la page 16) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 6)

## Réunion houleuse du Conseil de la FMOQ des offres gouvernementales inacceptables

Emmanuèle Garnier

Les délégués du Conseil de la FMOQ, réunis le 11 décembre dernier, étaient à la fois indignés, blessés et révoltés en entendant les offres que le gouvernement venait de leur faire. Le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la Fédération, leur a exposé les grandes lignes du document qu'on lui avait présenté quelques jours plus tôt.

Pour commencer, les augmentations de l'enveloppe budgétaire globale proposées sont très modestes :

- ⊗ 0,5 % pour la période du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011 ;
- ⊗ 0,75 % pour celle du 1<sup>er</sup> avril 2011 au 31 mars 2012 ;
- ⊗ 1 % pour celle du 1<sup>er</sup> avril 2012 au 31 mars 2013 ;
- ⊗ 1,75 % pour celle du 1<sup>er</sup> avril 2013 au 31 mars 2014 ;
- ⊗ 2 % pour celle du 1<sup>er</sup> avril 2014 au 31 mars 2015.

Ces hausses, qui totalisent 6 % en cinq ans, seraient appliquées de façon paramétrique à

l'ensemble des tarifs et des taux de rémunération.

Pour tenir compte de l'arrivée des nouveaux médecins ainsi que de la croissance de la population et de son vieillissement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) compte, par ailleurs, accroître l'enveloppe d'au plus 1 % par année, à condition toutefois que la prestation totale de services augmente au cours de l'année.

*« C'est une offre qu'on ne peut accepter. J'ai averti le ministère qu'il n'y aura aucune discussion sur cette base. »*

– D<sup>r</sup> Louis Godin

### Réduction de l'écart de rémunération ?

Le cœur des enjeux est cependant, pour la Fédération, la réduction de l'écart de rémunération entre les médecins de famille et l'ensemble des spécialistes afin de valoriser la médecine familiale. Pour corriger le déséquilibre, le gouvernement propose

une augmentation supplémentaire qui pourrait hypothétiquement atteindre... 7,9 % sur cinq ans.

En fait, seulement 4,24 % de cette hausse sont sûrs. Le gouvernement n'accorderait le reste de



Photo : Emmanuèle Garnier

Réunion du Conseil de la FMOQ (Archives)

l'augmentation, soit 3,5 %<sup>1</sup>, que selon certaines conditions liées à l'évolution du produit intérieur brut de la province. Pour déterminer la hausse consentie, il propose de se fonder sur un calcul un peu alambiqué (*encadré*).

Ces offres sont loin des revendications de la Fédération. Cette dernière a calculé que l'écart net de revenu entre ses membres et l'ensemble des spécialistes atteint maintenant 77,8 %<sup>2</sup>. Et elle réclame que cette différence soit réduite à 20 %.

Le MSSS ne dément pas l'écart de 77,8 % auquel parvient la Fédération, mais, pour sa part, il calcule la différence de rémunération entre omnipraticiens et spécialistes en ne tenant compte que des spécialités médicales les moins bien rétribuées. Il arrive ainsi à un écart net de 55,3 %. « Le gouvernement a exclu de son calcul l'anesthésie, qui est la spécialité médicale la mieux rémunérée », a précisé le D<sup>r</sup> Godin.

La cible à atteindre, selon le ministère, devrait être un écart de 40 % avec les spécialités médicales les moins lucratives. Il recourt de plus à un facteur de pondération de -7,2 % qui diminue encore le redressement à accorder. « Le gouvernement estime que les médecins de famille travaillent moins que les spécialistes. Il affirme que le nombre de jours équivalent temps plein de facturation est de 194 pour les omnipraticiens et de 208 jours pour les autres spécialistes », a indiqué le président de la FMOQ.

Plusieurs délégués ont réagi vivement devant ces chiffres. Ils ont fait valoir que plusieurs de leurs tâches n'étaient pas comptabilisées dans les jours de facturation : lecture des résultats de laboratoire, appels des patients, discussion avec le pharmacien, etc.

La FMOQ, elle, rejette tout facteur de pondération concernant la charge de travail. « Les médecins de famille du Québec travaillent aussi fort que les médecins spécialistes », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin.

### Priorités du gouvernement

Comment seraient réparties les hausses consenties dans le cadre du redressement de la

#### Encadré Calcul de l'hypothétique augmentation supplémentaire de 3,5 %

Si la hausse du produit intérieur brut (PIB) en 2010, 2011, 2012 et 2013 est suffisante, une augmentation d'au plus 3,5 % serait accordée sur cinq ans. Le calcul et la répartition de cette hausse se feraient ainsi :

##### 2012-2013

L'augmentation pourrait aller jusqu'à 0,5 %, si la somme de la croissance du PIB nominal des deux années précédentes (2010 et 2011) excède 8,3 %.

##### 2013-2014

La hausse pourrait atteindre 2 % moins l'augmentation conditionnelle de l'année précédente (2012-2013), si la somme de la croissance du PIB nominal des trois années précédentes (2010, 2011 et 2012) excède 12,7 %.

##### 2014-2015

L'augmentation pourrait aller jusqu'à 3,5 % moins la hausse conditionnelle des deux années précédentes (2012-2013 et 2013-2014), si la somme de la croissance du PIB nominal des quatre années précédentes (2010, 2011, 2012 et 2013) excède 17 %.

rémunération ? Le gouvernement désire utiliser l'éventuelle augmentation de 3,5 % non pour une hausse paramétrique dans tous les secteurs de pratique, mais plutôt pour des mesures importantes pour les deux parties. Le MSSS, pour sa part, a deux priorités :

- accorder une compensation adéquate pour les frais de cabinet ;
  - favoriser un accroissement de l'offre de service ;
- Le ministère a également à cœur d'autres dossiers, comme :
- la mise en place d'un mode de rémunération comprenant un forfait horaire et un pourcentage du tarif de l'acte, notamment dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée ainsi que dans les domaines de la gériatrie active, de la toxicomanie, des soins palliatifs, particulièrement à domicile, en CLSC et dans les unités de médecine familiale.
  - la création d'incitatifs pour permettre l'inscription du plus grand nombre de patients possible. Une bonification progressive du forfait d'inscription pourrait être accordée aux médecins qui suivent plus de 1000 personnes.

1. Les hausses composées donnent un total de 7,9 %.

2. Données de 2009-2010.

« La moyenne d'inscriptions par médecin est d'environ 700 patients ! », a souligné le D<sup>r</sup> Godin.

- ⊗ l'augmentation des catégories de patients vulnérables et la hausse des forfaits annuels ;
- ⊗ le soutien à la mise en place du système de gestion des files d'attente Advanced Access pour réduire le délai de consultation en première ligne ;
- ⊗ l'élimination de la différence de rétribution dans les régions visées par la rémunération majorée si le médecin continue à travailler dans un centre hospitalier.

Un dossier auquel le gouvernement accorde de l'importance a toutefois laissé la FMOQ un peu perplexe : l'amélioration de la rémunération de certaines activités cliniques préventives, comme « le maintien de la santé osseuse chez les personnes âgées ».

### **Mesures inexistantes**

Un autre aspect du dépôt du gouvernement a inquiété le Conseil de la FMOQ. De nombreuses demandes, dont certaines sont capitales pour améliorer la pratique, n'apparaissent nulle part dans le document transmis.

Il est ainsi muet sur :

- ⊗ le soutien à la pratique ;
- ⊗ l'informatisation ;
- ⊗ la notion du « lui-même » et les frais accessoires ;
- ⊗ les activités médicales particulières ;
- ⊗ le paiement des activités multidisciplinaires ;
- ⊗ la rémunération de la garde en disponibilité ;
- ⊗ la rétribution des tâches médicoadministratives ;
- ⊗ les avantages sociaux pour les médecins à honoraires fixes ;
- ⊗ les mesures pour le ressourcement et la formation professionnelle ;
- ⊗ la rémunération de l'enseignement et de la recherche.

« C'est une offre qu'on ne peut accepter », a conclu le D<sup>r</sup> Godin. Le président n'a d'ailleurs pas demandé au Conseil de voter sur le dépôt gouvernemental. « J'ai averti le ministère qu'il n'y aura aucune discussion sur cette base. » ☞

### **Cotisation syndicale**

La cotisation syndicale pour l'année 2010-2011 sera de 1428 \$. Elle comprend la cotisation proprement dite de 1386 \$, qui était l'an dernier de 1320 \$, et une contribution de 42 \$ au Programme d'aide aux médecins du Québec.

Le Conseil a également autorisé une deuxième cotisation spéciale de 1000 \$ par médecin pour alimenter le fonds de contestation de la Fédération. Le prélèvement sera effectué par tranches de 250 \$.



## **Congrès de formation médicale continue**

### **FMOQ**

**10 et 11 février 2011**

#### **L'appareil locomoteur**

Hôtel Delta Québec,  
Québec

**17 et 18 mars 2011**

#### **L'hématologie et l'oncologie**

Hyatt Regency Montréal,  
Montréal

**14 et 15 avril 2011**

#### **La pédiatrie**

Hôtel Delta Québec,  
Québec

**12 et 13 mai 2011**

#### **La gastro-entérologie**

Hôtel Sheraton Laval,  
Laval

**9 et 10 juin 2011**

#### **L'ORL et les allergies**

Hôtel Delta Québec  
Québec

**15 et 16 septembre 2011**

#### **La thérapeutique**

Hôtel Hilton Bonaventure  
Montréal

**13 et 14 octobre 2011**

#### **La neurologie**

Hôtel Delta Québec  
Québec

# Prix Gilles-des Rosiers

## le lauréat 2010 : le D<sup>r</sup> André Jacques

Photo : Emmanuèle Garnier



La FMOQ a décerné le prix Gilles-des Rosiers 2010 au **D<sup>r</sup> André Jacques**, directeur de l'Amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec. Cette distinction récompense l'engagement soutenu et varié en formation médicale continue.

« Le D<sup>r</sup> Jacques a su apporter au Collège une approche de prévention du maintien des compétences

chez tous les médecins et, au besoin, de formation continue correctrice », a expliqué le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la FMOQ, qui a remis une plaque au lauréat. Le D<sup>r</sup> Jacques était d'autant plus ému que le prix portait le nom de son mentor. « Cela me fait chaud au cœur », a-t-il affirmé.

Médecin de famille, le D<sup>r</sup> Jacques est entré au Collège il y a dix-sept ans pour s'occuper du perfectionnement professionnel des médecins. Il est devenu un pilier de la formation médicale reconnu non seulement au Québec et au Canada, mais aussi dans d'autres pays. Il s'est distingué tant dans l'organisation de congrès, que dans l'élaboration d'ateliers que dans l'écriture et la recherche dans le domaine du perfectionnement professionnel.

Le D<sup>r</sup> Jacques a mis sur pied des congrès pour la FMOQ, pour le Conseil québécois de développement professionnel continu du médecin et pour divers ordres médicaux dans d'autres pays. Il est aussi l'auteur d'articles publiés dans *Le Médecin du Québec*, *Le Collège*, *La Lettre de DPC* ainsi que dans des revues médicales canadiennes et américaines.

« Le D<sup>r</sup> Jacques participe à de multiples congrès sur le perfectionnement professionnel dans le monde et en profite, lors de ses conférences, pour faire connaître à tous les gens du domaine l'évolution de la formation professionnelle continue au Québec », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin.  **EG**

# Campagne publicitaire de la FMOQ

## quatre nouvelles capsules sur YouTube

Emmanuèle Garnier

La campagne publicitaire de la FMOQ se poursuit maintenant sur YouTube avec quatre vidéos. Deux des capsules utilisent un nouveau concept : le *stunt*. « Le phénomène est un peu plus présent en Europe. En Amérique du Nord, il y a peu de *stunts* de l'ampleur de ceux que nous avons faits pour la FMOQ », explique M. Étienne Bastien, vice-président et directeur de la création de l'agence BCP à Montréal.

Similaire au « rassemblement éclair » (*flash mob*), où des gens sont invités par les médias sociaux ou par courriel à se réunir dans un lieu public à une heure précise pour effectuer une performance

inusitée, le *stunt* relève cependant de la publicité. Le premier organisé pour la Fédération rassemblait une cinquantaine de figurants. Portant un masque et une chemise d'hôpital sur laquelle on pouvait lire « Je suis l'un des 2 millions de Québécois sans médecin de famille », ils devaient rester immobiles devant la Place Montreal Trust (*encadré 1*). « Les gens s'arrêtaient, nous prenaient en photo, essayaient de nous parler. Ils voulaient en savoir plus sur la cause », explique M. Bastien qui, lui-même sans médecin de famille, voulait participer à l'événement.

Le deuxième *stunt* consistait en une longue file d'attente de 85 figurants, avec masques et chemises d'hôpital, qui a sillonné pendant quelques heures le centre-ville de Montréal sous le regard intrigué des badauds et des automobilistes (*encadré 2*). Les participants ont fait différents arrêts, dont un devant le bureau du ministre de la Santé et des Services sociaux, sur la rue Union.

Pourquoi recourir à ce concept ? « On cherchait à marquer l'imagination des gens. Il y a deux millions de Québécois sans médecin de famille. En étant dans la rue, en portant des chemises d'hôpital et

### Encadré 1.

#### Les Québécois sans médecin de famille

La capsule montre des gens portant un masque et une chemise d'hôpital bleue indiquant « Je suis l'un des 2 millions de Québécois sans médecin de famille. » Les figurants sont figés dans les rues du centre-ville de Montréal. Autour d'eux, les piétons, intrigués, les examinent, les photographient ou leur jettent un coup d'œil en passant. Un message écrit explique dans la vidéo : « Aujourd'hui, 2 millions de Québécois n'ont toujours pas accès à un médecin de famille. Agissons ».

Nombre de fois que la capsule a été vue jusqu'au 16 décembre : 3703



### Encadré 2.

#### 2 millions de Québécois attendent

Le clip montre, en plein centre-ville de Montréal, une interminable file d'attente de gens portant une chemise d'hôpital bleue sur laquelle est inscrit : « Je suis l'un des 2 millions de Québécois sans médecin de famille ». Les passants, les automobilistes, les cyclistes regardent les figurants, surpris de leur présence. Le message de la capsule indique : « Certains attendent depuis des mois... d'autres depuis des années... et sans l'aide du gouvernement, rien ne pourra changer. L'attente a assez duré. »

Nombre de fois que la capsule a été vue jusqu'au 16 décembre : 2406



un masque, automatiquement on capte l'attention », explique M. Bastien. Les vidéos de ces *stunts* ont été ensuite mises sur Facebook et YouTube.

La troisième capsule postée sur YouTube est d'un tout autre genre. Tournée lors du Symposium sur la médecine familiale au Québec, en septembre, elle montre des étudiants en médecine qui se prononcent sur différents aspects de la médecine familiale (*encadré 3*). « L'objectif était de donner la parole aux jeunes et de montrer à la population que les médecins de famille qui arrivent sont très inspirants malgré un contexte difficile », explique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications à la FMOQ.

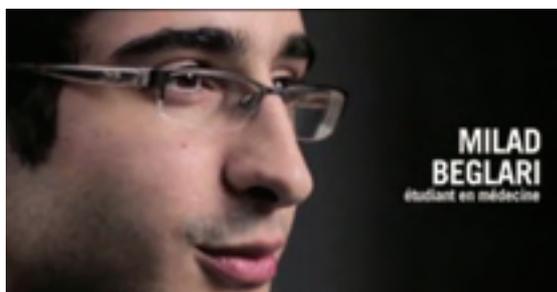
La toute dernière vidéo fait le portrait d'un étudiant, **Jean-François Couture**, qui se destine à la médecine familiale (*encadré 4*). La capsule permet de comprendre son quotidien et ses aspirations. « Elle montre le côté humain et sympathique des futurs médecins », indique M. Dion.

#### Encadré 3.

##### Une relève inspirante en médecine

La vidéo présente plusieurs étudiants en médecine ainsi qu'un médecin de famille, la **D<sup>re</sup> Vania Jimenez**, qui expliquent la diversité de la clientèle et des activités en médecine familiale. Le regard allumé par la passion, ils abordent des sujets comme les qualités d'un bon omnipraticien et la pénurie de médecins. « On est vraiment en crise maintenant avec le système. Avec la pénurie il y a une très grande proportion de la population qui n'a pas de médecin de famille », affirme par exemple **M. Milad Beglari**, étudiant en médecine. La vidéo se termine par des messages que livrent les étudiants au gouvernement du Québec et à la population.

Nombre de fois que la capsule  
a été vue jusqu'au 16 décembre : 1976



Pour inciter la population à aller voir les capsules sur YouTube et à se rendre sur la page des Québécois sans médecin de famille de Facebook, la FMOQ a acheté, jusqu'il y a quelques semaines, de la publicité en ligne dans différents sites comme Canoë, Cyberpresse et MétéoMédia. Les dépliants de la Fédération distribués dans les cliniques médicales indiquaient également les adresses des deux sites. Tout comme le faisaient des affiches placardées sur des murs de Montréal. Mieux, ces annonces de la FMOQ comportaient un « code QR ». « Il s'agit d'un petit élément graphique qui, lorsqu'il est pris en photo par un téléphone intelligent, mène automatiquement à la page Facebook ou à la chaîne YouTube des médecins de famille », explique M. Bastien. En tout, il y aurait eu environ 200 000 visionnements de toutes les vidéos mises sur la page Médecin de famille dans YouTube. Le court métrage *Diagnostic* a été vu, à lui seul, plus de 120 000 fois.

Pour voir les vidéos : [youtube.com/medecindefamille](http://youtube.com/medecindefamille). 📺

#### Encadré 4.

##### Médecin de famille en devenir

Le court métrage, mis en ligne le 30 novembre dernier, permet de suivre **M. Jean-François Couture**, étudiant de quatrième année en médecine, au cours d'une journée de stage en chirurgie orthopédique. Le futur médecin explique ses activités, mais livre aussi ses réflexions sur la médecine familiale et le travail du médecin. « Quelqu'un qui veut aller en médecine de famille, c'est quelqu'un qui aime être capable de choisir quel genre de profession il veut faire, parce qu'une fois qu'on est médecin de famille, on peut décider de faire de l'obstétrique, de l'urgence, de l'hospitalisation, des soins de longue durée, travailler avec les personnes âgées, faire de la pédiatrie », mentionne-t-il.

Nombre de fois que la capsule  
a été vue jusqu'au 16 décembre : 1828



# **Assemblée générale de l'Association de Montréal**

## **une succession de crises dans la métropole**



*Dr Marc-André Asselin*

En 2010, les crises n'ont cessé de se succéder à Montréal : quotas d'accouchement dans les hôpitaux, Programme 68, cliniques intégrées menaçant de s'effondrer. Le 19 novembre dernier, le président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM), le **Dr Marc-André Asselin**, a résumé lors de son assemblée générale annuelle les interventions que l'organisme a dû faire dans chaque cas.

L'an dernier, des médecins de plusieurs hôpitaux ont appelé la FMOQ et l'AMOM à la rescousse : leur établissement leur imposait des quotas

d'accouchement. « Cela n'a pas de bon sens d'annoncer à la population qu'on ne fait plus d'accouchements dans tel hôpital, parce qu'il y en a eu suffisamment au cours de l'année. Je trouve cela indécent », a affirmé le Dr Asselin.

Les représentants de la FMOQ et de l'AMOM craignaient, par ailleurs, des iniquités entre les omnipraticiens et les spécialistes dans l'attribution des quotas. Ils ont rencontré à plusieurs reprises **M. David Levine**, directeur de l'Agence de la santé et de services sociaux (ASSS) de Montréal, pour discuter de la situation. « Je pense que la situation est en train de rentrer tranquillement dans l'ordre », a affirmé le Dr Asselin.

### **Le Programme 68**

Le nouveau Programme 68, lui, a bouleversé les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de Montréal. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé que, dorénavant, les patients des hôpitaux devant aller dans un CHSLD y soient transférés le plus tôt possible. Depuis le printemps, des lits ont ainsi été libérés dans les centres hospitaliers. L'opération devra avoir atteint son rythme de croisière le 31 mars prochain. L'état des patients déplacés

Photos : Emmanuèle Garnier



est cependant beaucoup plus instable que celui de la clientèle habituelle des établissements de soins de longue durée. « Personne ne s'est demandé si ces centres étaient équipés pour recevoir ce type de patients, ni s'ils avaient le personnel et l'expertise nécessaires. Le Programme 68 fait en sorte qu'on peut envoyer dans un CHSLD des patients qui ont eu un infarctus cinq jours auparavant. Dans un établissement de soins de longue durée, les médecins ne donnent pas forcément des soins de ce niveau », a expliqué le D<sup>r</sup> Asselin.

Le président de l'AMOM a discuté de la question avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et rencontré les responsables de l'ASSS de Montréal. Plusieurs solutions sont possibles. Pour commencer, par la force des choses, la date butoir du 31 mars ne sera peut-être pas respectée. « On va également essayer de mieux équiper les milieux receveurs pour qu'ils soient capables d'accueillir ces patients. La FMOQ, de son côté, va tenter de négocier un mode de rémunération adapté au type de patients du Programme 68. De cette manière, certains cliniciens des hôpitaux pourraient aller traiter ces patients dans les CHSLD » a indiqué le D<sup>r</sup> Asselin.

### Les cliniques-réseau

Il y a actuellement 27 cliniques-réseau à Montréal, mais leur nombre pourrait diminuer l'an prochain. « Il est clair, qu'à Montréal, c'est un modèle de pratique qui va éclater, si on ne fait rien », a expliqué le D<sup>r</sup> Asselin.

La situation est devenue invivable depuis que la demande de soins a été concentrée dans les cliniques-réseau. Ainsi, à 10 heures, dans certaines, le nombre de patients déjà inscrits peut atteindre 130 aux consultations sans rendez-vous. Dans d'autres, le nombre moyen de nouveaux dossiers dans ce service est de 225 par semaine. « Cela n'a pas de bons sens. On n'est pas dans un hôpital, on est dans une clinique médicale », a indiqué le médecin.

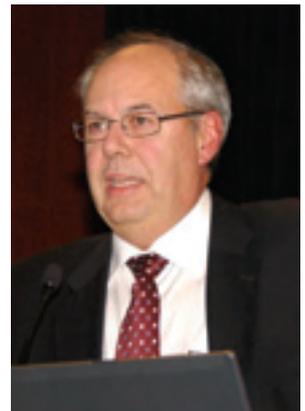
Deux des cliniques-réseau n'arrivent pas remplir leur mission et une ou deux autres sont au bord de l'effondrement. « C'est un dossier auquel on va s'attaquer rapidement. On va voir ce qu'on peut faire avant que le modèle disparaisse. »

### Un manque de médecins

Le nombre d'omnipraticiens croît lentement à Montréal. En 2003-2004, l'AMOM comptait 1558 membres en règle ; sept ans plus tard, elle n'en avait que 32 de plus. « Depuis 20 ans, les besoins ont augmenté. On s'en sort de moins en moins », a expliqué le président de l'AMOM.

Cette année, le plan régional d'effectifs médicaux accorde à Montréal 87 postes pour les nouveaux diplômés et les médecins des autres régions voulant s'y installer. Ces places serviront à remplacer les médecins qui partiront à la retraite et à ajouter quelques nouveaux postes. Mais cela ne sera pas suffisant.

« Je ne sais pas ce que l'on va faire. Nous avons dix-sept hôpitaux et de nombreux établissements de longue durée, dont au moins une cinquantaine n'a pas assez de médecins. De plus, nous sommes incapables de trouver des jeunes pour venir travailler dans nos cabinets », a affirmé le D<sup>r</sup> Asselin. La moyenne d'âge des médecins de famille montréalais est maintenant de 52 ans.



D<sup>r</sup> Louis Godin

### Les prochaines négociations

Le président de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Louis Godin, est venu présenter aux membres de l'AMOM les demandes que la Fédération a déposées dans le cadre du renouvellement de l'Entente générale régissant les conditions de pratique des médecins omnipraticiens.

La Fédération a deux objectifs : valoriser la médecine familiale et s'assurer que les Québécois puissent avoir un médecin de famille accessible. « Pour y arriver, il y a un élément incontournable : la rémunération. On a dit au MSSS que si l'on ne réglait pas ce point-là, il n'y aurait rien à faire de plus. Pourquoi ? Parce que la rétribution est un facteur d'attractivité essentiel, mais encore plus, elle est liée à la reconnaissance du travail du médecin de famille. Notre travail vaut beaucoup plus que ce qu'on nous paie et vaut certainement autant que celui d'un médecin spécialiste », a affirmé le D<sup>r</sup> Godin.  EG

# Promotion de la médecine familiale

## un speed dating pour séduire les étudiants en médecine

Ils étaient douze médecins entourés chacun de cinq ou six étudiants en médecine qui les écoutaient avidement, le regard concentré. Ce soir-là, dans un restaurant de Montréal, des omnipraticiens recouraient au *speed dating* pour faire connaître les charmes de la médecine familiale. Au premier service, chaque clinicien discutait de sa pratique avec un premier groupe d'étudiants. Au plat principal, les médecins changeaient de table pour rencontrer un second groupe et, juste avant le dessert, ils se déplaçaient de nouveau pour parler avec un troisième.

« C'est l'occasion pour les étudiants de poser toutes les questions qu'ils veulent. Comment concilier travail et famille ? A-t-on du temps pour avoir un copain ? Comment cela fonctionne en médecine familiale ? Quelles possibilités offre ce domaine ? », explique **M<sup>me</sup> Marie-Pierre Codsì**, présidente du Groupe d'intérêt en médecine familiale (GIMF) de l'Université de Montréal.

C'est la deuxième année que le GIMF organise un souper de mentorat. Les 65 billets se sont rapidement envolés. Il y a même une liste d'attente pour la prochaine rencontre, en mars. L'idée n'est



Le D<sup>r</sup> Serge Dulude parlant aux étudiantes pendant le premier service



La D<sup>re</sup> Hélène Chénard pendant le plat principal

toutefois pas nouvelle. « Plusieurs GIMF organisent de tels soupers dans les autres régions du Canada. C'est un concept qui fonctionne bien. Les étudiants adorent », affirme l'étudiante.

À la table numéro 4, cinq étudiantes de première année ont rencontré, au premier service, le **D<sup>r</sup> Serge Dulude**, directeur adjoint de la FMOQ. « En médecine familiale, on peut faire plein de choses, a-t-il expliqué aux jeunes femmes. C'est la beauté de cette pratique. Jusqu'à il y a 18 mois, je voyais à la fois des bébés de deux semaines et des anciens combattants de 95 ans. On fait de tout en médecine familiale, mais en même temps, on n'est pas obligé de tout faire. »

Pendant le plat principal, les étudiantes ont discuté famille, choix de carrière, congé de maternité et erreurs médicales avec la **D<sup>re</sup> Hélène Chénard**, de Laval. Au dessert, la **D<sup>re</sup> Daphné Papillon**, résidente 2, leur a parlé de ses premiers patients, de la résidence, du dépannage. À chaque table, les médecins racontaient leur expérience, expliquaient leur pratique, décrivaient leur parcours. Les étudiants posaient des questions, exprimaient leurs appréhensions, parlaient de ce qu'ils voudraient faire, de leurs rêves. Les cliniciens leur donnaient des conseils.

« Les étudiants n'ont aucune idée de la diversité de notre pratique. C'est comme si on leur ouvrait les yeux sur des possibilités qu'ils n'avaient jamais envisagées, parce qu'ils n'en avaient jamais entendu parler », explique le **D<sup>r</sup> Claude Rivard**, qui exerce dans une unité de soins intensifs et dans une clinique médicale. Président de l'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu–Saint-Laurent, il participait pour la deuxième fois aux soupers de mentorat. **EG**

## **Association de Yamaska hommage au D<sup>r</sup> Laurent Marcoux**

L'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a nommé le **D<sup>r</sup> Laurent Marcoux** médecin émérite 2010 au cours de son assemblée générale annuelle, le 18 novembre dernier. « C'est un médecin hors de l'ordinaire, autant par sa pratique professionnelle que par son engagement social, syndical et administratif », a affirmé le **D<sup>r</sup> Jacques Desroches**, vice-président de l'AMOY.

Le D<sup>r</sup> Marcoux a été touché par cet hommage. Il était d'autant plus ému qu'une semaine plus tôt il avait cessé définitivement ses activités cliniques pour se consacrer à son travail de directeur des Affaires médicales du CSSS Anna-Laberge.

Le médecin pratiquait depuis 1973. Il a exercé au Centre médical Saint-Denis sur Richelieu qu'il a fondé et qui a été l'une des premières polycliniques du Québec. Le D<sup>r</sup> Marcoux a également travaillé au Centre hospitalier Honoré-Mercier, à Saint-Hyacinthe, où il a exercé en obstétrique, à l'urgence, en psychiatrie et dans les unités de soins. Il a occupé dans cet établissement plusieurs postes importants : chef de l'urgence, chef du département clinique de médecine générale, président du CMDP et président du conseil d'administration de l'hôpital.

« Le D<sup>r</sup> Marcoux a toujours été un pionnier, un bâtisseur. Il a été de toutes les nouvelles structures administratives mises en place dans la gestion et l'organisation des soins de santé au Québec », a rappelé le D<sup>r</sup> Desroches. Titulaire d'une maîtrise en administration de la santé, le D<sup>r</sup> Marcoux a d'ailleurs été le premier chef du département régional de médecine générale de la Montérégie.

Sur le plan syndical, le D<sup>r</sup> Marcoux a été membre du Bureau de l'AMOY pendant 22 ans, dont 16 à titre de vice-président. La FMOQ l'avait d'ailleurs nommé parmi les *Médecins omnipraticiens 2005* pour son engagement.  **EG**



Photo : Catherine Bouthillier

*Les D<sup>s</sup> Jacques Bergeron, président de l'AMOY,  
Laurent Marcoux et Jacques Desroches*

# **CQMF**

## **un nouveau président : le D<sup>r</sup> Antoine Groulx**



*D<sup>r</sup> Antoine Groulx*

Le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) est dirigé par un nouveau président : le **D<sup>r</sup> Antoine Groulx**, qui succède au **D<sup>r</sup> Guillaume Charbonneau**. Le D<sup>r</sup> Groulx compte travailler, pendant son mandat de deux ans, aux trois axes de la nouvelle devise du CQMF : « Développer, valoriser et promouvoir l'excellence en médecine familiale au Québec ».

L'une des priorités de l'organisme va ainsi être la formation professionnelle continue, que ce soit dans le domaine clinique ou pédagogique. « Nous voulons offrir aux omnipraticiens enseignants qui ne sont pas issus des milieux universitaires, mais qui viennent plutôt des milieux communautaires un soutien pédagogique en mentorat pour leur permettre de répondre aux besoins des étudiants qu'on leur envoie de plus en plus fréquemment », explique le D<sup>r</sup> Groulx, qui pratique en Gaspésie et est directeur des Services professionnels et des affaires médicales du Centre de la santé et des services sociaux de la Côte-de-Gaspé.

La valorisation de la médecine familiale est également un objectif essentiel pour le nouveau président. « On y travaille ardemment. Le CQMF a, par exemple, soutenu des initiatives telles que la reconnaissance de la médecine familiale comme spécialité. On appuie également les groupes d'intérêt en médecine familiale. »

Le D<sup>r</sup> Groulx veut aussi promouvoir la médecine familiale, entre autres auprès de la population. « On veut s'assurer que la médecine familiale soit reconnue en étant présent sur différentes tribunes, en en parlant et en montrant ce que font les médecins de famille. On veut également reconnaître la contribution des grands médecins de famille par l'octroi de prix et de bourses. »

Le nouveau président compte, par ailleurs, améliorer les communications avec ses membres. Il veut mieux faire connaître les services et les prix qu'offre le CQMF et transmettre plus facilement de l'information aux médecins. Il travaille entre autres à moderniser les outils de communication de l'organisme et le site Internet ([cqmf.qc.ca](http://cqmf.qc.ca)). ☎ **EG**

**Livres** Emmanuèle Garnier

## Guide pratique de l'athéromatose

*Du D<sup>r</sup> Marc-André Lavoie*



L'athéromatose est la première cause de décès en Occident. « C'est une maladie inflammatoire chronique, pas seulement une maladie des lipides », précise le **D<sup>r</sup> Jean Desaulniers**, éditeur du livre.

L'ouvrage, destiné aux médecins, a été rédigé par le **D<sup>r</sup> Marc-André Lavoie**. Interniste à l'Institut de Cardiologie de Montréal, il s'intéresse aux troubles lipidiques et à leurs effets sur le cœur.

Il a rédigé le livre en collaboration avec plusieurs cardiologues et autres spécialistes québécois.

L'ouvrage, qui explique les mécanismes sous-jacents de l'athéromatose, présente les techniques pour prévenir, détecter et traiter les facteurs de risque modifiables. Il précise le rôle de l'obésité, du diabète et du tabac et décrit les bienfaits de l'exercice et de l'alimentation.

Une fois installée, la maladie peut faire de nombreux ravages dans l'organisme. Différents auteurs se penchent donc sur les maladies cardiovasculaires, les atteintes rénales, la maladie artérielle périphérique, les accidents vasculaires cérébraux ischémiques, la démence vasculaire et les troubles érectiles.

Sur le plan des traitements, l'ouvrage décrit les progrès récents dans plusieurs domaines. Il fait ainsi le point sur les médicaments : antiplaquettaires, anti-hypertenseurs, statines, etc. Il aborde les interventions chirurgicales pour le cœur, le traitement percutané de l'athéromatose coronarienne et le traitement chirurgical des artères périphériques.

Le comité de formation continue de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie a, par ailleurs, participé à la conception du livre. « Nous avons dressé les objectifs de base en collaboration avec le D<sup>r</sup> Lavoie », indique le D<sup>r</sup> Desaulniers, responsable de la formation continue. ☞

Formed, Trois-Rivières, 2010, 320 pages, 44,95 \$