

Les derniers résultats des jumelages CaRMs pourrions-nous éviter une grave pénurie en 2020 ?

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

CETTE ANNÉE, au Québec, 87 % des postes de résidence en médecine familiale ont été pourvus, soit 346 des 400 places, selon les résultats du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS).

D'un côté, il s'agit d'une bonne nouvelle. Ces données constituent un progrès par rapport à 2010 et à 2009 où l'on comptait respectivement dix et trente-sept nouveaux résidents de moins (tableau). Les efforts de valorisation de la médecine familiale commencent peut-être à porter leurs fruits.

Mais ces chiffres sont également inquiétants : ils ne sont pas suffisamment élevés pour endiguer la crise qui pointe à l'horizon. « Il faudrait un ajout

net d'environ 500 médecins par année pendant dix ans pour qu'en 2020 la population ait les mêmes services qu'aujourd'hui et que la pénurie soit enrayerée », explique le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

Le D^r Dulude a pris connaissance d'une étude récente faite par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur le nombre de médecins de famille qui seront nécessaires au seuil de la prochaine décennie. Les chercheurs ont tenu compte de l'augmentation et du vieillissement de la population, de l'attrition, de la pénurie actuelle et de la féminisation

Résultats des jumelages du CaRMS de 2008-2009 à 2011-2012 en médecine familiale

	Postes offerts	Postes pourvus	Postes pourvus (%)
2008-2009	346	300	86,7 %
2009-2010	381	309	81,1 %
2010-2011	394	336	85,3 %
2011-2012	400	346	86,5 %

de la profession médicale. Ils estiment qu'en tout il faudrait quelque 13 000 omnipraticiens dans neuf ans, soit environ 5000 de plus que maintenant.

« Il faut vraiment arriver à remplir plus que 87 % des postes de résidence en médecine familiale », estime le D^r Dulude. D'autres projections montrent qu'un coup de barre est absolument nécessaire. Selon certaines données du MSSS, si 45 % des postes offerts en résidence sont accordés à la médecine familiale et que 85 % de ces places sont pourvues, il y aura une aggravation marquée de la pénurie en médecine familiale au cours des prochaines années (figure 1). Ce qu'il faudrait ? Que la moitié des places en résidence soit attribuées à la médecine familiale et que tous les postes soient pourvus. La pénurie pourrait alors commencer à se résorber dans les prochaines années (figure 2).

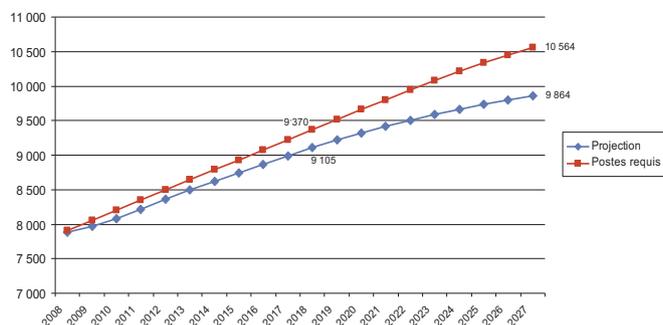
Ces omnipraticiens qui n'existeront jamais

On sait qu'au cours des quatre dernières années 230 places de résidence en médecine familiale sont restées vacantes. « Cela fait presque un quart de million de Québécois de plus qui auraient pu avoir un médecin de famille maintenant ou dans les prochaines années. » D'ailleurs, presque 120 omnipraticiens supplémentaires seraient déjà sur le marché du travail si toutes les places avaient été remplies en 2008 et en 2009. Cette année seulement, il reste encore 54 postes de résidence libres en médecine familiale.

Malgré les progrès dans le recrutement, l'horizon paraît sombre. Actuellement, 45 % des postes offerts sont réservés à la médecine familiale

Scénario où 45 % des postes en résidence sont offerts en médecine familiale et où 85 % de ces places sont pourvues

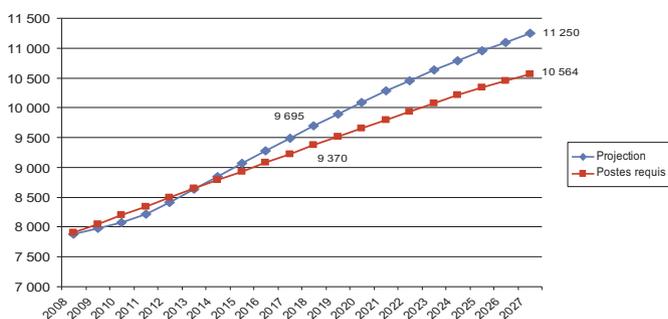
Comparaison entre l'effectif projeté et l'effectif nécessaire pour maintenir le même niveau d'accès aux services qu'en 2007



Source : Jacques Piché. *Projection de l'offre et de la demande de l'effectif médical en omnipraticie*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la main-d'œuvre médicale, 2009. Reproduction autorisée.

Scénario où la moitié des postes de résidence sont offerts en médecine familiale et où toutes les places sont pourvues

Comparaison entre l'effectif projeté et l'effectif requis pour maintenir le même niveau d'accès aux services qu'en 2007



Source : Jacques Piché. *Projection de l'offre et de la demande de l'effectif médical en omnipraticie*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la main-d'œuvre médicale, 2009. Reproduction autorisée.

et 55 % aux autres spécialités. Dans les faits cependant, l'omnipraticie n'a récolté cette année que 43 % des nouveaux diplômés en médecine.

La médecine spécialisée

La médecine spécialisée se porte bien. Elle séduit presque toujours autant les étudiants en médecine.

(Suite à la page 12) >>>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)



Photo : Emmanuèle Garnier

« Il faudrait un ajout net d'environ 500 médecins par année pendant dix ans pour qu'en 2020 la population ait les mêmes services qu'aujourd'hui et que la pénurie soit enrayerée. »

– D^r Serge Dulude

Ils ont pourvu 94 % des postes de résidence de spécialité, soit 459 des 487 places. Cela donne 113 étudiants de plus qu'en médecine familiale. La médecine spécialisée rafle ainsi 57 % de tous les nouveaux résidents.

L'an dernier, néanmoins, 96 % des places avaient été prises en médecine spécialisée. Un très léger recul apparaît donc cette année. Il reste d'ailleurs 28 postes vacants, alors qu'en 2010 il n'y en avait eu que 18.

Les facultés de médecine

Certaines facultés de médecine réussissent à rendre la médecine familiale particulièrement séduisante. La championne est l'Université McGill : elle a réussi à pourvoir 96 % des places de résidence en médecine familiale, soit 77 des 80 postes. « Cette université a une tradition de formation des médecins spécialistes. Cependant, il y a quelques années, ses responsables nous ont dit qu'ils faisaient des efforts pour former plus de médecins de famille », dit le D^r Dulude. Mission accomplie.

L'Université de Sherbrooke arrive en deuxième place, en remplissant 91 % de ses 95 places en résidence familiale. L'Université Laval suit avec un taux de 89 % pour ses 101 postes. L'Université de Montréal, par contre, arrive dernière : seulement 75 % de ses 124 postes ont été pourvus. Ce pourcentage préoccupe le D^r Dulude. « Il ne s'agit pas de porter de jugement. Est-ce une question de malchance cette année ? Est-ce que cela s'explique ? » Plusieurs hypothèses ont déjà été avancées.

Le nombre de postes de résidence devra encore être accru en médecine familiale. Il n'a toutefois pas cessé d'augmenter au cours des dernières années : il s'est ainsi bonifié de 54 places au cours des quatre dernières années. Il est passé de 346 en 2008 à 400 en 2011. Cependant, le nombre de postes a grimpé de 65 en médecine spécialisée pendant ce temps, passant de 422 à 487. « Le ministre de la Santé a comme objectif d'en arriver à un ratio de 50-50. Nous sommes d'accord avec ce but », affirme le directeur de la Planification et de la Régionalisation. 🍷

PREM les dernières données

Dans la plupart des régions du Québec, le recrutement des jeunes omnipraticiens se déroule bien. Sur les 279 postes que les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) ont accordés aux nouveaux facturants, 251 étaient déjà pourvus à la mi-mai. Plusieurs territoires comme le Bas-Saint-Laurent, la Mauricie–Centre-du-Québec et Québec ont déjà recruté tous les médecins de famille auxquels ils avaient droit (*tableau*).

« Il reste encore 33 postes disponibles, ce qui est relativement normal », indique le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

En ce qui concerne les postes que chaque région réserve aux omnipraticiens des autres territoires, le recrutement est plus faible. Seulement 67 des 128 places disponibles sont prises. « On constate qu'il y a moins de mobilité interrégionale, ce qui est un signe de stabilité. »

Les grands gagnants des PREM 2011 ? Les Laurentides et Lanaudière. Ces régions qui souffrent d'une importante pénurie de médecins ont déjà atteint respectivement 86 % et 83 % de leurs objectifs. Ainsi, au moins 31 médecins vont s'installer dans les Laurentides et 19 dans Lanaudière. « Nous sommes convaincus que tous les postes de ces deux territoires vont être pourvus », affirme le D^r Dulude.

Une région, cependant, se débat toujours avec sa pénurie : l'Outaouais. Elle souffre d'un important manque d'omnipraticiens et a du mal à en attirer. Sur les vingt nouveaux facturants auxquels elle a droit, elle n'en a recruté que onze jusqu'à présent. Elle n'a pas non plus réussi à intéresser de médecins des autres régions aux trois postes qui leur sont réservés. L'Outaouais n'atteint même pas la moitié de l'objectif fixé. « C'est une belle région. Ce qui lui nuit c'est d'être à côté de l'Ontario », explique le D^r Dulude.

La situation est d'autant plus critique

que l'Outaouais a aussi une pénurie de consultants. « Quand il y a plus de spécialistes, comme des cardiologues ou des internistes, cela allège un peu la tâche des omnipraticiens. On en tient d'ailleurs compte quand on fixe les PREM », explique le D^r Dulude qui siège au Comité de gestion des effectifs médicaux MSSS-FMOQ. L'année prochaine, le groupe va de nouveau tenir compte de ces difficultés quand il fixera le PREM de l'ouest du Québec. EG

Plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) 2011 en médecine générale

Bilan provisoire du 16 mai 2011

RÉGION	Médecins nouveaux facturants (y compris le PEMU)	
	Recrutement autorisé par région	Nombre d'avis de conformité émis
Bas-Saint-Laurent ⁽¹⁾	7	10
Saguenay–Lac-Saint-Jean ⁽¹⁾	10	10
Capitale-Nationale	4	4
Mauricie–Centre-du-Québec ⁽¹⁾	21	22
Estrie	7	7
Montréal	61	61
Outaouais ⁽¹⁾	20	11
Abitibi-Témiscamingue ⁽¹⁾	6	8
Côte-Nord ⁽¹⁾	11	10
Nord-du-Québec ⁽¹⁾	4	1
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ⁽¹⁾	8	8
Chaudière–Appalaches	9	9
Laval	10	8
Lanaudière	17	17
Laurentides	26	24
Montérégie	35	35
Nunavik ⁽¹⁾	2	2
Terres-Cris-de-la-Baie-James ⁽¹⁾	1	0
Dépannage exclusif ⁽²⁾	20	4
TOTAL	279	251

Suite du tableau : Médecins provenant d'une autre région p . 81

Réunion du Conseil résolution adoptée à l'unanimité

Le 7 mai dernier, le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) s'est réuni à Montréal. Le président, le **D^r Louis Godin**, a alors fait le point sur les négociations actuelles avec le gouvernement pour le renouvellement de l'Entente générale qui régit les conditions de pratique et de rémunération des omnipraticiens.

Après l'exposé du président, les délégués ont adopté une résolution étant donné « qu'en date du 7 mai 2011, les parties négociantes n'ont pas été en mesure de finaliser un cadre de règlement global ». À l'unanimité, le Conseil a décidé de confier au Bureau de la FMOQ le mandat de poursuivre les négociations avec le gouvernement et de prendre toute mesure qu'il jugera appropriée selon les circonstances.

Une dizaine de jours plus tard, le D^r Godin a entrepris la tournée des dix-neuf associations pour expliquer aux médecins de famille de la province l'état des négociations. Le président a commencé le 16 mai par la région du Bas-Saint-Laurent et a fini le 2 juin par Laval. EG



Conseil de la FMOQ

Prix IMS Brogan pour trois auteurs du Médecin du Québec



D^r Michel Fleury



D^{re} Caroline St-Jacques



M^{me} Kim Messier

Le **D^r Michel Fleury** et la **D^{re} Caroline St-Jacques** ont remporté un prix décerné par IMS Brogan pour un article qu'ils ont chacun publié dans la chronique « Info-Comprimée » du *Médecin du Québec*. L'unité d'affaires canadienne d'IMS Health récompensait les pharmaciens et les médecins qui avaient rédigé les meilleurs textes sur la consommation appropriée de médicaments en 2010. Elle soulignait ainsi leur contribution à la formation continue de leurs collègues.

Dans la catégorie « omnipraticiens », le D^r Fleury, qui pratique au Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord, a été récompensé à titre de coauteur de l'article « Antidépresseurs et grossesse pour une mère heureuse et un bébé en santé ! », publié en août 2010 dans *Le Médecin du Québec*.

La D^{re} St-Jacques, omnipraticienne exerçant à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur de Lachenaie, pour sa part, a signé avec une collaboratrice un texte intitulé « La dermatite atopique au-delà des corticostéroïdes topiques », dans le numéro de septembre 2010 du *Médecin du Québec*.

Dans la catégorie « pharmaciens », IMS Brogan a décerné un prix à M^{me} **Kim Messier**, coauteure d'un autre article paru dans *Le Médecin du Québec* : « Comment traiter l'incontinence urinaire sans se mouiller ! » (juillet 2010). La pharmacienne travaille à la Cité de la Santé de Laval. EG

De plus grandes responsabilités pour les pharmaciens ?

la FMOQ et le Collège ont certaines réserves

L'Ordre des pharmaciens du Québec revendique plusieurs nouveaux pouvoirs pour ses membres. Si la FMOQ approuve certaines de ces demandes, elle est plus réticente devant d'autres.

La Fédération n'a pas d'objection à ce que les pharmaciens puissent :

- ⊕ prolonger, en fonction de critères précis, certaines ordonnances qui ne sont plus renouvelables ;
- ⊕ adapter une ordonnance en fonction, par exemple, du poids du patient ou de ses allergies ;
- ⊕ prescrire certains tests de laboratoire, comme une mesure de la fonction rénale, pour s'assurer de l'innocuité d'un traitement ;
- ⊕ administrer certains médicaments pour l'enseignement au patient, par exemple, pour montrer le fonctionnement des pompes en inhalation aux personnes asthmatiques.

La FMOQ a cependant d'importantes réserves au sujet de deux autres demandes des pharmaciens. Ces derniers voudraient « contribuer à la résolution de certains problèmes de santé simples, comme les feux sauvages ou les allergies

saisonniers », ce qui sous-entend de prescrire des médicaments. Ils désirent aussi « soutenir les objectifs de santé publique », ce qui pourrait vouloir dire vacciner.

Dans une lettre adressée au ministre de la Santé et des Services sociaux, le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération, explique

sa position. « Clairement pour les médecins omnipraticiens, la décision de prescrire un

médicament résulte d'un acte diagnostique qui relève de la médecine. Pour nous, prescrire sans un diagnostic préalable élaboré par un médecin revient à banaliser dangereusement l'importance de l'exercice de la médecine. »

En ce qui concerne la possibilité de vacciner des patients, la FMOQ fait valoir qu'il faut tenir compte des risques liés à cet acte. Des complications peuvent toujours survenir à la suite de l'injection. « De là toute l'importance de bien évaluer les patients, de procéder à une surveillance clinique après la vaccination et de prévoir une intervention d'urgence au besoin. Pourtant, à notre connaissance, on parle ici d'aspects qui ne font pas nécessairement partie de la formation, de la pratique et des compétences des pharmaciens. Dans ce contexte, vous conviendrez avec nous que la prudence s'impose », a écrit le D^r Godin au **D^r Yves Bolduc**.

Balises proposées par le Collège des médecins

Le Collège des médecins du Québec (CMQ), de son côté, demande qu'un éventuel droit des pharmaciens de prescrire et d'interpréter des analyses de laboratoire soit balisé. Ces actes nécessitent « un encadrement précisant la liste des analyses dont il est question et qui devront être en rapport et limitées au suivi d'un traitement médicamenteux. En outre, les mécanismes d'assurance qualité des examens devront être précisés, surtout si c'est le pharmacien lui-même, en dehors d'un établissement, qui effectue l'analyse », a indiqué le Collège dans un communiqué de presse.

Le CMQ ne s'oppose pas non plus à ce que les pharmaciens prennent en charge certaines affections bénignes. Il souligne cependant que la proposition de l'Ordre des pharmaciens repose sur l'autodiagnostic du patient. Le Collège serait « favorable à une approche par étapes en commençant par des conditions préventives comme les produits visant à favoriser la cessation tabagique ou l'administration d'acide folique aux femmes enceintes. » Le Collège ne manque toutefois pas de rappeler « qu'en s'immiscant dans le champ du diagnostic et du traitement, le pharmacien sort de son niveau de formation et se place en situation potentielle de conflit d'intérêts. » **EG**



D^r Louis Godin

Photo : Emmanuelle Garnier

Valorisation de l'omnipratique **un webzine pour les futurs médecins de famille**

Emmanuèle Garnier



M^{me} Èvelyne Bourdua-Roy



Dr Martin Labelle

Un nouveau webzine vient d'apparaître dans le cyberspace : *Première ligne* (www.premiereligne.org).

Une revue électronique faite par et pour les étudiants en médecine qui s'intéressent à l'omnipratique.

L'équipe de rédaction est composée de membres des groupes d'intérêt en médecine familiale venant des quatre facultés de médecine du Québec.

« On voulait créer une revue facilement accessible aux étudiants et qui leur montre la médecine familiale comme ils ne l'ont

jamais vue. On veut entre autres leur en présenter toute la diversité », explique **M^{me} Èvelyne Bourdua-Roy**, rédactrice en chef du magazine Web et externe à l'Université Laval.

Le sommaire du premier numéro est chouette : une interview avec le **Dr David Saint-Jacques**, l'astronaute omnipraticien ; le témoignage d'un ex-éleveur de poules, maintenant médecin aux soins intensifs, le **Dr Claude Rivard** ; une chronique techno sur les nouveautés informatiques en médecine ; une chronique sur la santé mentale et plein d'autres thèmes excitants.

Les sujets sont trouvés en équipe. « On se

Le patient obèse

surmonter les difficultés de l'examen clinique

Emmanuèle Gartner



Photo : SuperStock

Examiner un patient obèse ou même très obèse n'est pas toujours aisé. Il existe cependant des trucs pour le faire plus facilement.

Les patients obèses font parfois l'objet de discrimination. « Ils sont comme les sidéens avant l'ère de la trithérapie », n'hésite pas à dire le **D^r Dominique Garrel**, endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et à la Clinique multidisciplinaire de gestion du poids.

Les femmes très obèses, par exemple, passent moins d'exams des seins et de tests gynécologiques, ont révélé de nombreuses études. Pourquoi ? Des chercheurs américains se sont penchés sur cette question¹. La **D^{re} Jeanne**

Ferrante et ses collaborateurs ont longuement interviewé quinze médecins de famille et envoyé un questionnaire à 255 autres. Conclusion ?

Trois obstacles entravent le dépistage du cancer chez les patientes très corpulentes. Il y a la difficulté d'effectuer l'examen gynécologique et la palpation des seins chez ces femmes, ont indiqué les omnipraticiens interrogés. Ensuite,

1. Ferrante JM, Fyffe DC, Vega ML et coll. Family physicians' barriers to cancer screening in extremely obese patients. *Obesity* 2010 ; 18 (6) : 1153-9.



« Même si l'on croit qu'on ne peut rien faire pour réduire le poids des personnes obèses, il faut au moins soigner leurs maladies, comme on le fait pour les autres patients. »

– D^r Dominique Garrel

ils n'ont pas toujours l'équipement nécessaire et, pour finir, il leur faut surmonter les réserves des patientes ou carrément leur refus d'être examinées¹.

Les médecins vont se buter de plus en plus fréquemment à ce type de difficultés. En effet, le nombre de patients obèses ne cesse de croître. Au Canada, entre 2007 et 2009, 24 % de la population était obèse, c'est-à-dire avait un indice de masse corporelle (IMC) de 30 kg/m² ou plus (*figure*). Pire, 6 % présentaient une obésité de classe II (IMC de 35 à 39,) et 3 % de classe III (IMC de 40 ou plus).

Conseils pour faciliter l'examen

Pour effectuer un examen physique, le médecin recourt normalement à des moyens comme l'inspection, la palpation, l'auscultation et la percussion. « Cependant, l'efficacité de chacune de ces techniques est réduite quand les viscères et le système vasculaire sont enveloppés d'une

épaisse couche de tissus adipeux », soulignent les D^{res} Ann Willman Silk et Kathleen McTigue, de l'Université de Pittsburgh. Pour surmonter les diverses difficultés du suivi du patient obèse, les deux cliniciennes proposent plusieurs solutions dans le *Journal of the American Medical Association*².

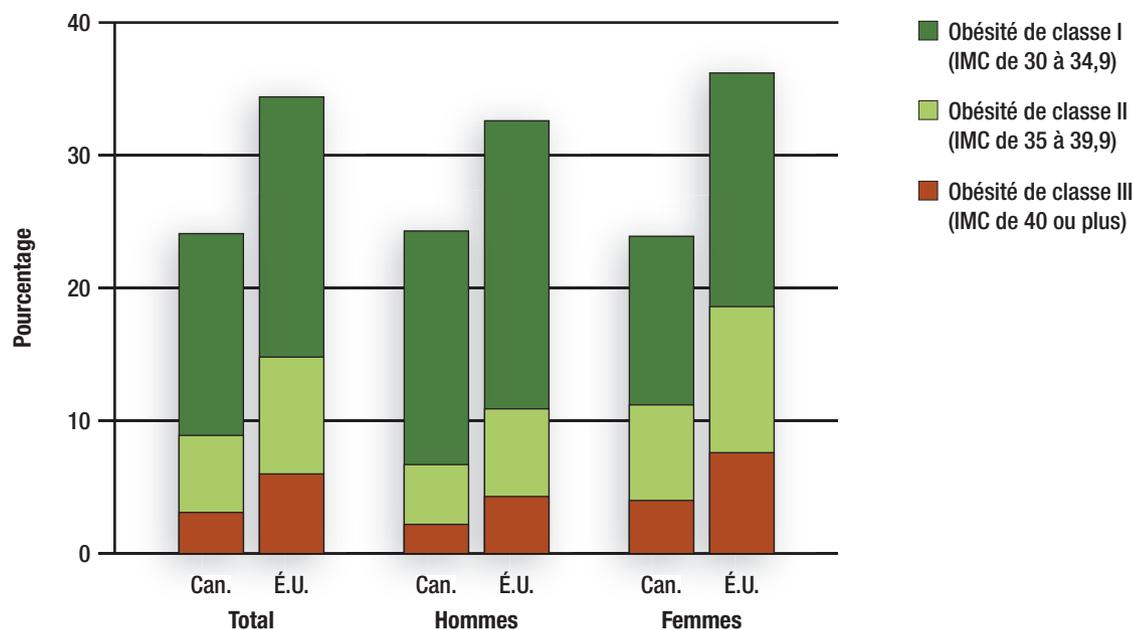
Malaise

Le médecin et le patient peuvent être mal à l'aise à la perspective de l'examen physique. Que faire pour atténuer cette gêne ? « Demandez respectueusement au patient de vous faciliter l'examen en soulevant sa poitrine, son tablier abdominal, etc. », conseillent les deux médecins.

À la Clinique multidisciplinaire de gestion du poids, le D^r Garrel suit lui aussi des patients

2. Silk AW, McTigue KM. Reexamining the physical examination for obese patients. *JAMA* 2011 ; 305 (2) : 193-4.

**Prévalence de l'obésité chez les adultes de 20 à 79 ans,
selon le sexe au Canada de 2007 à 2009 et aux États-Unis de 2007 à 2008**



Note : ¹Valeur significativement différente de l'estimation pour le Canada ($P < 0,05$).

²Utiliser avec prudence (le coefficient de variation se situe entre 16,6 % et 33,3 %).

Les estimations ayant été arrondies, leur somme peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

Sources : Centers for Disease Control and Prevention (CDC)/National Center for Health Statistics (NCHS), National Health and Nutrition Examination Survey 2007-2008, et Statistique Canada. *Enquête canadienne sur les mesures de la santé, 2007 à 2009*. Figure provenant de Statistique Canada, feuillets d'information de la santé, 82-625-XWF, numéro 3, publié le 2 mars 2011, www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11411-fra.htm. Reproduction autorisée.

obèses. Plusieurs ont besoin d'un examen préopératoire avant une intervention bariatrique et, ensuite, d'un suivi postopératoire. Dès le départ, certains patients sont réfractaires à l'examen. « Souvent, ils viennent habillés de telle sorte que cela va être difficile d'enlever leurs vêtements », a remarqué le spécialiste.

Comment agir avec ces patients ? « Il ne faut pas leur dire : "déshabillez-vous". Il faut plutôt leur expliquer qu'on va leur examiner le ventre et leur demander de défaire leur chemise. On les prévient qu'on va ensuite regarder les jambes. J'annonce toujours à l'avance ce que je vais faire. » Il ne faut d'ailleurs jamais poser de gestes gênants sans en aviser le patient auparavant. « C'est le fait de ne rien dire qui pose un problème. Si je dis

à une patiente : "Madame, je vais soulever votre pli abdominal parce que je veux être sûr qu'il n'y pas a d'infection", cela ne créera pas d'embarras. »

Gorge

L'oropharynx postérieur est difficile à apercevoir chez une personne obèse. « Utilisez un abaisse-langue ou demandez au patient de bâiller », suggèrent les D^{res} Silk et McTigue.

Pouls et pression

Lorsque la paroi de la cage thoracique est épaisse, les battements du cœur sont moins perceptibles. « Prenez le pouls carotidien en même temps. Demandez au patient, quand il

est assis, de se pencher vers l'avant pour rapprocher le cœur de la paroi thoracique. Lorsqu'il est couché, demandez-lui de mettre les bras au-dessus de la tête pour étendre les tissus mous de la paroi thoracique », proposent les deux cliniciennes.

Pour bien prendre la pression artérielle d'une personne obèse, il faut utiliser un brassard qui entoure 80 % de la partie supérieure du bras. « Il doit être suffisamment large, sinon la pression artérielle sera artificiellement élevée », précise le D^r Garrel.

Seins

Les seins des patientes obèses sont souvent plus difficiles à palper à cause de leur volume. « Prenez le temps de bien examiner chaque sein (plus de 3 minutes chacun). Demandez à la patiente de se coucher sur le côté pour l'examen », conseillent les deux médecins américaines.

Chez les femmes de poids normal, l'examen est pratiqué en décubitus dorsal. « Avec la main, on va chercher à rejoindre les côtes et s'il y a une tumeur, on va la sentir. On ne peut pas procéder ainsi chez une femme obèse. Cependant, si elle est couchée sur le côté, on a accès à tout le bord externe du sein et on a plus de chance de se rapprocher des côtes quand on palpe », indique le D^r Garrel.

Examen gynécologique

L'examen gynécologique est particulièrement délicat. Il présente en outre plusieurs difficultés : voir l'orifice vaginal, atteindre le col de l'utérus et palper les structures internes, indiquent les D^{res} Silk et McTigue. « Demandez à la patiente de placer ses jambes en abduction le plus possible. Expliquez-lui la difficulté de faire l'examen et demandez à un assistant d'écarter la vulve pendant l'insertion du spéculum ». Il faut par ailleurs utiliser un instrument plus long. Si l'on craint la présence d'une masse pelvienne, par exemple, à cause d'une sensibilité au moment du toucher vaginal, il faut recourir à l'échographie transvaginale.

Examen neurologique

Les réflexes peuvent être difficiles à provoquer

chez les patients obèses. « Placez correctement le patient et utilisez des techniques de distraction, au besoin. » On peut ainsi demander à la personne de serrer les mains ou de regarder au plafond. « Pour ma part, je vérifie les réflexes quand le patient est en position couchée. Je le fais sur le bras, parce que c'est plus facile, et aux genoux », affirme le D^r Garrel.

Peau

Par pudeur, le patient obèse peut passer sous silence une affection de la peau. « Demandez-lui s'il présente des problèmes cutanés dans les zones plus sensibles aux infections et faites un examen complet en portant une attention particulière aux régions intertrigineuses », conseillent les deux médecins américaines. Il faut être très délicat, souligne le D^r Garrel. « Le patient peut être gêné. C'est souvent aux plis qu'apparaissent les problèmes : sous les seins, aux plis abdominaux ou entre les cuisses. »

Des appareils non adaptés

Pour bien suivre des patients obèses, il faut idéalement disposer d'un matériel adapté à leurs besoins : une balance qui va jusqu'à 225 kg, un brassard de sphygmomanomètre plus large, des chaises sans accoudoirs dans la salle d'attente, une table d'examen plus basse, plus large et renforcée, des chemises d'hôpital de très grande taille et des spéculums plus longs.

Certains appareils, cependant, s'adaptent difficilement aux patients obèses. Impossible, par exemple, d'obtenir une ostéodensitométrie pour des personnes très corpulentes. « L'appareil ne peut pas les prendre. Le problème est d'autant plus sérieux que la chirurgie bariatrique, que l'on pratique de plus en plus chez les patients très lourds, augmente le risque d'ostéoporose à cause de la malabsorption créée », dit le D^r Garrel.

En fait, tout un pan de la technologie médicale est fermé aux patients très obèses. « Ils ne rentrent pas, par exemple, dans la plupart des appareils de résonance magnétique nucléaire. »

Préjugés et avenir

Les personnes obèses doivent parfois affronter une difficulté supplémentaire au sein du système de santé : la discrimination. La P^{re} Rebecca Puhl, de l'Université Yale, au Connecticut, et sa collaboratrice se sont intéressées à un groupe de 2449 femmes obèses ou ayant un surplus de poids³. Les chercheuses ont découvert que la première source de stigmatisation était la famille : 72 % des répondantes avaient été victimes des préjugés ou de l'attitude désobligeante de leur entourage immédiat à cause de leur poids. Cependant, les médecins venaient au second rang : 69 % des femmes interrogées s'étaient senties stigmatisées par eux et 52 % à plus d'une occasion. Les sujets avaient également dû subir l'attitude hostile d'infirmières (46 %), de diététistes (37 %) et de professionnels de la santé mentale (21 %).

Ces statistiques sont choquantes pour le D^r Garrel. « Avant la trithérapie, les sidéens étaient une catégorie de patients que certains médecins ne voulaient pas toucher. Les patients obèses sont un peu traités de la même façon. Ils ne sont pas examinés ou alors on leur dit qu'il faut qu'ils perdent du poids. Quand on parle de maigrir à un obèse, c'est comme si on disait à un asthmatique "respirez mieux, monsieur !" C'est aussi idiot. »

Le problème de l'obésité risque de devenir de plus en plus aigu. Dans 25 ans, la moitié des Canadiens de plus de 40 ans pourraient être touchés. Et l'obésité massive, encore plus difficile à traiter, ne sera pas uniquement réglée par les interventions bariatriques. « Au Québec, on opère 1000 patients par an et il y a 300 000 personnes dont l'IMC est de 40 ou plus », dit l'endocrinologue. Les problèmes médicaux liés à l'obésité vont donc se multiplier. « Même si l'on croit qu'on ne peut rien faire pour réduire le poids de ces personnes, il faut au moins soigner leurs maladies, comme on le fait pour les autres patients. » 

3. Puhl RM, Brownell KD. Confronting and coping with weight stigma: an investigation of overweight and obese adults. *Obesity* 2006 ; 14 : 1802-15.

Points à vérifier chez un patient obèse

Bien des patients obèses ne parleront pas spontanément de certains problèmes. De lésions cutanées, de dépression, de troubles du comportement alimentaires. Le médecin doit donc aborder lui-même ces sujets. Il lui faut également vérifier la présence de certaines affections plus courantes chez les personnes corpulentes.

Dépression

La dépression est fréquente chez les patients obèses. Et souvent, ils n'en parlent pas. Sans que l'on sache pourquoi, l'état dépressif aurait un lien avec le poids. « Plus les patients sont obèses et plus ils sont déprimés. Chez les femmes, on commence à voir des dépressions à un IMC de 30 kg/m². Après 40, presque la moitié des patientes sont déprimées. Chez les hommes, les dépressions apparaissent surtout après 40 kg/m² », dit le D^r **Dominique Garrel**, endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. On ne peut cependant pas attribuer toutes les dépressions des personnes obèses à leur poids.

Apnée du sommeil

Beaucoup de patients obèses font, sans le savoir, de l'apnée du sommeil. « C'est une maladie mortelle qui engendre la dépression. Les trois quarts des gens qui en sont atteints prennent d'ailleurs inutilement des antidépresseurs », affirme l'endocrinologue. Comment détecter ce problème ? Entre autres en mesurant la circonférence du cou. « L'un des facteurs de risque important est un tour de cou de plus de 40 cm. »

Hypertension et diabète

Le médecin doit évidemment chercher la présence de maladies métaboliques, comme l'hypertension et le diabète, chez les personnes corpulentes.

Arthrose du genou

L'arthrose du genou est une complication fréquente de l'obésité. « Le patient qui pèse 135 kg risque de souffrir d'arthrose dans les genoux. Le médecin doit donc lui faire passer un questionnaire ostéoarticulaire. »

Troubles du comportement alimentaire

Chez les obèses, l'hyperphagie boulimique toucherait environ 20 % des femmes et quelque 7 % des hommes. « Il s'agit d'un comportement pathologique où la personne mange des quantités considérables d'aliments. Elle le fait en cachette, alors qu'elle n'a pas faim et s'en sent coupable.

Ce sont les trois critères de ce trouble », indique le D^r Garrel, également professeur titulaire au Département de nutrition de l'Université de Montréal.

Certains patients peuvent avoir des rages de nourriture deux ou trois fois par semaine. On le découvre aisément en les interrogeant. « Ces personnes reconnaissent facilement leur problème. Contrairement aux alcooliques, elles ne minimisent pas leur consommation. » Souvent, les patients touchés sont soulagés de révéler leur secret. Leur problème se traite d'ailleurs bien par la psychologie comportementale. « On arrive à guérir plus de la moitié des cas », assure le spécialiste.

Recherche de maladies pouvant causer l'obésité

Certaines affections très rares peuvent être à l'origine de l'obésité. Comme la maladie de Cushing causée par une surproduction de cortisol. « Quand on voit des vergetures pourpres sur l'abdomen d'une personne qui vient de prendre beaucoup de poids, on peut pratiquement être sûr du diagnostic. Il y a de bonnes chances que la peau ait été fragilisée par l'excès de cortisol », dit le D^r Garrel. Lui-même a vu l'an dernier deux patients présentant ce syndrome. Aucun des différents médecins qu'ils avaient vus jusqu'alors ne les avait examinés.

L'hypothyroïdie peut également être une cause d'obésité. On peut soupçonner la présence de cette maladie entre autres par la couleur de la peau qui sera à la fois pâle et jaunâtre.

Anémie

L'anémie est relativement fréquente chez les personnes lourdes. « L'obésité entraîne un état inflammatoire chronique qui peut détruire les globules rouges. Environ 20 % de ceux qui subissent une intervention bariatrique sont anémiques avant l'opération », explique le spécialiste. On peut soupçonner la diminution du taux d'érythrocytes en examinant la muqueuse des paupières.

Syndrome métabolique

Bien des patients très corpulents sont atteints du syndrome métabolique. Mais chez eux, la mesure de la circonférence de la taille est inutile. « Ils ont tous un tour de taille trop élevé. Cette donnée n'ajoute rien au diagnostic ni au risque métabolique. » Il faut plutôt se fier à la pression et aux résultats de la prise de sang : glycémie à jeun, taux de cholestérol HDL et concentration sanguine de triglycérides.

Dépistage du cancer

L'obésité est un facteur de risque de plusieurs cancers, dont celui du sein. Il faut y prêter une attention particulière. « Le dépistage du cancer du sein est plus difficile chez les femmes obèses, parce que la mammographie est beaucoup moins performante et l'examen clinique plus difficile », indique le D^r Garrel. Le cancer colorectal est également fréquent. « Une personne obèse de plus de 50 ans doit passer une coloscopie, même si elle n'a pas de symptômes. »

Troubles circulatoires

Il est important d'examiner les jambes des patients obèses. « Ces personnes ont très souvent des troubles de retour veineux ou des lymphoedèmes », affirme le médecin.

Sexualité

« La sexualité est un domaine qui est complètement ignoré chez les personnes obèses et où il y a beaucoup de problèmes. » Bien des hommes sont atteints de troubles érectiles et beaucoup de femmes, d'anorgasmie, de difficulté

dans le désir et dans les relations sexuelles.

Le suivi médical est particulièrement important chez les personnes corpulentes. « L'obésité réduit l'espérance de vie de plus de dix ans, parce qu'elle est associée aux maladies coronariennes, à l'arthrose, à la dyslipidémie, à l'hypertension, aux accidents vasculaires cérébraux et au diabète

de type 2 », rappellent, par ailleurs, le **D^r Mark Eisenberg**, de l'Hôpital Juif de Montréal, et ses collaborateurs dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*¹. **EG**

1. Eisenberg MJ, Atallah R, Grandi SM et coll. Legislative approaches to tackling the obesity epidemic. *JAMC* 26 avril vol. n° 2011. DOI : 10.1503/cmaj.101522.

Témoignage d'une ex-patiente obèse

le médecin va-t-il voir au-delà de mon poids ?

Julie Lacas, 38 ans, adore son médecin de famille. Il la suit depuis une quinzaine d'années. « Il est très humain. Il essaie de comprendre les gens. Il ne voit pas arriver un chiffre ou un poids, il voit venir une personne. » Il y a six ans, avant son opération bariatrique, M^{me} Lacas pesait 384 livres. Même si elle en a perdu 208 au cours des deux premières années et retraversé le seuil du 30 kg/m², elle n'a pas oublié ce que c'était d'être très corpulente.

Elle se souvient aussi de la période où elle n'avait pas de médecin attitré. La consultation médicale était alors souvent plus difficile. « Quand on arrive dans une clinique, c'est toujours à recommencer. C'est comme s'il fallait entrer dans le cabinet en disant : "Je m'excuse. Je suis obèse. Est-ce que vous voulez me soigner quand même ?" C'est vraiment la sensation que l'on a. »

Comme bien des personnes massives, Julie Lacas appréhendait certains moments de la consultation. Monter sur la balance. Se faire examiner les seins. Passer un test Pap. « Pour une femme obèse, l'examen gynécologique est terrible », avoue M^{me} Lacas. Simplement être dévêtue devant un étranger est une épreuve. « Même s'il s'agit d'un professionnel de la santé, on se sent vraiment jugée. » L'indélicatesse possible du praticien est toujours à redouter. La jeune femme qu'elle était alors a parfois eu droit à des expressions de dégoût. À des leçons de morale sur son poids. À des commentaires mortifiants : « Vous allez m'aider à monter ce tablier-là, parce que je n'ai pas assez de mes deux mains pour le faire. »

Certains problèmes sont, par ailleurs, trop difficiles à avouer. On ne peut pas tout dire au médecin. Comme ces plaies sous les plis cutanés. On tente de les traiter soi-même. On essaie différents onguents. L'idée d'avoir à révéler ces lésions est insupportable. « Même à mon médecin de famille que j'aime beaucoup, qui est très bon, je n'aurais jamais osé les montrer. »

Quand elle se retrouvait devant un nouveau clinicien, M^{me} Lacas avait toujours la même crainte : ne pas être adéquatement soignée. « Si j'ai vraiment une maladie, est-ce qu'il va être capable de voir au-delà du poids ? Ou vais-je repartir avec une claque sur les doigts et une prescription pour aller voir une diététiste ? » Plus jeune, elle a eu d'importantes douleurs aux genoux. Les premiers médecins qu'elle a vus les attribuaient toujours à son obésité. Puis, un clinicien, qui ne croyait pas à la cause du poids, lui a fait passer des tests. Les résultats ont révélé une anomalie congénitale pour laquelle elle a ensuite été opérée.

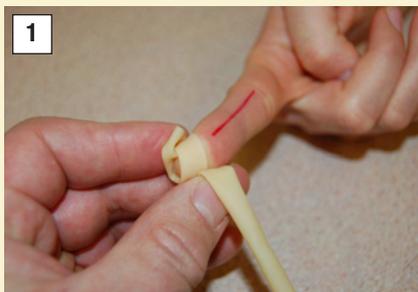
La visite aux urgences aussi peut être éprouvante. En 2000, Julie Lacas se rend en crise à l'hôpital à cause de pierres à la vésicule biliaire. Le médecin qui la reçoit lui dit sans ménagement : « Je vais vous mettre sur le Demerol, mais si vous n'aviez pas mangé autant et ne vous étiez pas rendue à ce poids, vous n'auriez pas de problème de vésicule. »

Toutes ces expériences frustrantes peuvent finir par rendre agressif. Quand on entre ensuite dans le cabinet d'un médecin, on porte en soi toutes les blessures passées. Il est déjà arrivé à M^{me} Lacas de dire d'emblée à un praticien, la main en l'air : « Je sais que je suis obèse, mais je ne viens pas pour ça. » Elle espère cependant que les cliniciens comprendront ce type de réaction et n'en tiendront pas rigueur à leurs patients corpulents. **EG**.

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Examiner une coupure au doigt en un tour de main



Photos : Steve Gagnon

Examiner ou réparer un doigt blessé peut être compliqué. Le sang coule. Les structures lésées deviennent difficiles à reconnaître. Pour surmonter ces problèmes, le D^r Steve Gagnon, du CSSS de Bécancour–Nicolet–Yamaska, a mis au point une ingénieuse technique. Il vide le doigt de son sang en enroulant autour un drain Penrose, puis fait un garrot.

Comment procéder ? En partant de la partie distale du doigt, on place le Penrose, de manière qu'à chaque tour la moitié de la largeur du drain chevauche la moitié de la largeur du tour précédent. On poursuit la spirale, en maintenant une certaine pression, jusqu'à ce que la bande élastique couvre complètement la plaie (photos 1 et 2). Le doigt, maintenant blanc, est alors drainé de son sang.

Reste à faire le garrot. On défait alors la spirale en tirant sur l'extrémité distale du drain. « Au début, c'est difficile de dégager le Penrose. Il faut tirer assez fort », avertit le D^r Gagnon (photo 3). Puis, quand on arrive à la fin de l'enroulement, on garde un ou deux tours sous la partie proximale de la blessure pour maintenir la compression. On attache ensuite les deux extrémités du drain avec une pince (photo 4) ou on les noue ensemble. « On peut alors voir clairement les structures à réparer », indique le clinicien. EG

Un examen gynécologique peu douloureux

Les patientes de la D^{re} Patricia Smyth ne trouvent pas l'examen gynécologique douloureux. Pourtant, ce sont des adolescentes. Et pour beaucoup, il s'agit de leur premier test Pap. Pour réduire leur inconfort, la clinicienne a un truc : elle n'ouvre pas complètement le spéculum. « Je me suis aperçue que ce n'était pas nécessaire », explique la D^{re} Smyth, qui pratique à la clinique jeunesse du CLSC des Aboiteaux, à La Pocatière. Pour que le spéculum ne se referme pas, elle place les deux valves de l'instrument en haut et en bas du col de l'utérus. Ainsi bloqué, il reste ouvert. Il n'est même pas nécessaire de le tenir pendant les prélèvements ; mis de cette manière, le spéculum demeure généralement en place. « Mes patientes sont souvent surprises de n'avoir à peu près rien senti ! », affirme la D^{re} Smyth. EG

**Plans régionaux d'effectifs
médicaux (PREM) 2011 en médecine générale
Bilan provisoire du 16 mai 2011**

RÉGION	Médecins provenant d'une autre région (y compris le PEMU)	
	Recrutement autorisé par région	Nombre d'avis de conformité émis
Bas-Saint-Laurent ⁽¹⁾	3	0
Saguenay– Lac-Saint-Jean ⁽¹⁾	2	1
Capitale-Nationale	19	20
Mauricie– Centre-du-Québec ⁽¹⁾	3	2
Estrie	6	0
Montréal	27	15
Outaouais ⁽¹⁾	3	0
Abitibi- Témiscamingue ⁽¹⁾	3	0
Côte-Nord ⁽¹⁾	4	0
Nord-du-Québec ⁽¹⁾	1	1
Gaspésie– Îles-de-la-Madeleine ⁽¹⁾	3	0
Chaudière– Appalaches	8	6
Laval	7	1
Lanaudière	6	2
Laurentides	10	7
Montérégie	18	9
Nunavik ⁽¹⁾	2	2
Terres-Cris- de-la-Baie-James ⁽¹⁾	3	0
Dépannage exclusif ⁽²⁾		1
TOTAL	128	67

1. Dans ces régions, la distinction des cibles selon la catégorie de médecin est donnée à titre indicatif. En fonction des possibilités de recrutement qui s'offrent à elle, une région peut modifier la composition de ses cibles sans toutefois dépasser le recrutement total autorisé.

2. Cible à titre indicatif afin de mieux refléter l'installation des nouveaux facturants.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Direction de la main-d'œuvre médicale, 2011.

◀◀◀ (Suite de la page 16)

demande : qu'est-ce qui intéresse les étudiants ? Quelles questions posent-ils dans les activités organisées par les groupes d'intérêt en médecine familiale ? Et puis aussi : nous, qu'est-ce qu'on aimerait savoir ? On se propose, entre autres, de faire des entrevues avec des médecins qui ont des pratiques variées, spéciales ou particulièrement intéressantes », indique M^{me} Bourdua-Roy.

L'objectif de la rédactrice en chef, qui a fait une maîtrise en linguistique avant d'entrer en médecine est de produire quatre numéros par année : deux au trimestre d'automne et deux à celui d'hiver.

Le soutien de la FMOQ

La réalisation de ce projet a été rapide. À la fin de l'année dernière, M^{me} Bourdua-Roy présente son idée au D^r Louis Godin, président de la FMOQ. Il est tout de suite enthousiasmé. Il convoque rapidement une réunion avec plusieurs personnes clés de la Fédération, dont le D^r Martin Labelle, rédacteur en chef du *Médecin du Québec*. « Comme M^{me} Bourdua-Roy et ses collaborateurs des GIMF voulaient valoriser la médecine familiale, cela correspondait tout à fait à nos priorités », explique-t-il.

La FMOQ met à la disposition des étudiants son édimestre ainsi que l'expertise entre autres du D^r Labelle, de l'infographiste et des informaticiens. « On nous a dit : occupez-vous du contenu et, nous, on va voir comment on va faire le contenant », mentionne M^{me} Bourdua-Roy.

La production du tout premier numéro s'est très bien déroulée. Tous les partenaires ont respecté leur date de tombée. Le résultat est très intéressant. « J'ai été favorablement surpris de l'enthousiasme qui transparait dans les articles », indique, pour sa part, le D^r Labelle. ☺

Page d'accueil du site



Congr s de formation
m dicale continue

FMOQ

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

10 et 11 novembre 2011

La nutrition

Hôtel Delta Québec,
Québec

1^{er} et 2 décembre 2011

La santé des hommes et des femmes

Hôtel Mortagne
Boucherville