

Le projet d'accord-cadre accepté par les médecins de famille

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock

L'ENTENTE DE PRINCIPE conclue entre la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le gouvernement en juin dernier a été approuvée par 78,6 % des médecins de famille qui ont voté. Les omnipraticiens avaient jusqu'au 6 août pour se prononcer sur le nouvel accord-cadre qui régira leurs conditions de pratique et de rémunération jusqu'en 2015. En tout, 3107 médecins de famille, soit 38 %, ont participé à la consultation. De ce nombre, 2388 ont approuvé l'entente, 649 l'ont refusée et 70 bulletins de vote ont été rejetés.

« Les médecins de famille ont voté et accepté le projet d'entente. Il sera donc entériné. Le Bureau de la Fédération le trouvait acceptable, mais la réponse appartenait à nos membres. Depuis plusieurs années, les omnipraticiens nous faisaient savoir qu'ils voulaient se prononcer sur l'entente de principe », indique le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ.

Le taux de participation a été relativement élevé, en particulier si l'on tient compte du fait que le vote a eu lieu pendant l'été et à la fin du conflit des postes, estime le **D^r Godin**. « Pour nous, il est clair qu'avec un taux de participation de presque 40 %, le résultat correspond à l'opinion des 7800 médecins de famille. »

Pendant la période de vote, bien des omnipraticiens ont fait part de leurs commentaires au président. Certains sont profondément déçus du fait que l'écart de rémunération entre les médecins de famille et les autres spécialistes ne sera vraisemblablement pas réduit ou le sera peu. D'autres, comme certains médecins rémunérés à tarif horaire ou à honoraires fixes, étaient réticents devant la perspective d'une rétribution mixte dont les modalités n'étaient pas encore fixées.

Toutefois, bien d'autres membres semblaient satisfaits de l'Entente. Elle leur apportera des hausses importantes, rémunérera mieux la prise en charge de patients et contribuera à régler différents dossiers, comme le financement des cabinets médicaux et l'informatique. « Pour le médecin de famille, cette entente comporte de grands avantages. Cependant, elle ne nous permet pas de lui dire que tout est mis en œuvre pour attirer la relève. La question de l'écart de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes demeurera au cœur de nos préoccupations au cours des prochaines années. Nous pouvons déjà annoncer qu'elle sera un enjeu central des prochaines négociations », assure le **D^r Godin**. ☞

Entrevue avec le D^r Claude Saucier

Les avantages du nouvel accord-cadre pour les cabinets médicaux

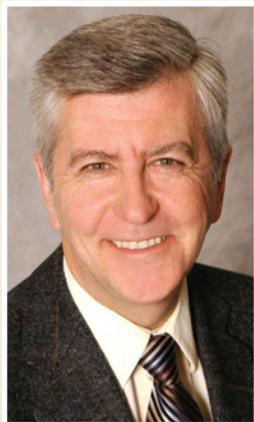


Photo: Emmanuelle Garnier

D^r Claude Saucier

Le D^r Claude Saucier est le deuxième vice-président de la FMOQ et le président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laval. Il estime que la nouvelle entente comporte d'importantes mesures pour venir en aide aux cabinets médicaux, qui sont nombreux dans sa région.

M.Q. – Que pensez-vous du nouvel accord-cadre ?

C.S. – D'un côté, il constitue une grande avancée pour les médecins omnipraticiens sur le plan de la rémunération. D'un autre côté, il ne permet pas d'at-

teindre l'objectif de réduire à 20 % l'écart de rémunération entre les médecins de famille et les autres spécialistes. Est-ce qu'on pouvait se permettre de balayer cette entente du revers de la main ? Je ne le pense pas. Cet accord répond à nos principales demandes : investir en première ligne, favoriser la prise en charge, aider les cabinets privés, etc. En ce qui concerne l'écart entre les omnipraticiens et les spécialistes, je crois qu'on doit continuer à se battre pour le diminuer. J'ai cependant l'impression qu'il faudra plusieurs ententes et plusieurs années avant d'arriver à une différence de 20 %. Probablement que, dans cinq ans, on va reprendre le combat avec les données de ce moment-là.

M.Q. – La nouvelle entente semble particulièrement intéressante pour les cabinets médicaux, qui sont nombreux à Laval.

C.S. – Il est certain que l'entente actuelle est avantageuse pour notre région. Elle est particulièrement intéressante pour les cabinets et a permis de faire des brèches, entre autres en ce qui a trait aux frais de cabinet.

M.Q. – L'Entente ne prévoit que 50 \$ par jour de travail pour ces frais. Ce n'est pas beaucoup.

C.S. – Non, mais on sait que ça va être majoré. Pour nous, cette mesure est particulièrement importante, parce que c'est une première étape. Une étude sur l'évaluation des frais de cabinet va être faite conjointement par la FMOQ et le gouvernement. On aura alors les données réelles et on pourra déterminer les sommes qui doivent être accordées à un médecin qui pratique en cabinet.

Ce sont les frais de clinique qui font que les jeunes médecins sont moins intéressés à pratiquer en cabinet. Ils doivent aussi accepter des

obligations, comme celle de signer un bail ou d'avoir une hypothèque si la clinique leur appartient et de gérer du personnel. Tout cela a un coût en argent et en temps. À salaire à peu près égal, pourquoi un clinicien se casserait-il la tête ?

M.Q. – Sur le plan financier, quelle est la mesure la plus intéressante pour les cabinets ?

C.S. – C'est la modulation des inscriptions. Des sommes substantielles y seront consacrées. Certains se demandent pourquoi les bonifications accordées aux médecins seront plus élevées pour l'ensemble des patients en fonction de certains seuils. C'est que la lourdeur de la pratique n'est pas la même avec 1000 ou 1500 patients inscrits. Plus votre clientèle est importante, plus il y a de responsabilités, d'appels téléphoniques, etc. Par ce type de mesure, on récompense ceux qui ont déjà beaucoup de patients et on incite ceux qui en ont moins à en suivre plus et à mieux s'organiser.

M.Q. – La nouvelle entente prévoit également 100 \$ pour la prise en charge d'un patient qui vient du guichet d'accès.

C.S. – Comme il y avait déjà 100 \$ pour les clientèles vulnérables, cela va donc faire 200 \$ pour ces patients et 100 \$ pour les autres. Je pense que cela en vaut la peine.

M.Q. – Les médecins vont également recevoir 200 \$ par jour à partir de la 200^e journée de travail en première ligne ou dans un hôpital.

C.S. – Cette mesure devrait elle aussi inciter les omnipraticiens à en faire un petit peu plus. Certains vont peut-être graduellement modifier leurs activités en se disant que ce qu'ils font dans le privé, ils pourraient le faire dans le public.

M.Q. – C'est une entente qui favorise les médecins qui travaillent beaucoup.

C.S. – Oui, les gros travailleurs vont y trouver leur compte. Ça, c'est évident.

M.Q. – Les médecins vont devoir travailler de plus longues heures pour gagner plus ?

C.S. – Pas forcément. Les sommes accordées devraient permettre aux médecins de mieux s'entourer. Ils pourront engager du personnel et déléguer davantage. Ils en feront plus, mais cela ne leur demandera peut-être pas beaucoup plus de temps. Pendant des années, les médecins ont été habitués à faire à peu près tout eux-mêmes. Quand il y avait les plafonds de rémunération, la seule façon d'augmenter leurs revenus était de diminuer les dépenses, entre autres

en réduisant le personnel. Les médecins faisaient donc de plus en plus de choses eux-mêmes, alourdissant leur pratique.

M.Q. – Cela soulève la question de la rémunération des actes que le médecin ne fait pas lui-même, mais qui sont exécutés par des professionnels sous sa responsabilité.

C.S. – La notion du « lui-même » va être modifiée. Cependant, toute cette question reste à négocier. Des lettres d'entente vont faire en sorte que nous allons en discuter avec le gouvernement, mais les modalités fines ne sont pas encore décidées. Il pourrait y avoir des banques d'heures, des pourcentages d'actes ou encore des forfaits journaliers ou mensuels quand un médecin travaille avec un professionnel de la santé ou le supervise.

M.Q. – Les médecins de famille vont également être rémunérés quand ils communiquent avec les spécialistes.

C.S. – On communique régulièrement avec nos collègues spécialistes et on y consacre beaucoup de temps, que ce soit au téléphone ou en personne. Au cours de ces conversations, on peut trouver des solutions au problème du patient qui n'aura alors pas à prendre un rendez-vous et à attendre des mois. Le spécialiste, de son côté, ne sera pas pendant, parce que lui aussi sera rémunéré pour la discussion.

M.Q. – La liste des clientèles vulnérables va être allongée : patients avec déficience intellectuelle, douleur chronique, déficience auditive, etc.

C.S. – Ces ajouts répondent à des besoins. Quand un patient a une déficience auditive, c'est un peu plus compliqué de discuter avec lui. S'il a une déficience intellectuelle, il est souvent accompagné. Tout est alors un peu plus long. La nouvelle entente accorde aussi de doubles forfaits pour les patients qui ont des problèmes de santé mentale ou de déficience intellectuelle en plus d'une maladie comme le diabète. L'addition de problèmes multiplie la lourdeur.

M.Q. – Est-ce une mesure avantageuse d'un point de vue financier ?

C.S. – Je ne connais pas l'ampleur des sommes destinées à cette mesure, mais les nouvelles affections font partie de notre quotidien. Elles vont donner droit à un forfait annuel et à un forfait à chaque consultation. On sait qu'en moyenne un patient vulnérable consulte 3,5 fois par année. Cette mesure augmente, par ailleurs, le nombre de patients vulnérables. Elle agit donc sur différents plans.

M.Q. – L'Entente comporte une mesure pour rémunérer la polyvalence des médecins qui à la fois exercent à l'hôpital et ont une clientèle en première ligne.

C.S. – Plusieurs médecins, entre autres les jeunes, doivent faire des activités médicales particulières (AMP). Ils nous disaient : « Comme je suis obligé de faire des AMP à l'hôpital, je ne peux pas prendre autant de patients en charge ». Il y avait donc un élément d'équité dont il fallait tenir compte. Donc, si on peut bonifier le revenu des médecins en établissement, cela compense un peu pour les 1000 à 1500 patients qu'ils ne peuvent pas suivre.

M.Q. – Qu'en est-il des AMP dans les cabinets ?

C.S. – On devrait obtenir six heures d'AMP pour la prise en charge de patients en cabinet. C'est une percée importante ! Les modalités restent toutefois encore à négocier.

M.Q. – En ce qui concerne le dossier médical électronique, le gouvernement va payer 70 % du coût d'achat des logiciels et de l'entretien du matériel.

C.S. – Le gouvernement a mis de l'argent sur la table pour que les cabinets aient des dossiers médicaux électroniques. Je pense que cette mesure va encourager ceux qui en ont déjà et les paient de leur poche ainsi que ceux qui songent à en avoir, mais hésitent. Ce n'est pas un cadeau que l'on fait aux médecins. On les encourage seulement à être bien outillés.

Cette entente offre en fait plein d'outils pour favoriser une plus grande productivité. Le médecin ne travaillera peut-être pas plus, mais grâce à une bonne organisation et à de bons outils il devrait être plus efficace.

M.Q. – Quelle est la suite ?

C.S. – La FMOQ aura beaucoup de travaux techniques à faire pour trouver les modalités d'application de bien des mesures. Certaines sont simples à mettre en œuvre : l'allongement de la liste des clientèles vulnérables, la modulation des forfaits pour les patients inscrits vulnérables et non vulnérables, la bonification de 100 \$ par patient venant du guichet d'accès, la prime à la polyvalence. Cependant, plusieurs mesures sont beaucoup plus complexes à instaurer. Que ce soit pour les frais de cabinet, la mise en place des AMP, les communications avec les spécialistes, il faudra que différents comités techniques entreprennent des travaux.

M.Q. – Selon vous, cette nouvelle entente permettra-t-elle d'attirer les jeunes médecins dans les cabinets ?

C.S. – Si les nouvelles mesures permettent aux médecins de famille d'être heureux, de sentir qu'on reconnaît leur travail à sa juste valeur, d'obtenir une meilleure rémunération et de recevoir de l'aide pour payer les frais de pratique, je pense que cela peut avoir un effet sur la relève. ☞

Tournoi de golf des fédérations médicales

140 000 \$ pour le PAMQ

Le tournoi de golf que les fédérations médicales ont organisé le 25 juillet dernier au profit du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a été, cette année encore, un succès : 154 participants et 140 000 \$ de profit.

Le tournoi a été remporté par le quatuor formé du **D^f Dominique Gionet**, de **M. René Mailhot**, de **M. Éric Leblanc** et de **M^{me} Nancy Bilodeau**. Leur nom sera inscrit sur la nouvelle Coupe André-Lapierre créée en hommage au D^f Lapierre, l'un des fondateurs du PAMQ. « Le D^f Lapierre aidait spontanément ses collègues avant même que le programme n'existe », explique la **D^{re} Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ.

La journée a été organisée par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec et la Fédération médicale étudiante du Québec. Divers regroupements de médecins y ont également

participé. « La communauté médicale s'est réunie pour ce tournoi », indique la D^{re} Magnan.

Des ressources financières insuffisantes

Le nombre de demandes d'aide adressées au PAMQ continue d'augmenter et atteint cette année 500, selon les données préliminaires de l'organisme. C'est une hausse de 8 % par rapport à l'an dernier. Le nombre de demandes d'aide venant des médecins de famille, qui est de 159 cette année, est resté stable. Par contre, celui des spécialistes est passé de 131 l'an dernier à 141 cette année.

Les besoins croissent. De nouveaux apparaissent. Les responsables du PAMQ ne peuvent plus échapper à un constat : le financement de l'organisme est insuffisant. « Le programme a une très belle mission, mais n'a pas l'argent pour l'accomplir. Il faut soit la changer, soit la réduire ou encore obtenir les moyens financiers pour bien la remplir », explique la directrice générale du PAMQ.

Sur le terrain, la D^{re} Magnan et ses collaborateurs voient émerger de nouveaux problèmes, mais ne peuvent intervenir efficacement. Ils ont constaté, par exemple, l'effet dévastateur des poursuites sur les cliniciens. Le PAMQ a donc conçu un atelier pour en amoindrir les répercussions, mais ne peut le présenter qu'au compte-gouttes.

Le suivi médical des médecins préoccupe aussi l'organisme. « La maladie est la même chez un médecin que chez tout autre patient, mais les enjeux sont différents. Par exemple, un praticien ne demandera pas d'arrêt de travail. Il faut donc l'obliger à cesser ses activités. On doit ainsi former des cliniciens à suivre d'autres cliniciens », dit la D^{re} Magnan. Mais pour cela aussi le programme manque de revenus.

La question du suicide reste, par ailleurs, toujours aussi inquiétante. Le PAMQ a eu connaissance d'au moins douze actes, dont huit réussis, au cours des deux dernières années. Les demandes d'intervention auprès des collègues après ce type d'événements sont d'ailleurs en hausse. Les besoins sont donc multiples. Et, en plus, il faudrait que le programme puisse remettre sur pied et moderniser sa banque de données. L'organisme est donc à la croisée des chemins. **EG**



Le D^f Dominique Gionet tenant la coupe, entouré de M. René Mailhot, de M. Éric Leblanc et de M^{me} Nancy Bilodeau, sous le regard du D^f André Lapierre, à droite.

Photo : Judith Gauthier, photographe

Prévention du suicide merci aux médecins de famille



M. Bruno Marchand

Le 10 septembre aura lieu la 9^e Journée mondiale de la prévention du suicide. L'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) profite de cette occasion pour remercier plusieurs professionnels de la santé, dont les médecins de famille, pour le rôle essentiel qu'ils jouent.

L'AQPS fait donc parvenir aux omnipraticiens, avec l'aide financière de la FMOQ, une affiche ensachée dans ce numéro pour leur dire qu'ils sont indispensables à la prévention du suicide. Les médecins de famille « sont en première ligne de la prévention, ils sont capables de repérer les signes de détresse, d'orienter les personnes suicidaires vers les ressources d'aide, d'être des personnes de confiance pour leurs patients ou encore de susciter le dialogue avec eux », mentionne l'organisme dans sa documentation. Les omnipraticiens changent parfois le cours des choses. Avant le passage à l'acte, il y a souvent une fenêtre dont un professionnel de la santé peut profiter pour sauver un patient. « On se rend compte que la plupart des hommes qui ont des idées suicidaires ou vivent une période de détresse ont rencontré un intervenant la semaine précédant leur tentative ou leur geste suicidaire. Et parmi ces intervenants, il y a principalement le médecin. Il est d'ailleurs un acteur important pour tout ce qui a trait à la santé mentale », explique **M. Bruno Marchand**, directeur général de l'AQPS.

On parle souvent des nombreuses personnes qui se sont suicidées, mais peu des milliers qui ont

été sauvées. Et encore moins de ceux qui leur sont venus en aide. « Très souvent les médecins se font dire ce qui ne va pas, ce qu'ils n'ont pas fait, où ils se sont trompés, ce qu'ils n'ont pas dépisté. Très rarement on leur dit merci », souligne M. Marchand.

Un long chemin parcouru

Le Québec peut être fier du chemin parcouru. Il a longtemps été l'une des régions du monde où le taux de suicide était le plus élevé. Ce taux a commencé à grimper dans les années 1960 et a atteint un sommet en 1999. Cette année-là, 1620 Québécois se sont donné la mort. Depuis, de grands progrès ont été faits. Il y a eu une mobilisation générale. Les méthodes de dépistage et d'intervention se sont améliorées. Différents acteurs se sont engagés. Des programmes ont été mis sur pied. Dix ans plus tard, le nombre de suicides a baissé de 34 %.

Le Québec serait maintenant à l'avant-garde dans la prévention du suicide. « Dans d'autres régions du monde, la mobilisation n'est pas aussi importante. Les gens pensent encore que c'est une question qui concerne uniquement les psychiatres et les intervenants spécialisés », affirme le directeur général de l'AQPS.

L'Association québécoise de prévention du suicide va, par ailleurs, remercier aussi les infirmières et les pharmaciens à l'occasion de la Journée mondiale de la prévention du suicide. Au cours des années précédentes, elle avait souligné la contribution des intervenants du réseau de la prévention du suicide et des enseignants. EG



Traitement antiplaquettaire

les plus récentes recommandations

Emmanuèle Garnier

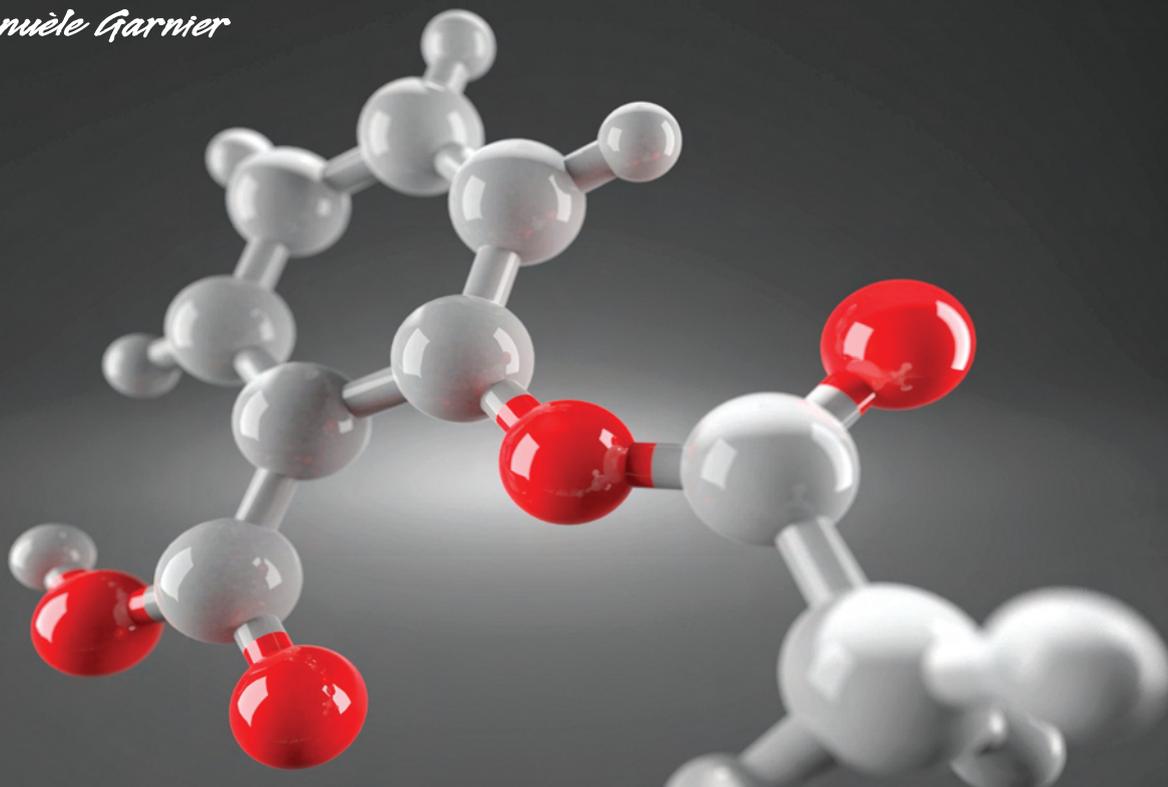


Photo : Superstock

DE NOUVELLES LIGNES directrices sur le traitement antiplaquettaire des patients suivis en consultation externe viennent d'être lancées au Canada¹. Et elles sont probablement uniques au monde. Une équipe de cliniciens comprenant des médecins de famille, des cardiologues et d'autres spécialistes ont revu les études, les avis d'experts et les diverses recommandations concernant le recours aux antiplaquettaires dans différents domaines.

Ce qu'il y a de nouveau ? L'acide acétylsalicylique (AAS) n'est plus conseillé pour la prévention primaire des affections cardiovasculaires. « Avant on disait, pour les hommes de plus de 50 ans : "An aspirin a day keeps the doctor away". On s'est cependant rendu compte que pour prévenir un seul accident cardiovasculaire il fallait

traiter plusieurs milliers de personnes saines », explique le **D^r Jean-François Tanguay**, coprésident du Comité des lignes directrices sur le traitement antiplaquettaire, mis sur pied par la Société canadienne de cardiologie (SCC).

L'aspirine n'est pas sans effets indésirables. Ulcères, saignements, hémorragies digestives. Même chez les patients présentant un risque élevé et déjà sous statines, les bienfaits du médicament sont faibles en prévention primaire, presque équivalents au risque d'hémorragie grave.

La prise d'AAS n'est maintenant recommandée qu'en prévention secondaire chez les patients ayant eu un syndrome coronarien aigu,

une intervention coronarienne percutanée, un pontage aortocoronarien, un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT) et chez certaines personnes atteintes d'une maladie artérielle périphérique.

*L'étude
Antithrombotic
Trialists' Collaboration
a prouvé que
l'on pouvait éviter,
au bout d'un mois,
38 complications graves
si 1000 patients
étaient traités par AAS
après un infarctus
du myocarde.*

1. Bell AD, Roussin A, Cartier R et coll. The use of antiplatelet therapy in the outpatient setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. *Can J Cardiol* 2011 ; 27 : S1-S59. <http://bit.ly/nfjL4n>

Tableau 1.
Syndrome coronarien aigu

Traitement à vie

Affection	Traitement	Dose quotidienne
Syndrome coronarien aigu (SCA)	AAS	75 mg–162 mg
En cas d'intolérance ou d'allergie à l'AAS	Clopidogrel	75 mg

Double traitement antiplaquettaire temporaire

Affection	Traitement donné		Antiplaquettaire	Dose/jour	Durée
Infarctus du myocarde avec élévation du segment ST	Médicaments		AAS Clopidogrel ou AAS Ticagrelor	75 mg –162 mg 75 mg ou 75 mg –162 mg 90 mg, 2 f.p.j.	De 14 jours à un an ¹
	Intervention coronarienne percutanée	Traitement classique	AAS Clopidogrel ou AAS Ticagrelor	75 mg –162 mg 75 mg ou 75 mg –162 mg 90 mg, 2 f.p.j.	1 an ¹
		Autre possibilité si risque accru de thrombose ²	AAS Prasugrel	75 mg –162 mg 10 mg	1 an
Syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST	Médicaments		AAS Clopidogrel ¹ ou AAS Ticagrelor	75 mg –162 mg 75 mg ou 75 mg –162 mg 90 mg, 2 f.p.j.	De 1 à 12 mois
	Intervention coronarienne percutanée	Traitement classique	AAS Clopidogrel ou AAS Ticagrelor	75 mg –162 mg 75 mg ou 75 mg –162 mg 90 mg, 2 f.p.j.	1 an ¹
		Autre possibilité si risque accru de thrombose ²	AAS Prasugrel	75 mg –162 mg 10 mg	1 an
	Pontage aortocoronarien		AAS Clopidogrel ou AAS Ticagrelor	75 mg –162 mg 75 mg ou 75 mg –162 mg 90 mg, 2 f.p.j.	De 1 à 12 mois

1. Le double traitement antiplaquettaire peut être poursuivi après un an chez les patients ayant un grand risque de thrombose et un faible risque de saignement.

2. Diabète, antécédents d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST, thrombose antérieure due à une endoprothèse coronarienne.

Même chez les diabétiques, le traitement antiplaquettaire n'est pas conseillé s'ils n'ont pas déjà eu un problème cardiovasculaire. Il n'existe aucune

preuve de son efficacité à quelle que dose que ce soit dans ces cas.

Toutefois, les auteurs des lignes directrices ne

Tableau 2.
Différents problèmes vasculaires et traitement antiplaquettaire

Problème		Antiplaquettaire	Dose/jour	Durée
Cardiopathie ischémique aiguë ou chronique		AAS	75 mg–162 mg	À vie
AIT ou AVC ischémique		AAS Clopidogrel ou AAS Dipyridamole à action prolongée	75 mg–162 mg 75 mg ou 25 mg, 2 f.p.j. 200 mg, 2 f.p.j.	1 mois
Maladie artérielle périphérique	Sans symptôme	AAS possible	75 mg–162 mg	
	Avec symptôme, mais sans maladie coronarienne ou cérébrovasculaire évidente	AAS ou Clopidogrel (recommandé si faible risque de saignement)	75 mg–162 mg ou 75 mg	
	Avec symptôme et avec maladie coronarienne ou cérébrovasculaire évidente	Traitement antiplaquettaire selon la maladie coronarienne ou cérébrovasculaire présente		
Intervention coronarienne percutanée (non attribuable à un SCA)	Traitement de base	AAS	75 mg–162 mg	À vie
	À ajouter si tuteur sans médicament	Clopidogrel ¹	75 mg	De 1 à 12 mois ²
	À ajouter si tuteur avec médicament	Clopidogrel ¹	75 mg	≥ 1 an ²
Pontage aortocoronarien (non attribuable à un SCA)	Traitement de base	AAS	75 mg–162 mg	À vie
	À ajouter si pose d'un tuteur auparavant	Clopidogrel	75 mg	De 9 à 12 mois

SCA : syndrome coronarien aigu

1. Ou bien ticagrelor (90 mg, 2 f.p.j.).

2. Le double traitement antiplaquettaire peut être poursuivi après un an chez les patients ayant un risque accru de thrombose et un risque acceptable de saignement.

rejetent pas totalement l'utilisation de l'aspirine en prévention primaire. On peut l'envisager quand le risque de problème vasculaire est élevé et la probabilité de saignement, faible. « Par exemple, si le patient n'a pas de maladie cardiaque prouvée, mais que des membres de sa famille sont morts jeunes d'un infarctus du myocarde, le médecin peut estimer qu'il court de grands risques de problèmes coronariens et lui prescrire de l'AAS », explique le D^r Tanguay, cardiologue et directeur de l'unité coronarienne à l'Institut de Cardiologie de Montréal.

Parfois, par ailleurs, la frontière entre la prévention primaire et secondaire s'estompe. « Si l'on prescrit de l'aspirine à un patient qui présente un souffle carotidien

ou un pouls périphérique diminué, on parle de prévention primaire parce qu'il n'y a pas eu de problèmes cardiaques. Cependant, dans le fond, ce patient est déjà atteint d'athérosclérose. Moi, comme cardiologue, je considère que de lui prescrire de l'AAS, c'est de la prévention secondaire », indique l'hémodynamicien.

Affections cardiovasculaires

Chez les patients victimes d'un syndrome coronarien aigu, l'utilité de l'aspirine ne fait aucun doute. De nombreux essais cliniques importants à répartition aléatoire ont montré les bienfaits du médicament seul ou avec le clopidogrel. L'étude *Antithrombotic Trialists' Collaboration*, par exemple, a prouvé que l'on pouvait

éviter, au bout d'un mois, 38 complications graves si 1000 patients étaient traités par AAS après un infarctus du myocarde².

Les lignes directrices recommandent donc, après un syndrome coronarien aigu, la prise quotidienne à vie d'une faible dose d'aspirine ou, si le patient y est intolérant, de clopidogrel. Les auteurs proposent également le recours, pendant un certain temps, au double traitement antiplaquettaire, par les deux médicaments (*tableau 1*). Dans certains cas, il peut même être prolongé au-delà d'un an.

Outre le syndrome coronarien, d'autres types de problèmes cardiovasculaires nécessitent un traitement antiplaquettaire : l'AVC ischémique, l'AIT et la maladie artérielle périphérique (*tableau 2*). De l'aspirine doit également être prescrite, généralement avec du clopidogrel, après la pose d'une endoprothèse coronarienne ou un pontage. Si ces interventions ont lieu à la suite d'un syndrome coronarien aigu, les patients devront prendre les deux antiplaquettaires, généralement pendant un an, comme l'exige le traitement de cette cardiopathie.

Interactions médicamenteuses

L'AAS ne fait pas bon ménage avec les autres anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) classiques. Ces derniers peuvent bloquer son action protectrice. Dans l'organisme, l'aspirine neutralise les plaquettes en formant un complexe irréversible avec une de leurs enzymes, la cyclo-oxygénase-1 (COX-1). Les AINS, comme l'ibuprofène, quant à eux, forment avec la COX-1 une association réversible qui se dissocie après un moment et qui permet ensuite aux plaquettes de retrouver leur fonctionnement normal. « Si le patient prend de l'aspirine et de l'ibuprofène, ce dernier va se fixer à la COX-1 de façon transitoire et l'aspirine, qui n'a une vie que d'une demi-heure, ne pourra alors se lier au récepteur », explique le D^r Tanguay. Les patients sous AAS devraient donc prendre des inhibiteurs sélectifs de la COX-2 plutôt que des AINS classiques.

Une autre association peut aussi provoquer une interaction médicamenteuse potentiellement risquée : le clopidogrel et les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP). L'antiplaquettaire doit être activé dans le foie par l'isoenzyme CYP2C19 du cytochrome P450, mais des IPP

comme le lansoprazole, l'oméprazole et l'ésoméprazole en sont de puissants inhibiteurs. Que faire alors quand un patient sous clopidogrel a des saignements digestifs ? Les lignes directrices recommandent de choisir un IPP qui inhibe peu la CYP2C19. « Les pharmaciens et les membres du comité de pharmacologie de l'Institut de Cardiologie de Montréal ont analysé les IPP et considèrent que celui qui donne le moins d'interactions est le pantoprazole », indique le D^r Tanguay.

Le cardiologue a été de ceux qui voulaient préserver le recours à un IPP dans les lignes directrices. Quand une hémorragie digestive survient, le premier réflexe est souvent d'abandonner la double thérapie antiplaquettaire. « Plutôt que de l'interrompre et d'augmenter le risque d'infarctus du myocarde ou de thrombose due à un tuteur, mieux vaudrait prescrire du pantoprazole chez les patients susceptibles d'avoir des saignements digestifs », affirme le spécialiste. De toute façon, la prise de clopidogrel en plus de l'aspirine est généralement temporaire.

2. Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002 ; 24 : 71-86.



« Avant, on disait pour les hommes de plus de 50 ans : “An aspirin a day keeps the doctor away”. On s’est cependant rendu compte que le nombre de personnes saines qu’il faut traiter pour prévenir un problème était de plusieurs milliers. »

– D^r Jean-François Tanguay

Opérations et risque de saignement

Comment gérer les risques de saignements lorsqu’une intervention chirurgicale est nécessaire ? Les lignes directrices sur le traitement antiplaquettaire recommandent au clinicien d’évaluer l’équilibre entre les possibilités de problèmes cardiaques et les probabilités d’hémorragie.

Les auteurs conseillent de ne pas interrompre le traitement par l’aspirine quand un patient doit passer un test diagnostique associé à un faible risque de saignement, une petite opération dentaire, oculaire ou dermatologique ou encore une arthrocentèse.

Par contre, le malade qui va subir une intervention comportant de grands risques d’hémorragie doit cesser de prendre de l’AAS de sept à dix jours auparavant. En général, quand une opération n’est pas urgente, il faut arrêter le traitement de sept à dix jours avant si le risque de problème cardiovasculaire est faible, mais le poursuivre s’il est élevé.

Et que faire si le patient prend à la fois de l’aspirine et du clopidogrel ? On interrompt la prise du clopidogrel de sept à dix jours avant l’intervention, si cela ne pose pas de risque. C’est la procédure entre autres après la pose d’une endoprothèse coronarienne. « Des données montrent que si l’on arrête le clopidogrel pendant une courte période de temps et que l’on continue l’aspirine, le taux de thrombose liée au tuteur est faible, surtout si le patient peut attendre de six à huit semaines après la pose d’une endoprothèse non pharmacologique ou un an pour une endoprothèse pharmacologique », affirme le D^r Tanguay.

Petits saignements

« En général, un petit saignement ne constitue pas une raison d’arrêter les antiplaquettaires. Néanmoins, il faut y prêter attention », dit le D^r Tanguay. Ainsi, lorsqu’un patient présente des ecchymoses ou des pétéchies, il faut s’assurer qu’il n’a pas de thrombocytopénie ou de

coagulopathie. Les tests à prescrire : numération globulaire, détermination du rapport international normalisé (RIN) et mesure du temps de thromboplastine partielle activée. En l'absence d'anomalie de la fonction hémostatique, le traitement antiplaquettaire peut continuer avec une surveillance clinique. Sinon, le patient doit passer des analyses plus poussées et cesser les antiplaquettaires en attendant.

« Un saignement peut être le signe d'un problème de santé supplémentaire. Certains patients, surtout des personnes âgées, ont parfois un début de leucémie. D'autres fois, on découvre chez des gens qui ont des saignements digestifs des polypes ou un cancer naissant », explique le cardiologue.

En présence d'hémorragies sousconjonctivales, le patient doit continuer le traitement antiplaquettaire, mais faire l'objet d'une surveillance. Dans le cas de saignements importants après des traitements dentaires, on recommande une pression locale et un rince-bouche à l'acide tranexamique de deux à quatre fois par jour pendant un ou deux jours.

Nouvelles molécules

Les cardiologues disposent maintenant de nouvelles molécules dans leur arsenal antiplaquettaire : le prasugrel (Effient) et le ticagrelor (Brilinta). Plus puissants que le clopidogrel, ils agissent également plus rapidement.

Le prasugrel peut remplacer le clopidogrel chez les patients qui ont une endoprothèse coronarienne et présentent des facteurs de risque de thrombose (diabète, antécédents d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST ou de thrombose due à un tuteur). Ce nouveau médicament peut être utilisé entre autres s'il n'y a pas de risque accru de saignement, si aucun pontage n'est prévu dans les sept prochains jours, si le patient n'a pas eu d'AVC ou d'AIT et s'il a moins de 75 ans. Le ticagrelor, lui, vient tout juste d'être homologué par Santé Canada.

« Les nouvelles molécules sont liées à un risque un peu plus élevé de saignement, mais elles protègent mieux que le clopidogrel des accidents ischémiques, des thromboses causées par un tuteur, des infarctus récidivants, etc. », explique le Dr Tanguay. On ne peut donc les remplacer

par le clopidogrel sans en discuter auparavant avec le cardiologue traitant.

Les cardiologues disposent maintenant de nouvelles molécules dans leur arsenal antiplaquettaire : le prasugrel (Effient) et le ticagrelor (Brilinta). Plus puissants que le clopidogrel, ils agissent également plus rapidement.

Maladie rénale chronique

« Les complications cardiaques constituent une des principales causes de mortalité des patients qui souffrent de problèmes rénaux », mentionne le cardiologue.

Faut-il leur donner un traitement antiplaquettaire ? On ne dispose encore d'aucun essai clinique important pour en prouver l'utilité. Actuellement, on ne peut qu'envisager en prévention secondaire le recours à un traitement antiplaquettaire chez ceux qui, en plus de leur affection rénale, présentent une maladie vasculaire pour laquelle les bienfaits d'une prophylaxie antiplaquettaire ont été établis.

(Suite à la page 91) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 19)

Cependant, chez les patients atteints d'une maladie rénale en phase terminale et ayant peu de risque de saignement, on peut envisager en prévention primaire la prise de 75 mg à 162 mg d'aspirine par jour. Les antiplaquettaires augmentent cependant le risque de saignement chez ces patients.

Femmes enceintes

Et chez les femmes enceintes ? Les indications pour le traitement antiplaquettaire sont les mêmes que chez les patientes qui n'attendent pas d'enfant. « Les données sont limitées chez les femmes enceintes », souligne toutefois le D^r Tanguay.

On sait néanmoins que de faibles doses d'aspirine sont sûres pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse et le sont probablement pendant le premier. On peut également envisager la prise d'aspirine chez les femmes qui allaitent. Mais pour ce qui est des autres agents antiplaquettaires, il faut être certain, avant de les utiliser, que les avantages pour la mère dépassent les risques potentiels pour l'enfant.

Un traitement sous-utilisé

De manière générale, les traitements antiplaquettaires sont sous-utilisés en pratique clinique. C'est « peut-être en partie en raison de l'absence de directives claires et prouvées », indique le document de la SCC. Les auteurs espèrent que leurs nouvelles recommandations régleront ce problème.

Néanmoins, les patients ont aussi leur part de responsabilité. « On se rend compte qu'avec le temps, beaucoup se sentent bien et ont tendance à arrêter leur traitement antiplaquettaire », rappelle le D^r Tanguay. Ce phénomène apparaît même dans l'environnement contrôlé des études. Dans l'essai clinique SYNTAX, seulement 91 % des patients qui ont subi une intervention coronarienne percutanée et 84 % de ceux qui ont eu un pontage coronarien prenaient encore de l'aspirine douze mois après l'intervention³. « De 10 % à 15 % d'abandon, c'est beaucoup. Cela veut dire que dans la population générale, le taux est encore plus élevé », estime le cardiologue. Convaincre les patients de continuer leur traitement reste donc le défi des médecins. 🍷

3. Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP et coll. Percutaneous coronary intervention vs coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009 ; 360 : 961-72.

Liste des prochaines assemblées générales des associations affiliées

Nord-Ouest

Samedi 17 septembre 17 h	Hôtel des Eskers, (Salle contemporaine) 201, avenue Authier Amos QC J9T 1W1 819 732-5386
-----------------------------	--

Bas Saint-Laurent

Mercredi 21 septembre	Notre-Dame-du-Lac
-----------------------	-------------------

Gaspésie

Judi 22 septembre	Base de plein air de Bellefeuille 70, route de la Plage Pabos-Mills QC G0C 2J0 1 800 689-6727
-------------------	--

Côte-Nord

Vendredi 23 septembre 17 h	Hôtel Mingan 665, boul. Laure Sept-Îles QC G4R 1X8 418 968-2121
-------------------------------	--

Bois-Francs

Judi 6 octobre Fin d'après-midi	Hôtel et Suites Le Dauphin 600, boul Saint-Joseph Drummondville QC J2C 2C1 819 478-4141 1 800 567-0995 www.le-dauphin.com
------------------------------------	--

AMOEP

Vendredi 7 octobre 12 h 30	CH Louis-H. Lafontaine 7401, rue Hochelaga Montréal QC H1N 3M5
-------------------------------	--

Thèmes de formation continue **des prochains numéros**

- *Octobre 2011*
**La dermatologie
et la médecine esthétique**
- *Novembre 2011*
**La grossesse...
au-delà du suivi**
- *Décembre 2011*
Le nouveau-né
- *Janvier 2012*
Les neuropathies
- *Février 2012*
La thyroïde
- *Mars 2012*
**Les patients atteints
de maladies vasculaires**
- *Avril 2012*
Les hépatites virales
- *Mai 2012*
**Les questions
médicolégales au quotidien**

