

# Médecins collaborant avec une IPS réclamez les sommes qui vous sont dues

CERTAINS GROUPES de médecins laissent dormir des dizaines de milliers de dollars dans les coffres de l'État. Quel est cet argent non réclamé ? Des sommes prévues pour la collaboration avec les infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Bien des omnipraticiens travaillant avec une IPS n'ont pas fait les démarches nécessaires pour recevoir le forfait de surveillance générale des activités de l'infirmière et l'allocation pour ses frais de pratique. Récemment, une clinique de la région de la Mauricie-Centre du Québec a appris qu'elle avait droit à quelquel 50 000 \$.

« On se dit que parmi les 30 groupes de médecins qui ont accueilli une IPS et ne se sont pas encore manifestés afin d'adhérer à la Lettre d'entente n° 229,

il y a sûrement des cas similaires », explique le **D<sup>r</sup> Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ et membre du comité paritaire chargé de l'application de cette lettre d'entente.

Cet accord, qui porte sur l'intégration de l'IPS en première ligne, alloue une somme mensuelle de 2500 \$ pour chaque infirmière spécialisée travaillant à temps plein dans un cabinet médical. Le forfait

couvre le coût du loyer, du secrétariat, du lien Internet, de la ligne téléphonique et des fournitures médicales. La Lettre d'entente n° 229 accorde également aux médecins partenaires jusqu'à 2500 \$ par mois pour la surveillance générale des activités médicales de l'IPS.

Tant le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) que la FMOQ tentent de joindre les omnipraticiens concernés. La Fédération, pour sa part, ne dispose pas de la liste de tous ceux qui travaillent avec une infirmière spécialisée. « Si le médecin ne me fait pas parvenir de formulaire d'adhésion, je n'ai aucun moyen de savoir qu'il

collabore avec une IPS », explique le D<sup>r</sup> Dulude. Le Ministère, quant à lui, a essayé de joindre ces cliniciens par l'intermédiaire des centres de santé et de services sociaux qui ont des responsables des dossiers des IPS.

Pour obtenir les sommes dues, les médecins peuvent aller sur le site Web de la FMOQ, remplir le *Formulaire d'adhésion ou de modification à la Lettre d'entente 229* ([fmoq.org](http://fmoq.org) > Rémunération > Enseignement > Infirmières praticiennes spécialisées) et le faire parvenir au comité paritaire. S'ils ont droit à des sommes liées à une période antérieure à octobre 2010, moment de la signature de la lettre d'entente, ils doivent aussi remplir le *Formulaire de demande de paiement rétroactif*.

### **Le médecin doit inscrire lui-même ses patients**

Il existe un autre domaine dans lequel les médecins partenaires des IPS pourraient ne pas recevoir toutes les sommes qui leur reviennent : les inscriptions. L'omnipraticien doit normalement envoyer à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) le nom des nouveaux patients qu'il prend en charge pour recevoir le forfait annuel d'inscription. Or, depuis cet été, les IPS doivent tenir un registre des patients qu'elles commencent à suivre avec un médecin et en faire parvenir les données à la RAMQ et au MSSS.

« Il ne faudrait pas que les médecins pensent que, parce que les IPS donnent, à la RAMQ et au Ministère, par son registre, le nom des patients qu'elles commencent à prendre en charge, il n'est plus nécessaire qu'eux-mêmes les inscrivent à leur nom. Ils doivent continuer à suivre la même procédure qu'avant », indique le D<sup>r</sup> Dulude. La FMOQ va envoyer sous peu un courriel aux cliniciens concernés pour le leur préciser. Les médecins collaborant avec des IPS doivent donc s'assurer de recevoir toutes les sommes qui leur reviennent. **EG**

Photos : Emmanuelle Garnier



D<sup>r</sup> Serge Dulude

## ***Dossier de santé du Québec déploiement dans l'Estrie et Lanaudière***

Après avoir été expérimenté dans la région de la Capitale-Nationale, le Dossier de santé du Québec (DSQ) va être offert dans l'Estrie et Lanaudière. Les médecins de ces régions pourront entre autres avoir droit aux avantages qu'accorde l'entente particulière sur le DSQ, signée en mai dernier par le gouvernement et la FMOQ.

Ainsi, les omnipraticiens de ces territoires qui achèteront du matériel informatique ou qui l'ont fait dans les six derniers mois obtiendront un remboursement de 70 % de leur investissement. Ils pourront réclamer jusqu'à 1400 \$ pour l'achat d'un ordinateur, d'un écran, d'une imprimante ainsi que pour le coût de l'installation, de l'assurance et de la garantie.

« Jusqu'à présent, l'entente particulière n'était pas en vigueur parce que le DSQ se déroulait dans le cadre d'un projet expérimental. Dans la mesure où il s'agit d'un véritable déploiement, l'entente particulière qui a été négociée par la FMOQ et le gouvernement peut être appliquée », explique M<sup>e</sup> **Christiane Larouche**, avocate à la FMOQ.

### ***D'abord la liste des médicaments***

Dans l'Estrie et Lanaudière, les médecins pourront sous peu commencer à utiliser plusieurs parties du Dossier de santé du Québec. Le premier volet offert sera celui des médicaments. Les pharmacies de quartier seront les premières branchées, ce qui permettra de constituer le profil pharmacologique des patients. Les cliniques médicales et les centres hospitaliers seront ensuite raccordés au système.

Progressivement, les médecins auront accès non seulement à la liste des médicaments, mais aussi aux résultats des analyses de laboratoire et aux examens d'imagerie médicale. Éventuellement, ils pourront remonter jusqu'en novembre 2010 pour consulter les données de laboratoire et jusqu'en février 2011 pour l'imagerie médicale.

Autre aspect pratique, le DSQ permettra aux cliniciens de rédiger des ordonnances par

ordinateur. Les patients en remettront une copie imprimée au pharmacien qui pourra accéder à la version électronique.

### ***Encore plus important : le DME***

Quels changements y aura-t-il pour les résidents de l'Estrie et de Lanaudière ? À partir du 28 octobre, tous ceux qui sont inscrits au régime d'assurance maladie du Québec auront un dossier de santé.

Depuis quelques semaines, ils ont commencé à recevoir par la poste un feuillet d'information pour leur expliquer le projet. Les personnes qui ne veulent pas qu'un dossier électronique soit constitué sur eux ont jusqu'au 24 octobre pour indiquer leur refus par Internet, par la poste ou par téléphone.

« Le DSQ est un projet que la FMOQ a hâte de voir se réaliser. Mais tant qu'il ne sera pas plus avancé, on a encore certaines réserves, indique M<sup>e</sup> Larouche. Le projet expérimental a débuté dans la région de la Capitale-Nationale et il semble jusqu'à maintenant que le système se soit révélé fiable et utile. Cependant, il n'y avait que quelques cliniques médicales et quelques pharmacies qui y participaient. Le vrai test, c'est maintenant qu'on déploie le projet à grande échelle. »

Le DSQ, qui n'est somme toute qu'un visualiseur de résultats d'exams, n'est qu'une étape pour la Fédération. L'outil dont les médecins ont vraiment besoin est le dossier médical électronique (DME) qui est la version informatique du dossier papier du patient.

La Fédération et le gouvernement sont actuellement dans une phase de prénégociation concernant les modalités d'implantation et de financement des DME dans les cabinets médicaux. Le projet pourrait se concrétiser dans les prochains mois. **EG**



M<sup>e</sup> *Christiane Larouche*

# Entrevue avec le D<sup>r</sup> Sylvain Dion

## Le nouvel accord-cadre vu par les médecins de CLSC



Photo : Emmanuelle Garnier

D<sup>r</sup> Sylvain Dion

*Président de l'Association des médecins de CLSC du Québec et secrétaire général du Bureau de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Sylvain Dion estime que la nouvelle entente pourrait offrir à ses membres des gains intéressants. Il espère qu'ils pourront profiter pleinement de toutes les mesures.*

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

S.D. – C'est une bonne entente dans laquelle la Fédération a pu faire des gains intéressants dans des domaines dans lesquels nous n'avions jamais pu obtenir d'engagement du gouvernement. Cet accord aidera également les médecins à suivre un plus grand nombre de Québécois. Il y a cependant une ombre : c'est le peu de chemin que nous pourrions réaliser d'ici 2015 pour réduire l'écart de rémunération entre les médecins de famille et les médecins spécialistes.

### **M.Q. – Pour vos membres en particulier, est-ce que c'est une bonne entente ?**

S.D. – Pour mes membres, cette entente ne peut être qualifiée ni de bonne ni de mauvaise, parce que nous ne pouvons actuellement mesurer les effets de certaines mesures, comme la création d'un mode de rémunération mixte dont les modalités restent à être définies. Néanmoins, parmi les mesures qui s'appliquent aux médecins de CLSC qui suivent des patients, certaines sont intéressantes. Cependant, elles profiteront surtout à ceux qui ont un grand volume d'activité et une clientèle importante. Certains de nos médecins ont des pratiques qui ne favorisent pas un haut débit de patients. C'est le cas pour les soins à domicile, les soins palliatifs, la santé mentale, etc. Cependant, la création d'un mode mixte devrait leur permettre de faire des gains financiers.

### **M.Q. – Comment un mode de rémunération mixte permettra-t-il de gagner davantage ?**

S.D. – Ce mode de rémunération aura une composante à l'acte. L'enjeu est de permettre aux médecins de gagner davantage, mais aussi, on ne se le cachera pas, de créer des incitatifs pour augmenter la productivité.

Pour instaurer ce mode mixte, il faudra que la Fédération s'appuie sur des données tangibles. Nous allons donc faire appel à nos membres pour avoir certaines informations : comment se déroule leur semaine

de travail, quel est le nombre d'heures d'activités cliniques, le nombre de patients qu'ils voient, etc. Nous allons par ailleurs tenir compte de certains aspects qualitatifs lors de la création de ce nouveau mode.

### **M.Q. – Est-ce que la hausse de rémunération pourrait être importante ?**

S.D. – Il est évident que les médecins de CLSC ne se mettront pas à facturer tout ce qu'ils font pour rien. Il va falloir qu'il y ait des gains importants. Cependant, la Fédération et moi, comme président d'association, ne sommes pas insensibles à la question de la productivité. Si nos médecins sont déjà productifs, le nouvel accord-cadre sera rentable pour eux. S'ils le sont moins, il faudra soit qu'ils se retroussent les manches, soit qu'ils se contentent d'augmentations moindres.

### **M.Q. – Était-ce une évolution inévitable ?**

S.D. – Je pense qu'on en est rendu là. La question de la productivité a toujours été relativement taboue pour les médecins de CLSC. Mais je crois qu'on est à une époque où il faut la regarder dans le contexte de la pénurie. Il y a des patients qui ont de la difficulté à se trouver un médecin de famille.

Je crois toutefois que nous devrions être capables de trouver un juste milieu pour garantir aux médecins de CLSC des conditions qui préservent une qualité de pratique. Toute notre rémunération ne sera pas uniquement liée à l'acte. On aura quand même une partie forfaitaire qui nous garantira un revenu important. C'est peut-être le meilleur des deux mondes.

### **M.Q. – Comment vos membres réagissent-ils ?**

S.D. – La majorité des médecins qui ont voté dans notre association ont appuyé l'entente. Parmi les membres qui ont voté contre, il y a ceux qui déplorent la faible réduction de l'écart de rémunération avec les médecins spécialistes. Mais il y a également ceux qui craignent le mode de rémunération mixte.

La question de l'environnement professionnel préoccupe également beaucoup de nos médecins. Grâce à la nouvelle entente, les omnipraticiens de cabinets pourront enfin obtenir un forfait pour leurs frais de clinique. Cependant, le nouvel accord-cadre n'offre encore aucune garantie aux médecins de CLSC pour leur assurer l'aide de secrétaires et d'autres employés.

### **M.Q. – Qu'en est-il du mode de rémunération à honoraires fixes ?**

S.D. – Même si ce mode va être fermé, les droits des médecins actuellement rétribués ainsi seront préservés. Il n'y avait presque plus

de nouveaux médecins qui y adhéraient. Le vieillissement du groupe a des répercussions, notamment sur le coût des assurances, dont la hausse était assumée seulement par les médecins. Le gouvernement s'est toutefois engagé à regarder comment il peut en absorber une partie pour les omnipraticiens qui restent. Il a aussi promis d'améliorer leur régime de retraite qui pourrait être calculé sur la base de 40 heures par semaine au lieu de 35 heures. C'est un gain intéressant.

**M.Q. – Est-ce que les médecins de CLSC bénéficieront de la prime pour la polyvalence ?**

S.D. – Ils y auront droit si, en plus de suivre des patients au CLSC, ils pratiquent dans un milieu de deuxième ligne. Cependant, pour bénéficier de cette prime, il faut avoir un nombre minimal de 700 patients inscrits. Je serais curieux de voir combien de médecins de CLSC atteignent ce seuil. Nos types de pratique, par exemple en soins palliatifs, font qu'il est difficile d'avoir ce nombre de patients. Et ce, même si l'on est efficace et que l'on travaille beaucoup avec les autres professionnels.

**M.Q. – Et en ce qui concerne la modulation du forfait pour les inscriptions ?**

S.D. – Je pense qu'à ce chapitre il va falloir regarder la question des inscriptions conjointes. On voit souvent un médecin de CLSC qui prend en charge la santé mentale d'un patient qui continue d'être suivi par son médecin de famille pour ses problèmes physiques. Le médecin de CLSC ne peut donc pas inscrire cette personne. Je pense que les deux médecins devraient bénéficier d'un forfait de suivi conjoint pour ce patient.

Il y a également le cas des soins palliatifs. On peut inscrire un patient en soins palliatifs et le suivre pendant seulement deux mois. On n'a même pas le temps d'avoir le paiement d'un premier trimestre. Je pense que ce sont des choses qu'on devra regarder. C'est pour cela que je compte beaucoup sur la création d'un mode mixte pour que les médecins qui ont des pratiques très lourdes puissent bénéficier des dividendes intéressants de cette entente.

**M.Q. – Quelles sont les mesures les plus intéressantes pour les médecins de CLSC dans cette entente ?**

S.D. – Je pense que beaucoup de nos médecins vont trouver leur compte dans le mode de rémunération mixte. Il y a également le forfait accordé pour prendre en charge les patients orphelins qui est un incitatif intéressant. Il faut donc accepter des patients de plus, mais c'est à nous de décider de combien.

**M.Q. – Il y a aussi l'augmentation de la liste des clientèles vulnérables.**

S.D. – Cela va être intéressant pour certains médecins qui pratiquent, notamment, dans des programmes famille-enfance-jeunesse où il y a beaucoup de patients atteints d'un trouble de l'attention avec hyperactivité. La déficience intellectuelle et certaines déficiences physiques qui ont été ajoutées à la liste sont également des problèmes que nous voyons dans notre pratique.

**M.Q. – Le manque de soutien administratif ne risque-t-il pas d'empêcher les médecins de CLSC de profiter pleinement de certaines mesures de l'Entente ?**

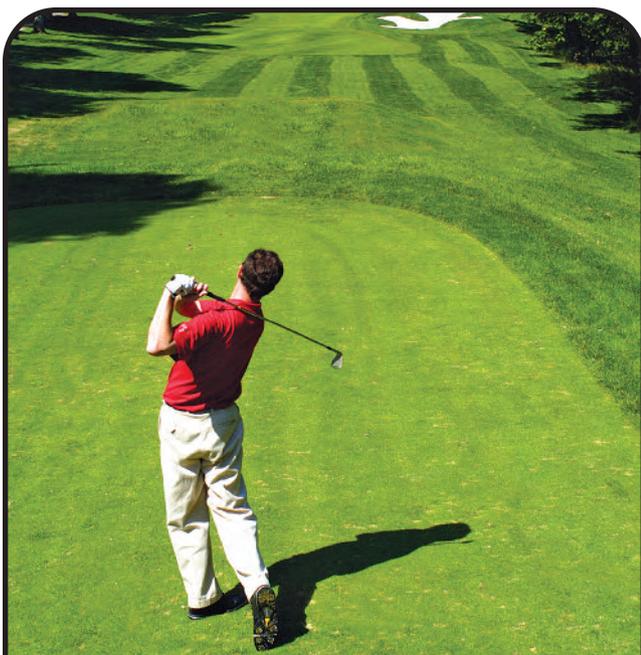
S.D. – Effectivement. D'abord, il y a l'inscription de la clientèle qui est requise pour l'application de l'Entente. C'est le minimum que doivent fournir les établissements. Il faut qu'il y ait des secrétaires qui inscrivent par ordinateur les patients auprès de la RAMQ pour les médecins. La deuxième chose est la facilitation de la facturation. Les CLSC doivent au moins, lorsqu'un patient se présente, étamper sa carte d'assurance maladie pour permettre au médecin de faire sa facturation. Actuellement, certains établissements refusent même de passer la carte dans une machine même s'ils ont l'obligation d'en vérifier la validité.

**M.Q. – Est-ce que les médecins de CLSC bénéficient aussi des mesures concernant le dossier médical électronique ?**

S.D. – Oui, nous avons été capables d'obtenir, comme les médecins de cabinet, un financement de 70 % du coût d'achat et des licences année après année si nos établissements refusent de nous payer un logiciel de dossier médical électronique. Le médecin pourrait donc avoir à en payer 30 %, mais il n'a pas de composante de frais de pratique dans sa rémunération. Avec un mode mixte, il faudra peut-être le prévoir.

**M.Q. – Pour résumer ?**

S.D. – De manière générale, le nouvel accord-cadre nous a permis de faire des gains intéressants. Les médecins de famille vont avoir davantage d'argent. Le gouvernement a augmenté le budget, mais, en même temps, n'a pas compris notre message. Notre cheval de bataille au cours des négociations était l'écart de rémunération avec les médecins spécialistes. Je m'attendais à ce que le gouvernement ramène cet écart à des proportions décentes pour reconnaître la valeur du médecin de famille. Ce n'est pas vrai que nous devons être beaucoup moins rémunérés qu'un médecin spécialiste ! Nous ne faisons pas du travail de deuxième ordre, loin de là !



*Le 6<sup>e</sup> Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec affichait complet le 25 juillet dernier*

**Donateurs, participants  
et partenaires :**

**Merci !**

**Merci à nos partenaires :**



Association des optométristes du Québec  
 Association canadienne de protection médicale  
 La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.  
 Desjardins Sécurité financière – Fiducie Desjardins – Fiera Sceptre inc.  
 Gestion globale d'actifs CIBC inc. – Industrielle Alliance – Investissements SEI  
 La Personnelle, assurance de groupe auto et habitation  
 Sheer Rowlett & Associés et New Star Canada inc.

**Prochain tournoi : le 23 juillet 2012**  
**Une date à retenir !**

[fmoq.org](http://fmoq.org)   [fmeq.ca](http://fmeq.ca)   [fmrq.qc.ca](http://fmrq.qc.ca)   [fmsq.org](http://fmsq.org)

## Liste des assemblées générales des associations affiliées à la FMOQ

### Bois-Francs

Jeudi 6 octobre  
 Fin d'après-midi  
 Hôtel & Suites Le Dauphin  
 600, boul. Saint-Joseph  
 Drummondville QC J2C 2C1  
 819 478-4141 1 800 567-0995  
[www.le-dauphin.com](http://www.le-dauphin.com)

### AMOEP

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

### Saguenay/Lac-Saint-Jean

Jeudi 13 octobre      Lieu à préciser

### CLSC

Vendredi 14 octobre  
 13 h 30  
 Château Bonne Entente  
 3400, chemin Sainte-Foy  
 Québec QC G1X 1S6  
 418 653-5221

### Côte-du-Sud

Jeudi 20 octobre  
 18 h 30  
 Quality Inn & Suites Lévis  
 5800, rue des Arpents  
 Lévis QC G6V 0B5  
 418 833-1212

### Québec

Vendredi 21 octobre  
 12 h 30  
 Four Points Sheraton Québec  
 7900, rue du Marigot  
 Québec QC G1G 6T8  
 418 627-8008

### Richelieu–Saint-Laurent

Jeudi 27 octobre  
 17 h  
 Hôtel des Trois Tilleuls  
 290, rue Richelieu  
 Saint-Marc-sur-Richelieu QC J0G 2E0  
 514 856-7787, 1 800 263-2230

### Ouest-du-Québec

Vendredi 28 octobre  
 13 h  
 Hilton Lac Leamy (salon Delfosse)  
 303, boulevard du Casino  
 Gatineau-Ottawa QC J8Y 6X4  
 819 790-6444

### Mauricie

Mercredi 2 novembre      Lieu à préciser

# Ordonnance de non-réanimation quand en parler au patient ?

Emmanuèle Garnier



Photo : Superstock

**Il n'est pas facile de parler d'ordonnance de non-réanimation à un patient âgé ou malade. Mais mieux vaut le faire dans une période de calme et de stabilité que dans l'urgence d'une crise. Une étude récente montre d'ailleurs que la majorité des patients souhaitent qu'on aborde la question de la réanimation avec eux avant qu'ils soient dans un état critique.**

**C**ETTE NUIT-LÀ, la D<sup>re</sup> Catherine Vaillancourt était de garde à l'Hôpital Anna-Laberge. Vers quatre heures du matin, on l'appelle d'urgence au chevet d'un patient âgé très malade souffrant de fibrillation auriculaire et d'une douleur rétrosternale. Quand elle arrive, il est branché à un moniteur, reçoit de l'oxygène. Il a de la difficulté à respirer. Autour de lui, les infirmières s'agitent. Dès le premier coup d'œil, la clinicienne sait qu'un arrêt cardiaque peut survenir. Cependant, une réanimation cardiorespiratoire, si elle devient nécessaire, a peu de chance de réussir. L'homme est encore conscient. Il plonge son regard dans celui de la D<sup>re</sup> Vaillancourt et la supplie : « Aidez-moi, Docteur ! Sauvez-moi ! ». L'omnipraticienne n'a pas encore eu le temps de discuter avec lui d'une ordonnance de non-réanimation. Maintenant, il est trop tard. C'est elle qui devra prendre les décisions difficiles.

« C'est pour éviter ce type de situation que je

milite par mes interventions avec le comité d'éthique de l'hôpital et auprès de mes collègues pour que les médecins aient une discussion sur la réanimation cardiorespiratoire avec leurs patients lorsque ces derniers sont dans une période de relative stabilité », affirme la D<sup>re</sup> Vaillancourt.

## Un acte spectaculaire qui a un prix

La réanimation cardiorespiratoire est toujours un acte spectaculaire. Arracher un patient à la mort. Faire battre à nouveau le cœur. Réinsuffler la vie. « C'est l'un des symboles les plus puissants de la réussite de la médecine moderne », reconnaît la D<sup>re</sup> Vaillancourt.

Cependant, le miracle ne survient pas toujours. Seulement la moitié des patients reviendront à la vie, le tiers survivra 24 heures et environ un sur huit sortira vivant de l'hôpital<sup>1</sup>.

1. Ebell MH. Practical guidelines for Do-not-resuscitate orders. *Am Fam Phys* 1994 ; 50 (6) ; 1293-9.



*« Parfois cela peut être long et ardu de parler de ce sujet, reconnaît l'omnipraticienne. Quand on est pressé, on n'a pas toujours envie de se lancer dans des discussions philosophiques, néanmoins cela nous aide beaucoup à connaître les valeurs de notre patient. »*

*– D<sup>re</sup> Catherine Vaillancourt*

Et ce retour à la vie a souvent un prix. Chez 44 % des patients, le fonctionnement quotidien est grandement détérioré, selon une étude portant sur 162 patients ayant survécu après une réanimation<sup>2</sup>. Par contre, d'autres données indiquent que sur une centaine de personnes vivantes après une réanimation 75 % sont restées autonomes<sup>3</sup>. Néanmoins, 17 % des sujets présentaient des troubles cognitifs et 16 % des symptômes de dépression.

« C'est sûr que le patient ne reviendra pas en meilleur état qu'auparavant. Il est ensuite souvent

plus malade », indique l'omnipraticienne. Les patients ignorent souvent ce fait. Dans leur tête, les manœuvres de réanimation les ramèneront simplement à la vie, comme dans les films. « La principale source d'information des gens est la télé. Une étude très intéressante faite en 1996 montrait que dans les séries télévisées 75 % des patients survivaient après une réanimation et que 67 % sortaient de l'hôpital sans séquelles. »

### **Des souffrances inutiles**

Conscients des limites et des risques de la réanimation cardiorespiratoire, bien des médecins veulent éviter à leurs patients une intervention inutile. « L'ordre NTBR [*Not to be resuscitated*] vise en réalité à assurer aux patients en fin de vie une mort dans la dignité et à protéger les patients contre un traitement qui [dans certaines conditions] ne constitue plus qu'une forme d'acharnement », écrit par exemple le **P<sup>f</sup> Jean-Claude Chevrolet**,

2. FitzGerald JD, Wenger NS, Califf RM et coll. Functional status among survivors of in-hospital cardiopulmonary resuscitation. SUPPORT Investigators Study to Understand Progress and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *Arch Intern Med* 1997 ; 157 (1) : 72-6.

3. de Vos R, de Haes HC, Koster RW et coll. Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med* 1999 ; 159 (3) : 249-54.

président du Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux universitaires de Genève, dans un document sur l'ordre de non-réanimation<sup>4</sup>.

Dans bien des cas, la réanimation ne permet pas d'offrir au patient des moments de vie précieux. Surtout lorsque l'arrêt cardiorespiratoire s'est produit à l'extérieur de l'hôpital. Une étude récente faite à Détroit, aux États-Unis, montre ce que doit subir la minorité de patients qui parvient vivante à l'urgence<sup>5</sup>. Moins de 10 %. Les chercheurs se sont particulièrement intéressés aux 32 personnes sur 41 encore en vie à leur arrivée, mais qui sont décédées dans l'établissement. Parmi elles, 19 (59 %) sont mortes après qu'on leur eut retiré les appareils assurant le maintien des fonctions vitales, 8 (25 %) pendant qu'elles étaient branchées et 5 (16 %) après l'échec d'une autre tentative de réanimation cardiorespiratoire. Au cours de l'hospitalisation, huit patients ont souffert physiquement. Et deux ont eu un pneumothorax et une hémorragie intracrânienne, des complications possibles de la réanimation.

« Ce court séjour à l'hôpital après une réanimation cardiorespiratoire est souvent marqué par la douleur et finit avec le retrait des appareils maintenant les fonctions vitales. Cette information peut être un élément important dans les discussions de planification et peut aider les patients quand ils soupèsent le pour et le contre de la réanimation », écrivent les auteurs, la **D<sup>re</sup> Wendi Miller** et ses collègues.

Aucun des patients étudiés n'avait, par ailleurs, d'ordonnance de non-réanimation. Après discussion avec la famille, les médecins en ont inscrit une au dossier de 26 d'entre eux. Il a fallu un temps médian de 24 heures pour y parvenir. Pour finir, peu de sujets ont survécu plus de 36 heures, et cette période n'a souvent pas permis aux patients d'avoir de contacts significatifs, indiquent les chercheurs.

4. Chevrolet JC. *L'ordre « not to be resuscitated » (NTBR) chez l'adulte et chez l'enfant. Avis du Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux universitaires de Genève. 2<sup>e</sup> version. Genève; 2001. 15 p. <http://bit.ly/poPtIR>*

5. Miller W, Levy P, Lamba S et coll. Descriptive analysis of the in-hospital course of patients who initially survive out-of-hospital cardiac arrest but die in-hospital. *J Palliat Med* 2010; 13 (1) : 19-22.

#### Encadré.

#### Quels patients ont le plus de chance de survivre après une réanimation ?

Les personnes qui jouissent d'un très bon état fonctionnel au moment où survient l'arrêt cardiorespiratoire ont plus de chance de s'en sortir indemnes que celles qui ont déjà des atteintes fonctionnelles et des maladies chroniques. Les patients atteints d'un cancer métastatique, d'une insuffisance rénale, d'un choc septique ou d'une démence ont une moins grande probabilité de quitter l'hôpital vivants après avoir subi des manœuvres de réanimation.

Par contre, l'âge n'est pas un élément défavorable. « Dans toutes les études, le facteur qui influence le plus la survie après un arrêt cardiorespiratoire, c'est l'état de santé préalable. Ce n'est pas l'âge », dit la **D<sup>re</sup> Vaillancourt**.

Par ailleurs, le type d'arythmie qui survient influe sur la survie. Un patient souffrant d'une fibrillation ventriculaire ou de tachycardie ventriculaire a un meilleur pronostic que celui qui présente une asystolie ou une activité cardiaque électrique sans pouls.

#### Les patients avec qui aborder la question

Avec quels patients faut-il discuter de réanimation cardiorespiratoire ? Évidemment, avec le malade hospitalisé dont la mort peut survenir à court ou à moyen terme. Mais ce n'est pas la situation idéale.

Le mieux est d'aborder le sujet tranquillement avec son patient dans le cadre d'une consultation au cabinet médical. L'état du malade est stable. La relation de confiance est déjà établie. « Le patient sait qu'il va recevoir de son médecin les bonnes informations. À l'hôpital, quand on leur parle de réanimation, les gens ont souvent peur qu'on leur cache quelque chose. Ils croient qu'ils vont mourir rapidement et qu'on leur prodiguera de moins bons soins », indique la **D<sup>re</sup> Vaillancourt**.

Il n'est pas pertinent de discuter de réanimation avec tous les patients âgés ou malades que l'on suit. « Pour savoir à quels patients je devrais en parler, je me demande quels sont ceux dont la mort ne me surprendrait pas si elle survenait cette année ou l'année prochaine », affirme l'omnipraticienne. On peut ainsi aborder le sujet avec tous les patients qui ont un diagnostic sombre : cancer métastatique, bronchopneumopathie chronique obstructive, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, etc.

Le médecin peut saisir l'occasion d'une hospitalisation récente pour discuter de la question. On demande alors au patient si un médecin lui a parlé de réanimation à l'hôpital. Si ce n'est pas le cas, on peut profiter de cette porte ouverte et lui dire : « On ne sait pas ce qui peut arriver. Ce serait une bonne chose de vous demander si vous voulez être réanimé ou non. Cela pourrait être le moment d'y penser et d'en parler avec votre famille. » On peut aussi aborder la question quand un patient nous dit qu'il ne sera peut-être plus là dans un an, comme le font souvent les personnes âgées.

Cet exercice de réflexion est particulièrement nécessaire avec le patient susceptible de subir un arrêt cardiorespiratoire alors qu'il n'est pas en fin de vie. « C'est dans cette situation que le risque de projection par les soignants de leur propre perception de la qualité de vie du patient est le plus grand, avertit le P<sup>r</sup> Chevrolet dans son document. Il s'agit souvent de patients âgés ou limités par une maladie chronique que l'on pourrait être tenté soit de ne pas réanimer, car "leur vie ne vaut pas la peine d'être vécue", soit au contraire, de réanimer de façon agressive, de peur de paraître céder à des préjugés. » Dans les deux cas, les désirs du patient risquent d'être mis de côté.

Les données montrent d'ailleurs que le clinicien, pas plus que l'entourage, ne parvient à prédire ce que souhaite le patient au sujet de la réanimation. « Dans une étude récente, l'agrément entre les désirs du patient imaginés par les médecins et les vrais souhaits des malades était de 50 % seulement », explique le professeur. Par contre, ce que les praticiens croyaient que leur patient souhaitait correspondait à 100 % à ce qu'ils auraient désiré pour eux-mêmes s'ils avaient été dans la même situation.

Et pour les malades qui vont bientôt mourir ? « On ne leur propose pas la réanimation, mais on discute quand même de la question avec eux. C'est important de le faire », répond la D<sup>re</sup> Vaillancourt. Certaines personnes ou leur famille s'attendent à ce que l'on tente une réanimation. « Il faut verbaliser le fait que leur maladie va mener ultimement à la mort, qu'on ne prolongera pas leur vie. »

### Comment aborder la question

Mais les patients, eux, qu'en pensent-ils ? Veulent-ils vraiment avoir cette conversation ? La plupart souhaite qu'elle ait lieu, et ce, avant qu'ils soient dans un état critique, indique une étude faite au Royaume-Uni<sup>6</sup>. Un questionnaire a été distribué à des patients dans le service de consultation externe d'un hôpital. Parmi les 364 qui l'ont rempli, 37 % voulaient que l'on discute de réanimation avec eux au moment de l'admission, 32 % au cours d'une consultation externe, 17 % au moment de consentir à une opération chirurgicale, mais uniquement 14 % quand ils seraient dans une phase critique de leur maladie. Seulement 10 % des répondants trouvaient qu'une discussion sur la réanimation pouvait être bouleversante. Mais même parmi ces gens, la moitié désirait qu'on leur en parle.

Comment procéder ? On peut entamer la discussion en demandant au patient ce qu'il sait de son état. « Comment voyez-vous votre santé actuellement ? Qu'est-ce que les médecins vous ont expliqué ? » Cette amorce permet de rétablir les faits au besoin, explique la D<sup>re</sup> Vaillancourt. Si le patient ignore tout de son pronostic ou est dans une phase de déni, inutile de parler de réanimation. Un travail préparatoire est nécessaire.

Il est essentiel de faire le point sur la santé de la personne concernée et de parler avec franchise de l'issue de la maladie. « Si l'on a discuté au préalable avec le patient et qu'on lui a dit qu'il n'y a plus de traitement possible, que sa maladie va évoluer et un jour entraîner le décès, c'est ensuite beaucoup plus facile de parler des ordonnances de non-réanimation. »

On peut demander après au patient ce qu'il attend des soins qui vont lui être prodigués. Quelles sont ses priorités pour le temps qu'il lui reste à vivre ? Est-ce la vie à tout prix ? Le confort à tout prix ? Veut-il avoir la possibilité de récupérer même si cela implique d'aller dans un centre d'accueil ? « Le patient peut dire : "Pour moi ce qui est important c'est de vivre le plus longtemps

6. Gorton AJ, Jayanthi NV, Lepping P et coll. Patients' attitudes towards "do not attempt resuscitation" status. *J Med Ethics* 2008 ; 34 : 624-6.



Photo : Emmanuèle Garnier

*« J'explique au patient qu'il y a deux choses : la vie et la mort. Quand il va mourir, il y a des choses que je peux faire ou ne pas faire, et tant qu'il est vivant il y a d'autres choses que je dois faire. »*

*– D<sup>re</sup> Christiane Simard*

possible, parce que mon petit-fils va naître.” Il y a parfois des choses que l'on ignore », mentionne la D<sup>re</sup> Vaillancourt.

### **Entrer dans le cœur du sujet**

Puis vient le moment d'entrer dans le vif du sujet : la réanimation. La D<sup>re</sup> Vaillancourt a mis au point sa propre formule. Elle dit au patient : « J'aimerais discuter avec vous d'un sujet dont je parle à tous mes patients hospitalisés ou qui sont atteints de la même maladie que vous. » La personne sent ainsi que cette discussion est une démarche normale. La clinicienne ne vient pas lui parler parce qu'il est devenu plus malade. L'omnipraticienne demande alors : « Avez-vous entendu parler de la réanimation ? » Souvent, elle voit immédiatement la réponse sur son visage.

Lorsque le patient la regarde d'un air intrigué, la D<sup>re</sup> Vaillancourt explique : « Si jamais un jour, malgré tous les bons soins de vos médecins, malgré les efforts de l'hôpital et de l'équipe

soignante votre état de santé se détériorait jusqu'au point où vous mourriez, voudriez-vous que l'on essaie de vous ramener à la vie en utilisant les technologies médicales, les machines et les médicaments ? »

Cette formulation a plusieurs avantages. Elle indique d'abord au patient que tout sera fait pour le soigner. Ensuite, le mot « mourir » y est clairement employé. Un terme essentiel qui permet au patient de bien saisir la situation.

À l'Hôpital du Suroît, à Salaberry-de-Valleyfield, la D<sup>re</sup> **Christiane Simard** a adopté l'approche de la D<sup>re</sup> Vaillancourt. « J'explique au patient qu'il y a deux choses : la vie et la mort. Quand il va mourir, il y a des choses que je peux faire ou ne pas faire, et tant qu'il est vivant il y a d'autres choses que je dois faire. » L'omnipraticienne enchaîne ensuite : si le patient meurt veut-il qu'on le ramène de la mort ? Veut-il être intubé, avoir un massage cardiaque et aller aux soins intensifs ?

Actuellement, cependant, le patient est vivant.

### Encadré.

#### Six étapes pour parler de réanimation cardiorespiratoire

- 1) Mettre en place les conditions appropriées : choisir un lieu confortable et privé et se mettre physiquement au même niveau que le patient
- 2) Demander au patient et à sa famille, si elle est présente, ce qu'ils savent de la situation actuelle, puis faire le point sur la santé du malade
- 3) Interroger le patient sur ses attentes au sujet de sa situation et de son avenir
- 4) Discuter clairement de la réanimation
- 5) Questionner le patient sur les émotions qu'a suscitées la conversation
- 6) Inscrire la conclusion de la discussion dans le dossier

« Et tant que vous le serez, je vais m'occuper de vous », lui dit-elle. Elle va en prendre soin jusqu'à la fin, même s'il choisit de ne pas être ranimé. L'ordre de non-réanimation ne limite d'ailleurs aucun traitement : antibiotique, diurétique, nitroglycérine, etc. « Donc, c'est clair : il y a la vie et la mort. Depuis que je procède ainsi, cela me facilite énormément la tâche », affirme la D<sup>re</sup> Simard.

#### Être attentif aux émotions

Lorsque la réanimation a peu de chance de réussir, il peut être tentant d'en faire une description horrifiante au patient : côtes cassées au cours du massage cardiaque, brûlures causées par le défibrillateur, intubation, séjour aux soins intensifs, douleur, etc. Mais rien ne sert d'effrayer le patient. « Il est beaucoup mieux de faire clairement des recommandations au patient, affirme la D<sup>re</sup> Vaillancourt. Après tout, la réanimation est un traitement médical qui a ses indications et ses contre-indications. »

La D<sup>re</sup> Simard a la même vision. « Parfois je me positionne en tant qu'experte. Je vais expliquer au patient ou à sa famille que de le réanimer n'est pas une chose à lui offrir, parce que les séquelles risquent d'être trop importantes. La réanimation est un traitement très agressif. On a le droit de mourir tranquillement à l'hôpital. »

Une discussion sur la vie, la mort, la réanimation peut être bouleversante pour la

personne concernée. À la suite de la conversation, il faut demander au malade ce qu'il ressent. On doit aussi veiller à dissiper les doutes, à répondre aux questions en suspens et à clarifier les aspects mal compris.

« Je dis au patient que c'est correct d'être triste après avoir discuté de ces sujets. Personne ne veut mourir. Personne ne sait ce qu'il y a après. On peut lui demander à quel membre de sa famille il voudrait parler de notre conversation », dit la D<sup>re</sup> Simard.

Pour finir, il faut mettre une note au dossier. On doit inscrire plus qu'un laconique « Pas de code ». « Souvent je vais écrire : Pas de code. Avons discuté de réanimation. Le patient désire intervention si peut lui permettre de garder sa qualité de vie, mais si complication jusqu'au décès pas de réanimation », explique la D<sup>re</sup> Vaillancourt.

Une discussion sur la réanimation peut facilement prendre une demi-heure. « Parfois cela peut être long et ardu de parler de ce sujet, reconnaît l'omnipraticienne. Quand on est pressé, on n'a pas toujours envie de se lancer dans des discussions philosophiques, néanmoins cela nous aide beaucoup à connaître les valeurs de notre patient. Il arrive que je le fasse en plusieurs étapes, surtout pour les patients que je vois au cabinet ou qui sont dans un état stable à l'hôpital », dit la D<sup>re</sup> Vaillancourt.

Cette démarche permet au médecin d'éviter de prendre de difficiles décisions à la place du malade, comme a dû le faire la clinicienne une nuit de garde. La D<sup>re</sup> Vaillancourt en conserve un souvenir très vif. Elle a dû convaincre le médecin des soins intensifs d'accepter dans son unité ce patient qui était en fibrillation auriculaire. Son collègue hésitait devant l'état du malade : grave bronchopneumopathie chronique obstructive, diabète, âge avancé, état qui se détériorait. Était-elle sûre que des traitements intenses étaient souhaitables pour cet homme ? Finalement, le patient a survécu et n'a eu besoin d'aucune réanimation. Pour la D<sup>re</sup> Vaillancourt, l'épisode a été éprouvant. « Comme médecin, mon niveau de stress était très élevé, parce que j'ignorais les volontés du patient. » 🌸

# pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?  
Envoyez-les à [nouvelles@fmoq.org](mailto:nouvelles@fmoq.org).

## Le bleu de la police et l'orange des pompiers

Parfois, les personnes asthmatiques ne se rappellent plus quelle pompe utiliser en premier en cas de crise. La bleue ou l'orange ?

La D<sup>re</sup> Linda Moalli, qui pratique à la Clinique d'urgence Pincourt, à L'Île-Perrot, a une manière très simple d'expliquer le traitement à ses patients. « La pompe bleue, le Ventolin, c'est la police, et l'orange, le Flovent, ce sont les pompiers. En cas de feu, souvenez-vous que la police ouvre le chemin aux pompiers. La pompe bleue va donc ouvrir les voies respiratoires et l'orange éteindra le feu. »

L'exemple marque les patients. Ils se souviennent ensuite définitivement que la police passe avant les pompiers, la pompe bleue avant l'orange. Ils ne doivent cependant pas oublier de bien se rincer la bouche après leur utilisation à cause de la cortisone. « Les pompiers envoient de l'eau sur le feu, il faut donc en envoyer aussi dans la bouche », ajoute l'omnipraticienne. **EG**

## Discipliner les pansements qui se décollent

Rien n'est plus frustrant que des pansements qui se décollent ! Il est particulièrement difficile d'en faire tenir dans la région du coccyx, sur les peaux poilues, aux endroits exposés au frottement ou chez les patients qui transpirent beaucoup.

Pratiquant au Centre de santé et de services sociaux de Jonquière, la D<sup>re</sup> Françoise Turgeon a un truc pour éviter ces problèmes. Elle recourt à un protecteur cutané (par exemple Allkare, Skin-Prep, Cavilon). Elle applique le produit autour de la plaie, comme il est indiqué, puis pose le pansement. « On en scelle ensuite les rebords avec le protecteur. On met ce dernier par-dessus les côtés du pansement et on le fait dépasser sur la peau. Cela augmente de beaucoup l'adhérence du pansement. Cette technique fonctionne très bien », assure la clinicienne.

Avant d'appliquer le protecteur cutané, il faut prendre la précaution d'enfiler des gants pour ne pas avoir les doigts collés. « Il existe maintenant des protecteurs en vaporisateur. C'est beaucoup plus rapide et facile à utiliser », indique la D<sup>re</sup> Turgeon. Il est également préférable de choisir des produits sans alcool pour que le patient ne ressente pas de brûlure si le protecteur touche la plaie. **EG**

## Comment dire non à un patient

Vous êtes embarrassé. Le patient qui vient d'entrer vous demande, sans que rien ne le justifie, de prolonger son certificat d'invalidité ou encore de lui faire une ordonnance pour de fortes doses d'opioïdes. Comment refuser sans briser la relation thérapeutique ?

« La manière de dire non a beaucoup d'importance », affirme le D<sup>r</sup> Richard Boulé, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke. Le clinicien conseille de reformuler la demande du patient et d'exposer ses motifs. « Vous aimeriez que je prolonge votre certificat d'invalidité parce que vous n'avez pas vraiment envie de retourner au travail » ou « vous désirez avoir des opioïdes, parce que vous éprouvez une douleur constante. » Le patient sait alors que l'on a compris sa demande.

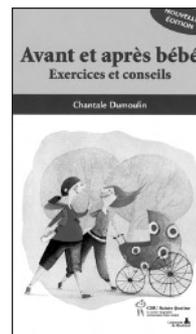
L'étape suivante est de lui dire non clairement et de lui en expliquer la raison : « Je n'ai pas d'arguments médicaux sur lesquels je peux me baser pour accéder à votre demande. Pour moi, c'est illégal et je ne peux donc pas le faire. »

On laisse le patient absorber le refus avant de lui dire : « Maintenant, est-ce que je peux vous aider autrement ? » On peut, dans le premier cas, discuter avec lui de réorientation professionnelle, de ressources pour l'aider à retourner au travail. Dans le second cas, on peut proposer la prescription d'un médicament non opioïde en attendant qu'il voie son médecin de famille. « On dit non au patient, mais on lui propose autre chose. On essaie de trouver une façon de l'aider qui corresponde à nos normes », dit le D<sup>r</sup> Boulé. **EG**

**Livres** Emmanuèle Garnier

## **Avant et après bébé** **Exercices et conseils**

*De Chantale Dumoulin*



Pendant la grossesse, les femmes deviennent plus conscientes de leur corps et de ses capacités, affirme **M<sup>me</sup> Chantale Dumoulin**, physiothérapeute. Cette période de la vie est donc un excellent moment pour entreprendre un programme d'exercices. Ce dernier peut permettre aux futures mères d'avoir plus d'énergie, d'être moins essouffées, de ressentir moins de maux de dos, de crampes et autres symptômes associés à la grossesse.

L'auteure explique, dans la nouvelle édition de son ouvrage, les effets de la grossesse sur les différentes parties du corps : l'appareil respiratoire, le système circulatoire, le dos, le bassin, etc. Elle propose des exercices non seulement pour faciliter l'accouchement, mais aussi pour renforcer la musculature et réduire certains inconforts ou problèmes liés à la gestation. M<sup>me</sup> Dumoulin donne également des conseils utiles : comment avoir une bonne posture, éviter la constipation, bien soulever un objet, etc.

Après l'accouchement, il faut continuer l'activité physique. La deuxième partie du livre explique les exercices à faire pour renforcer entre autres les muscles du plancher pelvien, les abdominaux et les pectoraux. On y trouve également les soins à donner au périnée et les massages à se faire. Pour les femmes qui ont accouché par césarienne, l'auteure donne des conseils précis et propose des exercices. L'ouvrage, abondamment illustré par des photos en noir et blanc, est pratique et facile à consulter.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2011, 240 pages, 19,95 \$

*Tableau d'honneur*

## **Médaille de l'AMC décernée au D<sup>r</sup> Balfour Mount**

L'Association médicale canadienne a décerné la Médaille de service 2011 au **D<sup>r</sup> Balfour Mount** qui a fondé en 1975 le programme des soins palliatifs de l'Hôpital Royal-Victoria de Montréal. Cette distinction souligne « sa précieuse contribution au système de santé du Canada ».

Urologue et chirurgien oncologue de formation, le D<sup>r</sup> Mount se destinait à l'oncologie chirurgicale quand une étude sur des malades en phase terminale



*Le D<sup>r</sup> Jeff Turnbull, président sortant de l'AMC, remettant la Médaille de service au D<sup>r</sup> Balfour Mount*

révèle des lacunes dans les soins que le Centre universitaire de santé McGill leur donnait. Le cours de la carrière du D<sup>r</sup> Mount en est changé. Le jeune médecin décide de suivre une formation

sur les soins aux mourants à Londres. À son retour, il crée le premier programme de soins palliatifs dans un hôpital universitaire canadien. Le nouveau service offre des soins à domicile, des consultations, une unité de soins palliatifs et de l'aide aux familles endeuillées.

Pionnier dans le domaine de la qualité des soins de fin de vie, le D<sup>r</sup> Mount devient un spécialiste reconnu internationalement. Nommé professeur à l'Université McGill en 1991, il est l'auteur de plus de 150 publications. Au cours de sa carrière, il a reçu cinq doctorats honorifiques et de nombreuses distinctions. Ce que lui ont enseigné les soins palliatifs ? « Que la destination du voyage le plus important que chacun d'entre nous a entrepris se trouve à l'intérieur de soi. »

Le D<sup>r</sup> Mount a également créé la division des soins palliatifs du Département d'oncologie de l'Université McGill et été l'un des fondateurs de l'Association canadienne de soins palliatifs. **EG**