

Nouveaux médecins : on ne peut vous imposer de « PREM intrarégionaux »

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock



BIENTÔT OMNIPRATICIENNE, la jeune résidente regardait avec enthousiasme l'avenir qui se dessinait devant elle. La ville où son conjoint venait de décrocher un emploi était charmante, et elle avait hâte de s'y installer. Ses démarches auprès de la clinique médicale où elle voulait exercer avaient été fructueuses, elle avait trouvé des activités médicales particulières (AMP) intéressantes à faire et savait que le département régional de médecine générale (DRMG) avait de nombreux avis de conformité à accorder dans le cadre de son plan régional d'effectifs médicaux (PREM).

Mais tout à coup, la situation s'assombrit. Le chef du DRMG apprend à la jeune clinicienne qu'elle devra s'établir dans une autre ville que celle qu'elle a choisie. Il y a, dans le nord de la région, une petite agglomération qui souffre d'une grave pénurie de médecins

depuis que trois cliniciens y ont pris leur retraite. À l'opposé, dans la ville où elle veut vivre, le Département vient d'accorder à quatre médecins des avis de conformité. Le chef du DRMG veut être équitable avec toutes les sous-régions de son territoire et respecter les « PREM intrarégionaux » qu'il s'est fixés. La jeune femme est atterrée.

Le DRMG n'a, en fait, pas le droit d'imposer à un médecin un lieu de pratique. Déjà soumis aux PREM, aux PEM et aux AMP, les jeunes médecins n'ont pas en plus à se conformer à des « PREM sous-régionaux ». Et ce, d'autant plus que ce concept n'existe pas. « Les PREM intrarégionaux sont sans doute le fruit d'une mauvaise compréhension de l'Entente par les DRMG », indique le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.



« Qu'un DRMG veuille combler les besoins les plus criants de sa région c'est très bien. Il y a toutefois des choses qui peuvent être faites et des choses qui ne peuvent l'être. »

– Le D^r Serge Dulude

Directeur du service juridique de la FMOQ, **M^c Pierre Belzile** est formel. « S'il reste des places à l'échelle régionale, le DRMG doit les

accorder. Et une fois que le nouveau médecin a son PREM en poche, c'est à lui de se poser la question : « où est-ce que je veux pratiquer ? » ».



M^c Pierre Belzile

Les DRMG ne peuvent, à plus forte raison, faire signer à un médecin un engagement à s'installer dans un endroit. « Il serait inadmissible et illégal qu'un DRMG en vienne à exercer une telle pression contractuelle auprès d'un médecin », indique l'avocat.

Un problème dans la moitié des régions

Les PREM sous-territoriaux constituent

une dérive du concept des PREM. « Ces derniers ont été conçus pour permettre une répartition équitable des effectifs médicaux entre les différentes régions du Québec », précise le D^r Dulude. On ne peut utiliser la même méthode pour distribuer ensuite les médecins entre les différents sous-territoires. Il faut recourir à d'autres outils. « Avec les PREM intrarégionaux, on est en train de produire des distorsions dans certaines régions et de créer une espèce de monstre. »

Le phénomène atteindrait maintenant un nombre inquiétant de régions. Il touche tant les zones universitaires que périphériques et éloignées. « Le problème est suffisamment important pour que la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux en soient préoccupés », reconnaît le directeur de la Planification et de la Régionalisation de la Fédération.

Comment en est-on venu là ? L'augmentation

graduelle du nombre de finissants en médecine a donné un plus grand pouvoir de négociation aux départements. Des régions se retrouvent, en effet, de plus en plus souvent avec plus de postulants que de postes. Comme l'Entente le leur permet, les DRMG peuvent alors constituer un comité de sélection pour choisir les candidats les plus intéressants pour eux. Il arrive qu'au cours de l'entrevue, les responsables imposent un lieu de pratique aux cliniciens en échange d'un avis de conformité.

Même dans les régions moins populaires ce réflexe existe. « Il y a des DRMG qui n'ont pas de surplus de candidats et qui dirigent quand même les nouveaux médecins vers certaines de leurs sous-régions », affirme M^e Belzile.

Les objectifs des DRMG sont toutefois louables. « Qu'un DRMG veuille combler les besoins les plus criants de sa région c'est très bien, reconnaît le D^r Dulude. Il y a toutefois des choses qui peuvent être faites et des choses qui ne peuvent l'être. »

Une stratégie inefficace

La stratégie des PREM sous-territoriaux est souvent peu efficace. Les médecins qui en sont victimes contestent, se battent, se débattent et... gagnent. Il faut savoir qu'un candidat peut revenir sur sa décision, même s'il a déclaré librement vouloir pratiquer dans la région désirée.

Tous ces démêlés ont néanmoins sur les jeunes médecins un effet néfaste. « On leur envoie un message de coercition. Cela crée de l'insécurité et de la frustration. Il leur faut ensuite beaucoup d'énergie pour faire valoir leurs droits », souligne le D^r Dulude.

Comment alors doivent s'y prendre les DRMG ? Pour bien répartir les médecins sur leur territoire, ils disposent de deux outils :

les AMP et les plans des effectifs médicaux (PEM) dans les établissements.

Les omnipraticiens qui arrivent dans une nouvelle région commencent par regarder la liste des AMP disponibles. « Les DRMG doivent donc s'arranger pour que ces activités soient dans les établissements qui ont le plus de difficulté à recruter des effectifs », indique M^e Belzile. Le DRMG a une marge de manœuvre importante. « Il peut aller jusqu'à reconnaître, par exemple, la pratique à l'urgence dans tel établissement, mais pas dans tel autre pour l'année qui vient. Il peut décider du type d'établissement, du genre d'activité et du volume d'activité liés aux AMP qu'il accorde », explique le D^r Dulude.

Les PEM constituent un autre instrument utile. L'agence de la santé et des services sociaux, qui doit entériner ces plans d'effectifs, consulte le DRMG. « Le département a ainsi son outil de gestion intrarégionale dans les établissements », souligne le D^r Dulude. Certains pensent toutefois que le chef d'un DRMG n'a qu'un pouvoir théorique sur les PEM et qu'une fois qu'un établissement a décidé d'accueillir un médecin, il lui est impossible de s'y opposer. Au contraire,

il peut et même, parfois, doit intervenir.

« Les DRMG et les agences se soustraient à leurs responsabilités s'ils n'agissent pas quand il y a un établissement qui pompe beaucoup de candidats dans leur région au détriment d'un autre qui est aussi en difficulté. »

Le problème des PREM intrarégionaux en est un en fait de mauvaise information. Le directeur de la Planification et de la Régionalisation songe donc à organiser un colloque ministère-FMOQ sur les PREM, les PEM, les AMP et certaines ententes particulières pour les chefs de DRMG. 📞

« S'il reste des places à l'échelle régionale, le DRMG doit les accorder. Et une fois que le nouveau médecin a son PREM en poche, c'est à lui de se poser la question : "où est-ce que je veux pratiquer ?" ».

– M^e Pierre Belzile

Entrevue avec le D^r Pierre Martin

Des cliniques novatrices en Mauricie



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Pierre Martin

La Mauricie est le laboratoire de nouvelles formes d'organisation de la pratique. Des cliniques novatrices où des omnipraticiens âgés transféreront leur clientèle à de jeunes médecins dont ils seront les mentors vont bientôt y être créées. Le D^r Pierre Martin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM), explique le projet.

M.Q. – De nombreux médecins vont prendre leur retraite dans votre région. Quelle est la situation ?

P.M. – Nous savons qu'à Trois-Rivières, par exemple, environ 25 omnipraticiens songent à prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années. Cela menace l'accès des patients aux soins médicaux. Les cliniciens qui vont partir ont beaucoup de patients, et on pense que cela va prendre plus d'un médecin pour remplacer chacun d'eux. Certains ont des clientèles de 2500 à 3000 patients. Bien des personnes risquent donc de se retrouver sans médecin de famille.

M.Q. – Quelle est votre solution pour régler ce problème ?

P.M. – Un omnipraticien qui se retire a souvent un environnement professionnel qui n'est pas celui qu'un jeune médecin recherche. Bien des médecins âgés travaillent seuls dans une clinique ou avec un collègue de la même génération. Et quand ils cessent de pratiquer, aucun jeune médecin ne veut s'installer dans leur cabinet. L'AMOM a donc décidé de communiquer avec des promoteurs de cliniques pour créer des centres qui offriraient des places aux jeunes médecins. Nous allons ensuite demander aux médecins qui songent à prendre leur retraite s'ils accepteraient de poursuivre leur pratique dans la nouvelle clinique pour faciliter la transition avec les jeunes médecins. Ils en seraient un peu les mentors. Les cliniciens âgés pourraient pratiquer quelques jours par semaine pour permettre aux jeunes de prendre progressivement en charge leurs patients. Beaucoup d'omnipraticiens âgés quittent abruptement la pratique, parce qu'ils n'ont pas cette possibilité. Quant aux jeunes cliniciens, ce sera sécurisant pour eux de savoir que le médecin de

famille de leur patient est à la porte à côté. Ils pourront le voir et lui poser des questions. Nous voulons donc permettre une transition harmonieuse entre le départ du médecin plus âgé et l'arrivée du jeune médecin.

M.Q. – Combien y aura-t-il de cliniques ?

P.M. – On pense qu'on aurait besoin d'environ trois cliniques ayant la capacité d'accueillir 30 médecins. La première pourrait ouvrir d'ici deux ans. C'est un projet qui va s'étaler sur cinq ans à Trois-Rivières. Les médecins âgés détermineront leur engagement selon leur disponibilité. On pense qu'ils pourraient travailler de un à deux ans environ pour partir de manière progressive.

M.Q. – Quels sont les autres aspects de ce projet ?

P.M. – On a un médecin qui a participé à la mise en œuvre de la méthode *Lean* dans une des salles d'urgence de Trois-Rivières. Cette nouvelle manière de procéder permet, un peu comme la méthode

Toyota, un gain en productivité. Ainsi, si un patient arrive à l'hôpital à cause d'une fracture de la cheville, l'infirmière peut lui faire passer d'emblée une radiographie grâce à l'ordonnance collective dont elle dispose. Ensuite, lorsque le médecin voit le patient, il a déjà l'image. On saute ainsi une étape. On s'intéresse à cette méthode pour améliorer les conditions d'exercice des médecins en cabinet. On voudrait offrir un environnement de pratique qui inclut des ordonnances collectives et de l'aide à la pratique aux jeunes médecins. Ainsi, ces derniers pourraient avoir du soutien pour les consultations avec et sans rendez-vous, ce qui pourrait accélérer leur prise en charge. On n'a pas encore déterminé tous

« Dans les nouvelles cliniques, les cliniciens âgés pourraient pratiquer quelques jours par semaine pour permettre aux jeunes de prendre progressivement en charge leurs patients. Ils seraient un peu leurs mentors. »

les détails du projet, mais on étudie la question.

Nous aimerions également mettre en réseau les trois cliniques. On va aussi proposer aux quatre groupes de médecine de famille (GMF) de Trois-Rivières d'établir des liens avec elles. Nous pensons, par ailleurs, à effectuer l'intégration de tous les services de consultation sans rendez-vous pour aider les salles d'urgence de Trois-Rivières. Notre plan se déploie sur une base non pas individuelle, mais collective. C'est donc vraiment un plan d'organisation pour améliorer les soins de première ligne.

M.Q. – Est-ce que les futures cliniques seraient des GMF ?

P.M. – On aimerait qu'il y ait suffisamment de médecins dans chacune d'elles pour qu'elles puissent devenir des GMF. C'est une des

façons d'obtenir de l'aide dans la pratique. On peut réviser nos méthodes de travail et faire des ordonnances collectives, mais il faut des infirmières pour les exécuter. Pour le moment, le GMF est à peu près le seul environnement professionnel qui permet l'embauche de ces collaboratrices, mises à part les coopératives.

M.Q. – Y a-t-il déjà des médecins intéressés par le projet ?

P.M. – Oui. Quelques médecins âgés songent à venir pratiquer un an ou deux dans les nouvelles cliniques à titre de mentors. D'autres médecins du territoire pourraient aussi se joindre au projet. On est également obligés de penser à la création de nouvelles cliniques, parce que les GMF actuels ne sont plus capables d'accueillir physiquement de nouveaux médecins. Ils en ont recruté beaucoup ces dernières années et ont presque atteint un point de saturation. On en est encore au tout début, mais on a des contacts sur le terrain. On sent qu'il y a un désir de la part des médecins de Trois-Rivières d'améliorer l'organisation des soins.

M.Q. – Il y a aussi dans votre région un autre type d'organisation que sont les coopératives. Qu'en est-il ?

P.M. – En fait, la Mauricie est le berceau des coopératives au Québec. À ma connaissance, la première de la province s'est ouverte à Saint-Étienne-des-Grès. Autrefois, un médecin de famille y pratiquait seul. Quand il a pris sa retraite, une omnipraticienne l'a remplacé, mais a été incapable de faire les mêmes longues heures de travail et est partie. La municipalité s'est alors retrouvée sans médecin de famille. C'était dans les pires heures du recrutement au Québec. La collectivité voyait mal comment elle pourrait attirer des médecins. Finalement, elle s'est mobilisée et a créé une coopérative qui offrait des avantages locatifs aux médecins ainsi que les services d'une secrétaire. Cela a porté ses fruits. De jeunes médecins se sont installés et la coopérative fonctionne toujours.

M.Q. – Vous avez eu d'autres coopératives ?

P.M. – À Sainte-Gertrude, il y a aussi une coopérative. C'est un endroit où on ne pensait pas que des médecins s'installeraient. Cependant, la collectivité a créé une coopérative, ce qui a permis d'attirer un ou deux médecins. Par la suite, il y a eu la clinique de Pointe-du-Lac où les médecins voulaient prendre leur retraite parce que l'administration du centre était trop lourde pour eux. Avant de la fermer, ils ont demandé à la municipalité de regarder la possibilité d'en faire une coop. Dans ces conditions, ils accepteraient de pratiquer en-

core quelques années de plus. De là est née la coopérative de Pointe-du-Lac qui fonctionne très bien.

M.Q. – Quel est l'avantage de pratiquer dans une coopérative ?

P.M. – La coopérative est propriétaire et gestionnaire de l'environnement professionnel du médecin. Ce dernier est donc un locataire et n'a rien à gérer. On lui facture des frais pour l'utilisation d'un cabinet, de la salle d'attente et pour les services d'une secrétaire. Un aspect avantageux pour lui vient du fait que s'il arrive seul et qu'il faut, pour les besoins de la population, une clinique capable d'accueillir trois médecins et deux secrétaires, il peut très bien s'installer sans avoir à payer un local plus grand que ce dont il a besoin.

Une fois que le nombre de médecins devient suffisant pour payer les frais de fonctionnement, la coopérative continue à percevoir les cotisations annuelles pour offrir d'autres services. Les responsables vont alors demander aux médecins quels sont leurs besoins. Dans une région où il y a beaucoup de diabétiques, l'embauche d'une nutritionniste, par exemple, pourrait être intéressante. Cependant, le premier type de professionnel qui est engagé, ce sont les infirmières. Dans un GMF, il faut qu'il y ait au moins dix omnipraticiens pour obtenir les services de deux infirmières. Une coopérative, elle, peut très bien avoir les ressources financières pour embaucher une infirmière alors qu'il n'y a que trois médecins.

Les gestionnaires de la coopérative doivent évidemment justifier leurs décisions devant la population qui paie les cotisations. Il y a un conseil d'administration auquel les gens peuvent faire leurs commentaires. La philosophie de la coopérative en santé, c'est finalement de permettre au citoyen de prendre en charge sa santé. Il fait un investissement dans une structure où il joue un rôle participatif. Il obtient des soins et a un droit de regard sur ce pour quoi il paye.

M.Q. – Que pensez-vous de ce principe ?

P.M. – Je ne peux être contre les coopératives dans la mesure où elles ont permis de soutenir les médecins dans leur pratique. Elles augmentent l'accès aux soins médicaux dans notre région et continuent à être une réponse à une pénurie de médecins dans des sous-régions de la Mauricie qui, autrement, ne pourraient pas en attirer. Le principe de permettre à la population de s'investir dans un cabinet médical et de jouer un rôle participatif pourrait être étendu à l'ensemble des cliniques médicales du Québec. Des organismes sans but lucratif pourraient, au même titre que les coopératives, leur fournir les leviers financiers nécessaires à l'embauche du personnel ou à l'achat de matériel nécessaire.

Tenue de dossiers et cours de perfectionnement imposés

la FMOQ s'oppose à des modifications proposées par le Collège

Les règles concernant la tenue des dossiers médicaux risquent de bientôt changer. Tout comme celles sur les cours de perfectionnement imposés par le Collège des médecins du Québec (CMQ). L'organisme désire en effet apporter à ses règlements certaines modifications qu'elle va soumettre à son conseil d'administration le 30 mars.

La FMOQ, pour sa part, ne voit pas toutes les modifications envisagées d'un bon œil. Certains des problèmes que tentent de régler les changements seront d'ailleurs résolus automatiquement avec l'arrivée du dossier médical électronique et du Dossier de santé du Québec. Ainsi, l'éventuelle nouvelle obligation de conserver les dossiers dix ans plutôt que cinq ans serait facilement remplie avec ces outils électroniques. Tout comme ces derniers permettront d'inscrire dans le dossier la liste des médicaments que prend le patient, future exigence du CMQ.

Mais en attendant, ces nouvelles demandes



Dr Louis Godin

pourraient compliquer la vie des médecins. La prolongation du temps de conservation des dossiers, à elle seule, peut être un problème. « Les documents supplémentaires à garder constituent un volume d'archives très important. Par ailleurs, comme les médecins vont s'informatiser sous peu, il faut penser qu'ils devront numériser l'ensemble de leurs dossiers. La nouvelle obligation va doubler le travail », indique le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ.

La Fédération est consciente que la norme dans certaines provinces est de dix ans et que

l'Association canadienne de protection médicale recommande cette durée pour la conservation des dossiers. Mais une recommandation n'est pas une obligation. La FMOQ estime que les médecins sont capables de juger des dossiers à garder plus longtemps.

Diagnostiques différentiels

Un autre élément dérange le syndicat des omnipraticiens. Le Collège veut que le dossier médical contienne dorénavant non seulement la liste des médicaments que prend le patient, mais aussi les diagnostics différentiels. Cette exigence risque de surcharger les cliniciens. « Je comprends que lorsque la situation n'est pas claire, on peut avoir à inscrire tous les diagnostics différentiels possibles. Cependant, le faire pour chaque patient, même quand le diagnostic est évident, je pense que cela alourdit inutilement le travail du médecin », affirme le Dr Godin. Un ajout de deux minutes de plus à la rédaction de notes dans chaque dossier, peut d'ailleurs diminuer le nombre de patients qu'un médecin peut voir dans sa journée.

Le Collège veut également que les médecins tiennent un registre de tous les incidents et accidents qui se produisent dans le cadre de leur pratique. « Nous comprenons que cette mesure s'adresse beaucoup plus aux cliniques où l'on pratique des interventions chirurgicales. Mais est-ce qu'elle doit être étendue à l'ensemble des cliniques médicales ? », demande le Dr Godin.

Conflit entre les règlements ?

L'un des changements que propose le Collège laisse la FMOQ perplexe. Il souhaite que son règlement sur la tenue de dossier s'applique dorénavant dans tous les lieux de pratique des médecins, y compris dans les hôpitaux.

Cela pourrait placer les cliniciens dans une position difficile.

« D'un côté, il y a le règlement sur la tenue des dossiers que le Collège impose aux médecins et de l'autre des règles sur la tenue des dossiers en établissement. Le médecin pourrait alors se trouver pris entre les deux. Il serait dans une situation conflictuelle, parce qu'il ne peut pas dicter de règles à l'établissement », souligne le président de la Fédération.

Le CMQ a-t-il le droit d'imposer ainsi ses propres règlements ? Peut-être pas. « Il y a un règlement afférent à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui établit ce que doit être le contenu d'un dossier médical en établissement. Il n'exige pas nécessairement les mêmes informations que ce que le Collège demande pour les médecins en cabinet. Ce règlement relève du gouvernement. C'est le ministre de la Santé qui en est responsable, pas le Collège », précise **M^e Pierre Belzile**, directeur des Services juridiques de la FMOQ.

En outre, le CMQ précise que « le médecin doit constituer et maintenir un seul dossier patient peu importe le lieu d'exercice ». Qu'est-ce que cela signifie exactement ? Le médecin devra-t-il avoir ses propres dossiers pour les patients qu'il voit à l'hôpital ? On sait que dans les centres de santé et de services sociaux, ce sont les archives et non les cliniciens qui ont la garde des dossiers. Et c'est l'établissement, et non les médecins, qui a l'obligation de les constituer et de les maintenir.

Cours imposés aux médecins

Le Collège des médecins compte également modifier un autre règlement : celui sur les stages

Quelques éléments qui seraient mis à jour dans le règlement concernant la tenue de dossier

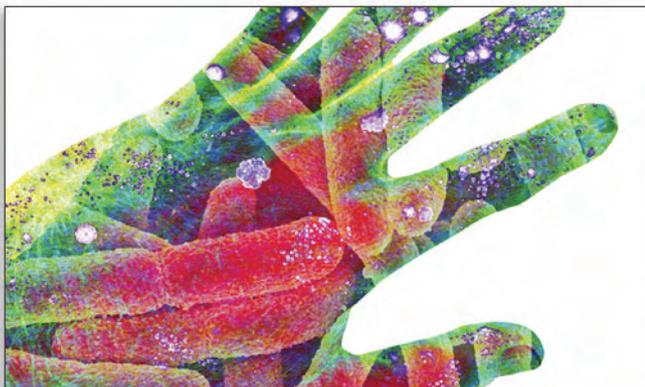
- ⊗ Application du règlement quel que soit le lieu d'exercice du médecin
- ⊗ Modification du temps de conservation des dossiers qui est fixé à dix ans à partir de la dernière inscription ou insertion
- ⊗ Obligation du médecin de constituer et de maintenir un seul dossier patient, peu importe le lieu d'exercice
- ⊗ Obligation d'inscrire au dossier le diagnostic différentiel et la liste des médicaments
- ⊗ Obligation de tenir un registre des incidents et accidents qui surviennent dans le cadre de l'exercice de la profession

Source : CMQ

et les cours de perfectionnement pouvant être imposés aux médecins. Une mesure dérange particulièrement la FMOQ. Dorénavant, « les frais du processus de détermination des besoins éducatifs sont à la charge du médecin ».

La Fédération ne comprend pas ce changement. « L'activité d'évaluation fait partie du travail du Collège. On ne voit donc pas pourquoi les médecins auraient à payer pour cela. Pourquoi devrait-il y avoir des frais pour apprendre éventuellement qu'on n'a pas besoin de stage », indique le D^r Godin.

La Fédération a exposé toutes ses réserves au Collège dans une lettre de presque une dizaine de pages qu'elle lui a fait parvenir à la mi-février. Les médecins et les divers organismes concernés avaient jusqu'au 15 février pour envoyer leurs commentaires au CMQ, qui avait présenté les modifications qu'il envisageait dans un encart de sa revue *Le Collège*. EG



L'infectiologie

17 et 18 mai 2012

Hôtel Sheraton Laval, Laval

Inscrivez-vous avant le 4 mai 2012 !

Pour informations :
congrès@fmoq.org



Changements dans la profession médicale

des effectifs plus nombreux et plus féminins

Emmanuèle Garnier

Le Québec compte 505 médecins de plus que l'an dernier, selon les statistiques du Collège des médecins du Québec (CMQ). Il s'agit du plus grand ajout net depuis 1996. Quelle est la proportion de médecins de famille parmi les nouveaux venus ? Le Collège est incapable de le préciser. On sait cependant que 47 % des médecins actuellement inscrits auprès du CMQ sont des omnipraticiens (soit 9777) et 52 % des spécialistes (soit 10 807).

La profession médicale continue par ailleurs à vieillir légèrement : l'âge moyen des médecins, qui était de 52,7 ans en 2010, atteint maintenant 52,8 ans. Heureusement, la relève est importante. Dans les quatre facultés de médecine, on compte 3530 résidents et 3636 étudiants. Ces données, qui révèlent une croissance du nombre de futurs médecins, rendent le Collège optimiste. « Cette tendance continuera à s'accroître encore pour quelques années, et ce, malgré les départs à la retraite ou les décès », indique-t-il.

Sous peu, la médecine aura un visage féminin. Les femmes représentent actuellement 40 % des médecins. Cependant, des renforts les attendent dans les universités. Ainsi, parmi les étudiants en médecine, 63 % sont maintenant de sexe féminin. Mais déjà, parmi les médecins actifs de moins de 50 ans, elles surpassent les hommes en nombre. 🍷

Âge	Femmes	Hommes
Moins de 30 ans	493	163
De 30 à 40 ans	2344	1427
De 40 à 50 ans	2536	2216
De 50 à 60 ans	2073	3250



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

19 et 20 avril 2012

Les urgences

Hôtel Delta Québec, Québec

17 et 18 mai 2012

L'infectiologie

Hôtel Sheraton Laval, Laval

7 et 8 juin 2012

L'omnipratique d'aujourd'hui à demain

Hôtel Delta Québec, Québec

13 et 14 septembre 2012

L'urologie, la néphrologie et la sexologie

Hôtel Sheraton Laval, Laval

11 et 12 octobre 2012

La pneumologie

Hôtel Delta Québec, Québec

8 et 9 novembre 2012

Les soins palliatifs – Gestion de la douleur

Hôtel Delta Québec, Québec

Des nouvelles des associations...

Association de Montréal Un sondage sur la mission de l'organisme

Le rôle d'un organisme comme l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) est-il seulement syndical ? Devrait-il aussi intervenir sur les plans social, politique et médical ? À la croisée des chemins, l'Association a entrepris une réflexion sur sa mission.

« Faut-il avoir un rôle en plus de celui de la FMOQ dans un milieu où il y a plus de deux millions d'habitants ? Le rôle que nous jouons est-il suffisant ? », se demande le **D^r Marc-André Asselin**, président de l'AMOM, qui représente près de 1900 membres.

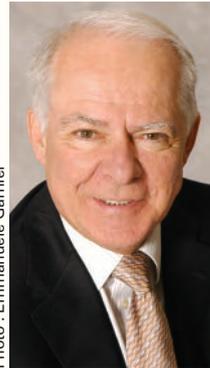


Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Marc-André Asselin

Pour nourrir sa réflexion, l'Association a effectué un sondage électronique auprès des omnipraticiens montréalais. Elle leur a demandé, entre autres, s'il était prioritaire, à leur avis, de renforcer sa présence au sein du département régional de médecine générale, dans les médias et auprès des médecins dans les établissements. Faut-il également établir des contacts avec les députés provinciaux, créer des liens avec les autorités politiques montréalaises et promouvoir la bonne santé physique et mentale des membres ?

L'AMOM a envoyé le questionnaire aux 1334 médecins dont elle avait l'adresse électronique et a reçu 351 réponses (26 %). Ces dernières seront analysées par un groupe de travail mis sur pied par le Bureau de l'Association. « C'est un comité de jeunes médecins. Ils devraient déposer un rapport préliminaire et faire des recommandations au début de juin », dit le D^r Asselin. **EG**

Déclin cognitif et maladie d'Alzheimer

40 ans : l'âge de la prévention

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock



À QUEL ÂGE nos facultés intellectuelles commencent-elles à baisser ? On pensait que leur déclin ne se produisait qu'après 60 ans. En réalité, il se manifesterait beaucoup plus tôt.

Déjà, entre 45 et 49 ans, la diminution de nos capacités cognitives est perceptible. Les chercheurs de l'étude Whitehall II, publiée dans le *British Medical Journal*, en sont arrivés à cette conclusion en faisant passer à plus de 7000 fonctionnaires britanniques des tests de mémoire, de raisonnement, de vocabulaire et de fluidité verbale au cours d'une période de dix ans¹ (encadré 1).

Les résultats sont peu réjouissants pour les personnes de 45 à 70 ans. La performance des participants, qui avaient ces âges au début de l'étude, avait diminué au cours d'une décennie dans presque tous

les domaines cognitifs, peu importe leur catégorie d'âge (*figure*).

Chez les personnes plus âgées, le déclin s'est accéléré, surtout dans le domaine du raisonnement.

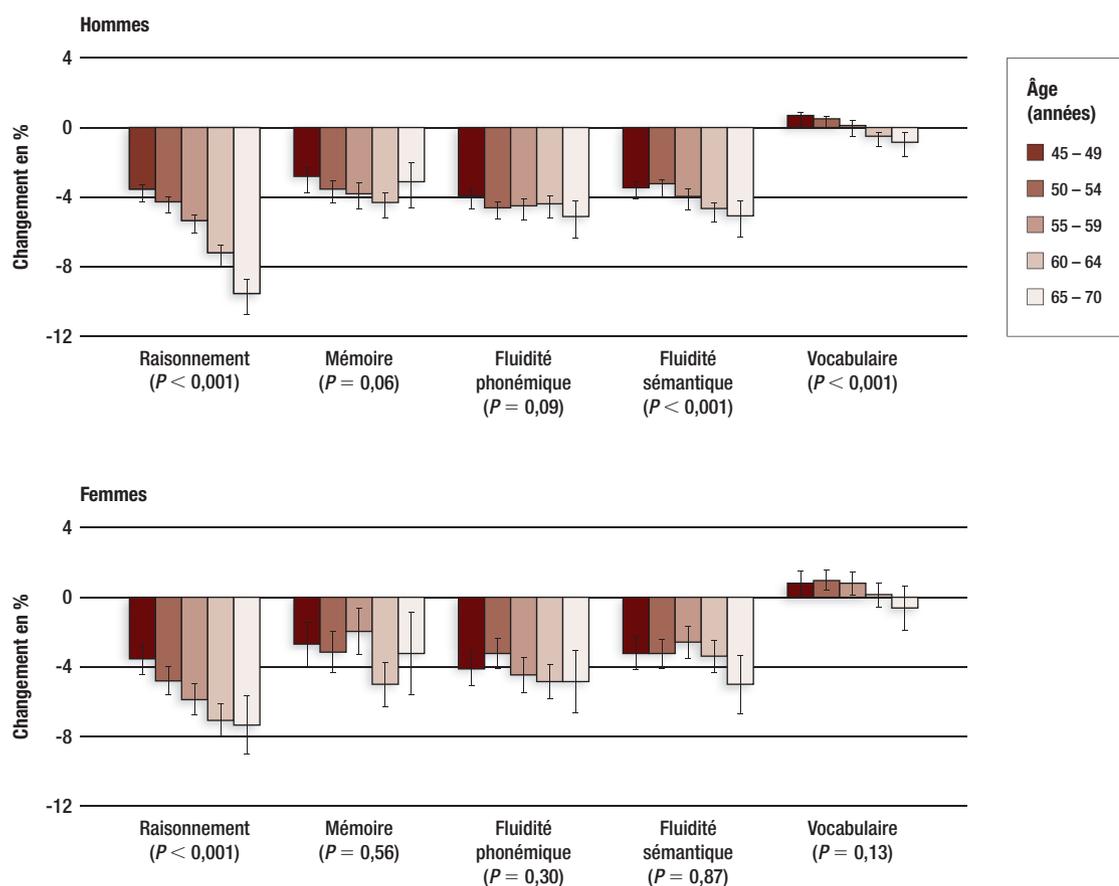
Ainsi, chez les hommes ayant initialement de 65 à 70 ans, la diminution a été de 9,6 %. Par comparaison, dans le groupe le plus jeune, ceux de 45 à 49 ans, la baisse au test de raisonnement était de 3,6 %. Un déclin beaucoup plus faible, mais déjà amorcé.

Directeur de la division clinique de l'Institut Douglas, à Montréal, et gérontopsychiatre, le **D^r Pierre Étienne** n'est ni surpris ni inquiet de ces résultats. Les quadragénaires, en particulier,

n'ont pas à s'alarmer : « - 3,6 %, ce n'est pas dramatique du tout », assure-t-il. La différence est probablement invisible.

Les chercheurs de l'étude Whitehall II ont fait passer à plus de 7000 fonctionnaires britanniques des tests de mémoire, de raisonnement, de vocabulaire et de fluidité verbale au cours d'une période de dix ans.

Figure.



Déclin des scores de tests cognitifs en dix ans (% de changement = changement/étendue des valeurs du test x 100) en fonction de l'âge à l'arrivée dans la cohorte chez les hommes et les femmes, estimé à partir de modèles mixtes linéaires. Les valeurs de P concernent le test pour la tendance linéaire dans les différentes catégories d'âge qui sont dérivées en étant incorporées comme des variables continues.

Source : Singh-Manoux A, Kivimaki M, Glymour M et coll. Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2012 ; 344 : d7622. DOI : 10.1136/bmj.d7622. Reproduction autorisée.

En fait, l'affaiblissement des facultés intellectuelles s'amorcerait bien avant 40 ans. « Des études ont montré que le déclin débute probablement à partir de 25 ans. Il est très graduel, ce qui fait que les gens ne commencent à vraiment le sentir que vers 70 ou 75 ans », explique la **P^{re} Sylvie Belleville**, directrice de la recherche au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

L'âge n'affaiblit cependant pas toutes nos facultés cognitives. Le vocabulaire peut même augmenter, ce qui a été le cas chez les participants de 45 à 54 ans de la cohorte britannique. « Il y a des facultés qui résistent aux effets du vieillissement. Les

connaissances, dont le vocabulaire, ne diminuent pas et peuvent même s'accroître un peu », confirme la chercheuse qui enseigne à l'Université de Montréal.

La mémoire et la fluidité verbale, elles, par contre s'amenuisent, révèlent les résultats de Whitehall II. « D'autres études ont aussi indiqué que le déclin dans ces domaines est très graduel et à peu près linéaire. Ce qui est particulièrement intéressant dans le cas de l'étude Whitehall, c'est son caractère longitudinal et l'importance de la cohorte », estime M^{me} Belleville.

Quelle est l'utilité de ces données ? Elles ouvrent

Photo : Emmanuèle Garnier



« Des études ont montré que le déclin débute probablement à partir de 25 ans. Il est très graduel, ce qui fait que les gens ne commencent à vraiment le sentir que vers 70 ans ou 75 ans. »

– P^{re} Sylvie Belleville

la porte à la prévention. « L'âge auquel le déclin cognitif commence est important, parce que les interventions comportementales ou pharmacologiques visant à modifier la trajectoire du vieillissement cognitif ont plus de chance de fonctionner si elles sont faites quand les personnes commencent à expérimenter une baisse de leurs capacités intellectuelles », écrivent les auteurs, la D^{re} Archana Singh-Manoux et ses collaborateurs.

Le D^r Serge Gauthier, directeur de l'unité de recherche sur la maladie d'Alzheimer au Centre McGill d'études sur le vieillissement, le confirme. « C'est entre l'âge de 40 et de 60 ans que l'on peut intervenir pour prévenir la démence. Ces données sortent constamment dans les études européennes et nord-américaines. Si on contrôle

les facteurs de risque vasculaires, on peut même ralentir le déclin intellectuel. »

Bon pour le cœur, bon pour le cerveau

Un volet de l'étude Whitehall II s'est penché sur le lien entre le déclin cognitif et le risque de maladie cardiovasculaire². Pour évaluer le profil vasculaire, les chercheurs ont utilisé le score de Framingham qui tient compte de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol, de la pression systolique, de la présence ou non de diabète et de tabagisme. L'analyse révèle qu'un mauvais profil de risque cardiovasculaire chez des participants d'âge moyen n'ayant aucune maladie

« Il y a des facultés qui résistent aux effets du vieillissement. Les connaissances, dont le vocabulaire, ne diminuent pas et peuvent même s'accroître un peu. »

– P^{re} Belleville

vasculaire est associé à une faible fonction cognitive (encadré 2).

Encadré 1.

Apparition du déclin cognitif dans la cohorte Whitehall II

La cohorte Whitehall II, créée en 1985, comptait au départ 10 308 fonctionnaires britanniques âgés de 35 à 55 ans¹. Les sujets ont passé un examen clinique et rempli un questionnaire sur leurs caractéristiques démographiques, leurs antécédents médicaux et leur style de vie. Ils ont refait l'exercice à plusieurs reprises au fil des ans.

En 1997, des examens cognitifs se sont ajoutés aux tests et ont été répétés en 2002 et en 2007. Le volet sur les facultés intellectuelles comptait 7390 sujets, dont 5198 hommes et 2192 femmes, de 45 à 70 ans. Ils ont été répartis en cinq groupes d'âge : 45-49, 50-54, 55-59, 60-64 et 65-70.

Pour évaluer leur faculté de raisonnement, les chercheurs ont présenté aux sujets 65 problèmes de raisonnement verbal et mathématique d'une difficulté croissante. L'objectif était de mesurer leur capacité de raisonner par induction, en leur demandant de repérer des séquences et de déduire des principes et des règles. Les participants avaient dix minutes pour effectuer cette partie. « Ce sont des tâches qui demandent de la déduction logique. Par exemple, qu'est-ce qui vient après 1, 3, 5, 7 ? », explique M^{me} Belleville.

La mémoire verbale à court terme était évaluée par un test de rappel des mots. On présentait aux participants vingt mots à raison d'un toutes les deux secondes. Ils avaient ensuite deux minutes pour écrire tous ceux dont ils se souvenaient.

La fluence verbale, qui est le nombre de mots émis en une minute par une personne, était mesurée en demandant aux sujets d'écrire le plus de mots possible commençant par « S » en soixante secondes et ensuite le plus de noms d'animaux qu'ils pouvaient.

Le vocabulaire, lui, était mesuré par un test à choix multiples comprenant 33 mots classés par ordre croissant de difficulté.

Au bout de dix ans, 4675 (63 %) participants avaient effectué tous les tests des trois phases de l'étude, c'est-à-dire des examens de 1997, de 2002 et de 2007.

« Beaucoup d'études montrent qu'un profil cardiovasculaire défavorable constitue un risque pour le cerveau », indique la P^{re} Belleville, pour qui l'intérêt du volet cardiovasculaire de l'étude Whitehall II réside dans l'analyse de l'effet cumulatif des facteurs de risque. La neuropsychologue s'est intéressée à cet aspect. « Nous avons collaboré à une étude montrant qu'un seul facteur de risque vasculaire a relativement peu d'effets sur la cognition. C'est le cumul qui en a un. » Les chercheurs ont ainsi découvert qu'il y avait, chez les personnes âgées,

Encadré 2.

Score de Framingham et déclin cognitif

Le score de Framingham permet-il de prédire le déclin cognitif dans dix ans d'une personne d'âge mûr ? Et quel est son lien avec les facultés cognitives ? Un volet de l'étude Whitehall II, qui comprenait 3486 hommes et 1341 femmes d'un âge moyen de 55 ans, s'est penché sur ces questions².

Le profil de risque cardiovasculaire a été évalué chez les sujets en 1997 grâce au score de Framingham qui tient compte de l'âge, du sexe, des taux de cholestérol HDL et de cholestérol total, de la pression sanguine systolique ainsi que de la présence ou non de diabète et de tabagisme. Les participants ont parallèlement passé des tests cognitifs à trois reprises de 1997 à 2007.

Résultat : une augmentation de 10 % du profil de risque cardiovasculaire (score de Framingham) était liée à une performance cognitive légèrement plus faible dix ans plus tard, surtout pour les facultés de raisonnement évaluées par un test limité dans le temps.



D^r Pierre Étienne

Peu étonné par ces données, le D^r Pierre Étienne, directeur de la Division clinique de l'Institut Douglas, ne les trouve pas d'une grande utilité pratique dans la vie de tous les jours. « Une hausse de 10 % du score de Framingham, c'est bien beau dans de grands échantillons, mais d'un point de vue clinique, c'est vraiment minime. » Ces résultats n'apportent en fait rien de nouveau. « Ils confirment ce que tout le monde savait : que les gens qui ont des risques cardiovasculaires présentent aussi des risques plus élevés

d'avoir une détérioration cognitive. »

Le D^r Étienne est préoccupé par la complexité du modèle statistique utilisé par les auteurs. « Pour les hommes, la pente du déclin du raisonnement, associée à une augmentation de 10 % du score de Framingham, est de -1,30 sur dix ans sans ajustement, mais passe à -0,47 une fois les corrections faites en fonction de différents facteurs (âge, race, état matrimonial et scolarité). Chez les femmes, il passe de -0,06 à +1,17, semblant indiquer une pente d'amélioration du raisonnement chez celles-ci. »

une association entre la prise de sel et la diminution des capacités cognitives, mais uniquement chez celles qui faisaient peu d'activité physique³. « Il y a dans l'organisme beaucoup de facteurs de compensation qui peuvent agir. C'est la santé globale qui compte », précise la P^{re} Belleville.

Et qu'en est-il de la maladie d'Alzheimer ? Elle est, elle aussi, influencée par un ensemble de facteurs de risque cardiovasculaire. Le D^r Gauthier, pour sa part, recourt au score de risque CAIDE

Photo : Emmanuèle Garnier



« Les cinq minutes de plus que prend le médecin pour vérifier les facteurs de risque vasculaire chez ses patients d'âge mûr les sauveront peut-être du ralentissement intellectuel dans dix ans et d'une démence dans vingt ans. »

– D^r Serge Gauthier

pour connaître la probabilité d'apparition d'une future démence chez ses patients d'âge mûr (encadré 3). Cet outil repose sur des travaux montrant que plusieurs facteurs permettent de prédire, entre l'âge de 45 et de 55 ans, le risque de démence au cours des vingt prochaines années. Le score tient compte d'éléments comme une scolarité de moins de dix ans, la présence d'hypertension, d'hypercholestérolémie et d'obésité ainsi que l'absence d'activité physique⁴. « J'aimerais qu'un groupe de travail de médecins de famille se penche sur cet outil pour l'intégrer à la pratique. Il faudrait que la visite annuelle comporte une vérification systématique des facteurs de risque », dit le neurologue.

Le spectre de la maladie d'Alzheimer n'est jamais très loin du déclin cognitif. Elle n'en est séparée que par une frontière floue. « On parle de démence quand la diminution des capacités cognitives entrave le fonctionnement quotidien, explique

le D^r Gauthier. Une personne de 50 ans ayant des troubles cognitifs nuisant à son travail pourrait être considérée comme souffrant de démence alors qu'une autre de 70 ans présentant les mêmes problèmes, mais n'ayant pas autant de difficulté à fonctionner va être considérée comme étant dans la zone grise de la prédémence. »

Tout se joue entre 40 et 60 ans

La meilleure manière de freiner le déclin cognitif et de retarder la maladie d'Alzheimer reste la prévention⁵. « L'âge critique pour agir est entre 40 et 60 ans. Les cinq minutes de plus que prend le médecin pour vérifier les facteurs de risque vasculaire chez ses patients d'âge mûr les sauveront peut-être du ralentissement intellectuel dans dix ans et d'une démence dans vingt ans », affirme le D^r Gauthier. Il faut particulièrement insister sur l'importance du bilan annuel auprès des hommes, parce que leur risque de démence est plus élevé.

Encadré 3.

Calcul du risque de démence en fin de vie

Liste des indicateurs de risque entre 45 et 55 ans par ordre décroissant d'importance

Facteur	Score				
	0 point	1 point	2 points	3 points	4 points
Âge	< 47 ans			47–53 ans	> 53 ans
Scolarité	≥ 10 ans		7–9 ans	0–6 ans	
Indice de masse corporelle	≤ 30 kg/m ²		> 30 kg/m ²		
Pression artérielle systolique	≤ 140 mmHg		> 140 mmHg		
Taux de cholestérol	≤ 6,5 mmol/l		> 6,5 mmol/l		
Activité physique	Actif	Inactif			
Sexe	Femme	Homme			

Risque d'apparition de la démence au cours des vingt prochaines années :

1,0 %	quand le score est	de 0 à 5	7,4 %	quand le score est	de 10 ou de 11
1,9 %	“ ”	de 6 ou de 7	16,4 %	“ ”	de 12 à 15
4,2 %	“ ”	de 8 ou de 9			

Source : Kivipelto M et coll. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet neurol* 2006 ; 5 (9) : 735–41.

Style de vie

Exercice physique

Chez les gens âgés, l'activité physique a des bienfaits indéniables. « On peut voir en quelques semaines une grande différence chez une personne de 70 ans un peu lente intellectuellement. Le changement se maintient pendant au moins un an », explique le spécialiste. Les gens de 40 à 60 ans, eux, doivent commencer ou continuer à faire de l'activité physique dans une optique de long terme. Mais est-ce que leurs efforts d'aujourd'hui leur permettront d'échapper à la maladie d'Alzheimer demain ? Ce n'est pas prouvé, reconnaît le neurologue. « Cependant, si l'on combine l'exercice à d'autres facteurs, on peut peut-être doubler la protection. »

Tabagisme

Selon une méta-analyse comprenant 17 000 personnes, le risque de démence double chez les fumeurs. Entre 40 et 60 ans, il est encore temps de renoncer à la cigarette. « On considère que les effets du tabagisme sur le cerveau sont

réversibles jusqu'à preuve du contraire », mentionne le D^r Gauthier.

Obésité

À l'âge mûr, l'obésité (≥ 30 kg/m²) constitue un facteur de risque de la démence.

Maladies à traiter

Hypertension

L'étude SYST-EUR a montré qu'un traitement énergétique de l'hypertension pendant cinq ans chez des patients d'âge mûr diminue leur risque de démence de façon significative. D'autres recherches sont cependant moins concluantes. « Entre 40 et 60 ans, c'est vraiment l'âge critique pour maîtriser l'hypertension systolique. Ensuite, il faut traiter cette maladie avec prudence. Et après 70 ans, il faut faire attention à l'hypotension. Les facteurs de risque changent avec l'âge », note le D^r Gauthier.

Hypercholestérolémie

Un haut taux de cholestérol total à l'âge mûr

serait lié à une augmentation de la probabilité de démence. On peut cependant diminuer ce risque par la prise de statines. La cholestérolémie baisserait ensuite d'elle-même dans la dernière phase de la vie, mais aussi au début de la maladie d'Alzheimer.

Diabète

« Si l'on combine le diabète à un autre facteur de risque, on double la probabilité de démence », indique le spécialiste. Que peut-on faire alors pour les diabétiques ? « S'ils ont un poids santé, maîtrisent leur taux de cholestérol, font de l'exercice et réduisent les autres facteurs de risque, ils vont peut-être normaliser leur probabilité de progresser vers le déclin cognitif et la démence. »

Interventions cognitives

L'un des atouts que nous possédons contre la maladie d'Alzheimer est notre « réserve cognitive ». C'est un capital de protection qu'accumule le cerveau grâce à notre degré de scolarité, notre profession et nos activités mentales. Et il peut s'accroître. Comment ? « Quand on est jeune, il faut rester à l'école le plus longtemps possible et après rester actif socialement et intellectuellement », mentionne le D^r Gauthier. On ne peut toutefois pas recommander une activité intellectuelle plutôt qu'une autre. « Le sudoku n'est pas meilleur que le bridge qui n'est pas meilleur que les mots cachés. »

Toutefois, des interventions spécialisées ont le pouvoir de renverser le déclin intellectuel. En 2006, l'étude ACTIVE a montré qu'un entraînement permettait d'améliorer la mémoire, la vitesse de traitement de l'information et le raisonnement de personnes âgées sans problème cognitif⁶. Cinq ans plus tard, les progrès étaient encore visibles.

L'intervention était particulièrement efficace dans le domaine du raisonnement. Chez les sujets qui en ont bénéficié, le déclin de leur fonctionnement dans la vie quotidienne a même été ralenti. L'entraînement était fondé sur des stratégies pour déceler la logique d'une séquence de mots ou de lettres (comme a, c, e, g, i, etc.) « Ce programme

d'intervention permettait ensuite à une personne d'analyser, par exemple, un horaire d'autobus et de constater qu'il y avait un service toutes les dix minutes aux heures de pointe et toutes les demi-heures le reste du temps », indique la P^{re} Belleville. Ainsi, même si nos capacités cognitives diminuent, on peut les récupérer avec des exercices spécialisés.

L'avenir

Pour l'instant, on dispose de peu d'armes contre la maladie d'Alzheimer. « La seule façon de réduire actuellement le nombre de personnes atteintes est de retarder le début des symptômes de cinq à dix ans en utilisant nos connaissances sur les

facteurs de risque et de prévention », affirme le D^r Gauthier.

Mais que peut-on proposer de plus aux personnes dont les risques sont particulièrement élevés ? Les études pour tester différentes stratégies de prévention ne font que commencer. À Montréal, le programme STOP-AD va étudier l'efficacité de médicaments comme l'insuline intranasale, le naproxène et le probuchol. Et pour les gens dont le seul facteur de risque est le vieillissement, une autre étude

va évaluer des interventions sur le style de vie et les facteurs de risque.

Références

1. Singh-Manoux A, Kivimaki M, Glymour M et coll. Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study. *BMJ* 2012 ; 344 : d7622. DOI : 10.1136/bmj.d7622.
2. Kaffashian S, Dugravot A, Nabi H et coll. Predictive utility of the Framingham general cardiovascular disease risk profile for cognitive function: evidence from the Whitehall II study. *European Heart Journal* 2011 ; 32 (18) : 2326-32.
3. Fiocco AJ, Shatenstein B, Ferland G et coll. Sodium intake and physical activity impact cognitive maintenance in older adults: the NuAge Study. *Neurobiol Aging* 2011 ; 33 (4) : 829.e21-8.
4. Kivipelto M, Ngandu T, Laatikainen T et coll. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet Neurol* 2006 ; 5 (9) : 735-41.
5. Ballard C, Gauthier S, Corbett A et coll. Alzheimer's disease. *Lancet* 2011 ; 377 (9770) : 1019-31.
6. Willis SL, Tennstedt SL, Marsiske M et coll. Long-term effects of cognitive training on everyday functional outcomes in older adults. *JAMA* 2006 ; 296 (23) : 2805-14.

En 2006, l'étude ACTIVE a montré qu'un entraînement permettait d'améliorer la mémoire, la vitesse de traitement de l'information et le raisonnement de personnes âgées sans problème cognitif.

pratico-pratique

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

Truc pour mieux voir certaines particules sous la paupière

Le patient qui était devant la D^{re} Nancy Georgieff, à l'urgence de l'Hôpital de Saint-Raymond de Portneuf, en était sûr. Il avait quelque chose dans l'œil. Pourtant, un intervenant qui l'avait vu auparavant n'avait rien trouvé.

Intriguée, l'omnipraticienne a fait étendre le patient sur la table d'examen. Aidée d'une assistante qui tenait la lumière bleue, elle a mis de la fluorescéine dans l'œil et examiné la cornée. Puis, elle a eu l'idée d'effectuer une éversion de la paupière. « J'ai alors aperçu le corps étranger. Il était vert fluo sous la lumière bleue », dit la D^{re} Georgieff. Elle a alors passé un coton-tige imbibé d'une solution saline stérile et le fragment est apparu sur la surface blanche.

Les parcelles métalliques sont faciles à repérer quand on retourne la paupière, mais d'autres corps étrangers sont plus difficiles à percevoir. « Certaines particules, comme le bois, se confondent avec les muqueuses, mais elles ont la propriété d'adsorber la fluorescéine. Avec ce produit, elles sautent alors aux yeux ! Cette méthode est d'une efficacité surprenante », dit la clinicienne. **EG**

Voir la gorge sans créer de haut-le-cœur

Il n'est pas toujours facile d'examiner la gorge sans provoquer le réflexe nauséeux. Quand on demande aux patients d'ouvrir la bouche et qu'on leur présente l'abaisse-langue, plusieurs appréhendent déjà un haut-le-cœur. La technique classique veut qu'on leur fasse dire « Ahhhh ! ». Mais bien souvent, ils produisent plutôt un son nasillard, en contractant la langue ou en la rétractant vers l'arrière et en la soulevant pour lutter contre l'abaisse-langue. Cela réduit l'espace libre et diminue d'autant le champ de vision du médecin.

Avec l'expérience, le D^r Jean-Luc Deslandes, omnipraticien à la base militaire de Valcartier, a trouvé une façon de faire pour éviter ce problème. « Au lieu de demander au patient de dire « Ahhhh ! », je le fais plutôt inspirer par la bouche. La langue s'abaisse alors et se relâche, pendant que le voile du palais se relève pour laisser entrer l'air. Il devient alors facile d'examiner l'arrière-gorge. De plus, on peut aisément déprimer la langue avec l'abaisse-langue, si c'est nécessaire », explique le médecin. Ce truc, que le D^r Deslandes expérimente depuis plusieurs années, fonctionne presque à tout coup, assure-t-il. « Bien sûr, il faut éviter d'appliquer une pression trop forte sur la langue et réduire au minimum la durée de l'examen, ce qui est facile quand on voit bien ce que l'on cherche. » **EG**

Urgence cardiovasculaire : chacun connaît-il son rôle ?

Chaque année, avant la période de vaccination antigrippale, la D^{re} Lise Savard, médecin de famille à Saint-Paulin, organise avec le personnel de sa clinique un entraînement en cas d'urgence cardiovasculaire. Quelque 200 patients vont être vaccinés en deux jours, et si un problème médical survient chacun doit connaître son rôle.

La D^{re} Savard rassemble tout le personnel, les trois secrétaires et les deux infirmières – qui ont toutes suivi une formation en réanimation cardiorespiratoire – et invite le psychologue, l'ostéopathe et la diététiste de la clinique à se joindre à eux. Ensemble, ils repèrent où est l'oxygène. Est-ce qu'il en reste encore dans les bonbonnes ? Comment installe-t-on le masque sur un patient ? Où est le défibrillateur ? Comment fonctionne-t-il ? Qui veut faire un essai ? Ils reviennent toutes les étapes d'une urgence cardiovasculaire. « On se pose des colles pour se rafraîchir la mémoire », explique la clinicienne. À quel rythme fait-on les compressions thoraciques ? Comment effectue-t-on la ventilation ?

Les membres de l'équipe se répartissent ensuite les tâches. S'il survient une urgence, l'un appellera les ambulanciers. L'autre fera évacuer la salle d'attente. Un troisième secondera le médecin qui effectuera la réanimation.

Cet exercice a porté ses fruits. « À un moment donné, un patient a eu un arrêt respiratoire à la clinique. Tout s'est organisé rapidement. Personne n'a cherché ce qu'il avait à faire », indique la D^{re} Savard. **EG**

Thèmes de formation continue *des prochains numéros*

- **Avril 2012**
Les hépatites virales
- **Mai 2012**
**Les questions
médicolégales au quotidien**
- **Juin 2012**
**Les affections liées
à l'activité physique en pédiatrie**
- **Juillet 2012**
**Les grands syndromes cliniques
chez la personne âgée**
- **Août 2012**
Les troubles du mouvement
- **Septembre 2012**
Les nouveautés en santé mentale
- **Octobre 2012**
L'oncologie 101
- **Novembre 2012**
**La rhumatologie :
de l'évaluation au traitement**





Conférences en ligne les plus récentes

L'interprétation des anomalies de la formule sanguine

- D^{re} Julie Rousseau, hématologue, interniste et spécialiste en oncologie médicale, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Sinusites aiguës et chroniques

- D^r Pierre Boisvert, ORL – spécialiste en chirurgie cervicofaciale au CHUQ, Hôpital Saint-François d'Assise, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Et si mon patient avait une intolérance alimentaire

- D^r Patrick Godet, gastro-entérologue à l'Hôpital de LaSalle
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

Allergies alimentaires et syndrome d'allergie orale

- D^{re} Nina Verreault, spécialiste en immunologie clinique et allergies au CHUQ – CHUL, à Québec
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

La maladie thrombo-embolique veineuse et la thrombophilie

- D^{re} Sylvie Desmarais, interniste au Centre hospitalier Pierre-Boucher, à Longueuil.
- 1 heure de crédits de formation de catégorie 1

www.fmoq.org



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

19 et 20 avril 2012

Les urgences
Hôtel Delta Québec, Québec

17 et 18 mai 2012

L'infectiologie
Hôtel Sheraton Laval, Laval

7 et 8 juin 2012

L'omnipratique d'aujourd'hui à demain
Hôtel Delta Québec, Québec

13 et 14 septembre 2012

L'urologie, la néphrologie et la sexologie
Hôtel Sheraton Laval, Laval

11 et 12 octobre 2012

La pneumologie
Hôtel Delta Québec, Québec

8 et 9 novembre 2012

Les soins palliatifs – Gestion de la douleur
Hôtel Delta Québec, Québec



*Par la Fédération
des médecins omnipraticiens
du Québec*

Épargne et investissement

Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
Investissement – Liquidité
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
Compte de retraite immobilisé (CRI)
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
Fonds de revenu viager (FRV)
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEL)
Courtage en valeurs mobilières
(REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)
Fonds FMOQ
Autres fonds communs de placement
Produits d'Épargne Placements Québec
Dépôts à terme
Service-conseil
Service de planification financière
Service d'analyse pour la pratique médicale en société
Les Fonds d'investissement FMOQ inc.
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

Programmes d'assurances

Assurances de personnes
Assurances automobile et habitation
Assurances de bureau
Assurance médicaments
et assurance maladie complémentaire
Assurances frais de voyage et annulation
Assurance responsabilité professionnelle
Dale Parizeau Morris Mackenzie :
514 282-1112 ou 1 877 807-3756

Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

Hôtel Le Crystal : 514 380-3448

Téléphonie

Télus : 1 855 310-3737, n° de groupe : 93936

Direction des affaires professionnelles

D^r Michel Desrosiers, directeur
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499