

Informations syndicales, par Emmanuèle Garnier

Assemblée de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal la place du médecin de famille

« L'année 2001 a constitué un tournant dans la création de réseaux et l'organisation des soins au Québec », résume le D^r Marc-André Asselin, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM) à l'assemblée générale. Ces dernières années, les services de première ligne ont été relégués dans l'ombre par les hôpitaux de soins de courte durée, les établissements de soins de longue durée et les salles d'urgence, qui ont capté toute l'attention. « Depuis la commission Clair, le discours a cependant changé. On parle de plus en plus de la place du médecin de famille. Personnellement, j'ai toujours cru que son rôle premier était de prendre en charge des patients et d'assurer leur suivi. Même si les omnipraticiens du Québec ont la particularité d'exercer également dans les hôpitaux, ils devraient d'abord être des médecins de famille. Je pense que cette année, la situation a commencé à changer. »

Quelles sont les nouvelles de Montréal ? Les chiffres concernant les effectifs médicaux ne sont pas réjouissants, reconnaît le D^r Asselin. La métropole ne compte actuellement que 2178 omnipraticiens, un nombre qui reste encore bien inférieur à celui de 1991. Au cours de la dernière décennie, le Québec a gagné 460 nouveaux généralistes, mais Montréal en a à peine profité. « Je pense cependant qu'on a atteint le fond, notre nombre ne devrait pas descendre davantage. »

Les gains de la dernière entente

Le président de l'AMOM a par ailleurs fait le point sur les principaux gains que ses membres ont obtenus grâce à la dernière entente signée avec le gouvernement.

- Les médecins payés à tarif horaire ont bénéficié d'une augmentation qui atteindra 20,74 % le 1^{er} juillet 2002. De la même façon, le salaire des médecins rémunérés à honoraires fixes, qui était de 76 786 \$ en 1998, passera à 91 688 \$ l'été prochain.

- En ce qui a trait à la pratique dans les centres hospitaliers de soins de courte durée, les chiffres sont particulièrement impressionnants, considère le D^r Asselin. Il y a trois ans, 368 omnipraticiens prenaient soin des patients hospitalisés, ils sont maintenant 414. Et ce nombre devrait encore augmenter. Le budget qui leur est consacré est passé de 5,9 millions en 1998-99 à 9,1 millions de dollars en 2000-01. « Cela prouve que lorsqu'on investit dans un milieu,

Syndigraphies, ce mois-ci

Assemblée de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal la place du médecin de famille	1
Assurance-invalidité 50 \$ pour un entretien téléphonique avec l'assureur	3
Collège des médecins de famille du Canada la nouvelle présidente : la D ^{re} Dominique Tessier	4
Actes du XIV^e Congrès syndical de la FMOQ	
Les soins de première ligne : l'affaire des omnipraticiens	5
Trois défis : choisir un modèle de pratique, maintenir vos compétences et assumer votre triple responsabilité	6
Les omnipraticiens dans le réseau de la santé en 2001	7
Compte rendu des ateliers	16
La formation en médecine familiale prépare-t-elle adéquatement les futurs médecins de famille ?	30
Le Programme d'aide aux médecins du Québec	32

sommaire de la revue, page 9 >>>

Photo : Emmanuèle Garnier.



Dans l'ordre habituel, les D^{rs} Christian Lauriston, Chantal Lefebvre, Serge Dulude, Marc-André Asselin et Renald Dutil.

cela donne des résultats. »

■ Les médecins travaillant dans les cabinets ont aussi leur part. L'entente ne leur avait accordé initialement qu'une augmentation de 5,4 %, mais amendements, lettres d'entente et actualisation des tarifs leur permettent d'avoir une hausse de 11,8 %. « Je pense que même si la rémunération du travail dans les cabinets privés a été proportionnellement moins accrue que celle des autres modes de pratique, l'augmentation dont elle a bénéficié est très valable. »

Que réserve l'année 2002 ? Peut-être un nouvel accord général. Le D^r Asselin espère également que la nouvelle année apportera la reconnaissance de l'importance des cabinets médicaux. « Si l'on tarde trop, il n'y aura plus rien à reconnaître. Déjà, plusieurs cliniques commencent à fermer. Il faudra qu'on leur donne un rôle et qu'on leur accorde l'argent pour le remplir. »

Les groupes de médecine familiale

La FMOQ suit de près l'évolution des groupes de médecins de famille (GMF). Quinze équipes existent actuellement. Quelques autres pourraient encore s'ajouter au nombre. Mais les groupes retenus ne seront probablement pas opérationnels avant la fin de 2003. « Il y a encore beaucoup de questions à régler. Le Québec ne sera pas tapissé de groupes de médecins de famille demain », précise le D^r **Renald Dutil**, président de la FMOQ, pour qui Montréal constitue l'une des dernières étapes de sa tournée provinciale.

« Si le projet se déroule bien, les GMF

peuvent devenir une organisation fort intéressante pour le médecin de famille travaillant dans un cabinet privé. Ils pourraient apporter des solutions à plusieurs problèmes : l'absence de relève, la mauvaise rémunération de la prise en charge et du suivi des patients et le manque de soutien technique. Mais si ce dossier est mené avec improvisation, le projet risque de s'arrêter aux groupes sélectionnés. »

Les GMF ne sont cependant pas l'unique voie pour faciliter la prise en charge et le suivi des clientèles. « Ici, à Montréal, par exemple, il y a un très intéressant projet de réseau intégré de soins. Il a le mérite de se modeler à la réalité du milieu, parce qu'il est élaboré par des médecins et des instances qui en sont issus. Il y a d'autres tentatives aussi prometteuses dans quelques autres régions du Québec », explique le D^r Dutil.

La prochaine entente

Les négociations de l'entente 2002-2005 devraient s'amorcer sous peu, avant la fin de l'accord actuel qui se termine le 31 mars 2002.

La grande priorité de la Fédération ?

L'amélioration de la rémunération de la prise en charge et du suivi des patients.

« C'est surtout dans les cabinets privés qu'il y a un problème. Actuellement, le seul mode de rétribution possible est la rémunération à l'acte, et il est inadéquat. Les médecins suivent une clientèle de plus en plus âgée, malade et traitée sur un mode ambulatoire. Ils passent parfois des heures à chercher des ressources pour ces patients, ce dont ne tient pas compte leur rémunération », explique le



président de la FMOQ.

Quelles solutions faut-il envisager ? Une augmentation de 3 % ou de 5 % du tarif des examens ne permettra pas de régler le problème. Il faut une autre formule.

« Un forfait de responsabilité pourrait s'ajouter au tarif à l'acte, propose le D^r Dutil. Il permettrait de reconnaître l'ensemble des responsabilités qu'assume le médecin de famille d'un patient. Nous avons obtenu un gain similaire pour les médecins qui traitent les patients hospitalisés. Ils ont droit à 5 \$ par patient en plus du tarif de leurs actes s'ils n'adhèrent pas à l'entente particulière. »

Le cahier de propositions que la FMOQ destine au gouvernement contient encore de nombreuses mesures qui seront discutées au cours des prochains mois avec les instances politiques de la FMOQ. ❧

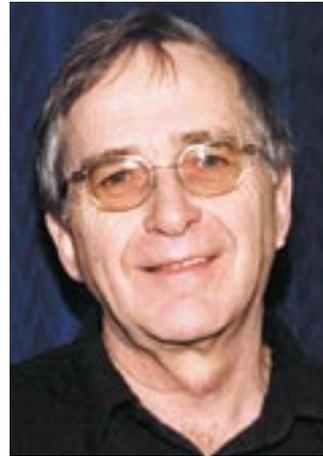
Assurance-invalidité

50 \$ pour un entretien téléphonique avec l'assureur

Les relations des omnipraticiens avec bien des assureurs seront facilitées à partir du 1^{er} janvier 2002. Les membres du Regroupement des assureurs de personnes à chartre du Québec (RACQ) emploieront tous, sous peu, le même formulaire médical, prendront un rendez-vous téléphonique avec les cliniciens quand ils devront discuter d'un dossier et leur offriront une rémunération de 50 \$ pour cet entretien.

« Nous sommes très satisfaits de cette entente », explique le D^r **Hugues Bergeron**, directeur des Affaires professionnelles de la FMOQ. Pour réduire les frictions entre omnipraticiens et assureurs, la Fédération et le RACQ avaient créé, au début de l'année, un comité bipartite. Ce groupe de travail a réussi à la fois à uniformiser les formulaires d'assurance-invalidité et à proposer des mesures pour faciliter les communications téléphoniques entre praticiens et assureurs.

Comment se dérouleront dorénavant les relations avec les membres du RACQ ? Quand un assureur aura besoin d'entrer en contact



Photos : Emmanuèle Garnier.

Le D^r Hugues Bergeron.



M. François Joly.

avec un médecin à propos d'un formulaire d'assurance-invalidité, il prendra d'abord rendez-vous en précisant le nom du patient, le sujet de la discussion et la durée de l'entretien, qui ne dépassera pas 20 minutes. Au moment de l'appel, le représentant de l'assureur prendra en note les grandes lignes de la conversation et pourra les faire parvenir au médecin. Puis l'assureur expédiera un chèque au clinicien sans qu'il ait besoin

de faire parvenir une facture.

« Ces mesures vont simplifier la tâche du médecin et reconnaître le travail qu'il fait par une rémunération adéquate. Cela devrait accélérer le processus et aider toutes les parties, mais surtout le patient », estime M. **François Joly**, président du RACQ.

La nouvelle entente avec le Regroupement touche 13 sociétés d'assurance de personnes, ce qui représente un nombre impressionnant de dossiers. Par exemple, à elle seule, l'Assurance-vie Desjardins-Laurentienne paye annuellement 60 000 prestations d'invalidité et demande environ 125 000 rapports médicaux. « Nous allons tenter de convaincre les assureurs qui ne font pas partie du RACQ d'utiliser notre formule », affirme M. Joly.

La FMOQ et le RACQ publieront dans les

prochains numéros du *Médecin du Québec* des informations plus détaillées sur l'entente qu'ils ont conclue. ☞

Collège des médecins de famille du Canada

la nouvelle présidente : la D^{re} Dominique Tessier

La D^{re} **Dominique Tessier**, omnipraticienne versée dans les maladies infectieuses et la santé en voyage, est maintenant la nouvelle présidente du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Son objectif pour ce mandat d'un an ? Permettre à la profession médicale d'évoluer au rythme de la société canadienne.

La D^{re} Tessier compte se pencher sur la question de la diversité. Le Canada est composé d'individus de différentes cultures, habitant des régions diverses, vivant au sein de plusieurs types de cellules familiales et ayant différentes orientations sexuelles. « Il faut que le médecin de famille suive ces modifications du tissu social et soit capable de donner un bon service à tous ses patients, et pas seulement à ceux qui lui ressemblent », explique la D^{re} Tessier.

Mais la diversité existe également au sein des cliniciens eux-mêmes. Diversité de pratiques, d'intérêts et de cultures. « Tous les omnipraticiens ne se reconnaissent pas forcément dans le médecin de famille qui offre une gamme complète de services, modèle que semblent proposer certains théoriciens. Les soins médicaux peuvent être donnés de façon riche et diversifiée par un groupe de cliniciens qui, individuellement, ne dispenseront pas nécessairement tous les services. Cette formule pourrait permettre à une grande variété de médecins de pratiquer ensemble et de donner à la population des soins complets. »

La D^{re} Tessier s'intéresse également à la question de l'équité, corollaire de celle de la diversité. Elle songe à l'équité au sujet des services médicaux dans les différentes régions du pays, à propos du travail des femmes et des hommes médecins, et en ce qui concerne le

mode de rémunération des différentes pratiques.

La nouvelle présidente compte faire un sondage pancanadien sur la question de l'équité et de la diversité. « À la fin de mon mandat, je veux pouvoir faire des propositions claires au Collège dans ces domaines. »

Des groupes de médecine familiale canadiens

Une autre question d'avenir passionne également la nouvelle présidente : les groupes de médecine familiale (GMF). Le Collège appuie une formule similaire à celle des GMF québécois. « C'est une approche qui peut permettre à des médecins qui veulent une pratique différente avec plus de temps libre d'avoir le privilège de suivre des patients à moyen et à long terme. Ces omnipraticiens pourront avoir un travail gratifiant et enrichissant tout en respectant leur nouveau mode de vie. Ils bénéficieront par ailleurs de l'appui d'une équipe multidisciplinaire avec qui ils partageront tout, tant sur le plan des discussions que des traitements à établir et des horaires. Les GMF permettront également à ces médecins de dispenser des services très complets à leurs patients. Complet sur le plan du temps – 24 heures par jour, sept jours par semaine – et sur celui des types de services offerts. »

La D^{re} Tessier, qui exerce à la Clinique médicale du Quartier latin, à Montréal, est aussi la directrice médicale en santé voyage du Groupe Santé Médisys. Tout au cours de sa carrière, elle s'est intéressée à la santé communautaire, à la santé des femmes, à la violence, à la prévention et au sida. La D^{re} Tessier fait également de la recherche et a publié de nombreuses études, en plus d'être l'auteure d'un grand nombre de publications. ☞

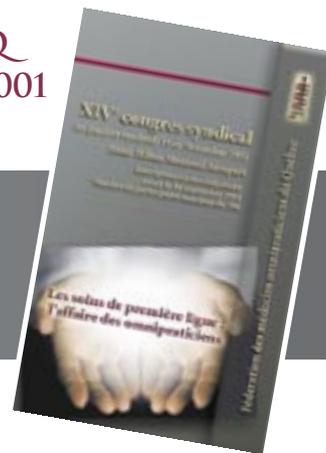


La D^{re} Dominique Tessier.

Suite page 38 >>>

ACTES DU XIV^e CONGRÈS SYNDICAL DE LA FMOQ
TENU LES JEUDI ET VENDREDI, 18 ET 19 OCTOBRE 2001
À L'HÔTEL HILTON MONTRÉAL AÉROPORT

LES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE :
L'AFFAIRE DES OMNIPRATICIENS



par Yves Langlois, Lise Cusson, Jean-Joseph Condé, André Munger, Jean Rodrigue et Isabelle Savard

LES 18 ET 19 OCTOBRE 2001 avait lieu le XIV^e congrès syndical de la FMOQ. Cette année, le thème du congrès était : *Les soins de première ligne : l'affaire des omnipraticiens*. Ce fut un vif succès, et plus de 300 omnipraticiens ont participé au congrès à un moment ou à un autre au cours des deux journées. Comme l'a souligné le D^r **Renald Dutil**, président de la FMOQ, « un congrès syndical offre une occasion unique aux membres de la base de façonner les grandes orientations et les politiques de leur Fédération ». Les omnipraticiens ont su profiter de cette occasion.

Après le discours d'ouverture du D^r Dutil, l'avant-midi fut consacré à des présentations sur le thème de l'omnipraticien dans le réseau de la santé en 2001, à la fois de l'extérieur de la profession, avec **M. Léonard Aucoin**, ex-membre de la commission Clair, et de l'intérieur, avec les D^{rs} **Laurent Marcoux**, chef du Département régional de médecine générale

Le D^r Yves Langlois, président du congrès syndical, est quatrième administrateur au Bureau de la FMOQ et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu-Saint-Laurent ; la D^{re} Lise Cusson, membre du comité organisateur du congrès syndical, est vice-présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal ; le D^r Jean-Joseph Condé, membre du comité organisateur du congrès syndical, est président de l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest du Québec ; le D^r André Munger, membre du comité organisateur du congrès syndical, est président de l'Association des médecins de CLSC ; le D^r Jean Rodrigue, M. Sc., est directeur de la Planification et de la régionalisation de la FMOQ ; et M^{me} Isabelle Savard, B. Sc., M.A.P., est conseillère cadre à cette Direction.

(DRMG) de la Montérégie, **Diane Clavet**, directrice du programme de résidence en médecine familiale de l'Université de Sherbrooke, **Arnaud Samson**, président de la Commission médicale de la Côte-Nord, et **Dominique Tessier**, présidente désignée du Collège des médecins de famille du Canada.

Au déjeuner-causerie du jeudi midi, **André Pratte**, éditorialiste en chef à *La Presse*, est venu nous entretenir de la façon dont les médias traitent les nouvelles du monde médical.

Le jeudi après-midi fut consacré à des ateliers portant sur différents sujets, notamment sur les groupes de médecine familiale, durant lesquels les participants ont eu tout le loisir de réagir avant de se rendre au banquet du soir, où la FMOQ a rendu hommage aux D^{rs} **Jean-François Dorval**, **Line Langlois**, **Isaac Wilchesky**, **Claude Tremblay** et **Yvon Ménard**, qui se sont illustrés comme médecins de famille dans leurs milieux. Le prix Gilles-des-Rosiers a également été remis à la D^{re} **Marie-Françoise Mégie** au cours de cette même soirée, pour souligner son travail exceptionnel dans le domaine de la formation continue.

La journée du vendredi a elle aussi été très chargée. La matinée fut consacrée à six ateliers différents sur autant de thèmes. Le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Rémy Trudel**, était l'invité du déjeuner-causerie.

En après-midi, les D^{rs} **André Lapierre** et **Michelle Cousineau** sont venus nous entretenir de l'expérience du programme d'aide aux médecins. Pour clôturer le congrès, les D^{rs} **Yves Langlois**, **Lise Cusson**, **Jean-Joseph Condé** et **André Munger**, membres du Comité organisateur du congrès, ont, à l'intention de tous les participants, procédé à une synthèse des ateliers du congrès sous forme de table ronde. Vous en trouverez les principaux éléments dans les lignes suivantes.

Trois défis : choisir un modèle de pratique, maintenir vos compétences et assumer votre triple responsabilité

par **Léonard Aucoin**, ex-membre de la commission Clair

JE PRENDS LE RISQUE de vous donner ma perception de trois défis que vous aurez à relever au cours des prochains mois ou années, comme groupe de médecins omnipraticiens.

Premièrement, vous devez décider quel « modèle » de pratique médicale vous voulez offrir à la population. Une médecine de dépannage, impersonnelle, sans rendez-vous, ou une réelle médecine de famille fondée sur une relation de confiance stable où le patient-client est traité comme un tout ? Je loue les efforts de la FMOQ, qui a déjà annoncé ses couleurs et qui vous offre l'occasion d'en discuter au présent congrès.

Mais s'il sera toujours difficile, dans les prochaines années, d'avoir accès à un médecin de famille, autant à Montréal qu'en région. Si le « modèle » que vous favorisez, dans les faits, est la médecine de dépannage sans rendez-vous et sans garde à l'urgence, ne soyez pas surpris si la population et les politiciens exigent que d'autres professionnels, dont les infirmières, jouent une grande partie du rôle que vous auriez dû jouer. Ne soyez pas surpris, non plus, si la population et les politiciens exigent, à ce moment-là, des mesures coercitives et des lois contraignantes. Vous aurez alors de la difficulté à justifier la prépondérance de votre place dans le système de soins, votre « utilité sociale » et la rémunération qui en découle. Une telle dérive ne serait bonne ni pour vous, omnipraticiens, ni pour nous, population. Je souhaite ardemment que le présent congrès vous permette d'affirmer, sans équivoque, l'importance de votre rôle au sein d'une réelle médecine de famille, et de transmettre clairement cette vision tant à la population qu'aux politiciens.

Deuxième défi, et il est commun à toutes les professions de la santé : le maintien de vos compétences, tant sur le plan des connaissances et des technologies que des attitudes. Vous le savez mieux que moi, les connaissances et les technologies médicales évoluent rapidement. La nature et la complexité des besoins changent, les outils diagnostiques et thérapeutiques se modernisent, de nouveaux médicaments arrivent sur le marché, des protocoles de soins sont élaborés et régulièrement adaptés, les exigences de vos patients augmentent. Je crois que vous devrez créer ou faire créer, comme groupe d'omnipraticiens, des ou-

tils de mise en commun et de partage de l'information et des connaissances. Chaque médecin ne peut pas, après sa journée de travail, fouiller la littérature pour essayer de trouver les nouvelles pratiques de soins. Vous devrez agir en partenariat, probablement avec le Ministère, les facultés de médecine et l'entreprise privée, afin de mieux vous outiller en systèmes d'information et de télécommunication de même qu'en contenus de formation continue.

Troisième défi, et il ne vous est pas exclusif : votre triple responsabilité. Responsabilité et obligation de rendre compte sont les deux côtés de la même médaille. L'un ne va pas sans l'autre. Votre responsabilité globale, comme médecins, ne peut plus se définir uniquement par la relation médecin-patient, si essentielle soit-elle. Oui, vous avez une responsabilité clinique face à vos patients. Mais, de plus en plus, vos patients vont exiger des résultats de vos interventions, vont vous demander des comptes à ce sujet, vont vouloir savoir si vous êtes au fait des meilleures pratiques de soins. Vous aurez de plus en plus l'obligation de rendre des comptes à vos patients ou, en d'autres termes, vous aurez à répondre de vos gestes cliniques face à eux.

Vous avez aussi, comme groupe, une plus grande responsabilité sociale. On a mis de l'avant, à la commission Clair, le principe de la responsabilité collective d'un groupe de professionnels face à la population d'un territoire donné. On vous demandera d'expliquer pourquoi vous n'êtes pas présents partout sur le territoire du Québec. Les groupes de pression et les politiciens le sont déjà. On vous demandera aussi quelles solutions vous proposez pour répondre aux problèmes d'accessibilité et de couverture des activités médicales dans un territoire donné. Je sais que la FMOQ le fait déjà, mais je pense que cette responsabilité sociale doit être l'affaire de tous les médecins, et pas seulement celle des instances syndicales.

Vous avez aussi des responsabilités de gestion. J'ai dit plus tôt que vous deviez participer à l'organisation et à la gestion des services de santé de votre territoire. Que vous le vouliez ou non, vous faites partie du système public de santé. Vous êtes payés par l'État, vos conditions de travail sont négociées avec l'État, et les décisions de l'État affectent votre pratique. Telle est la situation actuelle. Il faut donc que, sur les plans social, régional et national, vous assumiez vos responsabilités de gestion et participiez aux décisions, par l'entremise de



voire organisation syndicale qu'est la FMOQ, mais aussi par d'autres voies, que ce soit les DRMG, les départements cliniques de médecine générale, les équipes de gestion, etc. Il faut que vous alliez plus loin que seulement dénoncer ce qui ne marche pas. Il vous faut proposer une vision et des solutions applicables. Comme société, on a besoin de votre expérience et de votre expertise dans les décisions futures concernant le système de santé, à tous les niveaux. En retour, le payeur qu'est l'État veut savoir, et c'est normal, si les ressources qu'il vous a confiées, comme médecin et comme groupe de médecins, sont utilisées de façon pertinente, efficace et efficiente. On parle de plus en plus, au Canada, aux États-Unis et en Europe, d'évaluation de la pertinence et de

l'efficacité des pratiques et des modes d'intervention. Je ne dis pas que ces évaluations sont faciles ou simples. Mais la tendance est là, de plus en plus présente dans nos sociétés.

Je sais que ce ne sont pas des notions très populaires chez les professionnels et je peux le comprendre. Mais je vous recommande fortement de vous y intéresser si vous voulez que ces notions de responsabilité aient du sens, autant pour vous que pour nous. Nous devrions tous avoir à cœur, vous et nous, que les pratiques diagnostiques et thérapeutiques soient les plus pertinentes et efficaces possibles, et que les ressources de l'État, qui sont les nôtres et qui seront toujours limitées, soient utilisées à bon escient. ☞

Les omnipraticiens dans le réseau de la santé en 2001 des visions de l'intérieur

par Emmanuèle Garnier

Quelle est la place des omnipraticiens dans le réseau de la santé en 2001 ? Chef de département régional de médecine générale (DRMG), professeure, présidente d'une association médicale ou omnipraticien de la Côte-Nord, les quatre médecins invités avaient chacun leur propre regard sur la question. Mais presque tous fondaient leur réflexion sur les groupes de médecine de famille (GMF).

Le D^r Laurent Marcoux : une meilleure qualité de vie pour les omnipraticiens

« La vision que nous, omnipraticiens, avons de l'intérieur du réseau ? Je pense que nous devons viser une meilleure qualité de vie des professionnels de la santé et de meilleurs soins de première ligne », explique le **D^r Laurent Marcoux**, chef du DRMG de la Montérégie.

L'amélioration de la qualité de vie est un objectif incontournable pour rallier et mobiliser les médecins. Ce que cela implique ? Offrir aux médecins une charge de travail raisonnable, la possibilité d'être remplacés, le partage des responsabilités pour les tâches exigeantes, énumère le conférencier. Mais, à ses yeux, il faut aussi garantir aux régions une proportion équitable des effectifs médicaux, avoir une répartition intrarégionale de médecins basée sur les besoins en première ligne, obtenir l'aide

d'autres professionnels de la santé et disposer de technologies de communication modernes pour faciliter les activités de consultation.

Et en quoi consisterait une meilleure qualité de soins de première ligne ? « C'est la possibilité pour nos patients d'avoir en tout temps un accès à des ressources adéquates. Un accès aux soins de première ligne à une proximité acceptable du milieu de vie et qui répond aux attentes culturelles des gens pour ne pas créer d'exclus », mentionne entre autres le chef du DRMG.

« Les groupes de médecine familiale semblent offrir cette voie. Ils sont nés de la réflexion publiée dans le rapport Secor, il y a trois ans, qui a été reprise et précisée par la commission Clair l'an dernier. Les GMF ont reçu l'appui quasi unanime d'une multitude d'organismes médicaux, sociaux, syndicaux et économiques. »

La D^{re} Diane Clavet : les GMF, leur ou leurre ?

Les GMF sont-ils une leurre d'espoir ou un leurre ? se demande pour sa part la **D^{re} Diane Clavet**. Directrice du Programme de résidence en médecine familiale de l'Université de Sherbrooke, l'omnipraticienne, comme bien des formateurs, voit dans le nouveau projet un véritable espoir pour la médecine familiale. « Enfin, il y aura une cohérence entre le message que l'on essaie de passer pendant le programme de formation et la véritable pratique ! »

Mais la professeure ne peut s'empêcher de noter des indices inquiétants, tant du côté de l'organisation médicale que du côté politique. Ainsi, l'annonce d'une accessibilité aux soins de santé 24 heures par jour, sept jours par

Suite page 14 >>>

◀◀◀ *Suite de la page 7*

semaine la laisse perplexe. Personne ne semble se soucier d'un aspect important. « On aborde très peu la question des caractéristiques que devra avoir un accès de qualité aux services de prise en charge globale. »

La D^{re} Clavet remarque également que la tâche de définir le travail conjoint avec d'autres professionnels de la santé comme les infirmières et les infirmiers soulève un tiède intérêt.

La manière de travailler pourra-t-elle vraiment changer ? « Certains affirment qu'il faudra continuer à défendre des activités particulières qui ne sont pas conformes à la philosophie de soins qu'on veut implanter. » Il faudra également prendre garde à ne pas laisser émerger des projets dont l'objectif est de protéger certaines façons de faire actuelles.

Un dernier signe constitue également un mauvais présage. La conférencière remarque qu'on consacre peu d'énergie à l'arrimage des services des spécialistes et des autres niveaux de soins à la nouvelle structure que sera le GMF. « On dit à la population qu'elle aura accès à un médecin. Mais si nous, les omnipraticiens, n'avons pas accès aux autres niveaux de soins, il n'y aura pas d'accès réel à des soins complets pour les patients. »

La conclusion de la D^{re} Clavet prend la forme d'une mise en garde : « Si l'on essaie de changer l'organisation des soins de première ligne sans trop la changer, nous, les formateurs, saurons que la lueur d'espoir que constituaient les GMF n'était qu'un leurre. »

La D^{re} Dominique Tessier : aider les réseaux de pratique familiale

Nouvelle présidente du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), la D^{re} **Dominique Tessier** mise elle aussi beaucoup sur les réseaux de pratique familiale, formule similaire à celles des GMF. Ils constituent pour elle une solution intéressante à certains problèmes du système de santé.

La D^{re} Tessier dresse un tableau plutôt sombre de la situation : grave pénurie de professionnels de la santé, médecins de famille qui travaillent à la limite de leurs capacités, épuisement professionnel, omnipraticiens qui restreignent la gamme de leurs services, cliniciens qui refusent de nouveaux patients ou quittent leur communauté.

Que compte faire le Collège ? « Il va encourager la formation de réseaux de pratique familiale et définir plus clairement les services de base qu'ils doivent pouvoir dispenser », explique la D^{re} Tessier. Le CMFC mènera égale-

ment des études et évaluera les effets de ces réseaux sur les soins aux patients, les modes de pratique et le système de santé.

Mais les gouvernements devront eux aussi agir. Il leur faudra faciliter la création des réseaux de pratique familiale et assurer leur durabilité en permettant, par exemple, l'acquisition de nouvelles technologies de l'information et des communications. Ils devront également fournir le budget nécessaire pour permettre aux médecins de famille de dispenser des services essentiels, notamment les soins hospitaliers, les soins palliatifs et les soins à domicile. « Il leur faudra aussi s'assurer que les membres des réseaux de pratique familiale recevront une rémunération adéquate afin de mener des vies professionnelles et personnelles saines et équilibrées », estime par ailleurs la D^{re} Tessier. L'État devra également encourager la formation médicale continue des membres du réseau.

« Le modèle de réseaux de pratique familiale a un énorme potentiel pour accroître l'accès à des soins globaux et continus, estime la conférencière. Il permettra d'améliorer le rapport coût-efficacité, de réduire la pression sur les professionnels de la santé et de diminuer leur charge de travail. »

Le D^r Arnaud Samson : les responsabilités accrues des médecins des régions éloignées

Le D^r **Arnaud Samson**, président de la Commission médicale de la Côte-Nord, s'est pour sa part penché sur la vie professionnelle des omnipraticiens des régions éloignées. Qui sont ces généralistes ? Ils sont plus jeunes que dans les milieux urbains. Ils comptent de plus en plus de femmes dans leurs rangs et leur renouvellement se fait par la venue de nouveaux diplômés.

Les statistiques donnent des indications intéressantes sur le travail des médecins de la Côte-Nord. Elles révèlent que l'omnipraticien nord-côtier a à sa charge 172 patients de moins que la moyenne de ses confrères québécois. Mais il ne travaille pas moins pour autant. Un second facteur entre en jeu : il y a un spécialiste pour 2136 personnes sur la Côte-Nord, alors que la proportion est de un pour 1615 personnes au Québec. « C'est pour cette raison que sur la Côte-Nord, 56 % des activités des omnipraticiens ont lieu dans un centre hospitalier », précise le D^r Samson.

Les responsabilités des omnipraticiens des régions éloignées se sont accrues pour trois raisons, explique le président de la Commission médicale de la Côte-Nord : « le virage ambulatoire, les mises à la retraite et la hiérarchisation

des services ».

Le généraliste a, d'un côté, dû affronter les effets du virage ambulatoire. La réduction du nombre de lits et la diminution de la durée de séjour dans tous les hôpitaux du Québec ont provoqué un transfert de responsabilités aux médecins des régions éloignées, aux familles des malades et au patient lui-même. D'un autre côté, les praticiens des régions éloignées ont eu à faire face aux répercussions des mises à la retraite des spécialistes des milieux urbains, dont les postes ont attiré leurs jeunes collègues. Il y a ainsi eu un déplacement des spécialistes des zones rurales vers les régions urbaines. Les omnipraticiens œuvrant dans les régions éloignées se sont ainsi retrouvés avec un certain nombre de responsabilités relevant de la deuxième et de la troisième lignes.

« La lourdeur de la tâche, conséquence de ces transferts de responsabilités, a été dernièrement accentuée par l'instauration d'un modèle gouvernemental donnant des responsabilités accrues aux omnipraticiens de la première ligne. Les généralistes des régions doivent donc assumer la hiérarchisation des services avec les spécialistes en place. » ❧

Compte rendu des ateliers

par Yves Langlois, Lise Cusson, Jean-Joseph Condé, André Munger, Jean Rodrigue et Isabelle Savard

Les groupes de médecine familiale (GMF) et les réseaux de services de première ligne

Le sujet des groupes de médecine familiale a suscité l'intérêt de nombreux médecins. Au cours du congrès, quatre groupes se sont penchés sur la question.

Nous avons commencé par demander aux participants quel devrait être le contenu du panier de services d'un groupe de médecine familiale. Tous les participants s'entendaient pour dire que le panier de services d'un GMF devrait inclure des services de prise en charge et de suivi d'une clientèle, des services de maintien à domicile et des services de consultation sans rendez-vous. Les participants ont souligné à quel point il sera important que les médecins membres des GMF continuent à participer aux activités à l'urgence, à l'hôpital, en obstétrique et dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Il ne servirait à rien de déshabiller la deuxième ligne pour habiller la première.

La couverture de services jour et nuit, sept jours par semaine a suscité des discussions plus animées. De toute évidence, des modulations locales seront nécessaires. Alors que le concept d'une garde pour les clients vulnérables semble susciter l'adhésion de nombreux médecins, une garde qui serait étendue à l'ensemble d'une clientèle trouve peu de sympathisants. De nombreux médecins ont souligné qu'il est important de disposer du soutien du service Info-santé et d'infirmières pour assurer l'existence d'un service de garde permanent (24/7). Par ailleurs, les patients devront être informés des services qui leur sont offerts dans le cadre du service de garde permanent afin que leurs attentes demeurent réalistes.

Nous avons ensuite demandé aux participants si le modèle de GMF tel que le propose le rapport Clair était celui qui permettrait le mieux de fournir ce panier de services. Sinon, quel modèle serait le plus approprié ? On note deux tendances. Le concept de GMF est généralement assez bien accepté. Les réserves exprimées concernaient surtout les modalités d'application. Tous étaient d'accord pour dire qu'il fallait éviter la précipitation dans ce dossier. De plus, il semble évident aux yeux des participants qu'il ne faudra pas oublier les autres groupes de médecins qui ne font pas partie des GMF sélectionnés lorsque viendra le temps d'outiller les médecins en matériel informatique ou d'ouvrir l'accès aux plateaux techniques. Les participants croient également que les GMF n'auront de succès que si l'on fait preuve de souplesse dans l'application du modèle et que s'ils sont financés adéquatement.

Nous avons ensuite abordé la question des obstacles à l'implantation des GMF et les façons dont nous pourrions contourner ces obstacles. La résistance au changement en est un. La pénurie des effectifs en médecine familiale qui sévit actuellement dans toutes les régions du Québec a été dénoncée à de nombreuses reprises comme un obstacle à l'implantation de tout changement, quel qu'il soit. Plusieurs se sont dits méfiants à l'égard du ministère de la Santé et des Services sociaux, car ils craignent que le projet des GMF soit récupéré pour servir à d'autres fins. De ce point de vue, l'inscription de la clientèle provoque des résistances et est perçue par certains comme une ouverture vers la capitation.



sur la prévention, la promotion de la santé, l'enseignement et le triage. Les compétences d'une infirmière auxiliaire, d'une infirmière et d'une infirmière clinicienne diffèrent. Les participants se sont dits tout à fait d'accord avec l'intégration d'infirmières cliniciennes au sein des GMF, mais émettent de sérieuses réserves quant à la nécessité d'y intégrer des infirmières praticiennes.

Le leadership professionnel et syndical des omnipraticiens

Dans la première partie de l'atelier, les participants devaient réagir à différentes affirmations. La première était que le médecin de famille doit assumer le rôle de coordonnateur des services de santé requis par son patient. Les participants se sont dits d'accord avec cette affirmation, dans la mesure où le soutien administratif leur est fourni. Ils voient ce rôle de coordination comme l'établissement de priorités et l'intégration de services, et non comme de la gestion de cas.

Les participants étaient généralement d'accord pour que le médecin de famille soit responsable des soins offerts à son patient dans le cadre des GMF, dans la mesure où les autres professionnels demeurent responsables de leurs propres actes. Il faudra également bien définir les responsabilités des patients dans le cadre d'un tel arrangement et les aider à les assumer. Les médecins de famille présents au congrès semblaient également d'accord pour que la gestion des équipes de médecine familiale relève des médecins. L'organisation locale devrait être faite par certains leaders du groupe, la gestion médicale par les médecins, et enfin, la gestion des ressources pourrait être confiée à un adjoint administratif.

Les valeurs que la FMOQ devrait défendre auprès du MSSS et du réseau de la santé sont les intérêts économiques, sociaux, moraux et culturels des médecins omnipraticiens, comme le stipulent déjà en bonne partie les statuts de la FMOQ. Son rôle est également de contribuer au développement d'un sentiment d'appartenance des médecins omnipraticiens et de veiller à préserver l'autonomie professionnelle. Certains ont souligné qu'il est important de se pencher sur la situation des jeunes médecins et de tenir compte de leurs valeurs dans la détermination des orientations de la FMOQ.

Orientations pour les négociations de l'Entente 2002-2005

Les participants ont eu une brève présentation d'un projet de cahier des charges préparé par les membres du Bureau de la FMOQ et déposé au Conseil de la FMOQ à sa réunion du 29 septembre dernier. Après une période de questions et de commentaires sur ces propositions, les congressistes ont discuté en petits groupes de la pertinence de l'inscription des clientèles et de l'organisation en réseau des services médicaux.

Les participants ont appuyé la décision de la Fédération d'accorder une place prépondérante aux conditions d'exercice et de rémunération des activités de prise en charge et de suivi à la prochaine ronde de négociations. Plusieurs médecins ont souligné à nouveau le caractère inique du décret fixant la rémunération à 70 % du tarif pour les trois premières années de pratique dans les régions universitaires et péri-universitaires. Ce décret nuit considérablement au recrutement de jeunes médecins dans les cabinets médicaux. Par ailleurs, signe des temps, les avantages sociaux ont fait l'objet de nouvelles propositions : augmentation des congés parentaux, peu importe le mode de rémunération, et bonification du régime de retraite pour les médecins rémunérés à honoraires fixes.

Interrogés sur la pertinence d'un régime d'inscription des clientèles pour faciliter les activités de prise en charge et de suivi, les participants ont eu une attitude de Normands. Ils s'opposent à l'inscription de l'ensemble de la population, qui leur apparaît trop coercitive et bureaucratique. Ils accepteraient plutôt que cette mesure soit réservée aux clientèles vulnérables dont le suivi, souvent multidisciplinaire, est un élément essentiel de la prise en charge. Ils ont proposé un mécanisme plus souple, où les patients inscriraient le nom de leur médecin de famille au moment de l'implantation de la carte à puce « accès-santé », par exemple. Par contre, ils sont farouchement opposés à toute mesure qui mènerait à une rémunération sous forme de capitation.

Nous assistons à la mise en place de réseaux de services de médecine générale sous diverses formes dans presque toutes les régions du Québec. Ces réseaux permettent à plusieurs médecins de se regrouper pour assurer en commun des tâches souvent trop lourdes,





comme la garde en établissement ou auprès des personnes en perte grave d'autonomie vivant à domicile, l'accessibilité à un médecin de famille les fins de semaine et les jours fériés ou la prise en charge de clientèles vulnérables. Les services assurés par ces réseaux sont habituellement reliés aux autres ressources du système de soins. Les congressistes appuient l'implantation de ces réseaux dans la mesure où l'organisation des services fait l'objet d'une planification, notamment par le département régional de médecine générale (DRMG). Ils proposent d'accorder une prime aux membres du réseau. Ils s'inquiètent toutefois des pénuries d'effectifs médicaux dans plusieurs régions, qui rendent difficile le recrutement d'un nombre suffisant de médecins. Par ailleurs, ils craignent de voir s'accroître la tendance de plusieurs omnipraticiens à limiter leur champ d'exercice à un seul secteur d'activités.

Expériences d'organisation des soins de première ligne au Québec et en Ontario

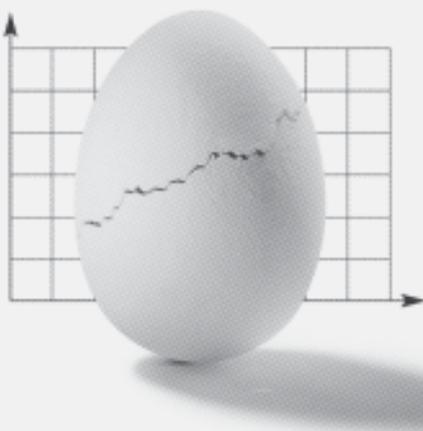
Le comité organisateur a choisi d'inviter trois médecins à faire part aux congressistes de leur expérience de réorganisation des services de médecine générale. Chaque invité disposait de 30 minutes pour présenter son projet et répondre aux questions des participants. Pour les trois projets, la clef du succès semble résider dans une démarche qui mise sur la participation et l'engagement des différents partenaires, à partir des besoins définis localement.

Le D^r Jacques Girard a entretenu les congressistes du projet en cours dans le Bas-Saint-Laurent, où les médecins omnipraticiens de chaque municipalité régionale de comté (MRC) se sont regroupés pour élaborer en-

semble leur plan local d'organisation des services de médecine générale et le plan d'effectifs qui devrait en découler. Cette démarche de concertation, amorcée en 1998 avec l'aide d'un médecin-conseil de la régie régionale, a permis de décloisonner les services et les effectifs de chacun des cabinets et des établissements.

La D^{re} Isabelle Vaillancourt a parlé

de l'expérience des médecins de la MRC de Sherbrooke, qui ont bâti un réseau d'accessibilité aux soins généraux en 1997. « En prévision de la fermeture d'un centre hospitalier et de sa salle d'urgence, nous avons demandé aux médecins de famille d'augmenter collectivement leur offre de services de consultation sans rendez-vous tout en maintenant une gamme



UNE PROTÉINE QUI A LA COTE

Les œufs constituent une excellente source de protéines de grande qualité. En fait, les œufs sont utilisés comme mesure étalon pour évaluer la qualité des autres protéines alimentaires. L'œuf moyen contient 6 grammes de protéines, mais seulement 71 kilocalories et 5 grammes de matières grasses. Voilà une très bonne nouvelle pour les personnes soucieuses de leur poids, car les œufs sont un choix de repas délicieux et nutritif.

AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT ?



www.œufcanada.ca

de services de médecine familiale. Les heures d'ouverture et la répartition géographique des six points de service requis – quatre cabinets privés et deux CLSC – ont été convenus par consensus. Un plan de communication a été préparé pour inciter la population à consulter à l'un des points du réseau plutôt qu'à l'urgence. L'achalandage dans les salles d'urgence a diminué de façon importante. L'implantation du réseau a également eu pour effet d'augmenter la demande de la population pour des médecins de famille. »

Le **D^r Brian Gamble** a fait état de la réforme des soins de première ligne en Ontario et de sa propre expérience comme médecin de famille dans l'un des projets pilotes, à Chatam. Les premiers projets de démonstration de cette réforme, amorcée en 1996, ont vu le jour en 1998. Ils comprenaient une inscription volontaire de la clientèle, et les médecins y étaient rémunérés par capitation ou selon une formule modifiée de la rémunération à l'acte. L'inscription était limitée à 2200 patients par médecin, et sa valeur initiale a été fixée à 138 \$ par année par patient. Certains services pouvaient en plus être facturés à l'acte, notamment en obstétrique et à l'urgence. Les médecins rémunérés par capitation étaient plus satisfaits de ce modèle que ceux qui étaient rémunérés selon la formule modifiée du tarif à l'acte. L'inscription de la clientèle n'a pas posé de problèmes. Par contre, le lien informatique avec les collègues à l'intérieur d'un même groupe et avec les autres établissements de santé a été plus compliqué et plus coûteux que prévu. L'association médicale ontarienne négocie actuellement l'extension des projets aux régions rurales et aux villes du nord de l'Ontario. Le mode actuel de rémunération à l'acte serait maintenu pour la ville de Toronto et ses environs.

Les départements régionaux de médecine générale (DRMG)

Trois chefs de DRMG avaient la difficile tâche de broser un tableau des travaux en cours au sein de leurs comités de direction. Tous se sont entendus pour désigner l'élaboration du plan régional d'organisation des services (PROS) comme la tâche prioritaire des DRMG. Les participants ont reconnu que les DRMG disposent de peu de moyens pour mettre en application leur PROS et leur plan régional des effectifs médicaux (PREM).

Selon le **D^r Serge Dulude**, la première tâche du comité de direction du DRMG de Montréal fut de définir ses orientations, qu'il a axées autour de la prise en charge des clientèles et de l'accessibilité aux services de médecine gé-

nérale. Parallèlement, le comité a décidé de compléter l'inventaire des points de services de médecine générale et de se doter d'une pyramide de communication vers tous les omnipraticiens montréalais. Le comité s'est également penché sur la question des groupes de médecine familiale (GMF) pour adapter le concept au contexte urbain. Au printemps 2001, le chef du DRMG a invité les omnipraticiens de chacun des six secteurs de l'île de Montréal à des rencontres d'information et de discussions auxquelles ont participé 460 médecins. Le DRMG travaille actuellement à la mise sur pied d'un réseau d'accessibilité aux services de médecine générale le soir, les fins de semaine et les jours fériés. Le réseau s'articulera autour d'une quarantaine de points de service dont les caractéristiques communes seront une masse critique d'omnipraticiens, des services de médecine familiale associant la consultation sans rendez-vous avec des activités de prise en charge et l'accès à un plateau technique. Révision des activités médicales particulières (AMP), élaboration d'un PREM, application du programme d'allocations de formation continue, voilà autant de dossiers auxquels travaillent des sous-comités du DRMG. Le **D^r Dulude** a insisté sur le dynamisme et la représentativité des membres de son comité de direction ainsi que sur la qualité des relations de ce comité avec la régie régionale et la FMOQ. Il a souligné les difficultés rencontrées, notamment le choc des cultures entre gestionnaires et médecins ainsi que l'absence de budget de fonctionnement pour le DRMG.

Le **D^r Marcel Reny**, du DRMG de l'Outaouais, a entre-tenu les participants des leviers dont disposent ou devraient disposer les DRMG pour susciter la participation de leurs membres à l'organisation des services de médecine générale. Certaines mesures, comme la rémunération différenciée et les autres mesures incitatives destinées aux régions éloignées, ont amélioré la répartition interrégionale des omnipraticiens. En outre, les activités médicales particulières permettent d'agir sur l'organisation intrarégionale des services. D'autres mesures comme le déplafonnement des revenus pour les activités effectuées dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), l'augmentation des tarifs pour le travail effectué les fins de semaine et les jours fériés ainsi que la rémunération des gardes en disponibilité ont également contribué à favoriser la participation à l'échelle intrarégionale. De l'avis du **D^r Reny**, ces outils ne seront pas suffisants pour doter le DRMG de pouvoirs réels sur l'organisation des services. Parmi les nouvelles mesures avancées par le **D^r Reny**, mentionnons une bonification financière pour la participation aux activités reconnues comme

prioritaires par le DRMG, la révision des modalités d'application des AMP, un montant forfaitaire à la disposition du DRMG pour appliquer des mesures incitatives.

La détermination des activités médicales particulières (AMP) et leur gestion dépend dorénavant du DRMG. Le **D^r Philippe Lamontagne**, du DRMG de l'Estrie, a brossé une rétrospective de cette mesure, adoptée en 1991 et implantée en 1993. Destinée à combler les pénuries d'effectifs médicaux dans plusieurs établissements, cette disposition législative n'aura que partiellement résolu ces problèmes. Jusqu'à l'an dernier, la liste des AMP était établie par la commission médicale régionale, et l'éventail de ces activités s'est considérablement élargi au fil des années. Si les activités demeurent « particulières », elles ne sont pas toutes prioritaires ! Selon le **D^r Lamontagne**, il faut réévaluer cette mesure dans son ensemble. Il a mis en garde les participants contre certains risques. Ne considérer que les activités hospitalières pourrait créer une pénurie encore plus grave pour les activités de prise en charge et de suivi. Des AMP trop spécifiques pourraient favoriser des pratiques monovalentes. Trois principes doivent guider notre démarche dans ce domaine : l'efficacité – assurer les services appropriés –, l'équité – partager les tâches lourdes entre les omnipraticiens – et l'autonomie professionnelle des médecins. Le DRMG devra chercher à maintenir un équilibre entre ces principes pour assurer la meilleure organisation des services de médecine générale possible dans la région.

Les réseaux intégrés de services aux clientèles vulnérables

Le suivi de patients atteints de maladies graves ou complexes dans leur milieu de vie oblige les médecins de famille à revoir l'organisation des services à ces clientèles en se regroupant pour assurer l'accessibilité et la continuité des soins, mais aussi en s'associant avec des équipes multidisciplinaires pour assurer à chacun des patients l'ensemble des services sanitaires et psychosociaux que son état requiert. Trois expériences ont été présentées aux participants, en soins palliatifs, en soins gériatriques et en soins psychiatriques.

Les **D^{rs} Marcel Marsolais et Christiane Martel** ont fait état de leurs 10 années d'expérience en soins palliatifs à la Maison Victor-Gadbois en Montérégie. Les services de cet établissement s'adressent aux malades de 18 ans et plus résidant en Montérégie et atteints d'un cancer en phase terminale. La maison compte 12 lits, et le taux d'occupation annuel avoisine les 90 %. La durée moyenne de séjour est

de 19 jours. Un service de consultations externes est également offert aux malades présentant des symptômes liés à un cancer mal soulagés. L'équipe soignante, multidisciplinaire, composée notamment de sept médecins et de 21 infirmières, bénéficie du soutien de plus de 100 bénévoles. Les médecins de Victor-Gadbois travaillent en concertation avec les établissements de la région, CLSC et hôpitaux, de même qu'avec les médecins traitants des patients.

Dans la région des Bois-Francs, dès 1997, les établissements de santé d'Arthabaska, de Victoriaville et de Plessisville se sont concertés avec les médecins de la région pour mettre sur pied un mécanisme de coordination des services aux personnes âgées. La **D^{re} Claudine Archambault** a expliqué aux congressistes que ce mécanisme repose sur une équipe d'intervenants pivots qui font du triage, de l'information, de l'orientation et, le cas échéant, de la gestion de cas. L'intervenant pivot accompagne la personne âgée à l'intérieur du réseau de services qu'elle utilise et est en contact constant avec son médecin traitant. De plus, afin d'assurer la communication entre tous les professionnels de la santé et les établissements associés aux soins de ces personnes, les membres de ce réseau ont créé un dossier clinique informatisé partageable, dont ils se servent depuis 1998. Une évaluation préliminaire du projet a révélé qu'il avait des effets positifs sur les patients et les aidants naturels. La **D^{re} Archambault** a dit être persuadée que le modèle pourrait s'adapter à d'autres clientèles vulnérables, comme celles qui présentent une déficience physique ou intellectuelle.

Le **D^r Paul Robinson**, du centre hospitalier Pierre-Janet, a présenté le projet élaboré dans son milieu pour garantir les suivis médicaux et psychiatriques des personnes souffrant de maladie mentale grave et vivant à domicile ou en résidence. À la suite d'une entente particulière négociée entre la FMOQ et le ministère de la Santé et des Services sociaux, on a proposé à des médecins de cliniques médicales d'assurer la prise en charge de ces patients en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire du centre hospitalier Pierre-Janet. Le médecin de famille peut bénéficier, pour ces patients, des services des équipes mobiles d'intervenants du centre hospitalier et de la gamme de services complémentaires offerts au centre hospitalier à cette clientèle. Le médecin continue d'être rémunéré à l'acte pour les services rendus. De plus, il recevra un forfait annuel de 400 \$ pour chaque patient qu'il acceptera de prendre en charge, et une période de neuf heures par année, rémunérées à tarif horaire, lui sera allouée pour recevoir une formation continue appropriée à cette clientèle. L'im-



plantation du projet se bute à plusieurs difficultés, selon le D^r Robinson. Les efforts que les équipes multidisciplinaires devront mettre pour établir des contacts avec plusieurs médecins dans la communauté risquent de disperser leurs énergies. La perspective de changement dans la relation thérapeutique inquiète les malades. Les médecins de famille du territoire sont déjà débordés et craignent de prendre en charge une nouvelle clientèle sans avoir l'assurance que le soutien du centre hospitalier sera maintenu. L'équipe du centre hospitalier est tout de même convaincue du bien-fondé de ce projet et poursuit ses efforts.

La formation en médecine familiale prépare-t-elle adéquatement les futurs médecins de famille ?

Le comité organisateur a choisi d'inviter des personnes de trois milieux très différents pour discuter de cette question. Les participants ont pu apprécier les différences de perception entre les cliniciens et les universitaires.

Le D^r Jean-Yves Boutet, d'Amos, en Abitibi, a soulevé le problème de la faible exposition des étudiants en médecine à l'exercice de la médecine en région éloignée et le manque de formation dans des disciplines comme l'ophtalmologie et les soins intensifs. Il souhaite que le stage en région éloignée des résidents en médecine familiale soit prolongé de deux à trois mois. Finalement, il souligne que les unités de médecine familiale des milieux universitaires ont souvent une clientèle très lourde, peu représentative de la clientèle habituelle d'un médecin de famille, ce qui risque de rendre peu attrayante l'installation dans un cabinet privé.

La D^{re} Hélène Daoust, de Valleyfield, souhaite elle aussi que les résidents soient davantage exposés à la pratique des cabinets privés à l'extérieur du milieu universitaire. Elle soulève certaines lacunes du programme de formation en médecine familiale dans le domaine médico-administratif, comme l'organisation et la gestion d'un cabinet médical ainsi que la facturation. Elle remarque toutefois que la FMOQ pourrait créer des services pour soutenir les jeunes médecins en début de pratique et pallier ce manque d'information.

Le D^r André Bilodeau, du département de médecine familiale de l'Université Laval, devait donner la réponse des universitaires au thème de l'atelier. Nous publions *in extenso* son texte (page 30), qui résume bien la position actuelle des membres de son département sur la question à la suite de la révision de leur programme de résidence.

Formation médicale continue pour les omnipraticiens

Les D^{rs} Pierre Raïche et Louise Roy étaient responsables de cet atelier, qui avait pour objectif de réviser les orientations de la FMOQ dans ce domaine. Après avoir entendu l'énoncé de position de la Direction de la formation professionnelle de la FMOQ, les participants ont pu discuter en petits groupes de leur vision de ce que devrait être la formation médicale continue (FMC) pour les omnipraticiens.

Tout en insistant sur le leadership que la FMOQ doit continuer d'assurer dans ce domaine, les participants ont souligné la nécessité d'élaborer des activités de formation continue sur tous les aspects qui touchent la gestion et l'organisation professionnelle de la pratique. Ces activités de formation professionnelle devraient répondre aux mêmes critères pédagogiques que la FMC et donner droit à des crédits de formation ainsi qu'aux allocations de formation continue. ☞

COGNAC
CAMUS

EN VENTE MAINTENANT,
LES COGNACS HAUT DE GAMME CAMUS

CAMUS XO BORDERIES
LE SEUL * COGNAC ORU UNIQUE *
EN VENTE AU QUÉBEC
(CCNP +197998)

CAMUS EXTRAORDINAIRE
TROPHÉE DU MEILLEUR
COGNAC AU MONDE
AU CONCOURS INTERNATIONAL
DES VINS ET SPIRITUEUX EN 1999
(CCNP +680472)

TENTEZ VOTRE CHANCE. ENVOYEZ-NOUS VOS
APPRECIATIONS EN QUELQUES MOTS ET GAGNEZ
L'UN DES 10 SACS DE VOYAGE CAMUS

DISPONIBLE À LA SOCIÉTÉ DES ALCOOLS DU QUÉBEC
REPRÉSENTÉ PAR ELIXIRS, VINS ET SPIRITUEUX
4058 HINGSTON - MONTREAL QUÉBEC H4A 2J7
T: 514-489-9000 • F: 514-489-6258

La formation en médecine familiale prépare-t-elle adéquatement les futurs médecins de famille ?

par André Bilodeau

VOILÀ UNE QUESTION qui peut facilement être interprétée comme un blâme envers les programmes de résidence en médecine familiale du Québec. Toute réponse hâtive risque d'être erronée, et il importe de répondre à un certain nombre de sous-questions avant d'aborder celle-ci.

Tout d'abord, campons deux faits. D'une part, il n'existe aucune preuve de l'incompétence des finissants en médecine familiale au Québec. Leur réussite aux examens terminaux est tout à fait comparable à celle de leurs confrères canadiens, et le Collège des médecins du Québec (CMQ) juge, année après année, que plus de 90 % d'entre eux sont prêts à pratiquer. L'histoire de la majorité d'entre eux révèle d'une insertion heureuse dans la pratique de la médecine familiale, et ce, peu importe le milieu où le nouveau médecin a choisi de s'installer. De plus, il faut souligner que nos finissants jouissent d'une cote très appréciable auprès des organismes de santé des autres provinces, et même de nos voisins américains.

D'autre part, il faut reconnaître que ce n'est pas par pur hasard que trois des quatre départements universitaires de médecine familiale du Québec ont décidé d'investir temps et argent pour entreprendre, chacun à sa façon, une mise à jour des programmes de formation des futurs médecins de famille. Il est donc évident que les responsables universitaires perçoivent assez clairement que des modifications à la formation en médecine familiale doivent être faites afin de mieux préparer les finissants aux nouveaux défis que pose la pratique de la médecine générale. À titre de responsable de la révision du programme de l'Université Laval, j'ai déjà eu l'occasion d'entendre un nombre appréciable de recommandations et de demandes de toute nature à propos de la formation des nouveaux médecins de famille. J'ai pu prendre connaissance des problèmes que

certain individus, groupes ou organismes rencontrent dans l'intégration de nos finissants à la pratique. Ces remarques sont variées, et il importe de départager ce qui revient aux programmes de formation proprement dits de ce qui relève d'autres instances ou de ce qui est associé à des phénomènes plus vastes et plus complexes.

Un programme de formation a essentiellement deux rôles : développer chez les finissants les compétences nécessaires à la pratique d'une profession et participer au processus de professionnalisation de ces futurs praticiens. Dans ces deux domaines, les départements universitaires de médecine familiale ont un certain nombre d'obligations fondamentales, mais également des limites considérables à leur capacité d'intervention.

En ce qui a trait à l'acquisition des compétences nécessaires, les perceptions varient beaucoup selon le point de vue de nos interlocuteurs. Cependant, certaines lacunes sont flagrantes aux yeux de tous. Pour certains sujets, les programmes sont tout simplement fautifs et doivent faire amende honorable (la pharmacothérapie, par exemple). Ces manques peuvent aussi résulter de changements récents quant à l'importance d'un sujet donné dans la pratique des médecins de famille. Ce peut être en raison de l'émergence de nouveaux champs de compétence (l'informatique médicale, par exemple), de la modification du rôle des omnipraticiens dans ces domaines (les soins palliatifs, par exemple), ou même de l'arrivée de nouveaux standards de pratique (médecine d'urgence, par exemple). Dans ces cas, il peut arriver que les départements n'aient pas eu le temps ou les moyens d'intégrer ces nouvelles réalités. Il leur incombe d'y remédier aussi rapidement que possible.

Au-delà de ces ajustements nécessaires et évidents, il restera toujours des champs d'exercice qui ne pourront être inclus dans les programmes de formation initiale. Ne serait-ce qu'en raison de la durée de la résidence. Il est illusoire de penser que nous pouvons assurer chez tous les résidents le développement de toutes les compétences qui pourraient leur être utiles au cours de leur carrière. Or, ce sont souvent les reproches que font certaines personnes ou certains organismes. La somme des demandes est démesurée par rapport à ce qui peut être fait. Chaque groupe d'intérêt demande que ses besoins soient pris en considération, qu'ils aient priorité et qu'une formation spécifique soit incluse dans le programme d'études. La liste est presque infinie. Pour ne donner que quelques exemples, citons les demandes relatives aux champs d'exercice suivants : la chimiothérapie, les soins intensifs néonataux, la médecine du travail, l'assistance opératoire, l'électrophysiologie, les techniques de scopie, les urgences en médecine environ-

Le Dr André Bilodeau, omnipraticien, est responsable de la Révision du programme de résidence en médecine familiale de l'Université Laval (2000-2003). Il exerce au sein de l'unité de médecine familiale du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, à Québec.



nementale, la réadaptation dans le domaine de la déficience physique ou intellectuelle, les troubles du comportement alimentaire, les habiletés nécessaires à la gestion de la pratique, à l'élaboration de programmes de santé communautaire, à l'organisation des soins et des services, à la prévention et au dépistage du suicide, de la toxicomanie, des troubles auditifs et visuels chez les jeunes enfants, de la violence domestique envers les aînés, et j'en passe. Il faut ajouter à cette liste les exigences de plus en plus importantes de la prise en charge de certains problèmes de santé courants déjà inscrits aux programmes de formation : le sida, l'insuffisance cardiaque, le diabète, la dépression, l'infarctus aigu, l'asthme, etc. De toute évidence, la matière est trop abondante pour la dimension du plateau, et il y aura toujours quelque chose qui tombera à côté. Le défi des programmes de formation consiste à assurer que les compétences essentielles seront au cœur de leurs activités afin que les finissants aient les outils de base nécessaires pour affronter la majorité des problèmes cliniques auxquels ils feront face. Par la suite, la formation médicale continue pourra, par ses diverses activités, compléter leur habilitation.

La formation des médecins de famille se heurte également à d'autres problèmes qui sont, eux, liés directement au phénomène même de l'apprentissage. Anderson explique que l'apprentissage se déroule en trois phases :



Or, certains sujets revêtent une grande importance dans la pratique des omnipraticiens, et les responsables des programmes en sont tout à fait conscients. Les résidents peuvent avoir une perception très différente. En effet, ils ne perçoivent pas l'utilité de plusieurs compétences qui sortent du champ purement clinique. Il en est ainsi de l'ensemble des habiletés liées à la gestion de la pratique ou à l'organisation des soins et des établissements de soins. Il en va de même, à un moindre degré cependant, des habiletés relationnelles. Cependant, dès qu'ils sont en pratique, ces nouveaux médecins mesurent enfin l'importance de ces formations qu'ils ont parfois boudées. L'expérience commune des programmes démontre qu'il est fort difficile de convaincre les résidents de l'importance de ces besoins, mesurés mais peu ressentis. Jusqu'ici, les expériences

d'exposition des résidents aux questions touchant ces domaines sont restées peu concluantes.

Autre limite des programmes de formation, le passage à la phase de rodage des compétences. Il est réaliste de penser qu'un programme de formation initiale peut enseigner aux résidents la plupart des compétences jugées importantes. Cette formation sera, pour la plus grande part, concentrée sur le montage de ces compétences. Il est illusoire de croire qu'un programme puisse assurer le rodage de la majorité de ces compétences. C'est une tâche que les départements universitaires n'ont jamais pu assurer, et ils ne pourront pas le faire dans un avenir prévisible. Ce rodage est le fait même de l'expérience. Or, la médecine se distingue singulièrement des autres formations professionnelles en exigeant que les finissants soient complètement habilités à assumer l'ensemble de la pratique. La presque totalité des professions prévoient une phase de mise en route de l'activité professionnelle de ses membres, une étape de durée variable pouvant s'étendre sur plusieurs années, où le nouvel avocat, architecte, infirmier ou enseignant reçoit un certain encadrement et bénéficie d'une insertion progressive dans la profession. Ce temps permet de consolider les compétences, c'est-à-dire de compléter la phase de rodage du cycle d'apprentissage. En médecine, il en est autrement. Plusieurs milieux ne prévoient aucun système d'intégration. Au contraire, on attribue aux nouveaux médecins les gardes à l'urgence les moins désirables. Nous avons même l'impression que ce phénomène est en voie de s'intensifier en raison du manque d'effectifs dans plusieurs milieux et de l'épuisement des effectifs présents. Il conviendrait que nous nous interroguions tous sur la manière d'intégrer ces nouveaux collègues.

Cette question lie clairement les fonctions de transmission des compétences à celles de la professionnalisation. L'inclusion des nouveaux médecins de famille dans l'ensemble du corps des omnipraticiens accuse quelques ratés. Or, ce processus est l'affaire d'une multitude de personnes et d'organismes, depuis les responsables des programmes de formation jusqu'aux milieux cliniques où s'installent les finissants, en passant par le Collège, la Fédération et toutes les autres associations médicales. Il s'agit d'amener des nouveaux professionnels à adopter et à intégrer les valeurs et les comportements propres à leur profession. Plusieurs de ces acteurs notent un changement soutenu dans la manière dont ces nouveaux membres s'insèrent dans la profession. Ils semblent moins enclins à s'engager financièrement à titre d'associés dans un cabinet médical, moins pressés de s'établir (de faire l'achat



d'une

maison, par exemple),

moins intéressés à consacrer beaucoup

d'heures au travail, et plusieurs envisagent les premières années de pratique comme une phase d'expérimentation et d'essai. Il nous apparaît qu'ils s'attendent moins à rester longtemps dans leur premier « boulot ». En ce sens, ils participent pleinement à la culture de leur génération : accordant plus d'importance à la famille et aux loisirs, se définissant moins à partir du travail. S'ils sont prêts à bâtir quelque chose de particulier, ils s'y sentent moins liés. Ce phénomène est observé dans plusieurs domaines et fait même l'objet de l'attention particulière de certaines études (voir *Les Affaires*, septembre 2001). Les programmes de formation ont peu de prise sur ces valeurs et ces comportements. Tout changement à ce mode d'insertion professionnelle ne pourra être que le résultat d'une action concertée des multiples responsables précités, et encore, il est peut-être illusoire de vouloir changer cette culture.

32

À ce phénomène s'est ajoutée dans les dernières années une nouvelle situation qui préoccupe les directions des programmes de formation. On note un certain changement dans la perception de la compétence personnelle des finissants. À cause de facteurs encore mal définis, les résidents en médecine familiale perçoivent leur compétence comme étant bien en deçà de l'évaluation des enseignants, des collègues et même des médecins de famille œuvrant dans les milieux où ils arrivent. Cette forme de sous-évaluation a des effets importants, puisqu'elle amène les nouveaux médecins à restreindre leurs champs de pratique ou à s'y engager avec beaucoup d'anxiété. Dans ce cas, non seulement le correctif demandera-t-il l'action de bien des intervenants, mais la compréhension même du phénomène exigera une réflexion à plusieurs.

Le rôle des programmes de résidence, bien que fort important, reste limité. S'ils peuvent viser à donner aux futurs médecins de famille des habiletés de base dans un vaste champ de pratique, ils ne peuvent s'engager à en faire des cliniciens accomplis. Les premières années de pratique sont cruciales pour la consolidation des acquis, et les milieux de travail des nouveaux médecins comptent beaucoup dans ce processus. Malgré cela, les responsables des programmes de médecine familiale au Québec sont engagés dès à présent dans une démarche visant clairement à former des médecins mieux préparés à la pratique. Nous

n'y parviendrons pas seuls. Il nous faudra compter sur la participation de tous et de chacun, dans les différents milieux (urgences, cliniques externes, cliniques privées, centres hospitaliers et d'hébergement, en ville comme en région). L'avenir de nos nouveaux collègues et, par là même, celui de notre discipline en dépende. ☞

Le Programme d'aide aux médecins du Québec

les pièges de la pratique de la médecine

par Emmanuèle Garnier

L'AN DERNIER, 224 praticiens ont consulté le Programme d'aide aux médecins du Québec. L'exercice de la médecine ne va pas toujours sans difficultés, stress et problèmes. Et la charge de travail, quelquefois trop lourde, fait parfois fléchir les cliniciens.

« Le problème ne réside pas tellement dans le nombre de patients, explique dans sa conférence la **D^{re} Michelle Cousineau**, médecin-conseil du programme. Nous avons appris à ne plus accepter de nouveaux patients et à limiter nos heures de travail. Ce qui est difficile, c'est l'alourdissement des problèmes des patients et de la prise en charge de chaque cas ainsi que l'obtention des résultats de laboratoire et des consultations. »

Le médecin de famille ne peut d'ailleurs plus compter sur les spécialistes, eux aussi débordés, pour prendre en charge et suivre les cas difficiles. « Nous avons des cas non seulement plus lourds, mais plus nombreux, et aussi plus urgents. » Les hôpitaux de soins de courte durée, par exemple, renvoient rapidement aux omnipraticiens des patients qui requièrent leur attention sans tarder.

Le contact avec la souffrance et la mort rend aussi la pratique de la médecine ardue. « Bien des médecins empathiques se retrouvent avec une clientèle très lourde de patients souffrant de problèmes psychosomatiques. On connaît les causes de ces troubles : la situation sociale difficile, la crainte de consulter un psychologue et le refus d'admettre certaines difficultés. Cette souffrance exprimée à travers la somatisation semble constituer l'une des raisons de l'alourdissement de la pratique », affirme la **D^{re} Cousineau**.

Un haut niveau de connaissances

Le niveau de savoir que commande la médecine mo-



derne est, d'un autre côté, très exigeant. « La somme de connaissances que les jeunes médecins doivent maintenant absorber est effarante. » En outre, les patients sont maintenant beaucoup plus informés. Ils puisent entre autres dans Internet divers renseignements et peuvent discuter de leur diagnostic. « Il faut être calé pour pouvoir remettre dans leur contexte les bribes d'informations, pas toujours exactes, que les patients obtiennent ici et là », explique la D^{re} Cousineau.

La clientèle devient aussi plus exigeante. Le nombre de poursuites s'accroît d'ailleurs. « Certains de nos collègues sont venus nous consulter parce qu'ils étaient inquiets d'être toujours surveillés et craignaient de faire l'objet de poursuites. On sait que l'erreur est humaine et personne n'en est à l'abri, même avec la meilleure volonté du monde. »

L'engrenage

« Le médecin est souvent une personne consciencieuse, perfectionniste, qui a un sens développé des responsabilités et un sentiment de culpabilité proportionnel », explique à son tour le D^r André Lapierre, directeur du Programme d'aide aux médecins du Québec. Le clinicien se retrouve néanmoins plongé dans un milieu où il est surchargé de travail, n'a plus la maîtrise de la situation, ne peut plus faire de choix. Et lui qui est soucieux de plaire ne jouit plus de la même reconnaissance ni du même respect qu'autrefois. « Il y a un conflit de valeurs entre les médecins et le réseau de la santé », résume le D^r Lapierre.

Devant toutes ces difficultés auxquelles il se bute, le médecin peut facilement se laisser glisser dans un engrenage pernicieux. « Quand nous commençons à ressentir un malaise, notre première réaction est de le banaliser, ou même de le nier, rappelle la D^{re} Cousineau. Une fois que nous avons épuisé ces stratagèmes, le second réflexe est de s'autotrainer. On se soigne alors trop ou trop peu. Cela peut nous mener à une consommation régulière de certains produits et parfois à une dépendance, surtout si l'on recourt aux benzodiazépines. Certains d'entre nous se jettent plutôt dans le travail, parce que cela permet de produire plus d'adrénaline, une hormone qui empêche de ressentir les malaises. »

Échapper aux pièges

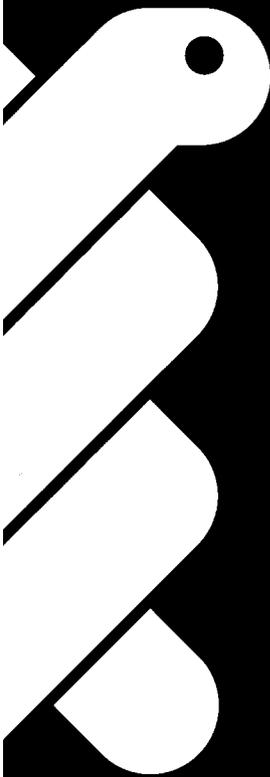
Que faire pour éviter les pièges d'une pratique qui devient trop laborieuse ? « Il faut prendre le temps de s'arrêter, de ressentir ses malaises, et demander de l'aide,

conseille la D^{re} Cousineau. Nous devons également avoir notre propre médecin. Il faut se fier à un autre clinicien qui nous traite en patient et non en camarade. »

Les médecins se refusent néanmoins souvent à demander de l'aide. Ils savent en donner, mais pas en recevoir, a constaté la conférencière. Ils s'isolent donc, mais leurs collègues les isolent aussi, parce qu'ils ignorent comment agir avec un confrère en difficulté.

Aider un collègue n'est d'ailleurs pas facile. Comme le précise la D^{re} Cousineau, « l'entraide n'est pas une consultation de corridor. Aider un confrère signifie le soutenir, l'écouter, établir tout de suite les limites de son aide et suggérer une ressource. Quand on ne sait pas comment épauler un collègue, on peut appeler au Programme d'aide aux médecins du Québec ».

On peut joindre les responsables du programme, qui est d'ailleurs appuyé par la FMOQ, au 1 800 387-4166, et consulter leur site Internet à www.pamq.org. ☎





PROGRAMME
D'AIDE
AUX MÉDECINS
DU QUÉBEC

**POUR MÉDECINS ET
RÉSIDENTS AUX PRISES
AVEC UN PROBLÈME**

- DE CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL OU DE DROGUES,
- DE SANTÉ MENTALE,
- D'ORDRE SEXUEL DANS LA RELATION MÉDECIN-PATIENT.

Vous êtes aux prises avec un problème de cet ordre?

Vous êtes un membre de la famille, un collègue de travail, un chef de service ou de département, ou le DSP d'un médecin ou d'un résident aux prises avec un de ces problèmes?

Vous cherchez de l'aide?

**Communiquez avec
le Programme d'aide
aux médecins du Québec.**

**1 800 387-4166
(514) 397-0888**

Service personnalisé et confidentiel.

Polyarthrite rhumatoïde

cas de tuberculose associée à l'infliximab

Dans le monde, 70 cas de tuberculose ont été signalés après un traitement à l'infliximab (Remicade®). Cet anticorps contre le facteur nécrosant des tumeurs α ($TNF \alpha$) est employé dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde et de la maladie de Crohn. Homologué aux États-Unis en 1998 et au Canada en juin dernier, ce médicament a été pris par environ 147 000 personnes sur la planète.

Le Dr Joseph Keane, de la Boston University School of Medicine, et ses confrères se sont aperçus du problème en analysant les données de MedWatch, le système de signalement volontaire de la Food and Drug Administration (FDA)¹. Les 70 cas de tuberculose se sont déclarés après un traitement médian de 12 semaines à l'infliximab. Mais chez 48 des patients, la maladie est apparue après trois perfusions ou moins. Par ailleurs, 40 des sujets ont eu une maladie extrapulmonaire. Des 70 signalements, 64 provenaient de pays où l'incidence de la tuberculose est faible. « Avant de prescrire ce médicament, les médecins devraient procéder au dépistage d'une infection tuberculeuse latente ou de la maladie », conseillent les auteurs à la lumière de ces données.

D'autres infections opportunistes ont aussi été signalées chez les patients traités avec l'infliximab : 12 listérioses, neuf pneumonies à *Pneumocystis carinii*, sept histoplasmoses, six aspergilloses et sept graves infections à *Candida*.

On ignore encore le rôle précis du $TNF \alpha$ dans la réponse immunitaire de l'être humain contre la tuberculose. Dans les modèles animaux, par contre, cette cytokine joue un rôle central.

1. Keane J, Gershon S, Wise RP, et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor α -neutralizing agent. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 1098-104.

Curieusement, l'étaNERCEPT (Enbrel®), un autre antirhumatismal neutralisant lui aussi le $TNF \alpha$, n'a pas été associé à autant de cas de tuberculose. Seulement neuf signalements ont été faits à la FDA, même si le nombre de consommateurs des deux produits était similaire. Le mécanisme d'action de l'étaNERCEPT est toutefois différent. Ce récepteur soluble se lie au TNF et l'empêche ainsi de s'attacher aux récepteurs cellulaires, ce qui inhibe son action biologique. ☞

Portrait de la résistance bactérienne au Québec

les grandes villes plus touchées que les régions



Le Dr Karl Weiss.

Le constat est surprenant : la résistance du *Streptococcus pneumoniae* est plus importante à Montréal et à Québec que dans le reste de la province, même si la consommation d'antibiotiques y est semblable (figure 1). « Cela signifie

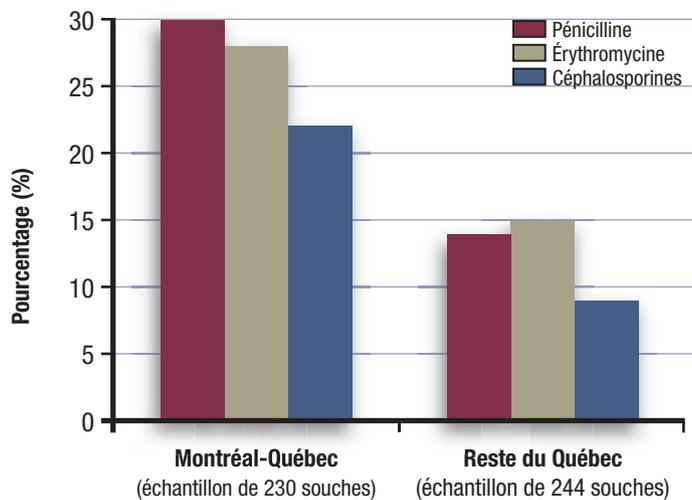
Échographies, ce mois-ci

Polyarthrite rhumatoïde	
cas de tuberculose associée à l'infliximab	38
Portrait de la résistance bactérienne au Québec	
les grandes villes plus touchées que les régions	38
Membres du comité de Formation de la FMOQ	41
BIBLIO graphies	
Approcher l'énigme de l'autisme, revue <i>Prisme</i> , n° 34	159
Bébés en réanimation, naître et renaître	161

Figure 1

Projet EQUERE

Résistance du *Streptococcus pneumoniae* dans les zones urbaines et dans le reste du Québec



que d'autres facteurs sont également responsables de la résistance bactérienne. La densité de la population et la fréquentation des garderies jouent probablement un rôle dans ce phénomène », explique le **D^r Karl Weiss**, président du Groupe contre la résistance aux antimicrobiens (GRAM), qui a présenté les travaux de l'équipe à l'*Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy* (ICAAC).

Les données du GRAM sont issues de l'Étude québécoise sur les microbes respiratoires (EQUERE), un projet qui vise à fournir aux médecins un portrait provincial de la résistance bactérienne. L'originalité du programme : ses



Photos : Emmanuèle Garnier.

Le D^r André Poirier.

13, et bientôt 16 centres situés non seulement dans les grandes villes, mais aussi dans les zones plus éloignées, comme Val-d'Or et Rimouski. Un panorama de tout le Québec. « Les professionnels de la santé devaient auparavant se

fier aux données des autres provinces et des États-Unis. Le comité GRAM leur fournira maintenant chaque année des chiffres précis sur l'évolution de la résistance bactérienne », annonce pour sa part le **D^r André Poirier**, président de l'Association des médecins microbiologistes infectiologistes du Québec.

Un clair-obscur

Et quel est le portrait de la résistance bactérienne en 2000-2001 ? Un tableau parsemé d'ombres. Par exemple, le pneumocoque, bactérie responsable d'environ 50 % des sinusites et des otites et de quelque 70 % de la mortalité due à la pneumonie, devient de moins en moins sensible aux antibiotiques. En fait, 22 % des souches de *Streptococcus pneumoniae* sont maintenant résistantes à la pénicilline, et 21 % aux macrolides (tableau). « Il y a trois ou quatre ans, ces taux de résistance

Tableau

Streptococcus pneumoniae
Résistance aux bêta-lactamines et aux macrolides

	Pénicilline	Céfuroxime	Cefprozil	Azithromycine*	Clarithromycine*
CMI 90 (mg/L)	2	8	> 8	> 8	> 8
% de résistance	22,1 %	15 %	13 %	21,7 %	21,3 %

* Pour ces antibiotiques, il existe une différence entre les résistances *in vitro* et *in vivo*.

n'étaient que d'environ 14 %. Il faudra donc surveiller cette augmentation et prendre les moyens de la diminuer », affirme le président du GRAM.

Jusqu'à quel point faut-il s'inquiéter ?

« La résistance à la pénicilline, aux céphalosporines et aux macrolides, qui semble augmenter *in vitro*, ne se traduit pas forcément par des échecs cliniques. Il arrive, surtout dans le cas des macrolides, qu'il y ait une dichotomie entre la résistance *in vitro* et l'efficacité clinique, nuance le D^r Weiss. Les nouveaux macrolides, comme la clarithromycine et l'azithromycine, peuvent atteindre une concentration tissulaire très élevée dans les voies respiratoires et constituent encore le meilleur choix pour traiter les pneumonies extrahospitalières chez les patients sans facteurs de risque (comme une maladie pulmonaire obstructive chronique). Ces antibiotiques demeurent également excellents pour soigner les otites, l'exacerbation de la bronchite chronique et, pour ce qui est de la clarithromycine, les sinusites. »

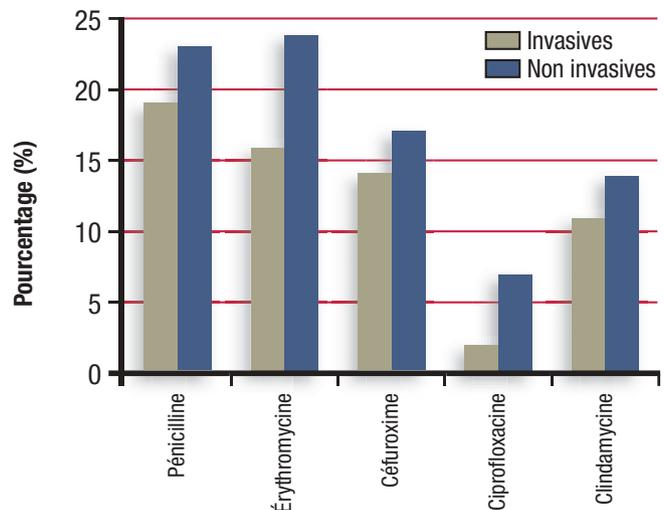
Choisir les fluoroquinolones les plus efficaces

Et les fluoroquinolones ? Les nouvelles, la moxifloxacine (Avelox^{MD}) et la gatifloxacine (Tequin^{MD}), très efficaces contre le pneumocoque, laissent encore peu de prise à la résistance. Par contre, *Streptococcus pneumoniae* commence à se montrer moins sensible à la ciprofloxacine, et la concentration minimale inhibitrice (CMI 90) de la lévofloxacine est en train de monter. « La résistance à cette dernière commence peut-être à se développer comme à Hong-Kong, où la lévofloxacine est employée depuis plus longtemps. »

Au Québec, le nombre d'ordonnances de fluoroquinolones grimpe. Il est passé d'environ 400 à quelque 650 par 10 000 habitants de 1995 à 1999. Comment éviter qu'une résistance se développe contre cette classe ? « En ce qui concerne le pneumocoque, il serait préférable de prescrire de manière globale les fluoroquinolones ayant les meilleures propriétés pharmacodynamiques, comme la moxifloxacine et la gatifloxacine », conseille le D^r Weiss.

Figure 2

Résistance du pneumocoque
Souches invasives (prélevées dans le sang, le liquide céphalorachidien et les liquides stériles) et non invasives (prélevées ailleurs)



Hemophilus influenzae et le SARM

Fréquente cause d'otites, principal responsable de l'exacerbation des bronchites chroniques, *Hemophilus influenzae* devient lui aussi préoccupant. Quelque 13 % des souches ne sont plus sensibles à la pénicilline et à l'amoxicilline, et un faible pourcentage résiste aux céphalosporines de deuxième génération, comme le céfuroxime et le cefprozil.

« Dans le cas d'*Hemophilus influenzae*, la résistance à la pénicilline et à l'amoxicilline a des conséquences importantes : elle provoque l'échec du traitement », met en garde le D^r Weiss. Le président du GRAM s'inquiète par ailleurs de voir poindre une résistance, auparavant inexistante, contre le céfuroxime et le cefprozil. Par contre, la clarithromycine et la ciprofloxacine semblent rester tout aussi puissantes contre la bactérie.

Pour aider les médecins à traiter la bronchite chronique, des lignes directrices canadiennes devraient bientôt être publiées. « On suggérera de ne pas donner d'amoxicilline aux patients qui ont plus de quatre récurrences par année.

Suite page 159 >>>

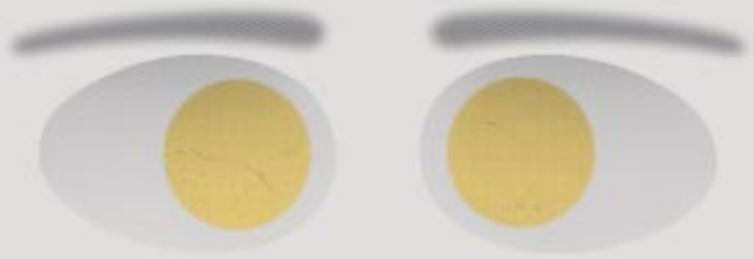

Qui sommes-nous
Cabinet du président
Affaires professionnelles
Formation professionnelle
Planification et régionalisation
Associations affiliées
Centre de documentation
<i>Le Médecin du Québec</i>

Membres du comité de Formation de la FMOQ



Photo : Emmanuèle Garnier.

D^r René Pineau, D^{re} Francine Borduas, présidente, D^r Denis Boucher, D^r Pierre Harvey, D^r Claude Guimond et D^r Marc Gagné.



DE LA LUTÉINE PLEIN LES Y'ŒUFS !

Il a été démontré que les caroténoïdes tels que la lutéine pourraient jouer un rôle important en réduisant le risque de formation de cataractes et de dégénérescence pigmentaire de la macula associée au vieillissement*. Les caroténoïdes s'accumulent dans la région maculaire de l'œil et semblent le protéger contre les rayons ultraviolets. En moyenne, le jaune d'œuf contient 30 µg de lutéine par 100 g, et les études démontrent que l'organisme métabolise mieux la lutéine provenant des œufs que celle provenant des légumes à feuilles vertes. Qui dit œuf dit excellente alimentation à faible coût.

AVEZ-VOUS PARLÉ D'ŒUFS À VOS PATIENTS RÉCEMMENT ?

* Moeber et coll. JACN 2000; 19(15):525-527s.

maximale recommandée est de 50 mg par jour. VIOXX® a été évalué pour le soulagement de la douleur aiguë pendant une période maximale de 5 jours (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Études cliniques, Analgésique, y compris dans les cas de dysménorrhée primaire).

Il n'est pas nécessaire de régler la posologie chez les personnes âgées, les personnes souffrant d'insuffisance rénale légère ou modérée (clairance de la créatinine : 30 à 80 mL/min) ou les sujets atteints d'insuffisance hépatique légère (score de Child-Pugh : 5-6). Chez les sujets atteints d'insuffisance hépatique modérée (score de Child-Pugh : 7-9), il est recommandé d'administrer une dose de 12,5 mg une fois par jour comme traitement initial et d'entretien. Si une dose plus élevée s'impose, on peut administrer, avec prudence, une dose de 25 mg, sans toutefois la dépasser. On ne dispose d'aucune donnée clinique chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave (score de Child-Pugh : > 9) (voir ACTION ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE, Pharmacocinétique, Populations particulières).

VIOXX® peut être pris avec ou sans aliments.

Suspension orale

La suspension orale VIOXX® à 12,5 mg/5 mL peut être substituée aux comprimés VIOXX® à 12,5 mg dans toutes les indications susmentionnées.

COMPOSITION

Chaque comprimé VIOXX® (rofecoxib) renferme soit 12,5 mg ou 25 mg de rofecoxib et les ingrédients non médicamenteux suivants : cellulose microcristalline, croscarmellose sodique, hydroxypropylcellulose, lactose, oxyde ferrique jaune et stéarate de magnésium.

Chaque 5 mL de la suspension orale VIOXX® renferme 12,5 mg de rofecoxib et les ingrédients non médicamenteux suivants : acide citrique [monohydraté], citrate de sodium (dihydraté), eau purifiée, gomme carboxyméthylcellulose, solution de sorbitol et arôme de fraise, ainsi que du méthylparabène sodique à 0,13 % et du propylparabène sodique à 0,02 % comme agents de conservation.

STABILITÉ ET ENTREPOSAGE

Comprimés VIOXX®

Conserver à 25 °C; des écarts sont permis entre 15 °C et 30 °C (température ambiante).

Suspension orale VIOXX®

Conserver à 25 °C; des écarts sont permis entre 15 °C et 30 °C (température ambiante). Éviter le gel. Bien agiter avant l'emploi.

PRÉSENTATION

Le comprimé VIOXX® à 12,5 mg est crème ou blanc cassé, rond et porte le code MRK 74 d'un côté et VIOXX de l'autre. Flacons de 30, 100 et 1 000.

Le comprimé VIOXX® à 25 mg est jaune, rond et porte le code MRK 110 d'un côté et VIOXX de l'autre. Flacons de 30, 100 et 1 000.

La suspension orale VIOXX® à 12,5 mg/5 mL est opaque, blanche ou jaune pâle, à saveur de fraise. Agiter le flacon pour que la suspension redevienne homogène. Flacon de 150 mL (12,5 mg/5 mL).

MONOGRAPHIE FOURNIE SUR DEMANDE

(722-4.8.01)

34410285, 34410287, 34410288, 34410289

Membre



Découvrir toujours plus.
Vivre toujours mieux.

MERCK FROSST CANADA & CIE
C.P. 1005, POINTE-CLAIRE
DORVAL (QUÉBEC) H9R 4P8

échographies

« « « Suite de la page 40

Il faut plutôt leur prescrire l'un des nouveaux macrolides, une fluoroquinolone ou, à la limite, une céphalosporine. Des données pharmacoéconomiques commencent cependant à montrer que cette dernière classe est moins efficace. »

Les *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline, les SARM, pour leur part, continuent d'inquiéter. Une étude faite l'an dernier révèle que leur proportion augmente au Québec. Dans certaines zones, comme dans la région montréalaise, jusqu'à 25 % des souches de staphylocoques dorés sont résistantes.

Plus résistants, mais moins virulents

Les chercheurs du GRAM ont fait un autre constat intéressant : au Québec, comme dans d'autres régions du monde, les pneumocoques résistants sont souvent moins virulents (figure 2, p. 40). Ainsi, ceux qui contrecarrent les antibiotiques provoquent un peu plus fréquemment des otites, des sinusites, des conjonctivites et des pneumonies que des méningites et des bactériémies. Une hypothèse expliquerait ce phénomène. « Pour devenir résistantes, les bactéries pourraient avoir à payer un certain coût énergétique qui réduirait leur capacité de causer certains types d'infections », résume le D^r Weiss.

Les médecins de première ligne, qui traitent de nombreuses infections non invasives, risquent ainsi davantage de croiser des *Streptococcus pneumoniae* résistants.

Mais un fait joue en faveur de leurs patients : la résistance de ces bactéries moins virulentes entrave souvent peu le traitement. Par contre, la diminution de la sensibilité des souches qui déclenchent des méningites ou des bactériémies peut mener à des échecs thérapeutiques.

Le D^r Weiss a par ailleurs des félicitations à adresser à ses collègues. « Le Québec est la province où la consommation d'antibiotiques par habitant est la plus faible. » Mais des améliorations peuvent encore être apportées. La consommation d'antibiotiques a diminué au Canada d'environ 16 % au cours des dernières années, mais elle n'a pas été réduite au Québec. ❧

BIBLIO graphies

Approcher l'énigme de l'autisme

revue Prisme, n° 34

À quoi est dû l'autisme ? Selon l'hypothèse la plus largement acceptée, ce trouble serait causé par des atteintes précoces du cerveau. Les dommages surviendraient le plus souvent pendant la gestation et seraient causés par des facteurs génétiques et environnementaux. Il en résulterait un déficit de la



p. ex., obésité, troubles de l'humeur, hyperlipémie, fatigue, irritabilité et troubles du sommeil, insomnie, troubles alimentaires, diabète, glycosurie, ostéoporose, etc., en cas de traitement chronique par inhalation. Le traitement du surdosage chronique nécessite une réduction graduelle de la dose de stéroïdes inhalés. On insiste sur les mots « réduction graduelle », car le surdosage chronique de stéroïdes administrés par inhalation doit être considéré comme une cause possible de suppression de la production endogène de corticostéroïdes. En cas de surdosage, il faut réduire progressivement la dose de stéroïdes inhalés tout en surveillant la maîtrise des symptômes asthmatiques. Il est conseillé d'évaluer périodiquement la fonction de l'axe HPA au cours de ce ajustement posologique, afin de s'assurer que la production endogène de corticostéroïdes survient de manière satisfaisante. On doit s'attendre à ce que la fonction de l'axe HPA puisse passer d'un état d'entretien à un surdosage chronique que les autres stéroïdes administrés par inhalation.

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

Généralités :
On doit utiliser la plus petite dose de dipropionate de bécloéthasone nécessaire pour maintenir les symptômes à leur minimum. Une fois ceux-ci bien maîtrisés, il faut tenter de réduire la dose de dipropionate de bécloéthasone, afin de déterminer la plus petite dose possible permettant de maintenir cet état. Parallèlement à la réduction de la posologie doit avoir lieu périodiquement.

QVARX® (dipropionate de bécloéthasone) en aérosol pour inhalation doit être administré par inhalation orale uniquement.

Comme les effets de QVARX® reposent sur une utilisation régulière et sur une technique d'inhalation appropriée, il faut informer le patient de la nature prophylactique de ce traitement et lui faire savoir que pour obtenir des effets optimaux, il doit prendre QVARX® régulièrement, même s'il ne ressent pas de symptômes. Les symptômes asthmatiques devraient diminuer au cours de la première ou de la deuxième semaine après le début du traitement.

Le patient doit consulter son médecin s'il trouve que les bronchodilatateurs à courte durée d'action deviennent moins efficaces ou s'il doit utiliser ce type de médicament sans savoir que c'est habituel.

Il faut avertir les patients qui utilisent des bronchodilatateurs en inhalation de les employer avant l'administration de QVARX®, de manière à augmenter la pénétration de ce médicament dans l'arbre bronchique. Comme la bronchodilatation prend un certain temps, il faut attendre plusieurs minutes entre l'utilisation de chaque inhalateur.

Il se peut que le médicament n'atteigne pas les bronchioles et les sections plus profondes. Par conséquent, si l'on n'obtient pas de réponse manifeste après deux jours de traitement, il faut tenter de se débarrasser de mucus à l'aide d'expectorants et/ou d'une corticothérapie générale de courte durée.

Règle générale, on peut prévenir la candidose en se rinçant la bouche à l'eau et en se gargarisant après chaque inhalation. Le brossage des dents à la même effet. Il ne faut pas interrompre le traitement de QVARX® brusquement, mais plutôt de manière graduelle.

Posologie :

QVARX® (dipropionate de bécloéthasone) est indiqué pour le traitement prophylactique de l'asthme bronchique répondant aux stéroïdes chez les patients de 12 ans ou plus. D'autres études cliniques sur l'efficacité et l'efficacité chez les enfants seront nécessaires pour étayer l'indication chez ce groupe d'âge.

L'entretien posologique recommandé pour QVARX® est de 100 à 800 µg/j. Chaque activation de QVARX® 50 µg libère de la valve 50 µg de DPB, équivalent à 40 µg de DPB de dispositif. Chaque activation de QVARX® 100 µg libère de la valve 100 µg de DPB, équivalent à 80 µg de DPB de dispositif.

Asthme léger :

50 à 100 µg de QVARX® deux fois par jour (dose quotidienne totale de 100 à 200 µg).

Asthme modéré :

100 à 250 µg de QVARX® deux fois par jour (dose quotidienne totale de 200 à 500 µg).

Cas plus graves :

380 à 480 µg de QVARX® deux fois par jour (dose quotidienne totale de 680 à 880 µg).

La dose quotidienne totale de QVARX® recommandée est inférieure à la dose recommandée de CFC-DBP, car la quantité de QVARX® qui se dépose dans les poumons est plus élevée. La posologie doit être individualisée.

Facteurs de conversion suggérés pour les patients qui passent de CFC-DBP à QVARX®

Dose de CFC-DBP (mg)	200	400 à 500	600 à 750	880 à 1000
Dose de QVARX® (µg/j)	100	200	380	480

À noter : La conversion doit être calculée en fonction de la dose de CFC-DBP appropriée au moment de la substitution. Les patients symptomatiques peuvent avoir besoin d'une plus forte dose de CFC-DBP, augmentation qui devrait être prise en considération lors de calcul de la dose de QVARX®.

Patients qui ne sont pas sous corticothérapie générale

Les patients asthmatiques qui ont besoin d'un traitement d'entretien peuvent tirer avantage de QVARX® aux doses recommandées ci-dessus. Chez les patients qui répondent au QVARX®, la fonction pulmonaire s'améliore généralement en 1 à 4 semaines après le début du traitement. Une fois l'effet désiré obtenu, on devrait songer à réduire la dose au minimum requis pour maintenir un soulagement efficace des symptômes. Il faut être particulièrement prudent chez les patients qui passent d'une corticothérapie générale à un traitement par inhalation, car la récupération de la fonction corticostéroïde, dépendre par l'emploi prolongé de stéroïdes administrés par voie générale, est un lent processus.

Les symptômes asthmatiques du patient doivent être stables avant que ne débute le traitement au QVARX®. Au début, QVARX® doit être administré conjointement avec la dose d'entretien habituelle de corticostéroïdes généraux employée par le patient. Après une semaine environ, on peut commencer à réduire le traitement par voie générale en réduisant la dose quotidienne ou en réduisant la dose un jour sur deux. La réduction peut commencer après un intervalle d'une ou deux semaines, selon la réponse du patient. De recommander fortement que le serrage se fasse lentement. Le serrage graduel de la corticothérapie générale se fait en réduisant la dose quotidienne par paliers de 1,0 mg de prednisone — ou d'une dose équivalente — un autre corticostéroïde — à intervalles d'un mois une semaine, le patient étant sous étroite observation. Durant cette période, certains patients peuvent éprouver des symptômes de serrage tels que douleurs articulaires et/ou musculaires, lassitude et dépression, malgré le maintien ou même l'amélioration de la fonction pulmonaire. Il faut encourager ces patients à poursuivre le traitement par inhalation, mais il faut surveiller de près les signes objectifs d'insuffisance surrénale. En cas de signes d'insuffisance surrénale, augmenter temporairement la dose de corticostéroïdes généraux et poursuivre le serrage plus lentement par la suite.

Il faut avertir les patients chez qui l'on a interrompu une corticothérapie générale de reprendre immédiatement le traitement en cas de stress ou de crise asthmatique grave et de consulter leur médecin afin de savoir quoi faire ensuite. Il faut aussi avertir ces patients de porter sur eux une carte qui indique qu'ils peuvent avoir besoin d'une corticothérapie générale complémentaire en cas de stress ou de crise d'asthme grave. Les patients qui ont reçu des stéroïdes généraux à fortes doses pendant de longues périodes peuvent présenter une dépression corticostéroïde. La fonction corticostéroïde

de ces patients doit être évaluée périodiquement et la dose de stéroïdes généraux doit être réduite avec prudence.

Certains patients ne peuvent se passer complètement des corticostéroïdes oraux. Si tel est le cas, il faut administrer une dose d'entretien minimale en cas de QVARX®.

Administration :

QVARX® doit être administré par inhalation orale chez les patients de 12 ans ou plus. Le début d'action et le degré de soulagement varient d'une personne à l'autre. Les symptômes asthmatiques devraient diminuer au cours de la première ou de la deuxième semaine après le début du traitement, mais l'effet maximal peut prendre jusqu'à 3 ou 4 semaines. Afin de diminuer le risque d'effets indésirables, il est toujours souhaitable de réduire la posologie à la plus petite dose efficace une fois que la dose initiale est parvenue à stabiliser le patient. Des doses plus élevées peuvent assurer une stabilisation accrue chez les patients qui n'ont pas répondu adéquatement au traitement après 3 ou 4 semaines. On n'a cependant pas établi l'efficacité et l'innocuité de doses de QVARX® supérieures à celles qui sont recommandées.

Comme dans le cas de tout autre aérosol pour inhalation, on recommande de tester le dispositif en vaporisant QVARX® dans l'air avant la première utilisation. On recommande de faire de même (4 vaporisations) si le dispositif n'a pas été utilisé pendant plus de 14 jours (voir RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AU CONSOMMATEUR).

QVARX® est un aérosol liquide qui n'a pas besoin d'être agité. Grâce à la forme proportionnelle de l'aérosol, le dispositif fournit chaque fois la même dose, peu importe la façon employée, 50 µg ou 100 µg. La proportionnalité signifie que l'aérosol à 100 µg libère deux fois plus de médicament que l'aérosol à 50 µg/libère. On peut être sûr d'obtenir des doses constantes, car celles-ci sont ajustées et plusieurs tests sont effectués. La quantité de QVARX® libérée est toujours la même à chaque activation, peu importe la position dans laquelle le dispositif est rangé. Ainsi, une seule activation suffit pour obtenir une dose fiable. On peut également être assuré d'une posologie constante, grâce à la date de vie qui figure sur l'étiquette du produit. Lorsque le contenu est presque vide, la quantité de médicament qui traverse l'embout buccal diminue rapidement, ce qui ne peut mener de rater une dose.

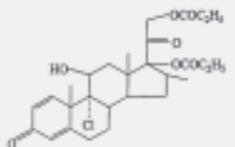
Aucune étude clinique n'a été menée sur l'emploi d'un espaceur avec QVARX®, mais les études *in vitro* indiquent que l'espaceur AeroChamber® est compatible avec QVARX®. Utilisation d'un espaceur : QVARX® a été conçu de telle sorte qu'on puisse l'utiliser sans espaceur. Si un espaceur est jugé nécessaire, l'espaceur AeroChamber® est un dispositif compatible qui peut être utilisé avec l'aérosol-doseur QVARX®, car celui-ci ne modifie pas la fraction de particules inhalées.

RENSEIGNEMENTS PHARMACÉUTIQUES

Substance médicamenteuse :

Nom usuel : Dipropionate de bécloéthasone
Dénomination chimique : 17,21-dipropionate de 9-éthéro-13β,17,21-trihydroxy-16β-méthylprogr-1,4-diene-3,20-dione

Formule développée :



Formule moléculaire :

C₂₇H₄₀ClO₆
Poids moléculaire : 520,1
Aspect physique : Poudre blanche de couleur blanche à crème.
Solubilité : Légèrement soluble dans l'eau, très soluble dans le chloroforme et entièrement soluble dans l'acétone et l'alcool.
Point de fusion : 205 °C à 215 °C

Composition :

QVARX® est un aérosol-doseur pressurisé pour usage par inhalation orale uniquement. Chaque unité contient une solution de dipropionate de bécloéthasone dans du 1,1,1,2-tétrafluoroéthane (par propulseur désigné aussi par HFA-134a ou tétrafluoroalcane-134a) et de l'éthanol. Ce produit ne contient pas de CFC. La taille moyenne des particules émises par l'aérosol est plus petite (1 à 1,2 micronètre) pour les deux doses (QVARX® 50 µg et QVARX® 100 µg) que celles des particules de DPB formé dans les CFC (chlorofluorocarbures), qui est de 3,5 à 4 micronètres.

Stabilité et recommandations concernant l'entreposage :

CONTENU SOUS PRESSION. Ne pas perforez la cartouche. Ne pas utiliser ou entreposer près de la chaleur ou d'une flamme nue. L'exposition à une température supérieure à 50 °C peut causer une explosion. Ne jamais jeter le contenant au feu ou dans un incinérateur. Garder hors de portée des enfants. Conserver entre 15 °C et 30 °C. La froid (jusqu'à température de -10 °C) n'empêche pas le fonctionnement efficace de l'aérosol-doseur.

FORMES POSOLOGIQUES OFFERTES

QVARX® (dipropionate de bécloéthasone) est offert en deux formes, chacune présentée sous deux formes.

QVARX® 50 µg est offert en cartouches de 12,4 g contenant 280 doses avec un actionneur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVARX® 100 µg est également offert en cartouches de 6,5 g contenant 180 doses avec un actionneur buccal en plastique beige. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVARX® 100 µg est offert en cartouches de 12,4 g contenant 208 doses avec un actionneur buccal en plastique mauve foncé. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

QVARX® 100 µg est également offert en cartouches de 6,5 g contenant 180 doses avec un actionneur buccal en plastique mauve foncé. Boîte de 1 cartouche avec instructions destinées au patient.

Monographie fournie sur demande

« QVARX » et « 3M » sont des marques de commerce de 3M utilisées sous licence au Canada.

Produits pharmaceutiques 3M



Soins-santé grand public McNeil



échographies

communication, de la socialisation et du comportement, explique le Dr Francisco Noya, de l'Université McGill, dans le numéro de *Prisme* sur l'autisme.

Dans cette nouvelle édition de la revue, différents spécialistes traitent de l'épidémiologie, de la biologie et du diagnostic des problèmes de la famille de l'autisme, ainsi que des interventions possibles. On y trouve des témoignages de parents et celui particulièrement intéressant d'un homme souffrant du syndrome d'Asperger, un trouble voisin de l'autisme. Maintenant âgé de 41 ans, il relate tout son parcours d'enfant incapable d'établir des relations sociales, d'adolescent passionné par les calculatrices et d'adulte spécialiste de l'informatique travaillant à l'Université du Québec à Montréal.

La prévalence de l'autisme et des troubles développementaux qui appartiennent au même spectre serait de quelque 72 cas par 10 000 enfants au Québec. Cela représente près de 4700 personnes de moins de 20 ans. Les cas sont-ils maintenant plus nombreux ? Les données actuelles, bien que rares et restreintes, ne permettent pas de conclure à une augmentation séculaire de l'incidence de l'autisme, affirme le Dr Éric Fombone, psychiatre.

Les Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 2001, 216 pages, 18,69 \$.

Bébés en réanimation naître et renaître

Par Bernard Golse, avec la collaboration de Sylvie Gosme-Seguret et de Mostafa Mokhtari.

Suite page 163 >>>

index des annonceurs

Renseignements thérapeutiques

3M/McNeil		
Qvar	42.....	160-161
ASTRA ZENECA		
Nexium	34-37.....	152-153
Symbicort	12-13	
AXCAN PHARMA		
Modulon	65	126
BELL CANADA		
.....	couv. III	
BOEHRINGER INGELHEIM		
Micardis	28-29.....	114-116
CONSEIL DE L'ÉDUCATION MÉDICALE CONTINUE DU QUÉBEC		
.....	66	
FONDS D'INVESTISSEMENT FMOQ		
Fonds FMOQ	164	
GLAXOSMITHKLINE		
Advair	82-83.....	141-143
Avandia	55-57.....	146-147
Asthme	58	
Flovent	74.....	150-151
Paxil	17-19.....	20-21
JANSSEN-ORTHO INC.		
Duragesic	25.....	148-149
MERCK FROSST CANADA & CIE		
Singulair	8.....	154-155
Vioux	couv. IV.....	156-159
NOVARTIS PHARMA CANADA INC.		
Diovan	10.....	135-137
OFFICE CANADIEN DE COMMERCIALISATION DES CEUS		
.....	23, 41	
ORGANON CANADA LTÉE		
Marvelon	84	
COGNAC CAMUS		
.....	27	
PFIZER CANADA INC.		
Norvasc	couv. II.....	96
SERVIER CANADA INC.		
Coversyl	44.....	162-163
SOLVAY PHARMA INC.		
Pantoloc	72-73	100
UNILEVER		
Slimfast	15	

163

pas écarter le risque d'une plus grande sensibilité chez certaines personnes âgées. **Interactions médicamenteuses :** Traitement concomitant aux diurétiques : Les patients qui prennent simultanément des inhibiteurs de l'ECA et des diurétiques, et particulièrement ceux pour qui le traitement aux diurétiques a été récemment introduit, pourraient occasionnellement présenter une baisse excessive de la tension artérielle suite à l'introduction du traitement. Le risque d'un effet hypotenseur après la première dose de COVERSYL peut être minimisé soit en interrompant la prise du diurétique ou en augmentant l'apport en sel avant l'introduction du traitement avec COVERSYL. S'il n'est pas possible d'interrompre le traitement avec le diurétique, la dose de départ de COVERSYL peut être diminuée et le patient doit être sous surveillance étroite pendant plusieurs heures après la dose initiale et jusqu'à ce que la tension artérielle se soit stabilisée (voir MISES EN GARDE et POSOLOGIE ET ADMINISTRATION). Agents qui augmentent le potassium sérique : Puisque COVERSYL abaisse la production d'aldostérone, une élévation du potassium sérique peut survenir. Des diurétiques d'épargne potassique tels que le spironolactone, le triamterène ou l'amiloride, ou des suppléments de potassium devraient être administrés seulement pour les cas d'hypokaliémie documentés, et ce avec prudence, et une vérification fréquente du potassium sérique devrait être effectuée puisqu'ils peuvent entraîner une augmentation significative du potassium sérique. Les substituts de sel contenant du potassium devraient aussi être utilisés avec prudence. **Agents qui causent la sécrétion de rénine :** L'effet antihypertenseur de COVERSYL est augmenté par les agents antihypertenseurs qui causent une sécrétion de rénine (p. ex. : les diurétiques). **Lithium :** Des taux de lithium sérique accrus et des symptômes d'intoxication au lithium ont été rapportés chez des patients recevant un traitement concomitant au lithium et aux inhibiteurs de l'ECA. La coadministration de ces médicaments devrait se faire avec prudence et une vérification fréquente des taux de lithium sérique est recommandée. Si un diurétique est aussi utilisé, le risque d'intoxication au lithium pourrait être encore plus élevé. **Agents qui affectent l'activité sympathique :** Les agents qui affectent l'activité sympathique (p. ex. : les gangliopérogènes ou les anti-adrénergiques) peuvent être utilisés avec prudence. Les bêta-adrénergiques augmentent encore plus l'effet antihypertenseur de COVERSYL. **Digoxine :** Une étude pharmacocinétique n'a rapporté aucun effet sur la concentration de digoxine plasmatique lorsque coadministrée avec COVERSYL.

EFFETS SECONDAIRES

On a évalué l'innocuité de COVERSYL (perindopril erbumine) auprès d'environ 3000 patients hypertendus dont 1216 (y compris 181 patients âgés) participaient à des essais cliniques contrôlés. On a évalué l'innocuité à long terme de COVERSYL auprès d'environ 1000 patients traités pendant 1 an ou plus. Lors d'études avec l'insuffisance cardiaque, 167 patients ont été traités avec le perindopril dans le cadre d'essais de 3 mois contrôlés contre placebo et l'innocuité à long terme a été évaluée chez 513 patients traités pendant 6 mois ou plus, dont 352 ont été suivis pendant plus d'un an. Les effets indésirables les plus graves, survenus chez tous les patients traités avec COVERSYL lors des études cliniques contrôlées, ont été l'angio-oedème (0,1 %), l'hypotension orthostatique (0,4 %) et la syncope (0,6 %). Les cas d'infarctus du myocarde et d'accident cérébro-vasculaire signalés sont possiblement reliés à une hypotension excessive sous-jacente chez les patients à risque élevé (voir MISES EN GARDE). Au cours de l'évaluation de l'innocuité à long terme chez les patients présentant une insuffisance cardiaque, les effets indésirables rapportés avec la plus forte incidence ont été les douleurs d'angine (2,5 %) et l'hypotension orthostatique (2,3 %). Les effets indésirables les plus fréquents rapportés lors d'études nord-américaines contrôlées contre placebo avec COVERSYL en monothérapie pour l'hypertension (n=630) ont été les maux de tête (26,0 %), la toux (13,0 %), l'asthénie (8,7 %), les étourdissements (8,6 %), l'infection des voies respiratoires supérieures (7,9 %), les maux de dos (6,8 %), la diarrhée (4,6 %) et l'oedème (4,3 %). On a dû arrêter le traitement chez 6,9 % des patients à cause d'un effet indésirable. Dans la phase à double insu des essais contrôlés contre placebo pour l'insuffisance cardiaque, les effets indésirables les plus souvent rapportés ont été l'asthénie (6,6 %), l'étourdissement (6,0 %), les douleurs abdominales/gastralgie (4,2 %), les réactions cutanées (4,2 %), les nausées/vomissements (3,6 %) et les maux de tête (3,0 %). L'arrêt du traitement en raison d'effets indésirables a été requis pour 5,4 % des 167 patients traités avec le perindopril, comparativement à 4,7 % des 170 patients qui recevaient un placebo. Les réactions indésirables, non tenant pas compte de l'imputabilité au médicament, rapportées au cours d'études cliniques contrôlées ou non contrôlées ou après la commercialisation du médicament chez moins de 1 % des patients souffrant d'hypertension ou d'insuffisance cardiaque traités avec COVERSYL sont énumérées ci-dessous.

Généraux : réaction anaphylactique, angio-oedème, douleurs thoraciques, douleurs cervicales, oedème, fièvre, malaise, douleurs, oedème périphérique, soif. **Cardiovasculaires :** arythmie, bradycardie, refroidissement des extrémités, claudication intermittente, infarctus du myocarde, hypotension orthostatique, symptômes orthostatiques, syncope, vasodilatation, enflure des jambes. **Dermatologiques :** alopecie, éruptions cutanées, dermatite, boutons de fièvre, bouffées de chaleur, pemphigus, prurit, purpura, irritation, syndrome de Stevens-Johnson, transpiration, érythrodermie toxique, urticaire. **Gastro-intestinales :** anorexie, constipation, bouche sèche, sécheresse des muqueuses, dyspepsie, flatulences, hématemèse, hémorragie gastro-intestinale, augmentation de l'appétit, infarctus mésentérique (1 patient), stomatie. **Hématologiques :** anémie hémolytique, neutropénie, thrombocytopenie.

Musculo-squelettiques : arthralgie, arthrite, douleurs osseuses, hypertonie/crampes musculaires, douleurs lombaires, myalgie, myasthénie, sciatique. **Neurologiques/psychiatriques :** rêves anormaux, agitation, amnésie, accident cérébrovasculaire, troubles cognitifs, confusion, dépression, hyperkinésie, troubles de la mémoire, modification de l'humeur, nervosité, déformation perceptuelle, troubles du sommeil, somnolence, problèmes d'élocution, tremblements, vertiges. **Respiratoires :** asthme, bronchite, bronchospasme, dyspnée, pharyngite, pneumonie, rhinite, sinusite, trouble de la gorge, fibrose pulmonaire. **Urogénitales :** hématurie, pierres aux reins, troubles menstruels, polyurie nocturne, oligurie, polyurie, oedème scrotal, fréquence urinaire, incontinence urinaire, rétention urinaire, insuffisance rénale, troubles de la libido. **Sensorielles :** vision anormale, douleurs auriculaires, larmoiement, modification du goût, bourdonnements d'oreilles.

ANOMALIES DES TESTS DE LABORATOIRE

Électrolytes sériques : Hyperkaliémie (voir PRÉCAUTIONS)
Azote uréique du sang et créatinine sérique : On a observé des élévations des concentrations d'azote uréique du sang et de créatinine sérique (BUN > 40 mg/dl; créatinine sérique > 2,5 mg/dl) chez, respectivement, 0,2 % et 0,3 % des patients traités avec COVERSYL en monothérapie. Les baisses de sodium sérique et les augmentations de créatinine sérique étaient plus fréquentes avec l'administration concomitante d'un diurétique qu'avec l'administration de COVERSYL seul.

Hématologie : On a observé de faibles diminutions de l'hémoglobine et de l'hématocrite chez les patients traités avec COVERSYL mais rarement d'importance clinique. Aucun des patients participant aux études contrôlées n'a eu à abandonner le traitement à cause d'une anémie.

Fonction hépatique : On a signalé des élévations des concentrations des enzymes hépatiques et/ou de la bilirubine sérique (voir PRÉCAUTIONS). Les effets indésirables les plus fréquemment observés chez 47 000 patients souffrant d'hypertension essentielle, sous surveillance médicale et traités pendant un an avec COVERSYL ou sans autres médicaments au cours d'une étude européenne ouverte ont été la toux (9,7 %), les symptômes digestifs (2,0 %), la fatigue (1,8 %), les maux de tête (1,4 %) et l'étourdissement (1,4 %). En tout, 5,1 % des patients participant à cette étude ont dû interrompre le traitement à cause des effets indésirables et

3,2 % d'entre eux à cause de la toux.

SYMPTÔMES ET TRAITEMENT EN CAS DE SURDOSAGE

Les données sur le surdosage de COVERSYL (perindopril erbumine) chez les humains sont limitées. La manifestation clinique la plus probable serait sous forme de symptômes attribuables à une hypotension grave qui serait normalement traitée par une augmentation intraveineuse du volume avec du chlorure de sodium à 0,9 %. Cependant, des deux cas rapportés lors des essais cliniques avec COVERSYL, un (dose inconnue) a nécessité une aide respiratoire et l'autre a présenté des symptômes d'hypothermie et d'arrêt circulatoire suivis de son décès après avoir ingéré jusqu'à 180 mg de COVERSYL. Donc, l'intervention en cas de surdosage avec COVERSYL pourrait nécessiter un soutien vigoureux. COVERSYL peut être éliminé du système par hémodialyse, avec une clairance d'environ 52 ml/min pour le perindopril et 67 ml/min pour le perindoprilat, son métabolite actif (voir ACTIONS ET PHARMACOLOGIE CLINIQUE - Pharmacocinétique and métabolisme).

POSOLOGIE ET ADMINISTRATION

La posologie de COVERSYL (perindopril erbumine) doit être adaptée à chaque cas.

Hypertension : Avant d'amorcer le traitement, on doit tenir compte du traitement antihypertenseur antérieur, du degré d'élévation de la tension artérielle et de la restriction sodée. Il peut s'avérer nécessaire d'adapter la posologie des autres médicaments antihypertenseurs administrés avec COVERSYL. La présence d'aliments dans le tractus gastro-intestinal réduit la biodisponibilité du perindoprilat. **Monothérapie :** La dose initiale recommandée de COVERSYL, chez les patients non traités par des diurétiques, est de 4 mg une fois par jour. Il faudrait adapter la posologie selon la réponse de la tension artérielle, habituellement à intervalles d'au moins 2 semaines. La dose d'entretien habituelle est de 4 à 8 mg par jour, administrés en une seule prise par jour. On n'a pas obtenu de baisse supplémentaire de la tension artérielle par suite de l'administration de doses supérieures à 8 mg par jour. Chez certains patients traités par une dose quotidienne unique, l'effet hypotenseur peut diminuer vers la fin de l'intervalle posologique. Cette diminution peut être évaluée en mesurant la tension artérielle juste avant l'administration du médicament afin de vérifier si un contrôle satisfaisant est maintenu pendant 24 heures. Si ce n'est pas le cas, on doit envisager d'administrer la dose quotidienne en 2 prises fractionnées ou d'augmenter la dose. Si la tension artérielle n'est pas contrôlée avec COVERSYL seul, on peut ajouter un diurétique. L'ajout d'un diurétique, il se pourrait qu'on doive réduire la dose de COVERSYL. **Traitement par association avec un diurétique :** Une hypotension symptomatique peut parfois survenir suite à l'administration de la dose initiale de COVERSYL. Elle est plus susceptible de se manifester chez les patients qui prennent déjà un diurétique. Il serait préférable d'interrompre l'administration du diurétique pendant 2 ou 3 jours avant d'amorcer le traitement avec COVERSYL afin de réduire les risques d'hypotension (voir MISES EN GARDE). Si le traitement par diurétique ne peut être interrompu, une dose initiale de 2 mg de COVERSYL devrait être utilisée, suivi d'une observation attentive du patient pendant plusieurs heures et jusqu'à ce que sa tension artérielle se soit stabilisée. On devrait par la suite ajuster la posologie de COVERSYL jusqu'à l'obtention de la réponse optimale. **Insuffisance cardiaque globale :** Chez les patients présentant une insuffisance cardiaque globale, COVERSYL est généralement utilisé conjointement avec un diurétique et, lorsqu'approprié, un glucoside digitalique. Le traitement devrait être amorcé sous surveillance médicale attentive. La tension artérielle et la fonction rénale devraient être surveillées, tant avant que durant le traitement avec le perindopril, puisque des cas d'hypotension grave et, plus rarement, de défaillance rénale conséquente, ont été rapportés (voir MISES EN GARDE et PRÉCAUTIONS). Avant de débiter le traitement, il faut tenir compte de tout traitement aux diurétiques récent et de la possibilité d'une carence aiguë en sel et en volume de liquides. Si possible, la dose de diurétique devrait être réduite avant de débiter le traitement. Le potassium sérique devrait aussi être sous surveillance (voir PRÉCAUTIONS - Interactions médicamenteuses). La dose initiale recommandée est de 2 mg, prise une fois par jour, le matin, sous surveillance médicale étroite. La dose peut, dans la plupart des cas, être augmentée à 4 mg une fois par jour (une fois l'acceptabilité de la tension artérielle démontrée). La dose efficace habituelle lors d'essais cliniques a été de 4 mg/jour administrée en une seule prise. L'ajustement de la dose peut être effectué sur une période de 2 à 4 semaines. **Les personnes âgées :** Pour les personnes âgées, le traitement devrait débiter avec une dose de 2 mg administrée le matin. Cette dose peut au besoin être augmentée à 4 mg par jour après un mois de traitement et administrée en une ou deux prises. **Insuffisance rénale :** En cas d'insuffisance rénale, la posologie de COVERSYL doit être ajustée. Les doses ci-dessous sont recommandées :

Clairance de la créatinine	Posologie recommandée
Entre 30 et 60 ml/min	2 mg par jour
Entre 15 et 30 ml/min	2 mg aux deux jours
< 15 ml/min	2 mg le jour de la dialyse

Le suivi médical de ces patients inclut un contrôle périodique des concentrations de potassium et de créatinine.

PRÉSENTATION

2 mg : Chaque comprimé rond biconvexe blanc à prise orale contient 2 mg de perindopril erbumine. Offert en boîtes de 30 comprimés (contenant une plaquette thermoformée de 30 comprimés).

4 mg : Chaque comprimé biconvexe blanc de forme oblongue contient 4 mg de perindopril erbumine. Offert en boîtes de 30 comprimés (contenant une plaquette thermoformée de 30 comprimés).

Monographie du produit disponible sur demande.

© Marque déposée de Servier Canada Inc.

Références :

1. Tcherdakoff P. Long-term evaluation of the antihypertensive activity of Coversyl (perindopril) in 26 008 treated, uncontrolled hypertensive patients. *JAMA* 1995;307(Suppl):S3-S12.
2. Lechat P, Garnham SP, Desche P, et al. Efficacy and acceptability of perindopril in mild to moderate chronic congestive heart failure. *Am Heart J* 1993;126:798-806.
3. Navokarasu NT, Rahman AR, Abdullah I. First-dose response to angiotensin-converting enzyme inhibition in congestive cardiac failure: a Malaysian experience. *Int J Clin Pract* 1999;53(1):25-30.
4. Monographie de Coversyl, 2001.

SERVIER
SERVIER CANADA INC.
 235 Armand-Frappier Blvd.
 Laval Québec Canada
 H7V 4A7



En France, environ 10 % des nouveau-nés doivent séjourner pendant une période prolongée au département de néonatalogie, et de 3 à 5 % se retrouvent au service

de réanimation. La plupart de ces enfants survivront. Néanmoins, les professionnels de la santé comme le P^r Bernard Golse, pédopsychiatre et chef de service à l'Hôpital Saint-Vincent-de-Paul, s'interrogent sur la manière de réduire les répercussions des traitements sur les bébés et sur leur avenir psychique.

La première partie de ce livre très humain, écrit par le spécialiste français, s'ouvre sur des cas d'enfants nés prématurément, morts avant terme, sauvés *in extremis* ou restés très longtemps à l'hôpital. Laissant la parole au pédiatre, aux parents, à la psychologue qui donnent tour à tour leur version des événements, l'auteur analyse ensuite chacune des situations. Il explique les traumatismes des parents, leurs réactions, discute de l'accompagnement, apporte des précisions sur l'enfant imaginaire qui se forme dans la tête du père et de la mère, et s'attarde aux relations entre les parents et l'équipe médicale.

Le livre approfondit également ce que vit l'enfant dans une unité de réanimation. Le P^r Golse résume les signes de douleur chez les nouveau-nés et aborde la question de la naissance psychique. L'auteur avance plusieurs hypothèses pour expliquer les effets du choc que représente la réanimation pour le bébé. À ses yeux, la théorie du traumatisme, créée pour l'adulte, ne s'applique pas au nouveau-né. Il propose d'explorer plutôt la résonance des problèmes médicaux du nouvel enfant sur l'histoire de sa famille et de ses deux parents.

Les Éditions Odile Jacob, Paris, 2001,
240 pages, 39,95 \$.