

Dépression chez les étudiants en médecine

l'impression de stigmatisation : distorsion cognitive ou réalité ?

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock



En médecine, la dépression est taboue. Pas celle des patients, mais celles des médecins et des étudiants. D'ailleurs, ceux qui souffrent de ce mal se sentent souvent stigmatisés. Ont-ils raison ? Une nouvelle étude menée auprès d'étudiants apporte un éclairage intéressant sur cette question.

Dépression. Idées de suicide. Troubles anxieux. La prévalence des problèmes de santé mentale est préoccupante chez les futurs médecins. À l'Université du Michigan, 14 % des étudiants en médecine souffrent d'une dépression de moyenne à grave. Et parmi les étudiants de troisième et de quatrième année, 8 % ont eu des idées suicidaires au cours de leur formation, révèle une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*¹.

À la fin de 2009, le **D^r Thomas Schwenk**, et ses collaborateurs de l'Université du Michigan, ont effectué un sondage auprès des 769 étudiants de la faculté de médecine. Le questionnaire portait à la fois sur les symptômes de dépression*, les idées suicidaires et la perception de la

stigmatisation liée à la dépression.

Parmi les 505 répondants, 14 % présentaient une dépression moyenne ou grave d'après leurs résultats. Deux fois plus de femmes (18 %) que d'hommes (9 %) étaient touchées. En outre, 22 sujets, soit 4 %, ont affirmé avoir eu des idées suicidaires pendant leurs études médicales.

Les étudiants présentant une dépression de moyenne à grave avaient une perception plus aiguë que les autres de la stigmatisation associée à cette maladie. Ils étaient ainsi plus nombreux que ceux qui n'étaient pas dépressifs ou ne l'étaient que légèrement à penser que parler de sa dépression à un conseiller était risqué (53 % par rapport à 17 %, $P < 0,001$). Un plus grand nombre étaient d'accord avec les affirmations suivantes : « les autres étudiants et les professeurs me verraient comme étant incapable de prendre mes responsabilités si j'étais dépressif » (83 % contre 55 %, $P < 0,001$) ou « les autres étudiants en

1. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA* 2010 ; 304 (11) : 1181-90.

* Le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) a été utilisé.



« En médecine, on a une culture où l'on ne montre pas que l'on est fragile, fatigué ou à bout de nerfs, sinon on est perçu comme faible. Les étudiants le comprennent tout de suite. »

– D^r Ramses Wassef

médecine respecteraient moins mes opinions si j'étais dépressif » (56 % par rapport à 24 %, $P < 0,001$). Les étudiants déprimés étaient également plus nombreux que ceux qui ne l'étaient pas à estimer que demander de l'aide équivalait à admettre son incapacité à surmonter les difficultés (62 % contre 34 %, $P < 0,001$). Ils affirmaient aussi en moins grand nombre qu'en cas de dépression, ils se feraient traiter (47 % contre 87 %, $P < 0,001$).

Ces données sont troublantes pour le D^r Schwenk et ses collaborateurs. Il est possible qu'elles reflètent les distorsions cognitives qui se produisent chez les patients atteints de dépression.

Les étudiants qui l'étaient pouvaient avoir une vision inexacte et sombre de la manière dont ils étaient vus par leurs camarades. Cependant, « ces

résultats pourraient aussi indiquer que les étudiants dépressifs ont une perception exacte du fait qu'ils sont, en réalité, vus comme étant

moins capables. Ces données peuvent révéler que la faculté de médecine est un environnement dans lequel les étudiants déprimés sont stigmatisés à cause de leur maladie plutôt que de leur performance. Dans un tel milieu, révéler sa dépression à des amis, à des professeurs et à des directeurs de programme de résidence peut avoir des conséquences réelles et néfastes », écrivent les auteurs.

Les perceptions des étudiants se modifiaient selon leur niveau. Les jeunes de première et de deuxième année étaient plus

nombreux que leurs camarades de troisième et de quatrième année à croire qu'un étudiant dépressif donnait de moins bons soins aux patients (79 %

À l'Université du Michigan, 14 % des étudiants en médecine souffrent d'une dépression de moyenne à grave. Et parmi les étudiants de troisième et de quatrième année, 8 % ont eu des idées suicidaires au cours de leur formation.

contre 67 %, $P = 0,007$). Les plus jeunes pensaient également que le fait de chercher de l'aide pour soigner sa dépression fait sentir à l'étudiant qu'il est moins intelligent que les autres (34 % contre 23 %, $P < 0,01$).

La vision de la dépression pourrait évoluer avec les années d'études, pensent le D^r Schwenk et son équipe. Leurs résultats sur cet aspect pourraient entre autres « indiquer que les étudiants en médecine acceptent et soutiennent davantage leurs confrères dépressifs à mesure qu'ils acquièrent plus d'expérience et de connaissances cliniques. »

Une culture fermée aux émotions des médecins

La détresse et la dépression semblent taboues dans le milieu universitaire médical. Souvent, rien ne transparait du désarroi du futur médecin. « Je dirais que la plupart des étudiants dépressifs le cachent très bien, affirme **M. Quoc Dinh Nguyen**, externe 2 et président de la Fédération médicale étudiante du Québec. J'en connais peut-être un ou deux, mais on ne s'en est jamais parlé. J'ai su entre les branches qu'ils n'allaient pas bien. On apprend souvent plus tard que tel étudiant a suspendu ses études un an ou changé de voie. Entre amis on se dit qu'on ne va pas bien, mais au-delà de ce cercle, ça ne se sait pas du tout. Pour beaucoup, ce n'est pas un tabou que les étudiants en médecine soient souffrants, mais c'est tabou qu'eux le soient. »

Même si la détresse des étudiants semble invisible, le D^r **Ramses Wassef**, directeur du Bureau d'aide aux étudiants et aux résidents (BAER) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, sait que les taux de 14 % de dépression et de 4 % d'idées suicidaires mentionnés par le D^r Schwenk sont réalistes. « D'autres études mentionnent que 10 % des étudiants auraient eu des idées de suicide à un moment ou à un autre de leurs études en médecine. C'est énorme. C'est effrayant comme chiffre. »

La vision sombre qu'ont les étudiants de la stigmatisation liée à la dépression n'est pas non plus surprenante pour le médecin. Le monde dans lequel ils évoluent est dur. Sans place pour la faiblesse. « En médecine, on a une culture où l'on ne montre pas que l'on est fragile, fatigué ou à bout de nerfs, sinon on est perçu comme faible. Les étudiants le comprennent tout de suite. » Ils voient également autour d'eux des cliniciens qui travaillent intensément du matin jusqu'au soir. Sans se plaindre. Sans fléchir. « Les patrons commencent maintenant à mentionner

aux étudiants : “vous avez le droit de dire que vous ne vous sentez pas assez bien pour continuer”. Cependant, si on l'affirme, sans l'appliquer à nous-mêmes, le message ne passe pas », estime le D^r Wassef, également chirurgien spécialisé dans l'opération du côlon et du rectum au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Même dans les épreuves, les médecins doivent rester forts. Dans le service du D^r Wassef, les cliniciens se rencontrent régulièrement pour analyser leurs cas de mortalité et de morbidité. Ils y présentent les

complications, les décès et les erreurs médicales. « On en parle de façon très scientifique. Cela m'a toujours frappé qu'il n'y ait aucune place ni dans ces réunions-là ni en dehors pour dire au médecin qui vient de parler d'une intervention qui a mal tourné : “comment te sens-tu ? Est-ce que ça va ? Est-ce que tu as pu passer à travers ?” Il faut parler froidement des faits. Cela aussi, c'est un message que l'on transmet aux étudiants. Notre culture est très fermée à nos propres émotions. On enseigne beaucoup la compassion envers les patients, mais jamais la compassion entre nous. »

L'an dernier, un médecin du CHUM s'est suicidé. « La question qu'on se pose tous est : Comment cela se fait-il qu'on n'ait rien vu ? », dit le D^r Wassef. La veille de son décès, son

(Suite à la page 16) >>>>

*« Cela m'a toujours
frappé qu'il n'y ait
aucune place
ni dans les réunions
ni en dehors pour dire
au médecin qui vient
de parler d'une intervention
qui a mal tourné :
“comment te sens-tu ?
Est-ce que ça va ?
Est-ce que tu as pu passer
à travers ça ? ” »*

– D^r Ramses Wassef.

◀◀◀ (Suite de la page 5)



Photo : Emmanuèle Garnier

« Entre amis on se le dit qu'on ne va pas bien, mais au-delà de ce cercle, ça ne se sait pas du tout. Pour beaucoup, ce n'est pas un tabou que les étudiants en médecine soient souffrants, mais c'est tabou qu'eux le soient. »

– M. Quoc Dinh Nguyen

confrère était venu pratiquer. « Souvent, il y a des signes avant-coureurs, comme l'absentéisme. Mais parfois, les cliniciens sont tellement consciencieux qu'ils continuent à travailler jusqu'à la dernière minute. Et les gens autour d'eux sont tous pressés et occupés. Quand on se demande "comment ça va ?", c'est plus une formule de politesse qu'une vraie question. »

Pourquoi les études en médecine sont-elles si difficiles ?

À la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le Bureau d'aide aux étudiants et aux résidents peut recevoir jusqu'à 170 appels par année. Les problèmes de dépression ne sont pas aussi fréquents qu'à l'Université du Michigan. « Il y a davantage de troubles anxieux de différentes gravités », indique le D^r Wassef.

Mais qu'est-ce qui rend les études en médecine si difficiles ? Dans d'autres disciplines, les formations sont également exigeantes. La médecine a toutefois

des caractéristiques qui lui sont propres. La sélection des étudiants, pour commencer, permet de retenir des candidats performants et perfectionnistes. Un profil qui les rend vulnérables devant un échec ou un moins bon rendement. D'ailleurs, inévitablement, certains de ces premiers de classe vont se retrouver dans la moyenne ou en dessous une fois en médecine. « Déjà, pour ces étudiants, c'est déroutant », affirme le directeur du BAER.

La quantité de matière à étudier est, par ailleurs, énorme. « Les étudiants doivent continuellement affronter leur ignorance. Il faut essayer de remplir tous les trous. Mais on ne peut pas tout savoir. Il faut trouver la bonne façon d'être en équilibre et de nager dans cet océan qu'on n'arrive pas à maîtriser. »

Le concept d'apprentissage par problème, qui a ses avantages, ajoute aussi au stress. Rassemblés en petits groupes, les étudiants à qui l'on soumet un problème médical à une

première rencontre doivent présenter la fois suivante ce qu'ils ont découvert sur le sujet. « Ils peuvent ressentir beaucoup d'insécurité à parler entre eux, à voir que d'autres s'y connaissent mieux, à constater qu'eux n'ont pas étudié tel point. Ils sont continuellement évalués et obligés de montrer en public ce qu'ils ont compris. C'est un stress qui s'accumule », estime le directeur du BAER.

« On est constamment observés, évalués, reconnaît M. Nguyen. C'est encore plus important une fois à l'externat. On est alors observé par les résidents, les patrons, les infirmières. L'idée qu'il faut faire attention à ce que l'on dit et à ce que l'on fait est constamment présente à l'esprit. On est très souvent dans un état d'éveil et de stress. »

À cela s'ajoute la difficile réalité des soins. En arrivant dans les hôpitaux, les étudiants découvrent l'autre visage de la médecine. « Ils font alors face à la maladie, à la souffrance, aux échecs. Juste le concept d'erreurs médicales ou de complications est très difficile à accepter pour des gens perfectionnistes. La peur de se tromper devient très lourde », mentionne le D^r Wassef.

Les étudiants savent également que leur rendement est déterminant pour leur avenir. « Il y a toujours le spectre du choix de la résidence. Il est continuellement présent et s'intensifie à l'externat. Quand on fait nos stages, on sait que cela compte et cela peut être stressant », dit M. Nguyen.

Et parallèlement à ces études très exigeantes, la vie personnelle se poursuit, explique le directeur du BAER. « Parfois, derrière la demande de consultation pour une difficulté à étudier, se cache un autre problème. L'étudiant vit une rupture amoureuse ou des problèmes à la maison. Les étudiants essaient de gérer leur vie, mais ils ont peu de temps pour leurs amis ou leurs loisirs. S'ils sortent, ils se sentent

coupables, parce qu'ils ne sont pas en train d'étudier. »

Enseigner le domaine de la santé des médecins

Que faut-il faire ? De nouvelles approches sont nécessaires pour réduire la stigmatisation de la dépression, estiment le D^r Schwenk et ses collaborateurs. Il faut également améliorer la prévention, le dépistage et le traitement de cette maladie. Les futurs médecins devraient apprendre, au cours de leur formation, comment

maintenir la santé psychique, traiter la maladie mentale et aider leurs collègues en difficulté. « Cela pourrait être enseigné comme faisant partie des responsabilités éthiques et professionnelles du très bon médecin », estiment les auteurs.

Le D^r Wassef abonde dans ce sens. « Il faut enseigner aux futurs médecins à être à l'écoute d'eux-mêmes et de leurs collègues. La question de la santé des médecins doit être enseignée, modélisée et évaluée. On doit en officialiser l'enseignement, comme on l'a fait

pour la communication ». Plusieurs universités ont d'ailleurs déjà commencé à travailler en ce sens.

L'une des idées qui séduit le D^r Wassef est celle d'un portfolio que les étudiants commenceraient en première année et continueraient jusqu'à la fin de leur résidence. Ils y décriraient comment ils vivent leur vie d'étudiant en médecine, les difficultés qu'ils éprouvent et leur cheminement. « C'est un outil pédagogique qui serait évalué, pas forcément pour son contenu, mais pour son degré de réflexion. Cela inciterait l'étudiant à réfléchir à sa propre santé, à ses interactions avec ses collègues, à son contact avec la mort, la souffrance, la douleur. »

Il faut un changement de culture, estime le directeur du BAER. « Cela ne rendra pas que les étudiants moins épuisés, mais cela leur permettra de réagir plus tôt à la fatigue et à ce qui les touche et les incitera à aller chercher de l'aide quand il le faut. » 🍷

« L'idée qu'il faut faire attention à ce que l'on dit et à ce que l'on fait est constamment présente à l'esprit. On est très souvent dans un état d'éveil et de stress. »

– M. Quoc Dinh Nguyen

Épuisement professionnel

quand le professionnalisme et l'altruisme sont touchés

Emmanuèle Garnier

L'épuisement professionnel, qui semble lourdement sévir dans les rangs des étudiants en médecine, serait associé à plus d'actes peu professionnels et à des valeurs moins altruistes, révèle une étude publiée dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA)¹.

La D^{re} **Liselotte Dyrbye**, de la Clinique Mayo au Minnesota, et ses collaborateurs ont effectué une enquête auprès de 4400 étudiants de sept facultés de médecine américaines. Le questionnaire, auquel 61 % ont répondu, comprenait divers outils pour mesurer l'épuisement professionnel (Maslach Burnout Inventory), la dépression (PRIME-MD) et la qualité de vie (QOL SF-8) ainsi que des questions sur le comportement professionnel et les responsabilités sociales des médecins.

Bonne nouvelle, les étudiants en médecine trichent peu et font rarement des gestes malhonnêtes, indiquent les données. Ils sont ainsi peu nombreux à avoir copié sur un camarade pendant un examen ou à s'être accordé le crédit du travail d'un autre. Par contre, certains actes peu professionnels dans les soins aux patients sont fréquents. Ainsi, 43 % des répondants ont avoué avoir déjà indiqué qu'une donnée de l'examen physique était normale alors qu'ils ne l'avaient pas vérifiée. De même, 7 % ont déjà affirmé qu'ils attendaient les résultats d'une analyse de laboratoire ou d'une radiographie alors qu'ils ne l'avaient pas prescrite. Sur le plan de l'altruisme, la plupart des étudiants avaient des positions généreuses concernant les soins aux plus démunis.

Parmi les répondants, 53 % souffraient d'un épuisement professionnel. Caractérisé par trois dimensions – l'épuisement émotif, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel –, cet état augmentait

le risque d'avoir commis un ou plusieurs gestes non professionnels. Ainsi, 49 % des étudiants épuisés avaient déjà indiqué qu'un élément de l'examen physique était normal alors qu'ils avaient omis de le vérifier contre 36 % parmi ceux qui ne souffraient pas d'épuisement professionnel. Les étudiants victimes d'épuisement semblaient également un peu moins bienveillants à l'égard des plus pauvres. Ils désiraient en moins grand nombre donner des soins aux personnes ayant un accès réduit aux services médicaux (79 % contre 85 %) et étaient moins nombreux à estimer que les personnes qui ne peuvent pas payer devraient recevoir des soins de santé gratuitement ou à très peu de frais (68 % contre 73 %).

Quarante-neuf pour cent des étudiants épuisés ont déjà indiqué qu'un élément de l'examen physique était normal, alors qu'ils avaient omis de le vérifier contre 36 % parmi ceux qui ne souffraient pas d'épuisement professionnel.

L'analyse multivariée montre que le surmenage professionnel est le seul aspect de la détresse indépendamment associée aux attitudes cliniques non professionnelles et aux valeurs moins altruistes. Un lien aussi fort n'apparaissait pas avec la dépression. « Ces données sont conformes au cadre théorique selon lequel l'épuisement professionnel touche principalement le domaine professionnel, tandis que la détresse personnelle (définie par

de faibles résultats au questionnaire QOL) a souvent un plus grand effet initial dans le domaine personnel (comme des relations difficiles ou la toxicomanie) et un effet accessoire dans le domaine professionnel qui dépend de la chronicité et de la gravité du problème », expliquent les auteurs.

Améliorer la vérité pour survivre

La D^{re} Dyrbye et ses collaborateurs ont été frappés par le nombre d'étudiants au comportement peu professionnel. Mais peut-être que certains éléments du climat d'apprentissage encouragent la malhonnêteté, avancent-ils. « Cela peut amener une situation où les étudiants préfèrent indiquer de fausses données

1. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A et coll. Relationship between burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA* 2010 ; 304 (11) : 1173-80.

concernant l'examen physique plutôt que d'admettre qu'ils ont fait un travail incomplet. Cette étude semble montrer qu'en plus de la peur qu'ont les étudiants des mauvaises évaluations et de leur désir de bien s'intégrer à l'équipe, l'épuisement professionnel pourrait être une autre variable importante contribuant à un manque de professionnalisme. »

Externe 2 à l'Université de Montréal, **M. Quoc Dinh Nguyen** peut comprendre ces étudiants qui tordent un peu la vérité, épuisement professionnel ou non. « Il faut toujours être performant. On se dit que si on n'a pas de bons résultats, cela va avoir des conséquences néfastes sur notre avenir. » La situation est encore pire pour ceux qui sont épuisés professionnellement. « Ces étudiants peuvent se sentir plus démunis et moins aptes à réussir que les autres. La tentation peut être encore plus forte pour eux de vouloir améliorer les choses. »

La D^{re} Dyrbye et ses collègues ont également conclu à une atteinte possible de la capacité d'altruisme chez les victimes d'un surmenage professionnel. Ce constat n'étonne pas le **D^r Ramses Wassef**, directeur du Bureau d'aide aux étudiants et aux résidents de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. « L'épuisement professionnel imprime un changement d'attitude. On le voit aussi chez les médecins. Ils peuvent devenir aigris envers le système, l'hôpital, le personnel. Cela entraîne aussi ce qu'on appelle "l'usure de compassion". Il est difficile de donner aux autres quand on a complètement épuisé nos réserves. »

Néanmoins, l'expérience de la dépression ou de l'épuisement professionnel peut aussi être enrichissante. « Selon les premiers travaux empiriques et les premiers propos recueillis auprès de médecins et d'étudiants en médecine, les effets formateurs du fait de connaître soi-même la maladie ne sont pas reconnus à leur juste valeur. Cette expérience favoriserait l'empathie à l'égard des patients et l'engagement à faire preuve d'un professionnalisme durable dans la pratique », écrit pour sa part la **D^{re} Laura Weiss Roberts**, du Département de psychiatrie et des sciences du comportement de l'Université de Standford, en Californie, dans son éditorial du *JAMA*². 📖

2. Weiss Roberts L. Understanding depression and distress among medical students. *JAMA* 2010 ; 304 (11) : 1231-3.

Symposium étudiant sur la médecine familiale **un événement important pour la FMOQ**

Le deuxième symposium étudiant sur la médecine familiale a eu lieu à l'Université McGill, le 25 septembre dernier. Il s'agissait d'un événement destiné à montrer que la médecine familiale pouvait être un choix de carrière stimulant. Le colloque a été mis sur pied par des étudiants en médecine pour les étudiants en médecine. Les quatre facultés de médecine du Québec et celle d'Ottawa y ont participé.

Le but des organisateurs était de « présenter les nombreux aspects fascinants de la médecine familiale ». La journée comprenait des ateliers sur des sujets aussi divers que l'échographie abdominale ciblée en cas de trauma, les plâtres et les attelles, l'accouchement et l'anesthésie. Les étudiants pouvaient également assister à des conférences sur différents thèmes : le dépistage des troubles psychiatriques, la médecine informatisée, les soins palliatifs, etc.

Plusieurs organismes, dont la FMOQ, avaient un stand au symposium. « Cet événement était important pour la Fédération, parce qu'il était tout à fait en conformité avec notre énoncé de principe sur la valorisation de la médecine familiale », explique le **D^r Martin Labelle**, rédacteur en chef du *Médecin du Québec*. Comme médecin de famille qui a cessé de pratiquer depuis peu, il pouvait parler aux étudiants des avantages du travail d'omnipraticien. Certains lui ont demandé s'il était possible d'exercer dans des domaines spécialisés comme la gériatrie ou la santé mentale. « Ce qui est intéressant, comme médecin de famille, c'est qu'on reste polyvalent et qu'on peut changer de champ de pratiquer dans une carrière. On peut également avoir une pratique diversifiée. Dans une même semaine, il est possible d'exercer plusieurs types d'activités. Cet aspect a beaucoup plu aux jeunes. » Avec l'aide de deux autres employés de la Fédération, le **D^r Labelle** a aussi présenté aux étudiants le rôle et les activités de la FMOQ. 📖 **EG**



Photo : Marie Ruel/FMOQ

Le D^r Martin Labelle discutant avec une étudiante.

Omnipraticiens pratiquant dans les établissements et les unités psychiatriques assemblée générale annuelle

Emmanuèle Garnier

Le 8 octobre dernier, l'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissements où sont dispensés des soins psychiatriques (AMOEP) avait lieu à Montréal, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Le **D^r René Pineau**, président de l'AMOEP, a confirmé à ses membres que les priorités de l'association avaient été incluses dans le cahier des demandes que la FMOQ a déposé pour le renouvellement de l'Entente générale. « Depuis 1980, année à laquelle j'ai commencé à siéger au Conseil de la Fédération, je n'ai jamais vu un processus de renouvellement aussi structuré reposant sur une

démarche aussi rationnelle et logique, et dans lequel tout le monde s'est engagé. Nous vous avons demandé ce que vous vouliez. Vos réponses sont maintenant dans le cahier des demandes. »

La grande priorité de l'AMOEP est la question des contributions au régime de retraite. Le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) ne permet pas de verser des cotisations correspondant à plus de 35 heures de travail par semaine. Bien des médecins rémunérés à honoraires fixes se sentent donc pénalisés, parce qu'ils travaillent davantage et aimeraient cotiser plus. En outre, ceux qui pratiquent en région éloignée sont déjà pénalisés, car comme ils sont rémunérés jusqu'à 140 %, ils dépassent le maximum cotisable et perdent la portion excédentaire que le gouvernement ne leur verse pas. « Il va falloir continuer les discussions et résoudre ce problème », a indiqué le D^r Pineau aux vingt-cinq médecins présents.

La question des assurances collectives préoccupe également beaucoup de médecins de l'AMOEP. Le groupe que constituent les omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes vieillit et leurs primes ne cessent de grimper. Cette année, ils ont échappé à une hausse importante grâce aux réserves accumulées dans le régime. « Il va cependant y avoir un problème l'année prochaine. Il faut trouver une solution. »



L'association a également demandé à la FMOQ de revoir les modalités du congé de libération syndicale pour les médecins rémunérés à honoraires fixes. Ces derniers, soumis à certaines règles pour le calcul du RREGOP, sont pénalisés s'ils s'absentent. « Il existe déjà un tel congé dans le secteur public. Cela ne devrait donc pas être



Photos : Emmanuelle Garnier

D^r René Pineau

très difficile à obtenir du gouvernement », a estimé le président. Le D^r Pineau est, par ailleurs, l'un des membres du comité sur l'équivalence actuarielle mis sur pied par la Fédération. Actuellement, le mandat du groupe est de comparer le tarif horaire et le taux horaire de rémunération en cabinet. Lorsque ce volet sera terminé, d'autres travaux compareront les rémunérations à tarif horaire et à honoraires fixes. L'AMOEP est satisfaite du fonctionnement du comité. « Il y a une écoute et les discussions y sont sérieuses. »

Des réponses aux préoccupations

Le D^r Louis Godin, président de la FMOQ, a répondu à plusieurs des préoccupations des omnipraticiens de l'AMOEP au cours de son exposé.

La Fédération s'est penchée sur la question du régime de retraite des médecins rémunérés à honoraires fixes. « La voie qui nous paraissait la plus facile était de faire passer le nombre d'heures de travail permettant des cotisations de 35 à 40 heures. », a expliqué le D^r Godin. La Fédération a eu de nombreux échanges avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à ce sujet au cours de l'année. Le principal écueil vient de la somme que représente le changement proposé. En raison de son importance, la question pourrait être discutée dans le cadre des négociations de l'Accord-cadre.

En ce qui concerne les assurances collectives,

deux voies permettraient de freiner les futures hausses des cotisations dues au vieillissement du groupe, a indiqué le président de la FMOQ. La première serait d'augmenter la contribution gouvernementale. « L'autre solution serait de convertir les assurances collectives en assurances individuelles. Il faudrait que tous les membres, quels que soient leurs risques, puissent passer d'un régime à l'autre. » La question des assurances ne sera cependant pas facile à régler. « Il s'agit d'un dossier de plusieurs millions. Ce sera un autre défi important à relever au cours des négociations. »

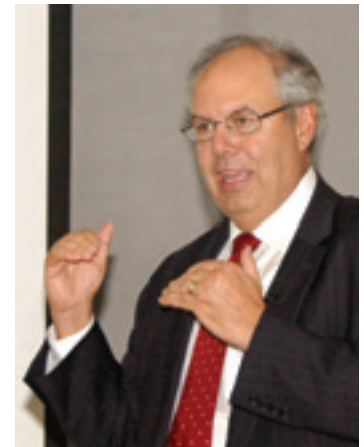
Pour ce qui est de la libération syndicale, le calcul de certains avantages sociaux exclut déjà les semaines où les médecins rémunérés à honoraires fixes sont dégagés de leurs activités professionnelles. « Cela ne crée donc pas de problèmes pour les vacances. Ce qui nous reste à faire, c'est de trouver une manière de donner une compensation pour l'absence de cotisations au RREGOP. Cela peut affecter la somme totale à la fin de l'année. »

Une autre question était également importante pour les membres de l'AMOEP : la rémunération des heures supplémentaires.

Les omnipraticiens détenant une nomination à tarif horaire ont droit à une banque de 880 heures supplémentaires par année pour lesquelles la rémunération comporte une somme correspondant aux avantages sociaux.

Jusqu'à présent, ils ne pouvaient en utiliser plus de 20 par semaine pour la rétribution de leur garde sur place. Cette restriction vient d'être éliminée. À partir de juin 2011, les médecins ne seront donc soumis qu'à la limite de 880 heures supplémentaires par année.

Le D^r Godin a également fait le point sur les négociations avec le MSSS. Il attendait alors toujours les offres gouvernementales. « L'entente que nous négocions est cruciale pour la médecine familiale. Il faudra que les omnipraticiens la trouvent acceptable pour qu'on la signe. »

D^r Louis Godin

Réunion du Conseil de la Fédération le point sur différents dossiers

Emmanuèle Garnier

Au cours de la réunion du Conseil de la FMOQ qui a eu lieu le 25 septembre, le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, a fait le point sur plusieurs dossiers. Outre les négociations avec le gouvernement pour le renouvellement de l'Entente générale, il a discuté de questions comme la rémunération de l'encadrement des candidates aux postes d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS), les mesures de redressement de la rémunération qui viennent d'entrer en vigueur et l'équivalence actuarielle entre les différents modes de rémunération. Le président a également abordé le dossier de la représentativité de la Fédération.

En mars 2011, les omnipraticiens seront dorénavant des spécialistes. Un problème pourrait venir du fait que l'Entente générale mentionne que le gouvernement reconnaît la Fédération comme le seul organisme pouvant négocier au nom de « tous les médecins qui ne détiennent pas de certificat de spécialité de la Corporation professionnelle des médecins du Québec. »

Pour éviter tout problème, la FMOQ et le

ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) viennent de signer une entente qui déclare que la Fédération est l'organisme représentant les spécialistes en médecine de famille. « Cette entente va entrer en vigueur au moment où la nouvelle spécialité sera officiellement reconnue. On n'a donc pas à craindre de se retrouver dans une situation épineuse en plein cœur des négociations », a expliqué le D^r Louis Godin, président de la FMOQ au Conseil de la Fédération.

IPS non diplômées

Depuis le 1^{er} octobre, les omnipraticiens reçoivent une rémunération pour superviser les infirmières praticiennes spécialisées qui collaborent avec eux : 2500 \$ par mois dans les cabinets et 840 \$ dans les CLSC et les unités de médecine familiale. Cependant, certaines de ces professionnelles de la santé commenceront à pratiquer avant même d'avoir obtenu leur diplôme. Leur statut ne sera toutefois pas le même que celui de leurs collègues diplômées. Elles devront être supervisées par un médecin sur place, par une IPS diplômée ou même par une infirmière clinicienne qui a au moins trois ans d'expérience.

La supervision de ces IPS non diplômées va nécessiter plus de temps et être liée à des obligations plus lourdes pour le médecin. « Il faudra que nous ayons une discussion avec le Ministère au sujet de cette situation qui n'avait pas été convenue dans l'entente originale avec les IPS », a indiqué le D^r Godin.

Plan d'amélioration et redressement

Le redressement de la rémunération négocié dans la dernière Entente générale prévoit, pour l'année 2010-2011, une majoration paramétrique de 1,742 % :

- du tarif des actes et des forfaits ;
- du tarif horaire ;
- des honoraires fixes.

La hausse est en vigueur depuis le 1^{er} octobre. Pour la période d'avril à juin 2010, les omnipraticiens recevront une somme rétroactive à la fin de novembre 2010 et une autre à la fin de février 2011 pour la période de juillet à octobre 2010*. En ce qui concerne les forfaits pour l'inscription générale et celle des clientèles



Réunion du Conseil de la FMOQ

vulnérables, une somme rétroactive sera versée à la fin de juin 2011.

Équivalence actuarielle

Les travaux que mène la Fédération pour comparer la rémunération des médecins payés à l'acte, à tarif horaire et à honoraires fixes avancent. Le comité créé par la FMOQ, où chacun des milieux de soins est représenté, a commencé par mettre au point une méthode pour déterminer le taux horaire moyen d'un médecin en cabinet au cours d'une journée à temps plein.

Le groupe de travail a pu établir, grâce aux données de facturation, le revenu moyen pour une journée complète en cabinet. Cependant, pour parvenir à calculer un taux horaire, certains paramètres doivent être précisés, comme le nombre d'heures travaillées dans une journée, le nombre de patients vus, etc. Pour obtenir ces données, le comité sur l'équivalence actuarielle va demander à une firme spécialisée d'effectuer un sondage auprès des omnipraticiens. La FMOQ compte également mener une étude sur les frais de pratique, ce qui lui permettra d'arriver à un taux horaire net.

Soins intensifs et soins coronariens

Les médecins des unités de soins intensifs et de soins coronariens n'avaient pu avoir leur juste part des mesures destinées à mieux rémunérer la pratique pendant les heures défavorables. « Il restait un solde de 800 000 \$ à attribuer à ce secteur », a expliqué le D^r Godin.

De nouvelles mesures devraient permettre de régler ce problème :

- ⊗ le supplément pour les patients intubés et ventilés serait majoré ;
- ⊗ le forfait quotidien pour la prise en charge du patient aux soins intensifs ou coronariens ne serait plus réduit à partir de la troisième journée. Ce supplément, plus élevé la première journée, diminue la deuxième journée et baisse encore les journées subséquentes. À partir de la deuxième journée, le tarif du forfait devrait demeurer le même.

Ces mesures seraient rétroactives au 1^{er} juillet 2010,

*Pour les médecins rémunérés à honoraires fixes, la facturation depuis le 1^{er} avril sera révisée de façon à ce que les majorations s'appliquent aussi aux avantages sociaux.



Photos : Emmanuèle Garnier

Délégués au Conseil

date à laquelle sont entrées en vigueur les nouvelles modalités pour la pratique pendant les heures défavorables dans chacun des secteurs de soins.

Négociation de l'Entente générale

Les négociations avec le gouvernement pour le renouvellement de l'Entente générale se poursuivent. « Notre objectif est d'obtenir des mesures incitatives pour favoriser l'accès à un médecin de famille et permettre à celui-ci de prendre en charge des patients. Nous désirons également maintenir le modèle de pratique québécois dans lequel les omnipraticiens exercent en première et en deuxième ligne. »

La Fédération a de nombreuses priorités, dont :

- ⊗ la bonification de la prise en charge ;
- ⊗ le soutien à la pratique ;
- ⊗ le financement des cliniques médicales ;
- ⊗ une prime à la polyvalence ;
- ⊗ une meilleure rémunération pour la pratique dans les centres hospitaliers de soins de longue durée, dans les ressources intermédiaires et en soins palliatifs ;
- ⊗ la révision de la nomenclature dans les hôpitaux généraux ;
- ⊗ la révision des activités médicales particulières ;
- ⊗ l'équité entre les modes de rémunération ;
- ⊗ l'adoption de mesures précises pour les médecins rémunérés à honoraires fixes et à tarif horaire.

« Il s'agit d'une entente cruciale pour les omnipraticiens. Ils auront d'ailleurs à se prononcer sur son contenu », a indiqué le D^r Godin aux délégués du Conseil. ☎

Mourir dans la dignité mémoire de la FMOQ

Emmanuèle Garnier

L'euthanasie devrait être la dernière solution envisagée. Celle qu'on adopte après avoir écarté toutes les autres, estime la FMOQ. Le 28 septembre dernier, le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération, présentait un mémoire à la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. « Pour nous, toute discussion qui va porter sur l'euthanasie doit englober la question des soins en fin de vie », a-t-il précisé d'emblée.

Parce qu'avant de penser à l'euthanasie, il faut s'assurer que les personnes au seuil de la mort puissent bénéficier d'un bon accompagnement et de soins palliatifs. Actuellement, le système de santé ne semble pas pouvoir répondre à tous les besoins. « L'euthanasie et le suicide assisté ne devraient en aucune circonstance s'avérer un expédient pour pallier de tels manques », avertit le mémoire de la Fédération.

Cependant, même si l'amélioration des soins en fin de vie peut réduire les demandes d'euthanasie, elle ne les éliminera pas toutes. Le médecin aura toujours à faire face à des requêtes à ce sujet. « Car il y aura [toujours] des patients aux prises avec des souffrances incommensurables que l'on ne pourra apaiser malgré les meilleurs soins possibles », précise le document.

La Fédération pense donc que dans certaines situations exceptionnelles où la douleur est insoutenable ou interminable, l'euthanasie pourrait être considérée comme une étape ultime. Comme une solution qui permet d'assurer de bons soins et une mort dans la dignité et le respect.

À quelles conditions devrait-on accepter cette option ? L'euthanasie ne doit être pratiquée qu'à la seule demande du patient. Il doit être

en fin de vie, apte à prendre la décision et avoir fait des demandes explicites et répétées en raison de ses souffrances. « Le fait de n'admettre l'euthanasie que dans les cas des patients aptes à le demander nous paraît être un élément de rassurance pour les patients qui sauront que jamais qui que ce soit ne pourrait la demander à leur place », souligne le mémoire. Les situations où l'euthanasie pourra être pratiquée seront cependant exceptionnelles, estime la FMOQ.

Pour l'instant, toutefois, l'euthanasie est un acte criminel. Plutôt que de prôner sa légalisation, la Fédération préfère demander sa décriminalisation « dans les circonstances exceptionnelles qui s'intègrent aux soins de fin de vie appropriés. »

Résultats du sondage en faveur de l'euthanasie

La position qu'a présentée le D^r Godin à la Commission reflète celle de la majorité des omnipraticiens. En 2009, la Fédération a mené un sondage auquel plus de 1000 de ses membres ont répondu. Environ 75 % estimaient que l'euthanasie devrait être considérée comme une étape ultime de soins en fin de vie acceptée et reconnue au Québec.

Pour 74 % des répondants, l'euthanasie devrait être considérée comme l'un des moyens permettant au médecin de remplir son devoir déontologique. Le *Code*

de déontologie stipule que le clinicien a l'obligation d'agir de façon à ce que le décès d'un patient, qui paraît inévitable, survienne dans la dignité. Il doit soutenir le malade et le soulager de façon appropriée. Dans ce sondage, 71 % des omnipraticiens affirmaient en outre être prêts à recourir à l'euthanasie dans leur pratique si de nouvelles balises réglementaires et législatives le permettaient.

Même s'il présentait le point de vue de la majorité des omnipraticiens, le président de la Fédération respectait aussi celui des médecins, moins nombreux, opposés à l'euthanasie. « Il est

« Il y aura [toujours] des patients aux prises avec des souffrances incommensurables que l'on ne pourra apaiser, malgré les meilleurs soins possibles. »

– Mémoire de la FMOQ

clair pour nous que jamais un médecin ne pourrait être obligé de poser un geste d'euthanasie si cela va à l'encontre de ses croyances ou de ses valeurs personnelles », a-t-il indiqué.

Autres solutions

Beaucoup se méprennent sur ce qu'est réellement l'euthanasie. « Elle implique un acte intentionnel de provoquer la mort d'autrui pour soulager ses souffrances et ne correspond pas à la volonté de soulager uniquement la souffrance sans causer la mort », rappelle le document. Plusieurs confondent euthanasie, refus de traitement, sédation continue et acharnement et abandon thérapeutiques. « Ne serait-il pas possible, qu'après discussion, ces personnes fassent la part des choses et entrevoient alors différemment l'idée même de l'euthanasie, ne l'estimant plus nécessaire pour cheminer vers la mort dans la dignité ? », demande la FMOQ dans son mémoire.

Les gens doivent savoir que le refus d'une personne de subir des traitements susceptibles de la maintenir en vie ne constitue pas une forme d'euthanasie. Ce moyen tout à fait légal repose sur le respect de la volonté du patient.

La sédation continue peut aussi être une solution à considérer quand les traitements palliatifs échouent. « Cette pratique devrait être dissociée de l'euthanasie, car elle n'a pas pour objet de causer la mort, mais bien de soulager la souffrance en attendant que la mort naturelle survienne. » Cette sédation terminale ne peut toutefois totalement remplacer l'euthanasie. Car elle ne correspond pas aux besoins de plusieurs personnes. Certaines « revendiqueront plutôt la possibilité de faire leurs adieux à leurs proches dans la certitude que la mort les emportera aussitôt après », indique le mémoire.

La question du suicide assisté est différente. Celui qui réclame ce type d'aide, souvent un patient affligé d'une maladie dégénérative, n'a pas les mêmes besoins que celui qui demande l'euthanasie à la fin de sa vie. La requête du

premier « résulte plutôt du fait que la personne estime que sa vie ne vaut plus la peine d'être vécue », indique le document. Le suicide assisté ne répond d'ailleurs pas aux critères que propose la Fédération. « Étant donné que l'on n'est pas dans un processus de mort imminente, bien que parfois la zone peut être grise entre les deux, nous nous opposons, à ce stade-ci, à des modifications par rapport au suicide assisté », a indiqué le D^r Godin au comité.

Processus menant à l'euthanasie

Comment pourrait se dérouler l'euthanasie ? La décision nécessite une discussion entre le patient, la famille et l'équipe traitante. « Ce n'est pas au médecin de prendre cette décision-là, a précisé le D^r Godin. Le médecin n'est qu'un accompagnateur et fait partie de ce processus de décision. C'est cependant le patient qui est au centre de la démarche. »

Idéalement, la décision devrait être confirmée par un second clinicien. Le médecin traitant pourrait demander une consultation à un collègue pour s'assurer que l'euthanasie est la seule façon de soulager

le patient.

L'euthanasie, qui devrait être intégrée aux soins de fin de vie appropriés, pourrait être pratiquée par le médecin traitant. Elle pourrait se dérouler dans le lieu où se trouve le patient : l'hôpital, le centre d'hébergement et de soins de longue durée, la maison de soins palliatifs ou son domicile.

« À partir du moment où on aura bien développé les soins palliatifs et les soins de fin de vie, qui demeurent selon nous toujours la meilleure façon d'accompagner les personnes en fin de vie et de limiter les demandes d'euthanasie, il demeurera toujours qu'il pourra en exister le besoin. Pour nous, la voie serait la décriminalisation de l'euthanasie pour permettre que ces gestes, dans des circonstances exceptionnelles, puissent être posés », a résumé le D^r Godin.

Pour consulter le mémoire : www.fmoq.org 

« Il est clair pour nous que jamais un médecin ne pourrait être obligé de poser un geste d'euthanasie si cela va à l'encontre de ses croyances ou de ses valeurs personnelles. »

– D^r Louis Godin

Nouvelle publicité de la FMOQ

Emmanuèle Garnier

Depuis le 17 octobre, on la voit sur toutes les grandes chaînes de télévision. Et même dans les salles de cinéma. La nouvelle publicité de la FMOQ a envahi les écrans. Elle s'adresse directement à la population : « Les médecins de famille aimeraient pouvoir assurer le suivi médical de tous. Mais sans l'aide du gouvernement, le diagnostic est clair, plus de deux millions d'entre vous devront encore attendre leur tour. » Il s'agit d'un message de trente secondes qui montre de manière imagée les effets de la pénurie d'omnipraticiens.

« Nous voulions une publicité qui capte l'imaginaire et l'attention, sans être agressive, explique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications à la FMOQ. La vidéo montre le bonheur d'avoir un médecin de famille. On y voit d'une part le sourire des gens qui savent qu'ils ont un suivi médical et qui apprécient leur relation avec leur médecin et, d'autre part, le sentiment d'abandon de ceux qui en sont privés. »

L'omnipraticienne au centre de la publicité est la **D^{re} Lyne Thériault**. Un véritable médecin de famille. Pratiquant à temps plein à la Clinique médicale des Bois-Francs, à Princeville, elle a une clientèle de près de 2000 patients, dont 500 sont vulnérables. « La prise en charge et le suivi des patients sont la partie intéressante de mon travail », n'hésite d'ailleurs pas à affirmer la clinicienne.

Pourquoi une nouvelle publicité ? « Notre but est de demeurer présent dans



Tournage de la publicité

Photos : Marie Ruel/FMOQ

les médias et auprès de la population. La situation ne s'améliore pas. Les conditions de pratique des médecins continuent à se détériorer, le nombre de Québécois sans médecin de famille augmente et les étudiants qui se dirigent en médecine familiale restent trop peu nombreux », explique M. Dion.

Cette deuxième phase de la campagne médiatique de la FMOQ se poursuivra jusqu'à la mi-novembre. La première, qui avait eu lieu au printemps, reposait sur des publicités encourageant les spectateurs à aller voir le court métrage *Diagnostic* sur YouTube. Le succès avait été immédiat. La Fédération invitait également les gens à devenir membres du groupe des Québécois sans médecins de famille sur Facebook et à raconter leur difficulté d'accès à un omnipraticien. Leurs commentaires ont d'ailleurs été remis au ministre de la Santé et des Services sociaux dans un ordinateur portable.

« On est prêt à une troisième phase si le gouvernement reste sourd aux demandes légitimes des médecins omnipraticiens et insensible à la réalité que vivent des centaines de milliers de Québécois », avertit M. Dion. 🏠





**Congrès
de formation
médicale continue**
FMOQ

2 et 3 décembre 2010

**L'omnipratique
d'aujourd'hui à demain**

Hôtel Delta Centre-Ville,
Montréal

Du 17 au 21 janvier 2011

**La FMOQ
sous d'autres cieux**

Buenos Aires,
Argentine

10 et 11 février 2011

L'appareil locomoteur

Hôtel Delta Québec,
Québec

17 et 18 mars 2011

**L'hématologie
et l'oncologie**

Hyatt Regency Montréal,
Montréal

14 et 15 avril 2011

La pédiatrie

Hôtel Delta Québec,
Québec

12 et 13 mai 2011

La gastro-entérologie

Hôtel Sheraton Laval,
Laval

Quand l'épreuve devient vie

De Johanne de Montigny



Lorsque frappe la catastrophe, tout s'effondre autour de nous. La perte d'un être cher, la maladie ou un accident peuvent causer des plaies déchirantes, souvent longues à cicatriser.

L'auteure de cet ouvrage, la psychologue **Johanne de Montigny**, sait de quoi elle parle. Survivante d'un écrasement d'avion, il lui a fallu quelques années pour se re-

construire et retrouver sa vie. Aujourd'hui, elle aide des personnes victimes de coups durs à s'en sortir. Depuis plus de vingt ans, elle travaille en soins palliatifs et en suivi de deuil au Centre universitaire de santé McGill (Hôpital général de Montréal).

Fondé sur sa propre expérience et sur les questions qui lui sont fréquemment posées, cet ouvrage constitue un guide de survie pour rebondir dans l'épreuve. La psychologue aide chacun à trouver la part laissée intacte par son propre « crash » de vie. Utilisant un langage chaleureux et profondément humain, elle propose au lecteur un processus de remise à neuf et de survie durant et après l'épreuve.

Dans un premier temps, l'auteure raconte en détail son propre accident d'avion. Puis, elle discute de la maladie, entre autres de l'annonce d'un cancer, de l'arrêt de traitement, de l'euthanasie et du suicide assisté. Elle parle également de l'accompagnement d'un malade en phase terminale et de la manière de lui apporter un soutien, tout en en ressortant intact. La dernière section est consacrée au deuil – différent chez chacun – et à ses étapes. ☞

Médiaspaul, Montréal, 2010, 304 pages, 19,95 \$

Ombres et lumières sur la fin de la vie

Du D^r Patrick Vinay



L'hôpital n'est pas un lieu où l'on pratique l'euthanasie. Pourtant, certaines personnes croient que l'on y accélère parfois le décès de leurs proches. C'est que la mort est encore mal comprise. Cet ouvrage, inspiré de l'expérience de nombreux malades, révèle ce qui se passe vraiment chez un patient en fin de vie.

L'auteur, le **D^r Patrick Vinay**, a été président du Fonds de la recherche en santé du Québec, chef du Département de médecine de l'Hôpital Notre-Dame et doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Actuellement, il se consacre à la médecine palliative à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM.

À son avis, il ne faut pas avoir peur de la morphine. Soulager, ce n'est pas tuer. Ce médicament n'abrège pas la vie si l'on utilise les doses adéquates. Le livre explique les différentes étapes de la fin de la vie, dont la diminution du besoin d'alimentation et d'hydratation, les râlements, l'arrêt de traitement et la sédation palliative. En outre, une section est consacrée à l'éthique.

Le D^r Vinay souhaite susciter la réflexion sur le sens de la mort, autant chez les proches des malades que chez les soignants. Il insiste sur l'importance de prendre le temps d'observer et d'écouter le patient. Selon lui, un simple geste du soignant ou des proches fait toute la différence pour la personne au seuil de la mort. ☞

Médiaspaul, Montréal, 2010, 80 pages, 13,95 \$

La FMOQ et les médias

Communiqués de presse récents de la FMOQ

18 octobre 2010

- La FMOQ lance une nouvelle campagne publicitaire pour valoriser la médecine familiale et améliorer l'accès aux soins de première ligne

28 septembre 2010

- Mourir dans la dignité : la FMOQ souhaite un débat sur l'ensemble des enjeux entourant les soins de fin de vie

14 septembre 2010

- Tournée panquébécoise du président de la FMOQ

Articles et émissions dans lesquels des représentants de la FMOQ ont été cités

18 octobre 2010

- La file s'allonge pour les médecins de famille, *InfoPresse*

16 octobre 2010

- Des pubs pour attirer la relève vers la médecine familiale : la Fédération des médecins omnipraticiens veut attirer la relève vers la médecine familiale, *La Presse*

6 octobre 2010

- Les médecins et des centaines d'organismes s'allient aux infirmières, *Le Devoir*

5 octobre 2010

- Négociation des infirmières : une pétition de 124 000 noms, *La Tribune*

1^{er} octobre 2010

- « Si on perd cette bataille, ça va mal aller ! », *La nouvelle union*

29 septembre 2010

- Médecins et infirmières contre le suicide assisté, *Radio-Canada*
- Parler d'euthanasie est « prématuré » : les soins de vie de qualité d'abord, disent les médecins de famille, *Le Devoir*
- Les omnipraticiens en faveur de l'euthanasie « rarissime », *La Presse*

28 septembre 2010

- Les médecins pour l'euthanasie, *Journal de Québec*
- Les agences de santé dans le collimateur, *La Presse*

23 septembre 2010

- Le prix de la pénurie, *La Presse*

Prochaines assemblées générales des associations affiliées à la FMOQ

Région	Date	Lieu
Mauricie	Mercredi 3 novembre 18 h	Hôtel Delta 1620, rue Notre Dame Ouest Trois-Rivières (Québec) G9A 6E5
Laurentides/ Lanaudière	Mercredi 10 novembre 17 h	Club de Golf Le Mirage 3737, chemin Martin Terrebonne (Québec) J6X 0B2 450 477-7280 Télécopieur : 450 477-7365
Estrie	Jeudi 11 novembre 17 h	Musée de la nature et des sciences 225, rue Frontenac Sherbrooke (Québec) J1H 1K1 877 434-3200 Télécopieur : 819 564-0287
Laval	Vendredi 12 novembre 16 h 30	Sanofi Aventis 2150, boul. Saint-Elzéar Ouest Laval (Québec) H7L 4A8 514 331-9220 ou 800 363-6364
Yamaska	Jeudi 18 novembre	Club de golf Saint-Hyacinthe 3840, boul. Laurier Ouest Saint-Hyacinthe (Québec)
Montréal	Vendredi 19 novembre 12 h 15	Hyatt Regency Montréal 1255, rue Jeanne-Mance Montréal (Québec) H5B 1E5 514 982-1234 Télécopieur : 514 285-1243
Sud-Ouest	Vendredi 26 novembre 13 h 30	Hôtel Plaza de Valleyfield 40, av. du Centenaire Valleyfield (Québec) J6S 3L6 450 373-1990

Retrait du Meridia


possibilité d'une hausse du risque de troubles cardiovasculaires

Le Meridia (sibutramine) en capsules, un anorexigène et un agent antiobésité, vient d'être retiré du marché canadien. Son fabricant, les Laboratoires Abbott, a pris cette décision à la suite de la publication des données de l'étude SCOUT (*Sibutramine Cardiovascular OUTcomes*) et de discussions avec Santé Canada. Les résultats de l'essai clinique semblaient indiquer qu'un risque accru de troubles cardiovasculaires graves était associé à l'emploi du médicament chez des patients présentant un risque élevé de problèmes cardiovasculaires.

Dorénavant :

- ⊗ les médecins ne doivent plus prescrire la sibutramine ;
- ⊗ les pharmaciens ne doivent plus exécuter d'ordonnances de ce produit ;
- ⊗ les patients actuellement sous Meridia doivent interrompre leur traitement et consulter leur médecin pour discuter d'autres solutions pour réduire leur poids.

L'étude SCOUT, un essai clinique à répartition aléatoire à double insu avec placebo, comptait quelque 10 000 patients. Les sujets, âgés de 55 ans ou plus et atteints d'obésité ou d'embonpoint, présentaient un risque élevé de complications cardiovasculaires. La plupart avaient une maladie cardiovasculaire sous-jacente et, par conséquent, la sibutramine était contre-indiquée pour eux, selon les indications thérapeutiques actuelles.

L'étude a duré six ans. Chez les patients sous sibutramine, le risque de complications cardiovasculaires était plus élevé de 16 % que chez les sujets recevant le placebo. Le taux d'infarctus du myocarde non mortel, d'accident vasculaire cérébral (AVC) non mortel, d'arrêt cardiaque avec réanimation ou de mort d'origine cardiovasculaire, qui étaient les complications évaluées, s'élevait à 11,4 % dans le groupe expérimental (561/4906) alors qu'il était de 10,0 % dans le groupe témoin (490/4898) (risque relatif : 1,162, $P = 0,015$). L'augmentation du risque chez les personnes qui prenaient du Meridia a été attribuée au taux accru d'infarctus du myocarde et d'AVC non mortels. 

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue **des prochains numéros**

- *Décembre 2010*
L'environnement

- *Janvier 2011*
La médecine factuelle

- *Février 2011*
**La prise en charge
et le suivi interprofessionnel**

- *Mars 2011*
La fertilité

- *Avril 2011*
L'éthique et la médecine légale

- *Mai 2011*
L'imagerie médicale

- *Juin 2011*
La prostate

- *Juillet 2011*
L'antibiothérapie





**Par la Fédération
des médecins omnipraticiens
du Québec**

Épargne et investissement

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

Programmes d'assurances

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

Tarifs hôteliers d'entreprise pour les membres de la FMOQ

Hôtel Maritime Plaza : 1 800 363-6255
Hôtels Gouverneur : 1 888 910-1111

Direction des affaires professionnelles

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