

# Réunion du Conseil de la FMOQ application de l'Entente en 2012



Photo : Emmanuèle Garnier

*Emmanuèle Garnier*

L'ANNÉE 2012 SERA celle de l'application de nombreuses mesures du nouvel accord-cadre signé l'an dernier entre la FMOQ et le gouvernement. Les médecins de famille profiteront de multiples hausses. Rémunération de nouveaux actes, primes diverses, compensations pour certains frais, etc.

Pour commencer, depuis le 1<sup>er</sup> janvier, les omnipraticiens bénéficient d'une augmentation paramétrique de 5,07 %. Elle ne devait initialement être que de 4,74 %. « Nous avons convenu avec les autorités ministérielles de l'affectation de sommes récurrentes de 4,2 millions de dollars qui découlaient de la non-atteinte », a expliqué le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) à la réunion du Conseil, le 10 décembre dernier.

Au cours du mois de janvier, les médecins de famille recevront également un versement rétroactif équivalant à 0,492 % de la rémunération qui leur a été versée du 1<sup>er</sup> avril 2010 au 31 mars 2011. « Cela correspond aux

sommes restant des montants rétroactifs accumulés », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin.

## *Mesures qui viennent de commencer*

Les omnipraticiens bénéficient déjà de plusieurs mesures négociées dans la nouvelle entente générale. Depuis le 1<sup>er</sup> novembre, ils ont ainsi droit à une compensation pour les frais de pratique dans un cabinet médical et à une bonification pour la prise en charge de patients orphelins. Et le suivi de leur clientèle peut déjà compter pour la moitié de leurs activités médicales particulières (AMP).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier, plusieurs autres mesures sont entrées en vigueur.

## *Allongement de la liste des catégories de clientèles vulnérables*

La liste comprend maintenant de nouvelles affections : déficience intellectuelle, douleur chronique, déficience auditive ou visuelle, etc.

## Nouveau Bureau

La FMOQ est dirigée par un nouveau Bureau. Le **D<sup>r</sup> Michel Lafrenière**, de Québec, qui y a siégé pendant 16 ans, a quitté son poste de trésorier et un nouveau venu, le **D<sup>r</sup> Jacques Bergeron**, président de l'association de Yamaska, est devenu le quatrième administrateur. Les membres du Bureau qui ont été élus par le Conseil aux différents postes sont donc :

Président :	D <sup>r</sup> Louis Godin	
1 <sup>er</sup> vice-président :	D <sup>r</sup> Marc-André Asselin	Association de Montréal
2 <sup>e</sup> vice-président :	D <sup>r</sup> Claude Saucier	Association de Laval
Secrétaire général :	D <sup>r</sup> Sylvain Dion	Association des médecins de CLSC
Trésorière :	D <sup>re</sup> Josée Bouchard	Association du Bas-Saint-Laurent
1 <sup>er</sup> administrateur :	D <sup>r</sup> Pierre Martin	Association de la Mauricie
2 <sup>e</sup> administrateur :	D <sup>r</sup> Marcel Guilbault	Association de l'ouest du Québec
3 <sup>e</sup> administrateur :	D <sup>r</sup> Marc-André Amyot	Association de Laurentides-Lanaudière
4 <sup>e</sup> administrateur :	D <sup>r</sup> Jacques Bergeron	Association de Yamaska



D<sup>r</sup> Marcel Guilbault, D<sup>r</sup> Marc-André Amyot, D<sup>r</sup> Jacques Bergeron, D<sup>re</sup> Josée Bouchard, D<sup>r</sup> Louis Godin, D<sup>r</sup> Marc-André Asselin, D<sup>r</sup> Claude Saucier, D<sup>r</sup> Sylvain Dion et D<sup>r</sup> Pierre Martin.

Photos : Emmanuèle Garnier

## Suivi des patientes enceintes

Une nouvelle mesure vient d'être créée pour les omnipraticiens pratiquant en obstétrique. Depuis le début du mois, ceux qui suivent et accouchent des patientes enceintes sans être leur médecin de famille ont droit, lors de l'examen de prise en charge de la grossesse, à un supplément tenant lieu d'inscription temporaire. Il est de :

- 10,90 \$ en cabinet ;
- 8,20 \$ dans un établissement de soins ;
- 8,60 \$ est versé en plus aux médecins des groupes de médecine de famille (GMF).

Aspect particulièrement intéressant, les patientes enceintes pour lesquelles le nouveau supplément a été réclamé sont maintenant

considérées comme inscrites auprès des omnipraticiens qui les suivent, même si elles ont déjà un médecin de famille. Elles font temporairement l'objet d'une double inscription. « Ces patientes vont ainsi compter dans le calcul du nombre de patients inscrits pour la compensation des frais de pratique et pour la modulation des forfaits liés à la clientèle inscrite », a expliqué le président de la FMOQ\*.

Ce modèle de double inscription va s'appliquer sous peu à d'autres secteurs. « On trouve la même situation pour le maintien à domicile et les soins palliatifs. Au cours des prochaines

\*Lorsque les patientes sont vues par un autre médecin qui réclame le supplément de suivi de grossesse, leur visite peut être calculée pour la compensation des frais de pratique de ce dernier.



Après avoir été 16 ans membre du Bureau de la FMOQ, le D<sup>r</sup> Michel Lafrenière a présenté son dernier rapport en tant que trésorier

semaines, nous allons procéder à une approche similaire dans ces domaines-là. »

### Prime à la polyvalence

La prime à la polyvalence pour les médecins pratiquant à la fois en première et en deuxième lignes devrait avoir commencé le 1<sup>er</sup> janvier. Elle est calculée en fonction du seuil de patients inscrits — 700, 1000 et 1500 — et va permettre une augmentation du revenu gagné pour le travail en établissement nécessitant une garde en disponibilité ou sur place pendant les heures défavorables.

Il restait à déterminer si, après le seuil du 245<sup>e</sup> patient vulnérable, chaque autre personne vulnérable pouvait compter pour plus d'un patient. C'est ce qui va se produire. « Au lieu d'avoir une valeur de 1, le 246<sup>e</sup> patient vulnérable que vous avez vaudra 2,5 patients dans votre total », a précisé le D<sup>r</sup> Godin aux délégués.

### Prochaines mesures

La Fédération doit encore avoir quelques discussions avec le ministère de la Santé et des

### Cotisation syndicale

Cette année, le prélèvement comprenant la cotisation syndicale passe de 1428 \$ à 1653 \$. La hausse inclut l'augmentation de la cotisation ordinaire qui était de 1386 \$ et qui se chiffre maintenant à 1511 \$ et l'ajout d'une cotisation de 100 \$ au fonds courant de la Fédération. La somme à verser comprend ainsi :

⊗ la cotisation ordinaire :	1511 \$
⊗ la cotisation supplémentaire :	100 \$
⊗ le prélèvement pour le Programme d'aide aux médecins du Québec :	42 \$
<b>Total :</b>	<b>1653 \$</b>

La remise que reçoivent les associations affiliées à la FMOQ, auparavant de 264 \$, est maintenant de 289 \$.

Services sociaux (MSSS) avant que certaines mesures de la nouvelle Entente générale entrent en vigueur.

### Clientèle inscrite et jours travaillés

L'application de deux mesures qui devaient commencer en janvier sera retardée de quelques semaines : la modulation des forfaits pour l'inscription des patients et la prime pour les jours travaillés. Plusieurs points doivent être éclaircis avant de les mettre en vigueur.

### Jeunes médecins

Pour aider les jeunes omnipraticiens qui n'auront pas une clientèle suffisante pour avoir droit aux diverses mesures liées au nombre de patients inscrits, une modulation va être appliquée. « Nous sommes actuellement en train de terminer l'évaluation de la modulation sur une période de cinq ans. Nous avons eu des recommandations très intéressantes de jeunes médecins à ce sujet », a mentionné le président de la Fédération.

### Nouvelle nomenclature pour les soins de longue durée

Il devrait y avoir sous peu de nouveaux codes d'actes dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée :

- ⊗ l'évaluation médicale globale ;
- ⊗ la visite de suivi ordinaire ou ponctuelle ;



Photos : Emmanuèle Garnier

Quelques délégués

- ⊗ la détermination du niveau d'intervention médicale ;
- ⊗ les échanges interdisciplinaires ou les discussions avec le patient ou ses proches ;
- ⊗ la réponse à une demande téléphonique ;
- ⊗ la visite d'urgence avec supplément de déplacement.

### *Nouvelle nomenclature pour les soins aux patients hospitalisés*

Dans les unités de soins des hôpitaux, les omnipraticiens pourront bientôt facturer les nouveaux actes suivants :

- ⊗ la visite de prise en charge ;
- ⊗ la visite de suivi ;
- ⊗ la visite de transfert ;
- ⊗ la visite d'évaluation pour un suivi conjoint ou pour donner une opinion ;
- ⊗ les échanges interdisciplinaires ou les discussions avec le patient ou ses proches ;
- ⊗ la visite de suivi d'urgence avec supplément de déplacement.

### *Un nouvel acte : l'intervention clinique*

Le 15 janvier, un nouveau code d'acte va entrer en vigueur : l'intervention clinique. « Ce sera l'équivalent d'un examen qui, pour diverses raisons, dure plus longtemps. Cela peut être parce que vous avez eu à parler au patient ou à sa famille plus longtemps », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin.

Jusqu'à présent, dans de telles situations, certains médecins facturaient un acte de thérapie de soutien. Ils pouvaient aussi se servir de ce code pour être rémunérés pour le counselling. Le Collège des médecins du Québec, cependant, vient de resserrer les critères du recours à la psychothérapie. Dorénavant, pour être facturée, cette thérapie doit correspondre à la définition de l'Office des professions du Québec. La FMOQ et le MSSS, à qui le Collège a demandé de faire les modifications nécessaires, ont donc créé l'acte d'intervention clinique.

Pour être rétribuée, l'intervention clinique doit durer au moins 25 minutes. Après 30 minutes, le médecin peut facturer des périodes supplémentaires de 15 minutes. Les tarifs seront les mêmes que ceux de la psychothérapie qui, eux, seront rehaussés :

- ⊗ pour la première période de 30 minutes :
  - ⊕ 54,75 \$ au cabinet et à domicile ;
  - ⊕ 45,60 \$ dans un établissement ;
- ⊗ pour les périodes de 15 minutes supplémentaires :

- ⊕ 27,49 \$ au cabinet et à domicile ;
- ⊕ 22,80 \$ dans un établissement.

On ne pourra cependant plus facturer d'autres actes en même temps que l'intervention clinique et la psychothérapie. C'est la raison pour laquelle leur rétribution a été accrue. « Il a été convenu avec le Ministère que nous allions procéder à une réévaluation de la tarification au bout de trois mois pour nous assurer que les médecins ont une compensation juste », a assuré le D<sup>r</sup> Godin.

### Objectifs pour 2012

La FMOQ se donne trois objectifs pour l'année 2012. Le premier sera de concrétiser les mesures du nouvel accord-cadre et d'en

assurer le suivi. Ces activités nécessiteront une grande partie de son énergie. La Fédération va entre autres suivre de près la différence de rémunération entre les omnipraticiens du Québec et ceux du reste du Canada, mais surtout, l'écart de rétribution entre médecins de famille et spécialistes au Québec. Ces observations serviront son deuxième objectif qui est de travailler à l'obtention d'une rétribution concurrentielle pour les omnipraticiens. Et, pour finir, il y aura l'action sur le terrain. « Nous avons beaucoup augmenté notre présence auprès de nos membres, a affirmé le D<sup>r</sup> Godin. Nous allons continuer au cours de la prochaine année à les mobiliser et à communiquer avec eux de différentes façons. » 📞

### Le D<sup>r</sup> Georges-Henri Villeneuve Nouveau membre émérite

Le D<sup>r</sup> Georges-Henri Villeneuve, ancien président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean (AMOSL), laisse une impression marquante derrière lui. « Georges n'est pas un homme de demi-mesure. Il est passionné et engagé. Tout ce qu'il fait, il le fait à très grande vitesse », a expliqué le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ, avant de remettre une plaque honorifique au nouveau membre émérite de la FMOQ.

Le D<sup>r</sup> Villeneuve s'est toujours passionné pour la médecine. En 1974, jeune médecin, il a ouvert avec l'un de ses collègues la Clinique de médecine familiale d'Alma, où il travaille toujours. Il exerce aussi à l'Hôtel-Dieu d'Alma, où il a été chef du Département de médecine générale pendant dix ans. Il y a pratiqué à l'urgence, aux soins intensifs et, pendant 24 ans, en obstétrique.

Le médecin est aussi un passionné de syndicalisme. À la tête de l'AMOSL de 1986 à 2007, il a su être un président actif, présent et visionnaire. Il a même siégé au Bureau de la FMOQ pendant quatorze ans et s'est battu entre autres pour une meilleure répartition des effectifs médicaux dans les régions éloignées, un régime complémentaire de retraite et l'incorporation des médecins.

Prenant la parole après avoir reçu sa plaque, le D<sup>r</sup> Villeneuve a tenu à mettre ses collègues en garde en vue des prochaines négociations avec le gouvernement. « Vous avez un rendez-vous en 2015-2016 avec un Ministère envahissant. Il nous semble bienveillant, mais ne vise qu'un plus grand contrôle de notre pratique. » Le médecin se méfie du gouvernement à qui il reproche d'avoir tué l'esprit d'entrepreneuriat en santé et appauvri les omnipraticiens en utilisant différents prétextes pour retarder les négociations. « L'État veut nous donner l'impression de nous aider à nous développer en formant des GMF, des cliniques-réseau, mais cela sous l'œil bienveillant des agences régionales. En plus, il veut nous fournir des dossiers médicaux électroniques. Sans être paranoïaque, à quand le contrôle du temps consacré aux patients, de la pertinence des examens, du protocole de soins ou du guide de pratique non respecté ? »



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Georges-Henri Villeneuve

# Assemblée générale de Laurentides-Lanaudière se tourner vers l'avenir

Emmanuèle Garnier



Terrebonne

Photos : Emmanuèle Garnier



Dr Marc-André Amyot

L'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL) se prépare déjà à son prochain grand rendez-vous syndical. Ce sera en 2015-2016. Elle compte être prête pour les prochaines négociations du futur accord-cadre.

« Nous allons essayer de maintenir et de consolider ce que nous avons déjà fait pour nous préparer à 2015-2016 », a expliqué le Dr Marc-André Amyot,

président de l'AMOLL, au cours de l'assemblée générale de l'organisme qui avait lieu à Terrebonne, le 16 novembre dernier. Le Dr Amyot désire, d'ici la nouvelle échéance, accroître la participation des médecins de sa région aux affaires syndicales, améliorer les communications avec eux et augmenter la présence des membres

du Bureau de l'Association auprès de la base.

Les dernières négociations se sont, par ailleurs, bien déroulées sur le territoire de Laurentides-Lanaudière. La mobilisation s'est révélée très bonne. D'ailleurs, 45 % des omnipraticiens de la région ont pris la peine de voter au sujet du renouvellement de l'Entente générale.

Un taux beaucoup plus élevé que dans le reste du Québec où il était de 38 %. Et quand on le compare à celui d'autres consultations, le pourcentage de participants dans Laurentides-Lanaudière était tout à fait honorable. « En 2009, aux élections municipales, le taux



Dr Louis Godin

de participation était de 40 % et de 16 % à 20 % aux élections scolaires. Cependant, aux dernières élections fédérales, le pourcentage de participation était de 61 % », a indiqué le président. Ses membres ont, en outre, été nombreux à approuver la nouvelle entente : 84 % ont donné leur aval, par rapport à 77 % dans le reste du Québec.

« Je suis satisfait de la participation des membres, du résultat du vote ainsi que de l'engagement et de la mobilisation que nous avons obtenus. Cela ne veut pas dire qu'on va s'arrêter là. Je suis également content du travail du Bureau au cours de cette année de négociation. Il a entre autres créé des liens avec les membres de la base. On va s'en servir pour les négociations de 2015-2016. »

### **Le nouveau rôle des pharmaciens**

L'un des dossiers qui préoccupaient le D<sup>r</sup> Amyot, au moment de l'assemblée générale, concernait les nouveaux champs de compétence que réclamaient les pharmaciens. Aux yeux du président, il fallait se montrer prudent. « Dans le cas du diagnostic, on doit se rappeler que cela nécessite des compétences et requiert un examen physique. Nous allons donc continuer à travailler fort avec la FMOQ pour nous assurer que nos intérêts soient défendus. » Les diverses pressions ont semblé porter leurs fruits, puisque quelques jours plus tard le projet de loi 41 n'autorisait les pharmaciens à prescrire certains médicaments que lorsqu'aucun diagnostic n'était requis.

Le président de l'AMOLL se posait, par ailleurs, des questions sur la situation dans lequel les pharmaciens seraient placés. « Quand ils prescriront un médicament, pourquoi n'y aura-t-il pas de conflit d'intérêts, alors que lorsque les médecins en vendaient auparavant, on considérait qu'il y en avait un ? » Le D<sup>r</sup> Amyot a écrit au président du Collège des médecins du Québec pour lui faire part de ses préoccupations.

Au cours du débat sur la place publique concernant les nouvelles tâches du pharmacien, le président de l'AMOLL a été choqué par la publicité télévisée d'Uniprix qui montre que ce professionnel de la santé est plus disponible que le médecin pour une mère et son enfant malade. Le D<sup>r</sup> Amyot a fait parvenir au président du Groupe Uniprix une lettre



*Assemblée générale de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière*

pour lui faire part de son indignation et lui demander de retirer la publicité (*encadré*).

Le D<sup>r</sup> Amyot comptait également rencontrer les députés de la région au sujet de ces enjeux.

« Il faut sensibiliser et informer les élus. On doit

### **Lettre de protestation de l'AMOLL au sujet de la publicité d'Uniprix**

**Monsieur François Castonguay**  
Président et chef de la direction  
Groupe Uniprix

Monsieur,

L'Association des médecins omnipraticiens des Laurentides et de Lanaudière considère que la publicité de votre bannière, où on retrouve une mère avec son enfant qui tente de consulter à plusieurs reprises un médecin et qui finalement trouve écoute chez son pharmacien, est méprisante à l'égard des médecins de famille.

Les membres de l'Association vous demandent de retirer cette publicité méprisante. L'utilisation à des fins mercantiles et corporatistes du problème d'accessibilité à un médecin de famille au Québec est outrageante.

Ce n'est pas avec ce genre de publicité que vous renforcerez le travail d'équipe entre les pharmaciens de la bannière Uniprix et les médecins de famille.

De plus, votre publicité laisse croire que le pharmacien peut offrir les mêmes services diagnostiques que le médecin. Laisser croire à la population de tels faits est tendancieux et inapproprié. Pour toutes ces raisons, nous vous demandons de retirer cette publicité.

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente. Veuillez accepter mes salutations.

*D<sup>r</sup> Marc-André Amyot*  
Président

discuter avec eux de sujets de santé. Tout ce qu'ils entendent, ce sont des patients qui leur disent avoir de la difficulté à trouver un médecin de famille. L'Association va donc leur donner des informations appropriées et réalistes sur ce qui se passe sur le terrain. Actuellement, il y a le dossier des pharmaciens, mais il y en aura plusieurs autres. Nous allons créer des liens avec ces gens pour pouvoir échanger. » L'AMOLL désire devenir plus active dans la défense des droits des médecins.

### **Les prochaines mesures de l'Entente**

Le D<sup>r</sup> **Louis Godin**, président de la FMOQ, était venu rencontrer les médecins de la région de Laurentides-Lanaudière pour leur expliquer les premières mesures de la nouvelle Entente générale qui seront mises en place : compensation pour les frais de pratique, programme de prise en charge des patients orphelins, nouvelle nomenclature dans différents milieux de soins, etc.

L'une des mesures importantes, qui pourrait entrer en vigueur d'ici à la fin juin, sera la rémunération du médecin pour sa collaboration avec un autre professionnel de la santé. C'est ce qu'on appelle souvent « la notion du lui-même ».

« Nous pensons que tant qu'on ne réussira pas à faire une percée dans cette voie, il va être très difficile pour vous d'augmenter votre volume d'activité. Vous devez absolument avoir de l'aide. Et la professionnelle de la santé qui peut le mieux vous épauler est l'infirmière. La solution est

donc dans la notion du lui-même », a expliqué le D<sup>r</sup> Godin aux soixante omnipraticiens présents.

« Quelles en seront les modalités ? », s'est enquis un médecin dans la salle. Elles ne sont pas encore définitivement arrêtées, a précisé le président de la Fédération. Néanmoins, il semblerait que les omnipraticiens pourraient recevoir une rémunération dans deux situations. La première concerne la collaboration avec une infirmière qui voit des patients. « À la fin de la journée, elle doit discuter des cas avec vous. Vous seriez alors payés pour la discussion de cas. »

Dans la seconde situation, qui se présente souvent en périnatalité, le médecin travaille avec une infirmière qui fait une partie de l'examen et l'anamnèse avant qu'il voie lui-même la patiente. « L'examen que vous avez ensuite à effectuer serait mieux rémunéré. »

Le nouvel accord-cadre comprend une multitude de nouvelles mesures. Comment les médecins pourront-ils s'assurer qu'ils reçoivent toutes les sommes auxquelles ils ont droit ? « Actuellement, on est capable d'effectuer une certaine surveillance de ce que nous verse la Régie de l'assurance maladie, que ce soit pour les patients ou les examens », a indiqué un membre de l'AMOLL. Le contrôle de la rémunération va encore être possible, a répondu le D<sup>r</sup> Godin. « Vous allez avoir le détail complet de votre rémunération quand vous serez payé. Vous pourrez le suivre périodiquement. »

### **L'avenir**

À la fin de l'assemblée générale, le D<sup>r</sup> Amyot a été réélu. Son programme pour la prochaine année ? Procéder à une révision des statuts de l'Association et amorcer une réflexion sur les stratégies pour accroître l'assistance aux réunions. Le président compte d'ailleurs améliorer la communication avec les médecins grâce au nouveau site Internet, au Bulletin et à l'organisation de rencontres régionales. « On veut également augmenter le rayonnement de l'Association auprès des membres, des différents organismes, des agences, des centres de santé et de services sociaux, des départements régionaux de médecine générale et des élus. » 🍷

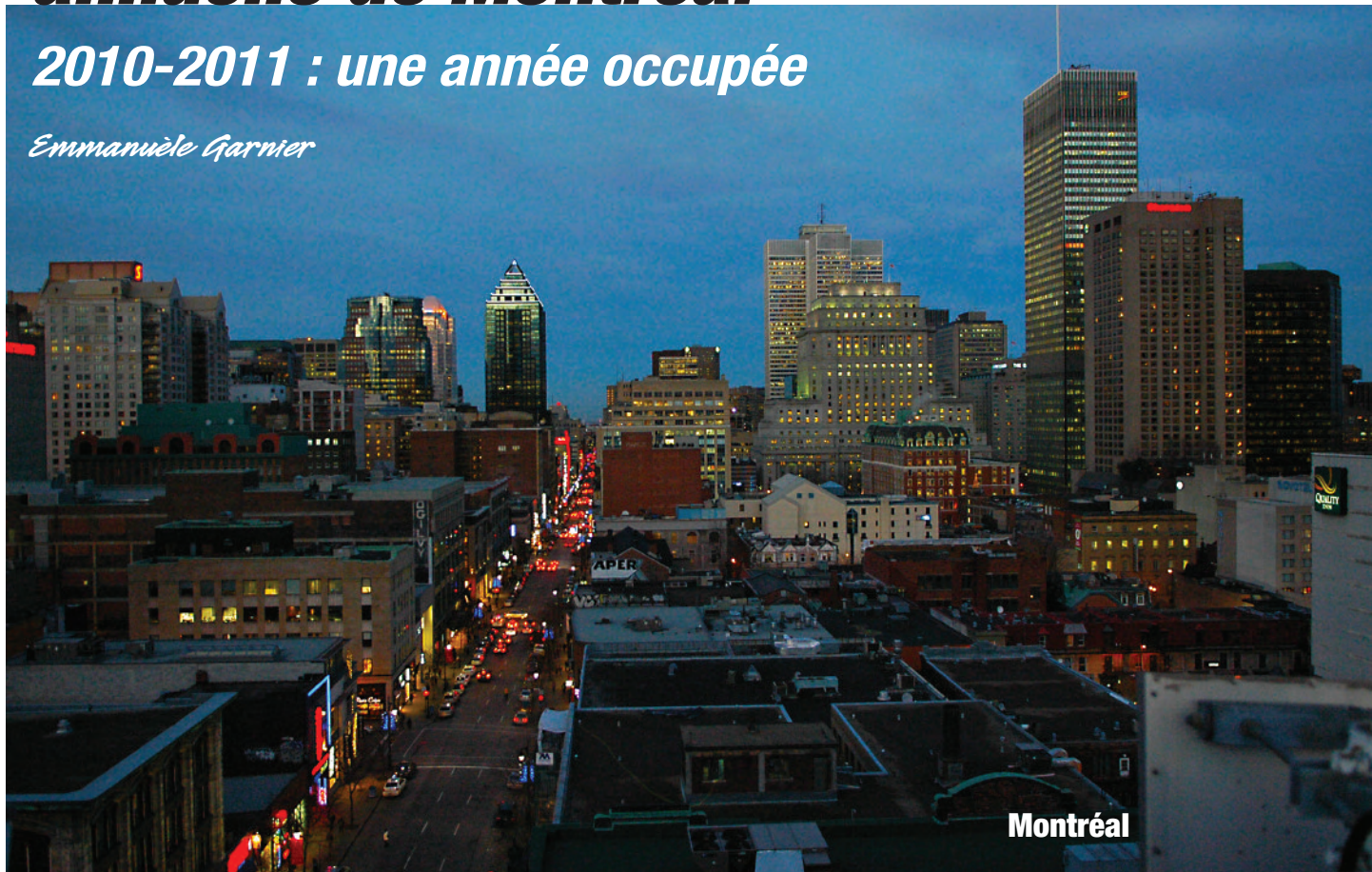




# Assemblée générale annuelle de Montréal

## 2010-2011 : une année occupée

Emmanuèle Garnier



Montréal

Photos : Emmanuèle Garnier



Dr Marc-André Asselin

L'ANNÉE 2010-2011 a été chargée pour l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM). L'organisme a non seulement fêté ses 50 ans et lancé un livre sur son histoire, mais a également été engagé dans les négociations entre

les omnipraticiens et le gouvernement.

Le président de l'AMOM, le **Dr Marc-André Asselin**, est aussi le premier vice-président de la FMOQ. À ce titre, il a participé aux pourparlers avec le ministère de la Santé et des Services sociaux au sujet du renouvellement de l'Entente générale. Cela a nécessité beaucoup de temps et d'énergie.

Voyages à Québec, nombreuses rencontres avec les représentants du gouvernement, deux campagnes de publicité et négociations intensives pour en arriver à une entente de principe, en juin. Pour finir, il y a eu le vote pendant l'été. Les omnipraticiens devaient approuver ou rejeter l'accord-cadre conclu entre le gouvernement et leurs représentants.

La consultation a été une étape particulièrement décevante pour le Dr Asselin. À l'assemblée générale annuelle, à laquelle assistaient 114 médecins le 18 novembre dernier, il n'a pas caché son désenchantement. À Montréal, le taux de participation n'a été que de 26 %, alors qu'il a atteint 38 % dans le reste du Québec. Parmi les votes retenus, 68 % approuvaient l'Entente et 32 % la rejetaient.



Dr Louis Godin

« Je n'ai pas fini ma réflexion sur le fait que les médecins n'ont pas participé à un vote qui aurait dû leur tenir à cœur. Il s'agissait de leurs conditions de travail et de la valeur de l'omnipraticien. Nous avons travaillé pendant deux ans pour améliorer les choses. Le résultat du vote me laisse un peu amer. Cependant, je me dis que dans le secteur public, les employés ne votent pas davantage, tout comme les citoyens aux élections scolaires. »

### **Le triste paysage montréalais**

Dans la métropole, la situation devient chaque année plus inquiétante. La moyenne d'âge des hommes omnipraticiens atteint maintenant 57 ans. Chez les femmes, l'âge moyen est dorénavant de 48 ans. Le nombre de médecins de famille montréalais est également préoccupant. Il semble stagner autour de 1850. « Chaque année, beaucoup d'omnipraticiens prennent leur retraite et il y a peu de nouveaux venus », a mentionné le D<sup>r</sup> Asselin.

Autre sujet de préoccupation : les cliniques-réseau. Le système est en danger, a averti le président de l'AMOM. Pour les médecins qui y pratiquent, ce milieu devient de plus en plus difficile. « Il n'y a rien de valorisant à travailler dans une clinique-réseau. C'est devenu un endroit où il y a tellement de monde. Quand on ouvre la porte, le matin, il y a 55 patients qui occupent les 55 chaises de la salle d'attente. Ce sont des gens qu'on ne connaît pas la plupart du temps », a indiqué le D<sup>r</sup> Asselin. En outre, les cliniques-réseau offrent beaucoup moins d'avantages que d'autres milieux plus

avant-gardistes. « C'est beaucoup plus intéressant de travailler dans un groupe de médecine de famille. Là, il y a davantage d'argent. Les médecins y gagnent en moyenne 15 % de plus. »

Une solution est nécessaire pour la population. « Trente pour cent des Montréalais n'ont pas de médecin de famille. La clinique-réseau devait être une réponse à ce problème, mais il est clair qu'elle le n'est pas. Il n'y a pas assez d'argent, pas d'aide, pas d'infirmière pour voir les patients qui arrivent à la clinique », a indiqué le D<sup>r</sup> Asselin.

Les différents acteurs cherchent à régler le problème. Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, **M. David Levine**, a organisé une consultation. Il a invité des représentants de la FMOQ, de l'AMOM et de la Fédération des médecins spécialistes du Québec à expliquer comme ils voyaient le réseau montréalais de la santé dans dix ans. Il a ensuite mis sur pied un comité pour étudier la manière d'améliorer les cliniques-réseau. Un représentant de l'AMOM fait partie du groupe de travail.

La FMOQ, de son côté, a créé son propre comité qui réunit des délégués non seulement de Montréal, mais aussi de la périphérie : Laval, les Laurentides et la Montérégie. Plusieurs réunions ont déjà eu lieu. « Je pense que rapidement on va arriver à des propositions concrètes. Il faut réussir à équiper les cliniques-réseau adéquatement et à mieux rémunérer les médecins qui y travaillent », a souligné le D<sup>r</sup> Asselin. Le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est d'ailleurs montré intéressé par les travaux du groupe de travail et a manifesté son désir de le rencontrer.

L'avenir ? L'AMOM va maintenant réfléchir à son destin. Le comité AMOM 2011-2016 a été créé pour revoir le rôle de l'Association. « Quel est notre rôle politique, syndical et social ? Quel doit être notre niveau d'engagement dans la région de Montréal ? Vers quoi doit-on se diriger ? » Un sondage va d'ailleurs être envoyé aux membres pour connaître leur avis.

### **Les modalités des futures mesures de l'Entente**

L'assemblée générale de l'AMOM constituait la dernière étape de la tournée du président de la



Photos : Emmanuèle Garnier

Assemblée générale de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal

FMOQ, le **D<sup>r</sup> Louis Godin**. Sa rencontre avec les médecins de Montréal lui a permis de présenter les mesures de la nouvelle Entente générale qui seront bientôt mises sur pied et de répondre aux questions des membres.

Une omnipratricienne qui pratique en périnatalité s'inquiétait, par exemple, du fait que bien des mesures du nouvel accord-cadre – comme la compensation pour les frais de cabinet – ne s'appliquent que lorsque les patients suivis sont inscrits. « L'immense majorité de nos patientes enceintes ne sont pas inscrites, et nous ne les inscrirons pas. Nous ne pouvons pas être leur médecin de famille après la grossesse », a-t-elle expliqué.

Ce problème a été réglé, a indiqué le **D<sup>r</sup> Godin**. « Quand vous ferez un examen de prise en charge de grossesse, la patiente sera automatiquement considérée comme étant inscrite pendant une douzaine de mois. Et cela, même si elle est déjà inscrite auprès d'un autre médecin. Cette mesure, qui va commencer à partir du 1<sup>er</sup> janvier, vous permettra de bénéficier de la compensation pour les frais de pratique et des avantages liés au nombre de patients inscrits. »

Des cliniciens travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée se posaient eux aussi des questions sur leur future rémunération. « La plupart d'entre nous sont rétribués à tarif horaire. Est-ce qu'on va avoir une rémunération mixte ? », a demandé une omnipratricienne. « Nous voulons qu'il y ait trois choix, a expliqué le président de la Fédération. Nous désirons que vous puissiez choisir d'être payés à tarif horaire, d'être rétribués à l'acte ou encore d'avoir une rémunération mixte, c'est-à-dire un tarif horaire et un pourcentage de l'acte. » Il y aurait toutefois un changement. Contrairement aux règles actuelles, un médecin pourra probablement choisir un mode de rémunération même si les autres omnipratriciens de l'établissement en adoptent un autre.

Et qu'en est-il pour les médecins enseignants ? « Il est difficile pour un omnipratricien qui pratique à l'hôpital trois jours par semaine et enseigne une journée et demie de prendre en charge 700 patients inscrits », a fait remarquer



un médecin. Ce seuil est le nombre minimal pour avoir droit au forfait de polyvalence. La Fédération est consciente de ce problème, a indiqué le **D<sup>r</sup> Godin**. « J'ai déjà demandé au comité des médecins enseignants d'étudier cette question. Faudra-t-il moduler le nombre de patients inscrits en fonction des activités d'enseignement ? On va voir. » Un certain travail reste donc à faire pour régler les différents problèmes qui pourront surgir avec le temps. Plusieurs corrections ont cependant déjà été apportées.

## Les 50 ans de l'AMOM

Le 15 juillet 1961 était créée l'Association des praticiens de Montréal, devenue par la suite l'Association des médecins omnipratriciens de Montréal (AMOM). Les médecins de famille d'alors sentaient le besoin de se regrouper. « Les praticiens étaient isolés dans leur cabinet, sans accès à l'hôpital ou alors y avaient très difficilement accès. Ils étaient souvent très éloignés du plateau technique. En outre, plusieurs de leurs confrères spécialistes les méprisaient », a rappelé le **D<sup>r</sup> Marc-André Asselin**, président de l'AMOM, au cours de la soirée destinée à célébrer les 50 ans de l'Association.

Au début des années 1960, aucun organisme ne défendait les omnipratriciens. C'était le Collège des médecins du Québec qui régnait sur le monde médical. C'était lui qui s'occupait des droits du

public, des omnipraticiens et des spécialistes, sans se soucier des conflits d'intérêts créés par tous ces rôles contradictoires. Se posant en arbitre entre patients et cliniciens, par exemple, il fixait les tarifs médicaux. Par ailleurs, à cette période particulièrement difficile pour la médecine familiale, les spécialités médicales commençaient à prendre de l'expansion. Elles devenaient de plus en plus nombreuses et comptaient de plus en plus de membres. Les omnipraticiens avaient besoin d'un contrepoids.

Les fondateurs de l'Association de Montréal ont alors non seulement créé leur association, mais ont aussi mis en marche un véritable mouvement. « Deux ans plus tard, aidées par l'Association de Montréal, cinq associations mises sur pied dans d'autres régions fusionnaient pour former la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec », a indiqué le D<sup>r</sup> Asselin.

La création de l'AMOM constitue ainsi un jalon historique. « C'est vraiment la naissance du syndicalisme médical au Québec. Plus que jamais aujourd'hui, on se rend compte de l'importance de cet événement. Que ferait-on s'il n'y avait pas de Fédération ou d'associations ? Il y a des gens qui, il y a 50 ans, ont vu l'importance de se défendre », a dit le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ.

Pour souligner ses 50 ans, l'AMOM a décidé de rendre hommage à tous les médecins qui pratiquent depuis cinquante ans et plus. Ils sont 18, dont neuf étaient présents à la soirée (*photo ci-dessous*). Le D<sup>r</sup> Asselin leur a remis une plaque

au cours d'un grand souper, qui comprenait près de 200 convives. « Je trouve que le moment est particulièrement approprié pour rendre hommage à ces médecins. » 🍷



Cocktail de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal



D<sup>r</sup> Henri Lecoq, D<sup>r</sup> Yves Côté, D<sup>r</sup> Robert Bourque, D<sup>r</sup> Pierre Chapdelaine,  
D<sup>r</sup> Jean-Luc Choquette, D<sup>r</sup> Gilles Bissonnette, D<sup>r</sup> Raymond Rivest,  
D<sup>r</sup> Jean-Guy Harris, D<sup>r</sup> Claude Sergerie

Photos : Emmanuèle Garnier

## Projet de loi sur les pharmaciens mises en garde de la FMOQ

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Louis Godin

Plusieurs aspects du projet de loi n° 41 modifiant la *Loi sur la pharmacie* sont avantageux pour les patients. Ils pourront entre autres faire prolonger leurs ordonnances par le pharmacien grâce aux nouvelles activités que ce dernier pourra pratiquer (*encadré*). Cependant, si l'on

n'y prend garde, certains côtés de la future loi risquent de nuire au suivi médical.

Le 29 novembre dernier, comparaisant devant la Commission de la santé et des services sociaux, le D<sup>r</sup> Louis Godin, président de la FMOQ, a souligné certains écueils à éviter. « Il pourrait être permis, dans le projet de loi tel qu'il est libellé, qu'on en arrive à un moment donné à permettre la prolongation pour une période de plusieurs mois d'antidépresseurs à un patient qui est traité pour un problème de santé mentale. Cela pourrait mettre en péril le suivi médical de ce patient-là si tout n'est pas bien balisé », a indiqué le D<sup>r</sup> Godin, entouré des deux vice-présidents de la Fédération, le D<sup>r</sup> Marc-André Asselin et le D<sup>r</sup> Claude Saucier.

Le projet de loi permet ainsi à un pharmacien de prolonger l'ordonnance d'un médecin pendant un maximum d'un an. Cela peut aussi poser un problème dans le cas d'une personne à qui l'on prescrit un médicament qui nécessite un suivi médical, comme une statine. « Si on n'a pas les mécanismes pour que ce patient soit revu dans un délai de six mois, s'il doit l'être, on diminue la qualité du suivi », a ajouté le D<sup>r</sup> Godin.

L'ajustement des ordonnances pourrait aussi créer des difficultés. Le projet de loi prévoit que le pharmacien aura la possibilité de changer la forme, la dose, la quantité ou la posologie d'un médicament prescrit ou encore de le remplacer par un autre d'une même sous-classe thérapeutique. « Cela pourrait permettre de modifier un plan de traitement sans que le médecin soit mis au courant de la situation alors qu'il demeure le responsable du suivi du patient », a indiqué le président de la FMOQ.

Pour l'instant, il existe un certain flottement concernant la portée de la future loi. Le projet de loi indique uniquement que le pharmacien pourra prolonger ou ajuster une ordonnance « suivant les conditions et les modalités déterminées par règlement ». Ce n'est qu'une fois que ces dernières seront arrêtées qu'apparaîtront les vrais effets des nouvelles mesures législatives. La FMOQ propose, de son côté, des balises. « La prolongation et l'ajustement d'une ordonnance ne devraient jamais entraver la qualité du suivi médical requis pour un patient et, notamment, la fréquence des visites médicales requises par sa condition », prévient son mémoire.

La Fédération partage cependant les objectifs de la loi 41. Depuis longtemps, elle approuve la prolongation et l'ajustement des ordonnances par les pharmaciens. « Le fait qu'un patient soit obligé

Encadré.

### Introduction du projet de loi n° 41, Loi modifiant la Loi sur la pharmacie

« Ce projet de loi modifie la *Loi sur la pharmacie* afin d'ajouter aux activités réservées aux pharmaciens la prolongation d'une ordonnance pour une période déterminée, l'ajustement d'une ordonnance, l'administration d'un médicament afin d'en démontrer l'usage approprié, la prescription de certains médicaments lorsque aucun diagnostic n'est requis et, pour un pharmacien exerçant dans un centre exploité par un établissement de santé ou de services sociaux, la prescription et l'interprétation d'analyses de laboratoire. »

de se rendre dans une clinique sans rendez-vous parce que sa prescription est échue et que son prochain rendez-vous est dans trois semaines n'a pas de bons sens », a d'ailleurs précisé le D<sup>r</sup> Godin en répondant à une question du ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Yves Bolduc**.

### **Diagnostic et médecine**

Le projet de loi accorde également aux pharmaciens le droit de prescrire certains médicaments, mais seulement lorsqu'aucun diagnostic n'est requis. La Fédération approuve cette restriction. Mais elle a une inquiétude : qui déterminera le type de situations dans lesquelles un diagnostic n'est pas nécessaire ? À ses yeux, seul le Collège des médecins du Québec peut le faire. « Il en va de la sécurité des patients et de la qualité des soins qu'on leur donne », a indiqué le président de la Fédération.

Le diagnostic relève de l'exercice de la médecine, rappelle par ailleurs la FMOQ. Lorsqu'un médecin voit un patient, son affection n'est *a priori* ni banale ni grave. Le clinicien doit d'abord évaluer le problème de santé et poser un diagnostic. Pour ce faire, il recourra à l'anamnèse et à l'examen physique et utilisera la méthode du diagnostic différentiel. Une fois le diagnostic arrêté, il décidera d'un traitement et d'un plan de suivi. Seulement quand ces étapes auront été franchies, pourra-t-on déterminer qu'il s'agissait vraiment d'un problème anodin.

Et qui sera tenu responsable en cas de problème ? La FMOQ prévient qu'elle n'acceptera pas que les fautes incombent aux médecins. « Il reviendra aux pharmaciens d'assumer entièrement la responsabilité professionnelle qui sera la leur face aux nouvelles activités que le législateur semble vouloir leur permettre d'effectuer », mentionne le mémoire.

### **Conflit d'intérêts**

Un autre point du projet de loi 41 préoccupe la FMOQ : les conflits d'intérêts potentiels.

Jusqu'à présent, au Québec, la vente et la prescription de médicaments étaient des activités qui avaient été maintenues séparées. Le *Code de déontologie des médecins* interdit d'ailleurs aux cliniciens de vendre des médicaments à l'exception de ceux qu'ils administrent directement.

Mais qu'en sera-t-il pour les pharmaciens dans le cadre du projet de loi 41 ? « Le pharmacien pourrait possiblement tirer des bénéfices des médicaments qu'il prescrit et vend tout à la fois. En effet, ses profits peuvent directement dépendre du prix des médicaments qu'il peut prescrire », indique le mémoire de la Fédération.

Les règles du jeu semblent être en train de changer. « Nous nous posons la question à savoir si, pour les parlementaires, le projet de loi tel qu'il est libellé fait que le législateur ne voit plus actuellement de conflit d'intérêts potentiel dans le fait de vendre et de prescrire des

médicaments », a demandé le D<sup>r</sup> Godin au cours de la commission. Il ne peut, cependant, y avoir une logique différente pour un seul groupe de professionnels.

Par ailleurs, le projet de loi 41 était-il nécessaire ? La FMOQ ne le croit pas. En 2002, la Loi 90 a révisé les champs d'exercice de plusieurs professions, dont la médecine, la pharmacie et les soins infirmiers. La réforme a permis à des professionnels de la santé non-médecins

*« La prolongation et l'ajustement d'une ordonnance ne devraient jamais entraver la qualité du suivi médical requis pour un patient et, notamment, la fréquence des visites médicales requises par sa condition. »*

– Mémoire de la FMOQ

d'entreprendre, d'ajuster et de surveiller des traitements pharmacologiques grâce à des ordonnances individuelles et collectives. L'état actuel de la loi, fait valoir le mémoire de la Fédération, permettrait sans que l'on ait à changer quoi que ce soit à la *Loi sur la pharmacie* de résoudre la plupart des problèmes auxquels cherche à remédier le projet de loi n° 41. « Alors pourquoi avons-nous besoin d'une nouvelle loi pour encore une fois concrétiser le travail multidisciplinaire ? », a conclu le D<sup>r</sup> Godin. ☞

## Des nouvelles des associations

### Association de Yamaska Hommage au D<sup>r</sup> Bernard Raymond

Cette année, l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a décerné le titre de membre émérite au D<sup>r</sup> Bernard Raymond, de la région de Cowansville. « Le D<sup>r</sup> Raymond est un médecin qui a rayonné par son activité professionnelle et son engagement social », explique le D<sup>r</sup> Jacques Bergeron, président de l'AMOY. Chaque année, depuis onze ans, l'Association rend hommage, à tour de rôle, à un médecin de l'une de ses trois sous-régions : Saint-Hyacinthe, Granby et Cowansville.

Le D<sup>r</sup> Raymond pratique dans la région de Bedford depuis 1975. Il y exerce non seulement dans un cabinet, mais aussi au centre hospitalier, au centre d'hébergement et de soins de longue durée et il donne des soins à domicile. Citoyen engagé, le D<sup>r</sup> Raymond s'est aussi occupé du hockey chez les jeunes.

L'omnipraticien s'est investi, par ailleurs, dans les différents aspects de sa vie professionnelle. Il a siégé au conseil d'administration du CLSC-CH de Bedford ainsi qu'à celui du Collège des médecins de famille du Canada. Il a également collaboré avec le Collège des médecins du Québec pour créer

un outil d'évaluation des médecins en pratique. « Pas surprenant qu'il ait été nommé Médecin de l'année 1998 par le Collège québécois des médecins de famille », a affirmé son collègue le D<sup>r</sup> Denis Lesieur au moment de lui remettre la plaque honorifique de membre émérite au cours de l'assemblée générale de l'AMOY. **EG**



Photo : Daniel Gauthier

D<sup>r</sup> Bernard Raymond

Photo : Emmanuèle Garnier

D<sup>r</sup> Jacques Bergeron

### Association de la Côte-du-Sud Un souper avec les nouveaux médecins

Le 1<sup>er</sup> novembre dernier, les membres du Bureau de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud (AMOCS) ont invité tous les médecins de famille qui venaient de s'installer dans leur région à un souper. Parmi eux, neuf jeunes omnipraticiennes ont pu y assister.

« Pendant cette réunion, nous nous sommes présentés et leur avons expliqué en quoi consistait notre association, les raisons pour lesquelles nous en faisons partie et notre rôle », explique la D<sup>re</sup> Lucile Martin, présidente de l'AMOCS.

Le souper a entre autres permis aux membres du Bureau de mieux connaître les nouvelles venues et de savoir qui elles étaient, où elles pratiquaient et quels étaient leurs champs d'intérêt. Les jeunes femmes, de leur côté, leur ont

posé beaucoup de questions à la fois sur la vie professionnelle et syndicale. « Elles savaient très peu de choses de la FMOQ et trouvaient cette réunion intéressante. »

Depuis trois ans, l'AMOCS accueille ainsi les nouveaux médecins. La démarche en vaut la peine. « Les jeunes médecins que l'on rencontre viennent ensuite davantage aux réunions de l'Association », indique la D<sup>re</sup> Martin. **EG**



À l'avant : D<sup>re</sup> Anne Laliberté (secrétaire), D<sup>re</sup> Lucile Martin (présidente) et D<sup>r</sup> Jean-François Hamel (membre du Bureau)  
À l'arrière : D<sup>re</sup> Micheline Guay (membre du Bureau), D<sup>re</sup> Annie Lanthier, D<sup>re</sup> Carole Labrecque, D<sup>re</sup> Catherine Jean, D<sup>re</sup> Millie-Ève Larose, D<sup>re</sup> Véronique Clapperton, D<sup>re</sup> Mélanie Simard, D<sup>re</sup> Anne-Marie Coulombe et D<sup>r</sup> Normand Drolet (membre du Bureau)  
Absentes : D<sup>re</sup> Elizabeth Bilodeau et Catherine Boucher

# Bulletins pédiatriques

*Du D<sup>r</sup> Jean Labbé*



Rentrés à la maison avec leur poupon, les parents entament la valse-hésitation des questions sur le bien-être du nourrisson. Pas de panique ! Voici le manuel d'instruction sur la petite enfance. Conçu par le **D<sup>r</sup> Jean Labbé**, pédiatre, cet ouvrage se compose de onze bulletins correspondant aux visites médicales périodiques, de la naissance à 5 ans.

Parus pour la première fois en 1994, les *Bulletins pédiatriques* sont recommandés par la Société canadienne de pédiatrie et largement utilisés. Ils constituent un soutien utile aux médecins de famille et aux parents.

Cette cinquième édition propose une mise à jour comprenant les plus récentes connaissances sur les jeunes enfants. Adaptés à tous les âges de la petite enfance, les sujets touchent, entre autres, la nutrition, la croissance, le développement, le comportement, la vie familiale, les soins, la prévention, les rhumes, les gastro-entérites, etc. Bien sûr, on y traite de l'allaitement maternel. Il y est même question des tétines du biberon, du rot et des régurgitations. Rien n'est oublié. Par exemple, pour les enfants de 4 et de 5 ans, on y discute de discipline, de l'entrée à la maternelle, de la sexualité, des agressions sexuelles, des vaccins, etc.

Présentés dans un classeur à anneaux, les textes des *Bulletins pédiatriques* peuvent être photocopiés et remis aux parents. On peut se les procurer uniquement sur commande : 418 656-5958, [fmc@fmc.ulaval.ca](mailto:fmc@fmc.ulaval.ca) ou [www.fmed.ulaval.ca/fmc](http://www.fmed.ulaval.ca/fmc). ☎

Éditions Vice-décanat à la pédagogie et au développement professionnel continu, Faculté de médecine, Université Laval, Québec, 2011, 129 pages, 135 \$.



## Campagnes de publicité de la FMOQ lauréates de plusieurs prix

Plusieurs volets de diverses campagnes publicitaires de la FMOQ pour valoriser la médecine familiale ont été primés par Infopresse, un portail spécialisé dans le marketing, la publicité et les communications. « Nous en sommes très fiers. Cela montre que notre message était porteur et bien ciblé », affirme M. Jean-Pierre Dion, directeur des Communications à la FMOQ.

La campagne *Les Québécois sans médecin de famille*, conçue par BCP, a ainsi remporté un des prix du concours Boomerang, d'Infopresse, qui récompense les meilleures réalisations québécoises en communications interactives. La publicité, qui comprenait diverses vidéos présentées sur Internet, s'est illustrée dans la catégorie « Campagne ayant utilisé des relations publiques pour générer un effet viral ». Les concepteurs avaient fait appel aux 30 000 adeptes recrutés sur Facebook et à 600 personnes influentes sur le Web pour propager leur message. Les jurés ont souligné qu'afin « de sensibiliser les citoyens à la pénurie de médecins de famille, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a mené des actions et créé des messages à forte charge émotionnelle destinés à faire réagir le grand public. »

La campagne a également gagné un prix dans la catégorie « Pièce publicitaire ». Le jury a, entre autres, apprécié le fait qu'une « bannière interactive permettait aux internautes de sécher les larmes d'une personne



Campagne Les Québécois sans médecin de famille



Lorsqu'une personne souffre et n'a pas accès à un médecin de famille, c'est toute sa famille qui en souffre.

malade, sensibilisant ainsi au problème du manque de médecins de famille ».

Également produite par BCP, la dernière campagne de la FMOQ montrait que « lorsqu'une personne souffre et n'a pas accès à un médecin de famille, c'est toute sa famille qui en souffre ». L'un des volets était constitué d'annonces imprimées et diffusées sur le Web. Les photos réalisées dans ce cadre ont remporté *ex æquo* le Grand prix LUX 2011 d'InfoPresse dans la catégorie « publicité ».

Par ailleurs, la vidéo « Larme », qui faisait partie de cette campagne, a été en nomination aux prix ClioHealthcare, aux États-Unis. Le clip n'a pas reçu de récompense, mais le fait de réussir à être sélectionné à ce concours international est prestigieux.

« Il est clair que la Fédération va continuer à être présente dans les différents médias. Beaucoup de travail reste à faire, et nous entendons déployer tous les efforts nécessaires pour que le travail effectué par les médecins omnipraticiens au Québec soit enfin reconnu à sa juste valeur », affirme M. Dion. EG

# Regain de poids après un régime

## les dessous du phénomène

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

**L**ES MÉCANISMES complexes qui mènent à la reprise de poids après un régime deviennent plus clairs. L'un des rouages serait hormonal. Ainsi, un an après un important amaigrissement, le taux des hormones qui stimulent la prise du poids n'est toujours pas retourné à la normale, révèle une étude récente publiée dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup>.

Le poids est régulé par une multitude d'hormones relâchées par le système digestif et les tissus adipeux. Ces dernières se rendent à l'hypothalamus pour le renseigner sur l'état nutritionnel de l'organisme et lui permettent alors de doser l'apport de nourriture et les dépenses d'énergie. Un régime draconien a, sur ce système, l'effet d'une tempête. La production d'une multitude de médiateurs en est perturbée. Ainsi, la sécrétion de l'hormone qui stimule la faim augmente. Le taux du peptide qui favorise le stockage d'énergie s'accroît. La concentration des hormones qui inhibent l'apport de nourriture chute. Et maintenant, on sait que ce déséquilibre ne se résorbe pas après quelques mois.

« Prises ensemble, différentes données indiquent

que chez les personnes obèses qui ont perdu du poids, de multiples mécanismes compensatoires favorisent le gain de poids et persistent pendant au moins un an. Ils doivent être surmontés pour maintenir la perte pondérale », estiment les auteurs de l'étude, le **D<sup>r</sup> Joseph Proietto** et ses collaborateurs, de Melbourne, en Australie.

### Faim, désir de nourriture et hormones

L'équipe du D<sup>r</sup> Proietto a recruté 50 patients obèses ou ayant un surplus de poids. Les sujets, dont l'IMC allait de 27 kg/m<sup>2</sup> à 40 kg/m<sup>2</sup>, ont suivi pendant dix semaines un régime à très faible teneur en calories, soit de 500 kcal à 550 kcal par jour. L'objectif fixé était une perte de 10 % du poids.

Après dix semaines, la phase de maintien du poids a commencé. Les participants ont eu une consultation individuelle avec une diététiste qui leur a fourni des recommandations écrites sur l'apport alimentaire qu'ils devraient avoir en fonction de leurs dépenses d'énergie. Ils ont aussi été encouragés à faire de l'exercice.

Les chercheurs ont pesé les sujets et pris différentes mesures au début de l'étude, après les dix semaines du programme d'amaigrissement et un an plus

1. Sumithran P, Prendergast L A, Delbridge E et coll. Long-term persistence of hormonal adaptations to weight loss. *N Engl J Med* 2011 ; 365 : 1597-604.



Photo : Emmanuelle Garnier

« On a démontré que la nourriture devient plus désirable quand le taux de ghréline est élevé. Les images d'aliments sont plus puissantes et ont un effet plus prononcé sur le cerveau. »

– D<sup>r</sup> Alain Dagher

tard, soit au bout de 62 semaines. Dans le groupe, 34 participants ont atteint le poids ciblé et été jusqu'au bout de l'étude. Seules leurs données ont été retenues. Ces personnes ont perdu en moyenne 13,5 kg après le régime, soit 14 % de leur poids initial. Un an plus tard, elles avaient toutefois repris presque 6 kg.

Que s'est-il passé sur le plan hormonal chez les participants ? Un an après la fin du régime, la sécrétion de différents médiateurs restait encore perturbée (tableau 1 et 2). Ainsi, la concentration de la ghréline, qui accroît la faim, demeurait élevée, tout comme celle du peptide inhibiteur gastrique, qui favoriserait le stockage d'énergie. Par contre, la concentration de leptine, qui entre autres augmente les dépenses énergétiques, continuait à être significativement plus faible. Le taux des hormones qui inhibent la consommation alimentaire comme la cholecystokinine, l'amyline et le peptide YY était également plus bas qu'au début. Une seule hormone n'a pas facilité le regain de poids : le polypeptide pancréatique. Chargé de réduire l'apport en

nourriture, il présentait un taux plus élevé au bout d'un an.

Tous ces bouleversements hormonaux se sont répercutés sur le cerveau. Ainsi, l'appétit des sujets était plus grand non seulement après les dix semaines du régime, mais également un an plus tard (tableau 3). La faim, le désir de nourriture, l'urgence de manger, l'anticipation de la consommation, tout comme les pensées obsédantes d'aliments étaient également plus intenses au bout de 62 semaines qu'au début de l'étude. Seul le sentiment de satiété était plus bas à la semaine 62 qu'à la semaine 10.

### **Le pouvoir des hormones**

Neurologue et chercheur à l'Institut de neurologie de Montréal et à l'Université McGill, le D<sup>r</sup> Alain Dagher connaît le pouvoir des hormones de l'appétit. Il a lui-même travaillé sur la ghréline. Sécrétée par l'estomac, elle est la seule hormone connue qui accroît la faim.

« On a essayé de voir comment elle agit. »

Grâce à l'imagerie par résonance magnétique, l'équipe

Tableau 1

**Hormones dont le taux a diminué**

Rôle	P du changement après dix semaines	P du changement après un an
<b>Leptine</b>		
Sécritée par les tissus adipeux, elle agit sur l'hypothalamus pour réduire l'apport en nourriture et augmenter les dépenses d'énergie.	< 0,001	< 0,001
<b>Peptide YY</b>		
Produit par l'intestin en réponse à un apport de nutriments, il réduit la consommation de nourriture.	< 0,001	< 0,001
<b>Cholecystokinine</b>		
Hormone relâchée par l'intestin après un repas. Elle inhibe la prise d'aliments.	< 0,001	= 0,04
<b>Insuline</b>		
Hormone du pancréas qui a un effet hypoglycémiant et permet le stockage du glucose.	< 0,001	= 0,01
<b>Amyline</b>		
Sécritée par le pancréas après un repas, elle inhibe l'apport alimentaire.	< 0,008	= 0,05 (non significatif)

du D<sup>r</sup> Dagher a observé le cerveau de participants sains à qui l'on présentait des images de nourriture<sup>2</sup>. Quand ils leur ont administré de la ghréline par intraveineuse, les chercheurs se sont aperçus que plusieurs régions de leur cerveau réagissaient davantage aux photos d'aliments. Dans certaines zones, la réponse était même corrélée à une impression de faim. Ce phénomène n'apparaissait pas après l'injection d'une solution placebo.

2. Malik S, McGlone F, Bedrossian D et coll. Ghrelin modulates brain activity in areas that control appetitive behavior. *Cell Metabolism* 2008 ; 7 (5) : 400-9.

Tableau 2

**Hormones dont le taux a augmenté**

Rôle	P du changement après dix semaines	P du changement après un an
<b>Ghréline</b>		
Hormone produite par l'estomac. Elle stimule l'appétit.	< 0,001	< 0,001
<b>Peptide inhibiteur gastrique</b>		
Sécrité par l'intestin en réponse à un apport en nutriments, il favoriserait le stockage d'énergie.	= 0,004	< 0,001
<b>Polypeptide pancréatique</b>		
Relâché par le pancréas à la suite de l'absorption de nutriments, il réduit la prise de nourriture.	= 0,008	= 0,002

« On a démontré que la nourriture devient plus désirable quand le taux de ghréline est élevé. Les images d'aliments sont plus puissantes et ont un effet plus prononcé sur le cerveau. C'est le résultat de l'action de l'hormone sur les régions liées à la motivation et aux récompenses », explique le D<sup>r</sup> Dagher.

Mais cette substance n'est qu'un des nombreux médiateurs de la régulation du poids. Ensemble, ils exercent une énorme pression. « Tous ces signaux agissent sur le cerveau et lui disent qu'il faut manger. Cela demande donc une plus grande maîtrise de soi. Le nombre de personnes qui parviennent à ne pas grossir après avoir perdu du poids est minime », indique le chercheur.

Faut-il lutter toute sa vie après avoir suivi un régime ? Peut-être pas. « La recherche animale montre qu'une fois qu'on atteint un nouveau palier, c'est éventuellement ce seuil que l'organisme va adopter. Donc, si l'on parvient à conserver le même poids pendant une certaine période de temps, cela devient le nouveau point de référence du cerveau », affirme le D<sup>r</sup> Dagher. Toutefois, on sait maintenant qu'il faut tenir plus d'un an.

Tableau 3

**Appétit et autres facteurs**

Changement	P du changement après dix semaines	P du changement après un an
<b>Appétit</b>		
Augmentation	< 0,001	< 0,001
<b>Faim</b>		
Augmentation	< 0,001	< 0,001
<b>Désir de nourriture</b>		
Augmentation	< 0,001	< 0,001
<b>Urgence de manger</b>		
Augmentation	< 0,001	< 0,001
<b>Anticipation de la consommation d'aliments</b>		
Augmentation	< 0,001	< 0,001
<b>Pensées obsédantes de nourriture</b>		
Augmentation	= 0,09 (non significatif)	= 0,008
<b>Satiété</b>		
Relative stabilité*	Non significatif	Non significatif

\* Le sentiment de satiété était toutefois plus bas à la semaine 62 qu'à la semaine 10.

**Traitements : risques et espoirs**

Quelle est l'utilité clinique des données du D<sup>r</sup> Proietto ? « Si elles sont confirmées, on pourrait, comme cliniciens, faire des dosages hormonaux pour repérer les sujets qui sont particulièrement à risque à cause de leur taux d'hormones circulantes orexigènes très élevé ou d'hormones anorexigènes très bas. Il n'est pas impossible que l'on puisse raffiner notre approche de l'amaigrissement avec ce type de mesures », estime le **D<sup>r</sup> Dominique Garrel**, endocrinologue et professeur au Département de nutrition de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

À la lumière de leurs résultats, les auteurs de la recherche songent même à des traitements. Il serait

possible d'interférer pharmacologiquement avec certaines hormones pour réduire l'appétit et contrecarrer les mécanismes compensatoires de l'organisme. La solution sera peut-être une association de médicaments. « La leptine a déjà été essayée, et cela ne marchait pas. C'était en partie parce que plusieurs hormones interviennent dans le mécanisme de régulation. Comme il y en a six ou sept, si l'on n'en cible qu'une seule ce n'est peut-être pas assez, affirme le D<sup>r</sup> Dagher. Une nouvelle association de leptine et d'amyline semble prometteuse. Administrées ensemble, ces deux hormones qui diminuent l'appétit pourraient peut-être permettre d'obtenir une perte de poids à long terme. »

Parmi les grands espoirs, se trouve également le liraglutide (Victoza<sup>®</sup>), un analogue d'une hormone digestive, le GLP-1. « Ce médicament, qui connaît un grand succès aux États-Unis, agit sur l'appétit et peut faire perdre beaucoup de poids, explique de son côté le D<sup>r</sup> Garrel. Au Québec, il est indiqué dans le diabète, mais pas encore dans l'obésité. » Ce médicament a ainsi l'avantage d'offrir quelques années de recul. Mais est-ce assez ?

On sait maintenant que jouer avec les molécules du cerveau est dangereux. On ouvre parfois une boîte de Pandore. « On ne connaît pas suffisamment la chimie du cerveau, estime l'endocrinologue. Certains médicaments qui manipulaient l'une des voies hormonales de la satiété et de la faim, comme le fameux rimonabant, ont été retirés après plusieurs années parce qu'ils entraînaient des suicides. Ce n'était d'ailleurs pas la première fois que des comportements autodestructeurs étaient associés à des médicaments contre l'obésité. »

Néanmoins, pour plusieurs personnes, certains de ces produits étaient magiques. « Le problème, c'est que les réactions varient énormément d'un patient à l'autre. Les médicaments qui ont été retirés fonctionnaient merveilleusement bien sur certains. » Plusieurs patients du D<sup>r</sup> Garrel ont d'ailleurs souffert de leur retrait. « Ils ont maintenant beaucoup de mal à maintenir leur poids. »

**Les limites d'un protocole extrême**

Révéant un nouveau concept, l'étude de l'équipe australienne est importante, mais son protocole

Photo : Emmanuèle Garnier



**« L'étude du D<sup>r</sup> Proietto est importante, parce qu'elle apporte un concept nouveau. Elle montre que les modifications hormonales qui sont défavorables au maintien du poids durent longtemps après une diminution pondérale radicale. »**

– D<sup>r</sup> Dominique Garrel

prête le flanc à la critique. « Les auteurs montrent que les modifications hormonales défavorables au maintien du poids durent longtemps après une diminution pondérale radicale, cependant, ces changements ont été créés dans des conditions extrêmes non recommandées », souligne le D<sup>r</sup> Garrel.

Pour être sûrs de pouvoir prouver leur concept, les chercheurs ont produit une situation excessive. Ils ont soumis leurs sujets à un régime de 500 à 550 kcal/jour, alors que le minimum conseillé est de 800 kcal/jour. « Un apport aussi réduit est dangereux. Le défaut de l'étude est l'utilisation d'un protocole que personne ne recommanderait à quelque patient que ce soit. On a créé un grave état de malnutrition », soutient l'endocrinologue.

Ce choix a des conséquences sur l'utilisation des données. « Le prix à payer est qu'il est difficile d'extrapoler ces résultats à une situation normale. Ce qui reste à voir, c'est ce qui se passe quand la diminution calorique est plus raisonnable. »

Le D<sup>r</sup> Garrel n'est pas non plus d'accord avec l'une des hypothèses des auteurs. Selon eux, leur étude semble indiquer que le haut taux de rechute chez les gens obèses qui ont perdu du poids « a une forte base physiologique et n'est pas simplement le résultat d'un retour volontaire aux vieilles habitudes ».

Le D<sup>r</sup> Garrel ne croit pas à la malédiction hormonale. À ses yeux, le nouveau gain de poids vient non pas de l'augmentation de l'appétit, mais de l'absence de changements de vie adéquats. « La durabilité de la perte de poids tient exclusivement à l'acquisition d'habitudes nouvelles », explique le spécialiste. Malheureusement, cette approche a elle aussi ses limites. « À cause de l'état actuel de la science, nous ne savons pas créer les conditions qui permettent des changements d'habitudes durables. La prise en charge multidisciplinaire, qui est la méthode la plus efficace, a un taux de réussite d'environ 25 %. Ce n'est pas beaucoup, mais c'est mieux que les interventions uniques dont le taux de succès est d'à peu près 5 %. » 🍷

## Thèmes de formation continue des prochains numéros

- **Février 2012**  
**La thyroïde**
- **Mars 2012**  
**Les patients atteints  
de maladies vasculaires**
- **Avril 2012**  
**Les hépatites virales**
- **Mai 2012**  
**Les questions  
médicolégales au quotidien**
- **Juin 2012**  
**Les affections liées à l'activité  
physique en pédiatrie**
- **Juillet 2012**  
**Les grands syndromes cliniques  
chez la personne âgée**
- **Août 2012**  
**Les troubles du mouvement**
- **Septembre 2012**  
**Les nouveautés en santé mentale**





## Congrès de formation médicale continue

FMOQ

**9 et 10 février 2012**

### **La gériatrie**

Hôtel Delta Québec, Québec

**22 et 23 mars 2012**

### **La dermatologie**

Centre Mont-Royal, Montréal

**19 et 20 avril 2012**

### **Les urgences**

Hôtel Delta Québec, Québec

**17 et 18 mai 2012**

### **L'infectiologie**

Hôtel Sheraton Laval, Laval

**7 et 8 juin 2012**

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

Hôtel Delta Québec, Québec

**13 et 14 septembre 2012**

### **L'urologie, la néphrologie et la sexologie**

Hôtel Sheraton Laval, Laval





*Par la Fédération  
des médecins omnipraticiens  
du Québec*

**Épargne et investissement**

- Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
- Investissement – Liquidité
- Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
- Compte de retraite immobilisé (CRI)
- Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
- Fonds de revenu viager (FRV)
- Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
- Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEL)
- Courtage en valeurs mobilières  
(REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)
- Fonds FMOQ
- Autres fonds communs de placement
- Produits d'Épargne Placements Québec
- Dépôts à terme
- Service-conseil
- Service de planification financière
- Service d'analyse pour la pratique médicale en société

**Les Fonds d'investissement FMOQ inc.**  
**Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597**  
**Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777**

**Programmes d'assurances**

- Assurances de personnes
- Assurances automobile et habitation
- Assurances de bureau
- Assurance médicaments  
et assurance maladie complémentaire
- Assurances frais de voyage et annulation
- Assurance responsabilité professionnelle

**Dale Parizeau Morris Mackenzie :**  
**514 282-1112 ou 1 877 807-3756**

**Tarifs hôteliers d'entreprise  
pour les membres de la FMOQ**

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

**Direction des affaires professionnelles**

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur  
**FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499**