

## Colloque de la commission des présidents réflexions et discussions

**E**N AVRIL DERNIER, le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et les 19 présidents des associations affiliées à l'organisme se sont réunis pendant deux jours pour étudier des questions importantes pour leur profession : les modalités de rémunération des omnipraticiens, la collaboration médecin-infirmière, les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) et l'aide aux jeunes médecins.

Photos : Emmanuèle Garnier



Dr Renald Dutil

Les modes actuels de rémunération sont-ils adaptés à la pratique du médecin qui prend en charge et suit une clientèle ? « La prise en charge et le suivi des patients constituent un problème dans tout le Canada. Les causes sont les mêmes ici qu'ailleurs : une organisation de soins et une rémunération mal adaptées », a expliqué d'entrée de jeu le **Dr Renald Dutil**, président de la FMOQ.

Certains des participants estimaient que l'Entente générale entre les omnipraticiens et le gouvernement, qui remonte aux années 1970, s'ajuste de moins en moins bien à la pratique des médecins. La population vieillit, les problèmes des patients deviennent plus lourds, les consultations sont plus exigeantes et plus longues. Cette situation demande, en outre, aux omnipraticiens de collaborer de plus en plus étroitement avec d'autres professionnels de la santé et d'effectuer gratuitement certaines tâches : appels téléphoniques, réunions, pressions pour obtenir des examens ou une consultation, discussions, interventions, conseils.

« À mon avis, l'Entente générale peut encore être adaptée. Il est cependant nécessaire d'y apporter des changements », a jugé l'un des présidents. D'autres étaient également de cet avis. « Je pense que le mode de rémunération à l'acte a encore sa place. Pour les psychiatres, par exemple, il y a un code d'acte pour les appels », a ajouté un participant.

« Il faut rendre le mode de rémunération plus adapté à la prise en charge et au suivi des patients. Environ 5000 médecins travaillent

en première ligne », a souligné le **Dr Louis Godin**, président du comité *ad hoc* que la FMOQ a créé pour se pencher sur les modalités de rémunération des omnipraticiens.

Ce groupe a observé que les médecins sont, en général, réticents à l'idée de changer de mode de rétribution, surtout pour un forfait annuel ou une rémunération par capitation.

Le forfait de prise en charge et de suivi des clientèles vulnérables offre une nouvelle avenue, tout comme les GMF où le mode de rémunération est ajusté grâce un tarif horaire pour certaines activités et un forfait annuel par patient. L'inscription des patients semble d'ailleurs poser moins de problèmes que certains l'avaient craint. Il semblerait que près d'un million de patients soient inscrits dans le cadre du



Dr Louis Godin

programme des clientèles vulnérables, dans celui des enfants de 0 à 5 ans ou encore auprès d'un médecin de GMF.

### **Collaboration entre médecins et infirmières**

L'an dernier, la FMOQ a mis sur pied un comité médecins-infirmières avec l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. « L'arrivée des infirmières dans les groupes de médecine de famille (GMF) a permis de créer un nouveau modèle de collaboration. Le *statu quo* n'est plus possible.

Il faut évoluer vers une nouvelle relation », a affirmé le D<sup>r</sup> Dutil.

La place des infirmières est ainsi en train d'être redéfinie entre autres grâce aux GMF. « Pour notre comité, la valeur ajoutée de l'apport des infirmières est davantage du côté du suivi conjoint des maladies chroniques que du côté des activités traditionnelles », a affirmé le **D<sup>r</sup> Yves Langlois**, qui présidait le comité omnipraticiens-infirmières. Dans certains GMF, la latitude de ces professionnelles de la santé est parfois même plus

grande que celles de leurs collègues praticiennes de l'Ontario.

Les infirmières des GMF peuvent, en général, prendre en charge des patients en collaboration avec le médecin, faire le suivi des rapports d'examen paracliniques, être gestionnaires de cas, effectuer de la prévention et de la formation auprès des patients, évaluer et trier les problèmes de santé aux consultations sans rendez-vous et collaborer avec le médecin pour élaborer des ordonnances collectives.

Le comité va continuer à suivre les expériences de collaboration médecins-infirmières. Il produira également un document sur les ordonnances collectives et

organisera un atelier sur la collaboration omnipraticiens-infirmières.

### **Les nouveaux médecins qui s'installent**

La question des PREM a également été abordée au colloque de la Commission des présidents. Le bilan pour 2005 ? Toutes les régions universitaires et périphériques ont réussi à recruter le nombre d'omnipraticiens auquel elles avaient droit. Mais d'autres régions ont aussi tiré leur épingle du jeu. « Le recrutement a été excellent en Mauricie, dans le Bas-Saint-Laurent et au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il a été bon en Outaouais », a dévoilé le **D<sup>r</sup> Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. Dans les régions éloignées, toutefois, le recrutement est resté faible, même s'il a été meilleur que l'an dernier.

Les 20 présidents se sont également penchés sur l'accueil réservés aux nouveaux omnipraticiens qui s'installent dans une région. Comment mieux les soutenir ? « Pour un jeune médecin, l'accueil peut faire la différence entre le fait de rester ou



D<sup>r</sup> Yves Langlois



D<sup>r</sup> Jean Rodrigue



de partir », a rappelé le D<sup>r</sup> Dutil. Plusieurs idées ont été soumises aux participants : accueil personnalisé des nouveaux médecins, journée consacrée au bilan des premiers mois de pratique, formation professionnelle continue conçue pour les jeunes omnipraticiens, parrainage et mentorat.

La formule du mentorat semble particulièrement intéressante. « Il s'agit de l'organisation et du soutien d'un plan d'intégration professionnelle et clinique pour les nouveaux médecins, notamment en permettant une désensibilisation aux tâches stressantes », a expliqué le D<sup>r</sup> Pierre



D<sup>r</sup> Pierre Raïche

Raïche, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ. Le mentor peut être un médecin du nouveau lieu de pratique du jeune diplômé ou un généraliste de la région. « Pour ces jeunes médecins, le mentorat facilitera la transition entre un milieu où ils étaient encadrés à un autre où ils sont seuls », a précisé le D<sup>r</sup> Raïche.

Deux conférencières du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont, par ailleurs, venues discuter des projets cliniques dont se doteront les centres de santé et de services sociaux. « Le ministre donne la priorité à quatre types de clientèles : les personnes âgées en perte d'autonomie, les personnes ayant un problème de santé mentale, les personnes ayant un cancer et les jeunes en difficulté », a indiqué la D<sup>re</sup> Yolaine Galarneau, directrice de l'accessibilité des services médicaux au ministère. Le rôle du médecin de famille sera, par ailleurs, important dans ces projets. « Il faut lui donner plus de moyens pour qu'il ne perde pas de temps à faire d'autres tâches que celles qu'il est le seul à pouvoir effectuer. »

Les projets cliniques pourront être adaptés dans chaque région. « Il est important que ces



projets ne constituent pas un modèle mur à mur. Il n'y a pas de façon uniforme de les voir », a également précisé M<sup>me</sup> Michèle Auclair, conseillère à l'implantation des réseaux locaux de services au MSSS.

Certaines des réflexions et des propositions qui ont été abordées au cours de ce colloque de la Commission des présidents seront présentées à la prochaine réunion du Conseil de la FMOQ. ☎

(Suite à la page 15) >>>

## Fondation OLO

*un dîner-bénéfice pour des bébés en bonne santé*

Comme l'an dernier, la FMOQ parrainera le dîner-bénéfice de la Fondation OLO. L'organisme procure des œufs, du lait, du jus d'orange et des suppléments vitaminiques aux femmes enceintes pauvres pour leur permettre de donner naissance à des enfants en bonne santé.

L'événement, auquel sont conviés les gens d'affaires et les professionnels de la santé, vise à recueillir des fonds pour permettre à la Fondation de continuer son travail. L'an dernier, elle est venue en aide aux mères de plus de 12 000 bébés dans tout le Québec.

« La Fédération a choisi de s'engager dans cette cause puisque la mission de la Fondation OLO rejoint celle des médecins de famille, particulièrement ceux qui pratiquent en périnatalité », explique le D<sup>r</sup> Renald Dutil, membre du comité d'honneur de la Fondation OLO.

Le Dîner OLO, un repas gastronomique préparé par le traiteur *Agnus Dei*, aura lieu le mercredi 18 mai, de 11 h 45 à 14 h, dans l'édifice du Marché-Bonsecours, au 350, rue Saint-Paul Est, dans le Vieux-Montréal. Pour plus d'informations : (514) 931-1859, poste 233, ou [www.olo.ca](http://www.olo.ca)



## Médecine familiale mode d'emploi

Francine Fiore

Afin de faciliter l'installation en pratique de ses futurs membres, la FMOQ a organisé, pour la toute première fois à Montréal, une journée de formation à l'intention des résidents I en médecine familiale, comme elle le fait déjà pour les résidents II.

Plus de 50 résidents ont participé à une rencontre destinée à les aider à naviguer à travers la complexité des normes et des règlements qui encadrent la pratique médicale. « On s'est rendu compte que si on voulait aider les résidents dans leur choix de carrière, il fallait intervenir très tôt, indique le **D<sup>r</sup> Jean Rodrigue**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. Il est important de leur assurer rapidement une formation adéquate afin de mieux les préparer. »

Au cours de cette journée, les conférenciers ont donc discuté des aspects administratifs, juridiques, financiers et professionnels de la pratique. Ainsi, le **D<sup>r</sup> Michel Desrosiers**, directeur des Services professionnels de la FMOQ, a passé en revue les différents types et lieux de pratique, les modes de rémunération ainsi que les régimes d'assurance offerts aux médecins. De son côté, le **D<sup>r</sup> Serge Dulude** de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal a fait le point sur les particularités de l'installation dans un cabinet privé et dans un établissement de soins,

insistant sur les questions professionnelles et personnelles que doivent se poser les jeunes médecins. Il a également été question des AMP (activités médicales particulières), des PREM (plans régionaux d'effectifs médicaux) et de planification financière.

### Des résidents mieux informés

Faisant partie du vocabulaire de la pratique médicale, les termes AMP, PREM et GMF (groupe de médecine familiale) ne sont pas abordés dans le cadre du programme universitaire et demeurent souvent nébuleux pour de nombreux résidents. « Je connaissais le concept des AMP et des PREM, mais pas en détail. Maintenant, j'en ai une meilleure idée, indique le **D<sup>r</sup> Alexandro Domingos**, résident I. Une telle réunion va nous aider à nous organiser. »

Pour la **D<sup>re</sup> Yacine Ouédraogo**, résidente I, cette journée a été très importante. « J'apprends beaucoup de choses. Ça fait peur, mais je crois qu'on va trouver un moyen de s'y faire. » Selon le **D<sup>r</sup> Nghiep Giang Duong**, résident II, cette journée est essentielle. « En sortant de l'université, on ne connaît pas les aspects légaux de la profession. On ne sait pas à quoi s'attendre une fois diplômé et ce que ce sera dans la pratique de tous les jours. »

D'autres journées de formation pour les résidents I ont eu lieu à Sherbrooke et à Chicoutimi. Les prochaines se tiendront le 11 mai, à Gatineau, et le 18 mai, à Montréal, pour les résidents de l'Université McGill. Une autre journée est prévue à Québec le 24 août prochain pour les résidents de l'Université Laval. ☎

## Prix IMS Canada les lauréats : les D<sup>rs</sup> France Caza et Wilfrid Boivert



D<sup>re</sup> France Caza

La D<sup>re</sup> France Caza et le D<sup>r</sup> Wilfrid Boivert ont reçu un Prix IMS Canada dans la catégorie « meilleurs articles soumis par des médecins omnipraticiens » pour un texte qu'ils ont chacun publié dans le numéro de mai 2004 du *Médecin du Québec*.

La D<sup>re</sup> Caza qui, en plus de travailler au CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval, pratique en psychiatrie à la Cité de la Santé de Laval, a été récompensée pour son article *La dépression réfractaire : rien ne va plus !* « Ce texte fait un tour complet

de la dépression réfractaire, un problème affectant de 29 à 46 pour cent des personnes déprimées », a précisé le D<sup>r</sup> Renald Dutil, président de la FMOQ,

qui dévoilait le nom des lauréats omnipraticiens au cours de la cérémonie organisée par IMS Health Canada.

Pratiquant lui aussi en psychiatrie à la Cité de la Santé de Laval, au CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval et également à l'Unité de médecine familiale de Verdun, le D<sup>r</sup> Boivert a reçu un prix pour son texte *Prescrire un antidépresseur*. « Il s'agit d'un article qui explique en profondeur les différentes approches pharmacologiques disponibles dans le traitement de la dépression en fonction de la situation clinique du patient », a résumé le D<sup>r</sup> Dutil.

Les Prix IMS Canada ont pour but de souligner la contribution de pharmaciens et de médecins – omnipraticiens et spécialistes – à la formation de leurs pairs par la rédaction d'un article sur la consommation appropriée de médicaments. ☞

(Suite à la page 120) >>>>



D<sup>r</sup> Wilfrid Boivert

### Livres Francine Fiore

## Claude Bilodeau ma meilleure mise

De Suzanne Barre  
Préface de Renald Dutil, M.D.

Prenant l'allure d'un véritable problème de santé publique, le jeu pathologique fait de plus en plus de victimes. Il s'infiltré dans les existences sans discrimination d'âge ou de statut social. Cette forme de trouble obsessionnel compulsif peut toutefois être traitée. Mais la souffrance est immense. Claude Bilodeau en est l'exemple parfait. Il a tout perdu : sa femme, sa famille, ses amis, son logement, sa voiture, sa dignité, de même que sa santé physique et mentale. Ayant plongé dans les abîmes de la déchéance et de la détresse, il se retrouve au bord du suicide. Puis, il transforme son énergie destructrice en une volonté d'aider ceux qui sont aux prises avec le même problème. Voilà pourquoi il a ouvert le premier centre consacré au traitement du jeu compulsif, la Maison Claude-Bilodeau, à Sainte-Marie-de-Beauce et mis sur pied le mouvement des Gamblers anonymes, à Sainte-Foy.

Claude Bilodeau est tombé dans le piège du jeu et s'est relevé. Mais

ce ne fut pas facile. L'auteure de sa biographie, Suzanne Barre, trace le portrait de cet homme aux abois. Avec justesse et émotion, elle relate sa douleur et son combat. De rechutes en faillite, en passant par le centre de détention, la thérapie et les escapades clandestines aux tables de jeu, elle lui donne la parole afin qu'il raconte les hauts et les bas de son parcours infernal. Bouleversant, ce récit constitue un vibrant témoignage des difficultés qu'il a connues, tout en livrant un message d'espoir. Car, finalement, Claude Bilodeau a gagné ! Il a retrouvé sa vie et sa liberté. Très sensibilisé au problème du jeu compulsif, le D<sup>r</sup> Renald Dutil, président-directeur général de la FMOQ, signe la préface de ce livre qui, à son avis, pourra en aider plusieurs. ☞

Éditions Saint-Martin, Montréal, Québec, 2005, 225 pages, 23,95 \$.



◀◀◀ (Suite de la page 16)

## Collège des médecins du Québec

### le Grand Prix est remis au D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault

Francine Fiore

Soulignant l'ensemble de sa carrière, et particulièrement son apport incontestable à la médecine familiale, le Grand Prix du Collège des médecins du Québec a été décerné au **D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault**. Tant à Chicoutimi, sa ville natale, qu'à Sherbrooke où, comme doyen associé de la Faculté de médecine, il est chargé de développer l'enseignement au Saguenay, le D<sup>r</sup> Gaudreault a toujours fait preuve d'un engagement total.

Le D<sup>r</sup> Gaudreault pratique la médecine familiale depuis plus de 30 ans à l'Unité de médecine de famille de Chicoutimi. Professeur à l'Université de Sherbrooke et directeur de l'enseignement universitaire, il va sans dire que la formation médicale se situe au centre de ses préoccupations. « Nous avons formé plus de 150 médecins de famille, dit-il. De ce nombre, plus de la moitié sont restés dans la région, dont des résidents de Montréal qui ont choisi de s'installer chez nous. »

Désirant faire reconnaître



D<sup>r</sup> Mauril Gaudreault

le rôle des médecins de famille en milieu hospitalier, la qualité des soins qu'ils prodiguent et la nécessité d'améliorer leurs conditions de pratique, le D<sup>r</sup> Gaudreault fut de tous les combats. « Il a

fallu faire notre place, dit-il. Grâce à l'amélioration de la formation continue, les médecins de famille sont devenus plus performants. Il faut prendre soin de nous pour être de meilleurs soignants. J'ai fait ma petite part, mais je suis encore et avant tout un médecin de famille. »

**aidez-nous.**

1 800 361-9543  
www.leucan.qc.ca

leucan  
Association pour les enfants  
ONCO de SONNE

## Mise en garde

### **Bextra retiré et Celebrex encadré**

Santé Canada a demandé le retrait du Bextra<sup>MC</sup> (valdécoxib) et restreint l'emploi du Celebrex<sup>MD</sup> (célécoxib). L'organisme a pris sa décision après avoir analysé, dans le cas du valdécoxib, des données sur des réactions cutanées graves qui lui ont été associées et, pour le Celebrex, après avoir étudié l'innocuité cardiovasculaire des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2.

Santé Canada a demandé à Pfizer, le fabricant du Bextra, de lui fournir des preuves de l'innocuité de son médicament ainsi qu'une analyse risques-avantages montrant les bienfaits particuliers du produit. En attendant, l'organisme gouvernemental a demandé à la société pharmaceutique de retirer le valdécoxib du marché. En décembre dernier, Santé Canada avait déjà publié un avis sur des cas de réactions cutanées graves et potentiellement mortelles chez des patients traités par le Bextra.

Santé Canada recommande aux

#### **Nouvelles restrictions concernant l'emploi du Celebrex<sup>MD</sup>**

**– Santé Canada**

- ⊙ **Les patients ayant subi une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral, qui ont ressenti des douleurs thoraciques graves associées à une maladie cardiaque ou qui sont atteints de problèmes cardiaques graves, comme l'insuffisance cardiaque congestive, ne devraient pas utiliser ce médicament.**
- ⊙ **Les patients qui présentent des facteurs de risque accrus de crise cardiaque ou d'accident vasculaire cérébral devraient savoir que l'utilisation de ce médicament pourrait augmenter ce risque.** Les facteurs de risque de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral sont l'hypertension artérielle (traitée ou non), la cholestérolémie élevée, le diabète et le tabagisme. Les patients qui présentent de tels facteurs de risque devraient consulter leur médecin et étudier la possibilité d'utiliser d'autres types de médicaments ou de traitements pour maîtriser la douleur.
- ⊙ **On ne devrait prescrire ou utiliser ce médicament qu'à la dose minimale et pendant la plus courte durée possible.**
- ⊙ **Les AINS inhibiteurs sélectifs de la COX-2 ne devraient être utilisés que pour traiter la douleur et l'inflammation causées par l'arthrite et certains types de douleurs aiguës.** Ces médicaments peuvent être utilisés pour traiter l'arthrose et la polyarthrite rhumatoïde. Celebrex<sup>MD</sup> peut être utilisé à court terme (une semaine ou moins), par des adultes, pour la maîtrise des douleurs modérées à intenses causées par des entorses, des interventions chirurgicales ou des extractions dentaires. Dans le passé, Celebrex<sup>MD</sup> était utilisé pour traiter la polypose familiale (présence de multiples polypes dans le côlon). En décembre 2004, cet usage a toutefois été interdit, et un avis public a été diffusé.

personnes qui prennent du valdécoxib de communiquer avec leur médecin pour discuter de l'arrêt de leur traitement et d'une solution de rechange. Les patients devront remettre à la pharmacie les comprimés restants et ne pas les jeter dans la toilette ou le lavabo pour éviter de contaminer l'eau et le sol.

En ce qui concerne le Celebrex, Santé Canada s'est intéressé de plus près à son innocuité quand le Vioxx<sup>MD</sup> (rofécoxib) a été retiré du marché. L'utilisation prolongée de ce dernier avait été liée à un risque accru de crise cardiaque et d'accident vasculaire cérébral. À la suite de l'analyse des données disponibles sur les effets cardiovasculaires des inhibiteurs sélectifs de la cyclo-oxygénase-2, Santé Canada a décidé de restreindre l'utilisation du célécoxib (*voir l'encadré à la page 122*). L'organisme conseille, par ailleurs, aux patients sous Celebrex de consulter leur médecin pour qu'il évalue les avantages et les risques associés au médicament en fonction de leur état de santé. ☞

## ***Des comprimés égarés dans les contenants d'autres médicaments***

La société Ratiopharm signale qu'un comprimé de carvédilol, un alphabloquant et un bêtabloquant, pourrait se retrouver dans des bouteilles de

Ratio-paroxétine. Le fabricant assure, toutefois, que la probabilité est faible.

À quoi sont exposés les patients ? Le carvédilol, prescrit pour le traitement de l'insuffisance cardiaque, est contre-indiqué chez les patients atteints d'asthme ou de troubles bronchospastiques connexes. De graves cas de bronchospasmes ont été signalés chez des asthmatiques qui n'avaient pris qu'une seule dose. Selon Ratiopharm, il est néanmoins important que les patients continuent leur traitement par la paroxétine, car la possibilité qu'un asthmatique prenne par mégarde un comprimé de carvédilol est minime.

Une autre entreprise pharmaceutique, GlaxoSmithKline, signale de son côté qu'il existe une infime possibilité que des flacons ou des plaquettes alvéolées d'Avandamet<sup>®</sup> (rosiglitazone et metformine), d'Avandia<sup>TM</sup> (rosiglitazone), de Coreg<sup>®</sup> (carvédilol), de Paxil<sup>®</sup> (paroxétine), de Paxil<sup>®</sup> CR ou de Relafen<sup>®</sup> (nabumétone) puissent contenir un comprimé d'un autre produit. La société fait cet avertissement à la suite d'une inspection de contrôle de la qualité à son usine de Cidra, à Puerto Rico.

« Les patients sont invités à vérifier l'apparence de leurs comprimés avant de les prendre et à communiquer sans délai avec leur pharmacien ou leur médecin s'ils découvrent une différence quelconque », recommande GlaxoSmithKline. ☞

*(Suite à la page 169) >>>>*



## ***Le deuil périnatal*** ***le vivre et l'accompagner***

de Chantal Haussaire-Niquet



Vivre un deuil n'est jamais facile. Et celui d'un enfant perdu en cours de gestation ou à la naissance est des plus douloureux. Comment faire le deuil d'un être inconnu, qui n'a jamais vraiment existé ? Plongés dans la plus profonde détresse, les parents voguent à la dérive. Pourtant, il existe des moyens de s'en sortir, car la bouée de sauvetage se trouve en eux.

Mère de quatre enfants, dont deux bébés décédés, Chantal Haussaire-Niquet, auteure de *L'enfant interrompu* (Flammarion), est psychothérapeute et formatrice en deuil

périnatal. Afin d'aider les parents démolis par ce drame, elle propose de recourir à la psychosynthèse. S'inspirant des travaux de Carl Jung, de Sigmund Freud et du Dr Roberto Assagioli (psychiatre italien 1888-1974), cette technique permet à l'être humain de grandir en se séparant de ses multiples identifications inconscientes.

Cette approche utilise la visualisation, l'évocation imaginative des sensations, la musique, le dessin, le mouvement, etc. Le thérapeute mise sur la diversité des moyens afin d'accueillir la personne dans sa globalité. L'objectif est de trouver un sens à l'épreuve à l'intérieur de soi et de lutter avec la souffrance et non plus contre.

Afin de mieux illustrer son propos, l'auteure retrace le parcours de deux mères qui ont vécu la mort *in utero* de leur bébé et de deux autres qui ont subi des interruptions médicales de grossesse. Cet ouvrage est destiné aux parents et à leurs proches ainsi qu'aux intervenants qui désirent les aider à s'en sortir et à transformer la souffrance en un nouvel élan de vie.

Éditions le Souffle d'Or, Barret-sur-Méouge (France), 2004, 158 pages, 29,95 \$

## **L'apprenti**

**Jean-Pierre Gagné**



Sous la blouse du chirurgien bat un cœur humain. Et pour mieux nous en convaincre voici les aventures tant professionnelles que personnelles d'un résident bien de son temps et de ses collègues.

L'auteur, lui-même chirurgien-généraliste, a puisé dans ses souvenirs et signe un roman captivant. Par l'intermédiaire de son héros, justement un résident en chirurgie générale, il ouvre toutes grandes les portes de ce bunker qu'est le bloc opératoire.

Poursuivant son chemin, le jeune homme entrevoit son diplôme au bout du tunnel. Mais pour apprendre, il faut beaucoup de travail ainsi qu'une bonne dose d'humilité devant les grands patrons. Pas facile la vie de résident ! Souvent laissé pour compte, il est le valet de ses supérieurs. Son quotidien est tissé de petits riens et de petits points. Il doit se contenter de refermer les plaies, en oubliant les siennes.

Avec réalisme, émotion et humour, cet ouvrage révèle ce qui se passe derrière les portes closes, les relations secrètes, les histoires d'amour qui naissent et s'évanouissent. En même temps, on y suit le cheminement d'hommes et de femmes lucides qui s'interrogent sur la société moderne et leur profession. Ils doivent faire face à la souffrance humaine et aux émotions les plus diverses, aux humiliations, à la rivalité entre collègues, à la fatigue, etc.

Écrit dans un style moderne utilisant le langage de tous les jours, ce roman est ponctué de réflexions sur la profession médicale, le système de santé, les compressions budgétaires, les erreurs médicales, les rivalités entre confrères, les progrès technologiques, etc.

*Les Éditions JCI, Chicoutimi Québec, 292, pages 19,95 \$.*

## Consultations médicales à l'urgence

Francine Fiore

En 2003, environ 3,3 millions de Canadiens âgés de 15 ans et plus, soit un sur huit, se sont rendus à l'urgence d'un hôpital pour leur plus récente consultation médicale. Une enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada révèle que les hommes fréquentent un peu plus ce service que les femmes, soit 14 % contre 12 %. Mais, plus étonnant, les jeunes de 15 à 24 ans s'y rendent dans une proportion de 20 %. Et, contrairement à la croyance populaire, la fréquentation de l'urgence de l'hôpital diminue avec l'âge et tombe à 11 % chez les personnes âgées.

Par ailleurs, le revenu joue un rôle dans les visites à l'urgence. Ainsi, 13 % des personnes ayant des

revenus élevés y ont reçu leur plus récent traitement comparativement à 18 % des moins bien nantis.

### Grands consommateurs de soins

En général, la fréquentation de l'urgence est sensiblement la même partout au Canada : Manitoba et Colombie-Britannique (12 %), Alberta, Saskatchewan, Ontario, Île du Prince-Édouard, Terre-Neuve et Ontario (13 %), Québec et Territoires du Nord-Ouest (14 %). Les taux les plus élevés se retrouvent au Nouveau-Brunswick (18 %), en Nouvelle-Écosse (15 %) et au Yukon (19 %).

Par ailleurs, les personnes qui utilisent les services de l'urgence pour se faire traiter sont de grands

## Index des annonceurs

Renseignements  
thérapeutiques

<b>ALTANA PHARMA INC. / SOLVAY PHARMA INC.</b>		
Pantoloc.....	28.....	156
<b>ALLERGAN</b>		
Botox HH.....	88.....	132-133
<b>ASTRAZENECA CANADA INC.</b>		
Symbicort.....	102.....	170-171
<b>BAYER</b>		
Adalat XL.....	106.....	116
Cipro XL.....	87.....	137-138
<b>BERLEX CANADA INC.</b>		
Yasmin.....	40-41.....	174-176
<b>BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTEE</b>		
Micardis.....	76.....	151
Spiriva.....	couv. II.....	167-168
<b>BRISTOL-MYERS SQUIBB CANADA INC.</b>		
Avapro.....	6.....	130-131
<b>DALE-PARIZEAU LM</b>		
.....	.....	100
<b>GLAXOSMITHKLINE INC.</b>		
Advair.....	84.....	117-120
Avandia.....	52-53.....	126-129
<b>JANSSEN-ORTHO INC.</b>		
Evra.....	104.....	143-146
Reminyl.....	26.....	163-166
<b>LES PRODUCTEURS LAITIERS DU CANADA</b>		
.....	couv. III.....	.....
<b>LUNDBECK CANADA INC.</b>		
Ciprallex.....	10-11.....	134-136
<b>McNEIL</b>		
Tylenol pour enfants.....	110.....	172
<b>MERCK FROSST CANADA &amp; CIE</b>		
Ezetrol.....	couv. IV.....	147-148
<b>NOVO NORDISK</b>		
Vagifem.....	101.....	173
<b>ORGANON CANADA LTEE</b>		
Marvelon.....	.....	94
<b>PALADIN INC.</b>		
Oxytrol.....	61, 63.....	154-155
<b>PFIZER CANADA INC.</b>		
Aricept.....	54.....	125
Lipitor.....	8.....	149-150
Relpax.....	64.....	161-162
<b>PURDUE PHARMA</b>		
OxyContin.....	42.....	152-153
<b>RBC – GROUPE FINANCIER</b>		
Services.....	.....	108
<b>SANOFI-AVENTIS</b>		
Actonel.....	15.....	112-113
Adacel.....	32.....	114-115
Altace.....	12.....	123-124
Plavix.....	31.....	157-158
<b>STIEFEL CANADA INC.</b>		
Stieprox.....	97.....	169
<b>WYETH</b>		
Alesse.....	4.....	121-122
Effexor (anxiété).....	74-75.....	139-142
Effexor (dépression).....	82-83.....	139-142
Prevnar.....	98.....	159-160

consommateurs de soins médicaux. Les patients ayant un médecin de famille s'y rendent autant que ceux qui n'en ont pas. Et même, plus on va chez le médecin, plus on fréquente l'urgence. Parmi les personnes ayant consulté un médecin plus de cinq fois pendant l'année précédant l'enquête, 21 % ont visité l'urgence presque deux fois plus souvent que celles (12 %) qui avaient vu un médecin plus rarement. La raison pourrait être un besoin de soins continus.

### Variations régionales

Mais en dépit de tout ce qui se dit sur les urgences, près des trois quarts (73 %) des répondants ont dit y avoir reçu des soins d'excellente ou de bonne qualité. Environ 16 % les ont qualifiés de passables et 11 %, de faibles. Dans l'ensemble du Canada, 20 % des résidents ont déclaré être assez ou très insatisfaits des soins prodigués à l'urgence. Toutefois il y a d'importants écarts régionaux sur ce plan. Le taux d'insatisfaction passe de 28 % à Terre-Neuve et au Labrador à 24 % en Ontario, à 15 % au Québec et à 11 % au Yukon. Partout au Canada, les habitants des régions rurales avaient plus tendance à se présenter à l'urgence que ceux des régions urbaines, soit 15 % contre 13 %.

Chez les patients se rendant à l'urgence, les principaux problèmes étaient des blessures limitant l'activité (44 %), le diabète (13 %), l'asthme (18 %), l'arthrite (13 %), les maladies cardiaques (16 %), la bronchite chronique (19 %), un accident vasculaire cérébral (21 %), des troubles de l'humeur (20 %) et des troubles d'anxiété (19 %). ☞

Montréal, le 28 février 2005

Madame Louise Roy  
Revue *Le Médecin du Québec*

Dans le numéro de mai 2004, M. Luc Dupont présentait une nouvelle machine sur le marché, le Coagucheck, permettant de mesurer le RIN en dehors des laboratoires de l'hôpital.

Nous avons eu une mauvaise expérience avec ces appareils. Nous les avons achetés et expérimentés pendant une période de presque un an. Nous espérions que les infirmières que nous avons formées pour suivre un protocole d'anticoagulothérapie pourraient ajuster le traitement du patient au moment de la visite, évitant ainsi les délais liés à l'acheminement du prélèvement et à la réception du résultat. Nous avons finalement pris la décision de cesser de les utiliser. Les infirmières qui suivent le protocole se basent maintenant sur les résultats du RIN effectué à l'hôpital.

Nous énumérons ci-dessous les raisons ayant motivé notre décision.

#### **1- Fiabilité des résultats**

Un grand nombre de résultats obtenus avec le Coagucheck présentaient des écarts importants avec la valeur obtenue par ponction veineuse. Alors que la littérature montre un taux élevé de concordance, notre réalité était différente.

Il nous a été souvent impossible d'expliquer ces écarts. Il faut noter que plusieurs écarts importants ont été obtenus par des infirmières ayant obtenu des résultats concordant au préalable.

Nous pensons que le fait que le Coagucheck soit utilisé par de multiples utilisateurs et qu'il doive être transporté lorsque les infirmières se déplacent au domicile des patients diminue la fiabilité des appareils.

#### **2- Difficultés techniques**

Il n'est pas facile d'obtenir une goutte de sang adéquate pour permettre à l'appareil de faire une analyse précise. Plusieurs détails doivent être surveillés. Lorsque la quantité de sang est insuffisante, une nouvelle bandelette réactive doit être utilisée, ce qui entraîne une perte de temps, de l'inconfort pour le patient et des coûts.

#### **3- Sensibilité des appareils**

Les appareils Coagucheck doivent être calibrés tous les jours, une opération qui peut prendre une quinzaine de minutes. De plus, ces appareils ne supportent pas le froid, ce qui pose des difficultés aux infirmières effectuant des visites à domicile en hiver. Aussi, les bandelettes réactives doivent être sorties du réfrigérateur au moins 15 minutes avant leur utilisation, ce qui entraîne un délai inutile dans le cas où la détermination du RIN n'était pas prévue.

#### **4- Perte de temps**

Alors que nous pensions gagner du temps grâce à cet appareil, c'est plutôt l'inverse qui s'est produit. En effet, les infirmières perdent du temps à calibrer chaque jour l'appareil, à obtenir une goutte de sang satisfaisante et à recommencer la technique à l'occasion.

#### **5- Coûts**

Il s'agit d'une technologie coûteuse. Chaque appareil nous a coûté environ 800 \$ et chaque bandelette réactive, environ 6 \$. Les coûts doivent être assumés par le CLSC.

En conclusion, nous estimons que l'utilisation des appareils Coagucheck lorsque l'accès à des analyses de laboratoire est facile, apporte finalement peu d'avantages et entraîne plutôt des coûts importants. De plus, selon notre expérience, l'utilisation de l'appareil Coagucheck par plusieurs utilisateurs ou le transport de l'appareil au domicile des patients rendent son utilisation moins fiable. L'utilisation généralisée de cette technologie dans les instances locales offrant des soins à domicile nous semble donc injustifiée.

*D<sup>re</sup> Diane Roger-Achim*  
CLSC des Faubourgs, Montréal