

Dossier médical électronique

Comment le choisir ? Comment le mettre en œuvre ?

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

L'heure est maintenant au dossier médical électronique. Comment l'introduire dans une clinique ? Plusieurs médecins ont expérimenté ce changement. Ils en ont vu les difficultés et les avantages. Pour les prochains qui se lanceront, il existe maintenant un programme et des outils pour faciliter la transition.

ON NE SOUPÇONNE PAS toutes les possibilités des dossiers médicaux électroniques (DME). Certains peuvent fournir la liste de catégories de patients, comme celle de toutes les femmes de plus de 50 ans qui n'ont pas passé de mammographie. D'autres peuvent présenter les données des patients sous forme de graphiques. Plusieurs offrent des formulaires pour faciliter la prise en charge de certaines clientèles. D'autres encore facilitent le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques. Éventuellement, certains DME permettront à des patients, comme les diabétiques, d'insérer dans leur propre dossier les résultats de leur glycémie pour que l'infirmière les vérifie.

« Plusieurs cliniques sont dotées d'un DME, mais très peu de médecins en utilisent toutes les fonctionnalités », affirme M^{me} Claire Viens, spécialiste en gestion du changement et consultante pour la FMOQ. Mais pour bien des médecins, le principal problème est en amont : comment mettre en œuvre un dossier médical électronique ? Lequel choisir ? Par où commencer ?

La liste de tous les éléments auxquels il faut penser peut paraître vertigineuse. La plupart des autres provinces ont d'ailleurs un programme de gestion du changement pour aider les médecins qui veulent acquérir un DME. Le Québec aussi



« Plusieurs cliniques sont dotées d'un DME, mais très peu de médecins en utilisent toutes les fonctionnalités. »

– M^{me} Claire Viens

en a maintenant un, qui est offert par la FMOQ. Il propose une approche et des outils que

M^{me} Viens a élaborés en adaptant ceux du Canada anglais. Les instruments proposés ont été vérifiés par des médecins dans six cliniques québécoises.

1) Évaluation du degré de préparation de la clinique

Faire passer une clinique de l'ère du papier à celle de l'informatique demande des modifications : changement des habitudes, évolution des façons de faire, acquisition de nouvelles connaissances. Comme le succès

de la transition repose sur des êtres humains, une gestion du changement efficace est essentielle.

La première étape est de bien planifier la transition. Il faut, pour commencer, évaluer

le niveau de préparation, de connaissances et d'ouverture des futurs utilisateurs du DME.

Au groupe de médecine de famille (GMF) Kamouraska, le D^r Mario Lebel savait que l'informatisation de sa clinique pourrait être freinée par une difficulté d'ordre humain. « Lorsqu'on a parlé de la possibilité d'avoir un DME, presque tout le monde était d'accord. Certains médecins nous ont cependant dit qu'ils allaient peut-être rester en format papier. » C'était une donnée dont le D^r Lebel allait devoir tenir compte.

Des questions à se poser

Pour bien évaluer le degré de préparation de la clinique, il faut prendre en considération plusieurs facteurs clés, ce qu'on peut faire à l'aide de formulaires standardisés (encadré 1). Il faut se pencher entre autres sur :

- Les compétences en informatique des médecins et des employés : À quelle fréquence utilisent-ils



D^r Mario Lebel

un ordinateur ? Quel est leur niveau d'intérêt pour le DME ?

- ⊗ Les opérations cliniques : Y a-t-il des processus de travail qui causent des problèmes ? A-t-on déjà tenté de les améliorer ?
- ⊗ La disponibilité des ressources : Qui pilotera le projet ? Y a-t-il des congés ou des départs qu'il faut prendre en considération ?
- ⊗ La technologie : Qui fournit actuellement le soutien technique ? Peut-on compter sur cette ressource pour l'installation du DME ?
- ⊗ L'aménagement physique des lieux : Peut-il être un problème dans le cadre de ce projet ?
- ⊗ Les aspects financiers : Quel budget a-t-on prévu pour l'installation du DME ?
- ⊗ Le partage des coûts : Comment sera-t-il effectué entre les médecins ?

Tous ces aspects ne doivent cependant pas faire oublier aux cliniciens une de leurs obligations déontologiques : la confidentialité et la sécurité des renseignements sur les patients. « Au cours de la transition, on peut s'exposer à des violations de la confidentialité, parce qu'on laisse les dossiers dans un bureau, un corridor ou pour toute autre raison, prévient M^{me} Viens. Si la clinique n'a pas de politique de confidentialité et de sécurité, il faut en faire une et nommer une personne chargée de l'appliquer. C'est une obligation légale. »

Analyse des risques

Il est également important d'évaluer les difficultés qui pourront freiner l'informatisation de la clinique. « On ne réglera pas tout. Cependant, on va prendre les éventuels problèmes en compte pour ne pas se buter à des obstacles qui vont faire vivre aux médecins des expériences désagréables : des retards, des arrêts de travail, etc. », dit M^{me} Viens.

Dans leur clinique de Saint-Pascal de Kamouraska, le D^f Lebel et ses collègues savaient maintenant qu'ils auraient à composer avec l'intérêt plus faible de certains d'entre eux pour le DME. Ils ont décidé de respecter les préférences de ces derniers. Néanmoins, ils ont adopté des mesures pour favoriser l'informatisation. « Dans le cadre des tâches

Encadré 1.

Outil utile : Grille d'évaluation du niveau de préparation à la mise en œuvre du DME

Il s'agit d'un formulaire comportant trois sections :

- a) un questionnaire pour faire l'évaluation globale du niveau de préparation de la clinique ;
- b) un formulaire dans lequel chaque médecin et employé doit indiquer son expérience, son intérêt et ses compétences en informatique ;
- c) une grille pour faire l'analyse des risques à partir des réponses des deux premiers questionnaires.

Pour télécharger cet outil, aller à <http://dme.fmoq.org>

Encadré 2.

Outil utile : Plan de transition pour passer du dossier papier au DME

Le plan comporte six grilles respectivement pour :

- a) attribuer les différents rôles clés liés à l'adoption du DME ;
- b) déterminer les objectifs du projet ;
- c) planifier le déroulement des activités et l'échéancier ;
- d) planifier le budget ;
- e) prévoir la diffusion de l'information concernant l'évolution du projet auprès des cliniciens, des employés, des collaborateurs externes et des patients ;
- f) cerner les risques potentiels et prévoir des mesures pour les atténuer.

Pour télécharger cet outil, aller à <http://dme.fmoq.org>

médico-administratives du GME, nous avons attribué des heures spécifiquement réservées à l'utilisation du DME afin d'en encourager l'usage », indique le D^f Lebel.

2) Plan de transition

Une fois le degré de préparation de la clinique évalué, on se sert de cette analyse pour bâtir le plan de transition. Cette phase permet de planifier toutes les étapes jusqu'à l'utilisation du DME (encadré 2). Il faut ainsi :

- a) Nommer des responsables

Il faut déterminer qui se charge de quoi. On doit désigner quelles personnes sont responsables

entre autres du DME, de la protection de la vie privée et des aspects technologiques du dossier.

b) Faire la liste des objectifs

On dresse ensuite la liste des buts que l'on veut atteindre. Ils peuvent être de toute nature. Certains peuvent concerner l'emploi du DME. « On peut désirer que dans six mois, la moitié des médecins utilisent l'ordinateur pour effectuer telles tâches », donne comme exemple M^{me} Claire Viens.

Les objectifs peuvent aussi être de nature clinique. Les médecins qui ont des clientèles particulières, comme les enfants, peuvent vouloir utiliser le dossier électronique pour faciliter le suivi. Le but peut également concerner la vitesse de mise en œuvre du dossier médical électronique.

c) Établir un échéancier

Un calendrier des différentes étapes à franchir doit être établi : rencontre des fournisseurs de dossiers électroniques, adaptation des processus de travail, numérisation des dossiers, séances de formation sur l'utilisation du DME, etc.

À Granby, les médecins du GMF Centre médical Robinson avaient en tête un échéancier précis avant de se lancer dans l'utilisation du DME. Ils savaient qu'en juillet 2011, la clinique devait commencer à utiliser les fonctions

administratives du DME : prise de rendez-vous, fiche patient, etc. L'emploi des fonctionnalités cliniques allait venir après. « Les médecins ont alors eu des séances de formation. Après chacune, on employait les nouvelles applications que l'on avait apprises. Au début, on testait nos connaissances avec un patient par jour », dit le D^r Jacques Bergeron, l'un des médecins participants.

À partir du 1^{er} novembre 2011, la numérisation des dossiers

a commencé. Puis, il a été décidé que le 1^{er} mars 2012, toutes les nouvelles données concernant les patients seraient saisies



D^r Jacques Bergeron

Photo : Emmanuelle Garnier

Encadré 3.

Outil utile : Révision et adaptation des processus de travail

Le document comporte une grille qui permet de recenser les processus de travail actuels de la clinique, d'évaluer leur fonctionnement, d'envisager les effets que l'informatisation aura sur eux et, pour finir, de classer les interventions par ordre de priorité.

Pour télécharger cet outil, aller à <http://dme.fmqo.org>

directement dans le DME. Ce jour-là, le Centre médical Robinson a commencé sa transformation pour devenir une clinique sans papier.

d) Planifier le budget

Une planification et un suivi rigoureux du budget sont essentiels, tant pour la gestion interne du projet que pour les demandes de remboursement auprès du gouvernement.

e) Cerner les obstacles

Il faut se pencher de nouveau sur les principales embûches pouvant faire dérailler l'adoption du dossier électronique et trouver des solutions.

Il faut penser, par exemple, que l'emploi du DME va peut-être diminuer temporairement le rythme de travail.

C'est ce qui est arrivé au D^r Marc Merizzi, du GMF Haut-Richelieu, qui utilise un DME depuis un an. Ce qui le ralentit ? Entre

autres le fait d'avoir à inscrire de nombreuses données sur la feuille sommaire du patient : médicaments, maladies, allergies, antécédents personnels et familiaux, etc. « J'ai beaucoup de patients âgés qui prennent sept ou huit médicaments. Cela me prend une minute ou deux pour tous les inscrire. Je dois ensuite faire l'épuration du dossier pour voir ce que



D^r Marc Merizzi

je garde. Cela nécessite encore une ou deux minutes. Donc, je consacre au DME 5 minutes sur une consultation de 15 ou 20 minutes. Au bout de huit patients, cela fait 40 minutes. C'est difficile à rattraper. » Le médecin aurait pu réduire son rythme de travail, mais il a préféré voir le même nombre de patients. Il n'a cependant plus une minute à lui. « C'est assez lourd, mais graduellement la situation s'améliore. »

Certains avantages du DME permettent toutefois de compenser un peu le temps, perdu. « Ce qui permet de gagner du temps, c'est de pouvoir consulter le dossier sans avoir à aller le chercher physiquement. On peut voir immédiatement les résultats d'un test de laboratoire ou la conduite que l'on a tenue », indique le D^r Merizzi.

Au début, le médecin qui investit dans le DME ne gagne pas énormément de temps, estime pour sa part le D^r Lebel. « On commence à sentir les effets positifs de l'utilisation du dossier électronique après un an. Je dirais que ça prend ensuite une autre année avant de vraiment gagner du temps. »

3) *Adaptation des processus de travail*

L'étape suivante est la révision des processus de travail. « C'est là qu'on fait des gains », souligne M^{me} Viens. L'adoption d'un DME est l'occasion de modifier certaines manières de faire (*encadré 3*).

Il faut se poser la question : nos façons de procéder sont-elles optimales ? On doit repérer les étapes où surviennent des problèmes : retards, erreurs, duplications, manque de coordination ou mauvaise communication. Le dossier électronique peut remédier à certaines de ces lacunes.

« Deux médecins m'ont dit que l'utilisation du DME leur faisait gagner de 30 à 40 minutes par jour, entre autres parce qu'ils n'avaient plus à discuter avec des pharmaciens qui ne parvenaient pas à déchiffrer leurs ordonnances », donne comme exemple M^{me} Viens.

Il faut également considérer les principales modifications que va entraîner l'informatisation

Encadré 4.

Outil utile : Évaluation des logiciels de DME en fonction des besoins de votre clinique

Il s'agit d'un formulaire destiné à faciliter l'évaluation des différents aspects d'un dossier médical électronique au moment de la rencontre avec un fournisseur. Sous forme de fichier Excel, il peut être personnalisé en permettant l'ajout ou le retrait de certains critères. Il comprend des questions entre autres sur la prestation de soins, la prescription de médicaments, les résultats de laboratoire, etc. L'outil permet également de comparer les DME entre eux.

Pour télécharger cet outil, aller à <http://dme.fmoq.org>

dans les façons de faire. Le médecin va devoir, par exemple, changer sa manière de travailler et de noter. Le D^r Lebel, pour sa part, n'a pas l'intention de taper ses notes dans le dossier électronique. « Le logiciel que l'on a choisi permet d'écrire avec un stylet et une tablette. Cela facilite la prise de notes, mais le stylet a ses limites et la tablette n'est pas comme le papier. »

Le DME du clinicien a toutefois d'autres fonctionnalités pour faciliter la prise de notes. Il offre une soixantaine de formulaires dans lesquels on peut cliquer ou qui présentent des champs à remplir avec le stylet ou le clavier. On retrouve ainsi des modèles pour le suivi des jeunes enfants, les examens périodiques, etc. Sous peu, le D^r Lebel va installer un petit logiciel très pratique. « Il permet, en tapant quelques lettres, d'obtenir un gabarit préétabli que l'on peut même personnaliser. Si je dois faire un examen de l'épaule, je vais taper "ex ép" et le formulaire de l'examen de l'épaule apparaîtra avec toutes les manœuvres à faire », explique l'omnipraticien.

4) *Choix des fournisseurs*

Comment choisir un système de DME parmi les sept actuellement homologués par le ministère de la Santé et des Services sociaux ? Il est essentiel de rencontrer les fournisseurs et de les interroger sur la manière dont leur produit facilite différentes activités : la prestation de soins, la prescription de médicaments, la gestion

des résultats de laboratoire, la prise de rendez-vous, la facturation, etc. (*encadré 4*). « Les logiciels de DME ne sont pas tous pareils. Certains peuvent favoriser davantage un type de pratique qu'un autre », indique M^{me} Viens.

Le D^r Merizzi, de son côté, croit qu'il faut aller constater comment fonctionne le DME que l'on a sélectionné dans une clinique qui l'utilise. « On doit regarder de quoi il a l'air, faire des tests avec des patients fictifs. On voit comment le médecin réagit quand il emploie le dossier électronique et ce qu'il fait. On se rend alors compte si c'est compliqué ou non. »

Il faut également s'assurer que le dossier médical électronique comporte certaines fonctions. Actuellement, les DME peuvent tous recevoir des résultats de laboratoire et les insérer

dans le dossier. Le médecin coche ensuite : « normal », « anormal ». « C'est bien, mais il faut que le résultat puisse être classé avec les données précédentes. Les DME ne le font pas tous de la même façon. Ils sont à géométrie variable », prévient le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ et responsable du DME à la Fédération. Cette capacité d'agglomérer et d'extraire les résultats va être essentielle pour l'analyse des données.

Pour le D^r Dulude, un DME doit être plus que la version électronique du dossier papier. Il devra éventuellement permettre au médecin d'améliorer sa pratique. « Il faut que le dossier électronique puisse indiquer au médecin s'il atteint ses cibles. Par exemple, le DME doit pouvoir lui donner la fréquence à laquelle ses patients diabétiques passent des tests d'hémoglobine glyquée, le nombre de leurs visites, la proportion de ceux qui ont eu un infarctus du myocarde. Si le médecin va à un congrès sur le diabète, le DME doit ensuite être capable de faire l'arrimage entre les nouvelles lignes directrices et les indicateurs de performance

du médecin. Il faut travailler avec le fournisseur pour que le dossier électronique ait éventuellement la capacité d'offrir ces possibilités. »

Le DME devra aussi aider le médecin à offrir un meilleur service. Il serait utile qu'il puisse lui fournir des données sur les listes d'attente et le temps d'accès à ses soins. « Le DME devra pouvoir aider le médecin à faire une analyse de sa clientèle et des besoins de ses patients en ce qui a trait au nombre de consultations, de services et aux heures d'ouverture », précise le D^r Dulude.

Le jour J

À quoi ressemblera le jour J ? Celui où, pour la première fois, médecins et employés ouvriront le DME sur leur ordinateur. « Les premiers jours sont laborieux, reconnaît le D^r Lebel. On perd du temps. Après six mois, toutefois, on est à l'aise dans la saisie de données et, après un an, on commence à voir que les résultats déjà enregistrés permettent de gagner du temps. » Par exemple, le D^r Lebel peut maintenant voir en un coup d'œil, grâce à la feuille sommaire du DME, des renseignements comme la date de la prochaine coloscopie de son patient. Le médecin s'accorde deux ans pour faire le virage électronique complet. Mais il sait que certains de ses collègues auront besoin de plus de temps.

En ce moment, cependant, au GMF de Kamouraska où pratique le médecin, le processus d'informatisation s'est arrêté. Un problème d'interface empêche la clinique d'avoir accès aux données de laboratoire et de radiologie de l'hôpital de La Pocatière. Pour l'instant, les résultats arrivent sur papier et sont numérisés. Impossible donc pour les médecins de cocher si les résultats sont normaux ou anormaux et d'en faire la gestion. « Le jour où l'on aura l'interface, quand je voudrai convoquer un patient après avoir reçu un résultat anormal, je pourrais l'indiquer dans le dossier. Automatiquement, ma secrétaire recevra un message lui demandant de donner un rendez-vous au patient », dit le D^r Lebel.

Un an plus tard

Le temps de transition vers l'informatisation est variable d'une clinique à l'autre. L'un des



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Serge Dulude

facteurs qui jouent est la décision des médecins de recourir ou non à de l'aide pour remplir la feuille sommaire des dossiers et effectuer l'épuration des données. Dans plusieurs cabinets, ils s'en chargent eux-mêmes. Dans d'autres, ils préfèrent engager du personnel. Au GMF Robinson, par exemple, les cliniciens ont eu recours à des archivistes pour l'épuration des dossiers et à des techniciennes pour la numérisation. Certains médecins ont également demandé à leur infirmière auxiliaire d'inscrire les données nécessaires dans la feuille sommaire.

Le centre médical a ainsi presque fini son processus d'informatisation. Les dossiers sont tous numérisés. Le D^r Bergeron ne gagne cependant pas encore beaucoup de temps. La rédaction de notes dans le DME reste laborieuse et la recherche d'informations dans les feuilles numérisées de l'ancien dossier papier est souvent fastidieuse. Les documents, sous forme de PDF, doivent être consultés un à un dans chaque onglet. Cependant, le D^r Bergeron estime que lorsque la feuille sommaire de tous les dossiers sera terminée, il ira beaucoup plus vite. En quelques secondes, il aura sous les yeux les principales informations.

Après presque un an d'utilisation du DME, le D^r Merizzi, lui, emploie quasiment toutes les fonctionnalités : prescription de médicaments, rédaction de notes dans le dossier du patient, impression des demandes de consultation, etc. Les résultats de laboratoire n'entrent cependant pas encore directement dans le dossier électronique. Ils doivent être numérisés et envoyés dans la boîte de réception du DME. Le clinicien ne peut donc pas en faire la gestion, mais a toutefois la possibilité de les consulter à distance.

La plupart des collègues du D^r Merizzi recourent aussi au DME. Certains l'emploient beaucoup, d'autres ne font que le consulter. « Les récalcitrants vont devoir se convertir à un moment ou à un autre, pense pour sa part le D^r Bergeron. Bientôt, il n'y aura plus de papier. Les résultats d'examen de laboratoire seront tous acheminés de façon électronique. »

Éventuellement, quand les utilisateurs du DME

Ateliers offerts par la FMOQ

Dans chaque atelier, un médecin qui utilise déjà un DME viendra témoigner de son expérience.

1) Planification de la transition

L'atelier traite de la démarche type d'adoption d'un DME, des enjeux et des répercussions prévisibles, de l'évaluation du degré de préparation de la clinique et du plan de transition.

2) Stratégie de transfert des données et de numérisation

Au cours de cette séance, des sujets particulièrement importants seront abordés comme les obligations des médecins concernant la gestion des dossiers médicaux dans le cadre du transfert des données, les meilleures approches pour la numérisation des dossiers patients, les critères d'épuration des dossiers, les leçons à tirer des expériences de certaines cliniques ainsi que de la gestion de la période de transition et du jour J.

3) Révision des processus de travail

La formation porte sur les effets de l'utilisation du DME sur les processus cliniques et administratifs et les occasions d'améliorer l'organisation du travail dans la clinique. On y traite également de l'adaptation des rôles et des responsabilités et de la question des médecins réfractaires.

4) Fonctionnalités cliniques

Cet atelier permettra d'explorer l'ensemble des fonctionnalités cliniques existantes, les modalités d'utilisation des grilles et des formulaires, les applications propres au profil de pratique de la clinique et l'intégration du dossier de santé du Québec.

Pour plus d'informations, aller à <http://dme.fmoq.org>

auront atteint leur vitesse de croisière, ils vont employer des fonctions plus avancées. L'ordinateur pourra alors faire des graphiques, des statistiques, sortir les données des patients ayant certaines caractéristiques. S'il y a un rappel d'un vaccin, le médecin pourra avoir la liste de tous ses patients qui l'ont reçu. Un jour, les cliniciens pourront comparer leur profil de pratique à celui du reste de leurs collègues ou voir dans quelle mesure ils suivent les lignes directrices. Le médecin pourra même sous peu donner au DME les informations de façon verbale et n'aura plus à écrire. Le patient, quant à lui, sera un jour capable de se brancher et d'avoir accès à ses résultats. « Idéalement, c'est vers cela qu'on s'en va. L'utilisation actuelle du DME est minimale », estime M^{me} Viens. 📞

Association des médecins de CLSC tourné du président



Photo : Marcel La Haye ©

Montréal



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Louis Godin

Le 12 octobre dernier, le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ, a rencontré les membres de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ), à Montréal. Il a profité de leur assemblée générale annuelle pour leur annoncer les derniers développements des dossiers qui les touchent.

L'une des grandes avancées concerne les cotisations au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). Un problème soulevé depuis longtemps. « Les médecins payés

à honoraires fixes déplorait le fait que le calcul de leur rente était basé sur 35 heures par semaine alors qu'ils en travaillaient davantage. Cela diminuait la pension à laquelle ils avaient droit », a expliqué le Dr Godin.

À partir du 1^{er} janvier 2013, la situation va être corrigée. Les omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes pourront obtenir que 40 heures par semaine de leur temps de travail soient prises en considération dans le calcul de leur future retraite. « On dispose maintenant de 220 heures de plus par année pour faire passer la semaine de 35 à 40 heures. » Cette possibilité réduit toutefois à 660 le nombre d'heures de dépassement permis à tarif horaire.

Il y a cependant des détails techniques auxquels les omnipraticiens devront faire attention. Il leur faudra facturer sous forme d'honoraires fixes les

220 premières heures de l'année travaillées en plus du bloc habituel de 35 heures par semaine. Ils pourront ensuite facturer à tarif horaire les autres heures de dépassement.

Rémunération mixte

Où en sont les travaux sur la rémunération mixte ? Les grands principes sur lesquels elle reposera ont été arrêtés. Un système différent devrait être créé pour les médecins rémunérés à tarif horaire et pour ceux qui sont payés à honoraires fixes.

Les omnipraticiens rétribués à tarif horaire, pour leur part, pourront choisir d'être rétribués par un forfait auquel s'ajoutera un pourcentage du tarif des actes qui variera en fonction de la lourdeur des cas.

« Ce sera un choix individuel. Vous avez envie d'être rétribué par un forfait plus un pourcentage du tarif des actes ? Parfait. Vous ne le voulez pas ? Aucun problème. Je ne vous cacherai cependant pas qu'une partie des augmentations destinées aux médecins payés à tarif horaire est dans la nouvelle solution proposée », a précisé le D^r Godin.

Pour les médecins rétribués à honoraires fixes, la formule sera différente. L'une des possibilités envisagées serait de créer des unités. Chacune des activités cliniques correspondrait à un nombre d'unités que le médecin pourra facturer à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Les travaux sur la rémunération mixte ont pour base, entre autres, le sondage de Zins Beauchesne et associés auquel les omnipraticiens ont répondu en grand nombre. Cette enquête a permis de récolter des données sur de nombreux aspects de leur travail : le nombre d'activités cliniques, le temps passé avec chaque patient, etc. « On est maintenant capable de créer des modèles pour en arriver aux augmentations voulues dans les différents secteurs de la médecine générale », a affirmé le président. Il faudra ensuite vérifier auprès des médecins de chaque domaine si les solutions proposées donneront les résultats souhaités. La même démarche avait été entreprise pour établir la nouvelle nomenclature dans les établissements de soins de courte et de longue durée.

Les médecins de CLSC n'ont cependant pas à s'inquiéter en ce qui concerne leurs augmentations. « L'argent est gelé. Il ne servira pas à d'autres secteurs. Il n'y a pas de jeu de vases communicants », a assuré le président de la FMOQ.

Manque de services de secrétariat

Au cours de l'assemblée, une omnipraticienne a soulevé deux points qui préoccupent beaucoup les membres de l'AMCLSCQ : les forfaits réduits qu'ils touchent et le manque de soutien administratif.

Pour bien des mesures incitatives, les médecins de CLSC obtiennent une somme moins élevée que celle des médecins des cliniques à cause de l'absence de frais de cabinet. « On me donne moins, mais je n'ai pas le loisir d'engager une nouvelle secrétaire pour m'aider à faire face à l'augmentation du nombre de rendez-vous. Je me dis que cela va limiter le nombre de patients orphelins que je vais pouvoir prendre en charge », s'est plainte la clinicienne.

La situation a cependant changé sur le plan financier. Les forfaits sont maintenant moins réduits, a expliqué le D^r Godin. « Les derniers ajustements ont été faits à 22,5 % ». Il fallait tenir compte du fait que les médecins de cabinet reçoivent maintenant une compensation pour les frais de clinique.

Le problème des services de secrétariat insuffisants demeure cependant préoccupant. « Quand vous êtes payés à tarif horaire ou à honoraires fixes et travaillez dans un établissement, il est prévu que celui-ci vous fournisse un soutien administratif. Nous avons signé la Lettre d'entente n° 243, qui était avant la n° 139. Vous devez donc avoir accès à des services de secrétariat. Vous les payez déjà puisque vous acceptez d'avoir une rémunération réduite pour qu'on vous les fournisse. Si ce n'est pas le cas, la bataille doit se livrer au niveau de votre établissement », a dit le président. Il est d'ailleurs prêt à se battre pour faire valoir les droits des médecins de CLSC. Il attend qu'on lui fournisse des cas pour intervenir. « On va être là pour débarquer avec vous », a-t-il assuré. **EG**

Médecins de CLSC rémunération et conditions de pratique



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Sylvain Dion

Quelles mesures de l'entente générale 2010-2016 s'appliquent aux médecins de CLSC ?

« Pour l'instant plusieurs de nos membres manifestent une certaine déception, parce qu'ils n'ont pas vu de changements dans leur rémunération », a indiqué le Dr Sylvain Dion, président de l'Association des médecins de CLSC du Québec (AMCLSCQ) au cours de l'assemblée générale de l'organisme.

Certaines mesures déjà en vigueur s'appliquent pourtant aux cliniciens des CLSC, a expliqué le président. Par exemple, les hausses paramétriques. « En janvier dernier, une augmentation d'un peu plus de 5 % a été appliquée à nos tarifs et une autre est prévue au printemps prochain. »

Certains médecins ont également pu profiter des forfaits de prise en charge des patients orphelins. En outre, depuis le 1^{er} janvier 2012, différentes mesures pour améliorer l'efficacité des médecins de famille sont appliquées. Les forfaits pour les jours travaillés, par exemple, donnent droit à 200 \$ par jour travaillé après 200 jours de travail et à 50 \$ après 180 jours.



Assemblée générale annuelle de l'AMCLSCQ

Les médecins qui pratiquent en première et en deuxième ligne, eux, peuvent avoir droit à la prime à la polyvalence et ceux qui suivent des patients, à des majorations selon le nombre de personnes inscrites.

« Ces mesures-là porteront leurs fruits au printemps 2013 quand la Régie de l'assurance maladie du Québec aura pu faire le compte du nombre de jours travaillés et du nombre d'inscriptions à la fin de l'année », indique le Dr Dion. Toutefois, le président reconnaît que bien des omnipraticiens de CLSC ne toucheront pas toutes ces bonifications. Certains n'atteindront probablement pas le nombre de patients requis pour la modulation des inscriptions ou pour la prime à la polyvalence.

Du côté du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics, les progrès sont toutefois intéressants. Le nombre d'heures qui pourront entrer dans le calcul de la rente passera sous peu de 35 à 40 par semaine.

Rémunération mixte

Le mode de rémunération mixte commence à se concrétiser. « L'objectif est d'être prêt en avril 2013, ce qui est demain. » L'AMCLSCQ a déjà amorcé une réflexion sur l'application de ce nouveau mode dans différents secteurs. Le Dr Sylvain Thibodeau, par exemple, a fait des consultations dans le domaine du maintien à domicile et des soins palliatifs et le Dr Wilfrid Boisvert, dans celui de la santé mentale. La Dr^e Judith Gagnon, elle, se penche sur ce que pourrait être la partie « nomenclature des actes », entre autres pour les services courants. « Cette nomenclature devra être cohérente avec nos pratiques. On a des clientèles particulières, des modes de fonctionnement différents et beaucoup d'activités où l'on travaille en collaboration interprofessionnelle », a précisé le Dr Dion.

Le mode de rémunération mixte est cependant complexe à établir, car peu de données sont disponibles sur les activités des omnipraticiens dans les CLSC. Le sondage de Zins Beuchesne et associés devrait cependant combler en partie

cette lacune. Sur les 2780 répondants, 484 pratiquaient dans un CLSC.

Conditions de pratique

Les conditions de pratique sont un dossier qui tracasse les membres de l'AMCLSCQ. « On se rappellera que la lettre d'entente n° 243 prévoit que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la FMOQ doivent intervenir dans les établissements où les médecins n'ont pas le soutien administratif requis dans leur pratique », a rappelé le D^r Dion.

L'AMCLSCQ mène actuellement des travaux conjoints avec la FMOQ sur ce problème. Le comité a procédé à la fin du printemps à une collecte de données auprès des chefs de médecine dans les CLSC. Les résultats vont maintenant être analysés. « Notre but est de repérer les équipes en souffrance pour pouvoir intervenir en collaboration avec le ministère. »

Dossiers médicaux électroniques

L'entente sur les dossiers médicaux électroniques (DME), qui a récemment été conclue avec le gouvernement, est liée à un budget de 15,4 millions de dollars. À quoi auront droit les médecins de CLSC ? En ce qui concerne les forfaits de formation et ceux pour la gestion du changement, ils auront 75 % des sommes prévues pour les médecins en cabinet.

Et pour l'équipement ? « Le ministère de la Santé et des Services sociaux a un blocage en ce qui concerne le fait de financer les ordinateurs et les logiciels dans les établissements. Il estime que c'est à ces derniers de fournir le matériel informatique », a expliqué le D^r Dion. Toutefois, la FMOQ a convenu d'une lettre d'entente avec le ministère. « Le MSSS dispose de 24 mois pour fournir aux médecins de CLSC un système électronique de tenue

de dossier. Ce ne sera pas un DME, mais je pense qu'on est obligé de donner la chance au coureur. »

Certains CLSC ont cependant doté leurs médecins d'un vrai DME homologué. « S'il y a d'autres équipes qui sont capables de s'entendre avec leur établissement pour avoir un DME, allez-y », a dit le D^r Dion.

Dans la salle, 68 membres participaient à l'assemblée générale annuelle de l'AMCLSCQ. L'association compte maintenant 960 membres. **EG**

Prix Inukshuk

Chaque année, depuis six ans, l'AMCLSCQ remet un prix Inukshuk à l'un de ses membres. Cette récompense souligne la contribution à la vie syndicale et professionnelle d'un médecin qui s'est démarqué par ses réalisations et qui est considéré comme un modèle par ses pairs.



D^r Sylvain Dion, D^r Wilfrid Boisvert et D^r Pierre Shebib

Cette année, l'Inukshuk a été remis au D^r Wilfrid Boisvert, du CLSC Sainte-Rose. « Homme secret qui mérite d'être connu et reconnu, Wilfrid est un yogi sportif dans le corps d'un médecin talentueux », a expliqué son collègue le D^r Pierre Shebib.

En 1980, le D^r Boisvert s'établit à Chibougamau où il exerce pendant neuf ans. « Homme aux multiples talents, il pratique l'urgence, l'hospitalisation, les soins intensifs, l'obstétrique et

même le métier difficile de directeur des Services professionnels. Durant cette période, il réussit l'exploit de tenir l'hôpital ouvert durant deux semaines, étant le seul médecin disponible. »

Le D^r Boisvert déménage ensuite et va pratiquer au CLSC Sainte-Rose-de-Laval. Il y exerce une médecine polyvalente et s'intègre à l'équipe de santé mentale. Au fil des ans, il défend les intérêts des médecins de CLSC de Laval auprès de son DRMG et du Bureau du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, où il pratique aussi. Il est également un représentant local de l'AMCLSCQ.

Aujourd'hui, le D^r Boisvert a son propre cabinet rattaché au GMF CLSC Sainte-Rose. S'occupant également de formation clinique à l'Université de Montréal, il supervise les étudiants en médecine et les résidents à Laval et à l'unité de médecine familiale de Verdun. « La médecine au Québec a besoin de médecins comme toi », a conclu le D^r Shebib en s'adressant à son collègue.



Lauréate du prix Inukshuk 2011, la D^{re} Pascale Garnier, qui n'avait pu aller chercher sa statuette l'an dernier, l'a reçue cette année des mains du D^r Sylvain Dion

Recherche sur le cancer avancé de la prostate

une explosion de nouvelles molécules et de nouveaux espoirs

Emmanuèle Garmier



Photo : SuperStock

Depuis deux ans, de nombreuses molécules sont apparues pour traiter le cancer avancé de la prostate. Certaines sont déjà sur le marché, d'autres sont encore à l'étude. Cette flambée de la recherche redonne de l'espoir et change parfois le destin de patients condamnés.

M. GLAVINA N'A PLUS la même vision du cancer. « Autrefois, on disait que c'était une maladie toujours mortelle », explique-t-il. À 83 ans, il se sent en forme. Il cultive lui-même son grand potager, fait de petits travaux, marche trois kilomètres par jour. Rien ne laisse supposer qu'il a un cancer de la prostate avec des métastases. Ni qu'il y a trois ans il était condamné. Aujourd'hui, il ne pense même plus à sa maladie.

Que s'est-il passé ? L'histoire remonte à 1999. M. Glavina, alors âgé de 69 ans, apprenait qu'il avait une tumeur maligne à la prostate. « J'ai enregistré ça dans mon cerveau et tous les soirs quand j'allais

au lit j'y pensais », explique-t-il. Il n'avait cependant pas peur. Il faisait confiance à son médecin.

L'urologue qui le soignait a continué à surveiller son taux d'antigène spécifique de la prostate (APS), protéine dont la concentration augmente en présence d'un cancer prostatique. Le taux grimpe tranquillement. En 2000, quand la concentration est devenue trop élevée, le spécialiste a opéré le patient pour lui retirer la prostate.

Pendant trois ans, tout va bien. Puis, la maladie reprend. Le taux d'APS s'élève à nouveau. M. Glavina reçoit des injections, prend des pilules, subit

différents traitements. Rien cependant ne semble efficace. « Cela m'a donné un choc quand le médecin m'a dit qu'il ne pouvait plus rien faire pour moi. » Comme ultime solution, l'urologue lui propose d'aller au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Situé au pavillon Mailloux de l'Hôpital Notre-Dame, le Centre accueille les patients cancéreux qui ont atteint les limites de la médecine. Plus de 250 hommes ayant un cancer de la prostate métastatique y vont chaque année. Là, M. Glavina a rencontré le directeur de la recherche en oncologie, le D^r Fred Saad, qui allait le suivre. « Il m'a dit : « On ne vous guérira pas, mais on va essayer de prolonger votre vie », se souvient le patient. C'était il y a trois ans.

Alors âgé de 80 ans, M. Glavina se soumet à un premier protocole de recherche. Son état ne s'améliore pas. Puis, il participe à une seconde étude. Tout à coup, l'impensable se produit. « Il y a à peu près six mois, on m'a dit : "M. Glavina, l'APS a disparu de votre sang ! Il est tombé à zéro !" J'avais 29 ng/ml au début du traitement et ça a disparu. » Ce patient, dont le cancer était devenu métastatique, semble être en rémission. Son premier urologue, qu'il voit encore, en est abasourdi. « Il m'a dit : "Je n'y comprends rien", raconte M. Glavina ».

Le miracle s'appelle l'enzalutamide. De nouvelles molécules puissantes et prometteuses sortent maintenant des laboratoires pharmaceutiques. Certaines ont même déjà atteint le marché. « Il y a 10 ans, on n'avait presque rien à offrir à ces patients-là, explique le D^r Saad, uro-oncologue. On disposait seulement d'un médicament, le docétaxel (Taxotere), qui pouvait prolonger un peu la vie, et d'un produit pour diminuer les complications osseuses, l'acide zolédronique (Zometa). »

Une explosion de molécules

En 2010, le paysage du traitement du cancer avancé de la prostate s'est totalement modifié. La recherche a explosé et créé diverses molécules capables de prolonger la vie. « C'est extraordinaire,

parce qu'il y a maintenant plusieurs traitements possibles, explique le chercheur, qui a lui-même publié environ 150 articles scientifiques au cours des cinq dernières années. Ce qui est important c'est qu'on va probablement apprendre à utiliser successivement les nouveaux médicaments pour que les patients passent de l'un à l'autre. On espère ainsi rendre chronique une maladie mortelle », affirme le D^r Saad, chef du Service d'urologie du CHUM.

Les nouvelles molécules font d'ailleurs plus que rallonger l'existence. Elles améliorent la qualité de vie : elles réduisent la douleur, protègent des métastases et en retardent les complications.

L'uro-oncologie de pointe est entrée dans une période faste. « C'est très excitant », reconnaît le D^r Jean-Baptiste Lattouf, lui aussi uro-oncologue et chercheur au Centre de recherche du CHUM.

Il se souvient des années si récentes de disette.

« C'est terrible d'avoir un patient devant soi et de ne pas avoir grand-chose à lui proposer, comme cela arrivait souvent avec le cancer avancé de la prostate. »

Les armes classiques

Le cancer de la prostate est la tumeur maligne la plus fréquente chez l'homme. En 2012, environ 5400 Québécois devraient avoir reçu le diagnostic de cette

maladie, selon les projections du rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012* de la Société canadienne du cancer. Cette affection devrait, en outre, avoir causé la mort de quelque 830 hommes dans la province cette année.

L'avenir d'un patient dépend souvent de la phase à laquelle son cancer est détecté. Au stade précoce, la radiothérapie et la chirurgie sont très efficaces. L'ablation complète de la prostate, par exemple, permet à plus de 80 % des hommes atteints de vivre sans métastase pendant quinze ans.

Quand le cancer est avancé, la lutte est plus difficile. L'arsenal dont on dispose, plus imposant, comprend différents traitements qui peuvent être combinés : l'intervention chirurgicale, la radiothérapie et l'hormonothérapie.

En 2010, le paysage du traitement du cancer avancé de la prostate s'est totalement modifié. La recherche a explosé et a créé diverses molécules capables de prolonger la vie.

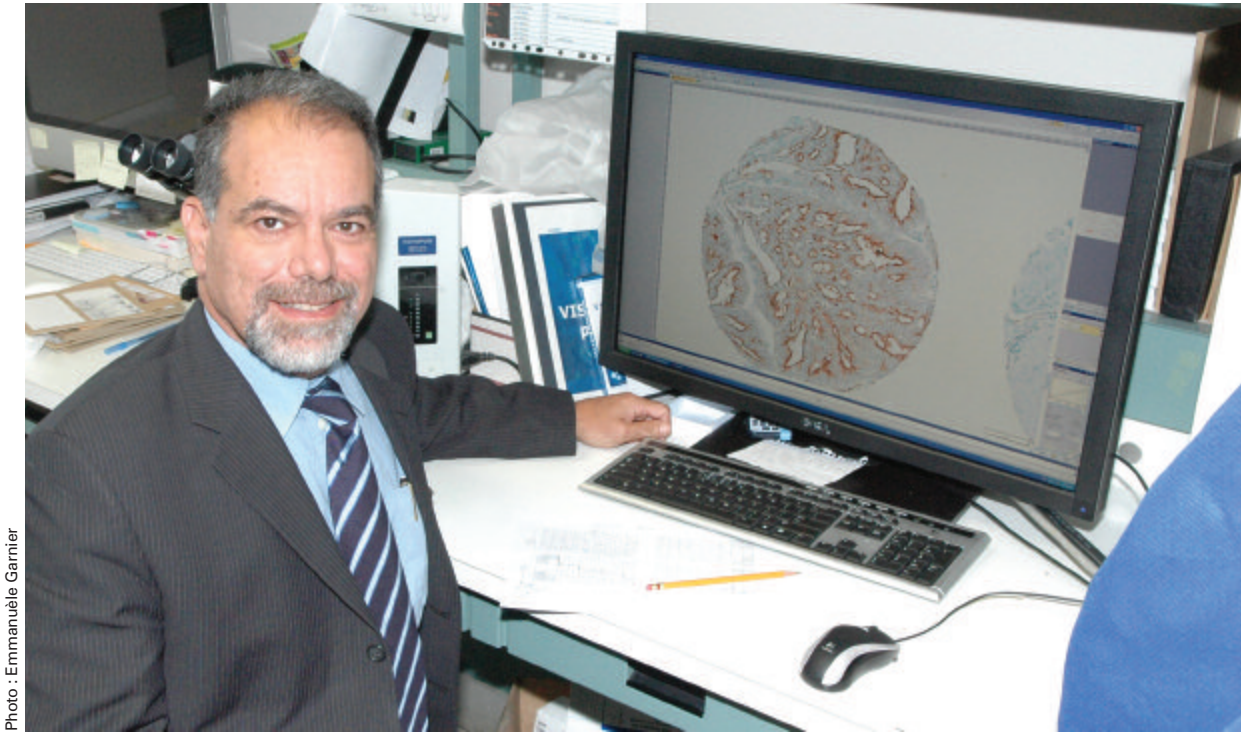


Photo : Emmanuèle Garnier

« On veut faire du cancer de la prostate avancé une maladie chronique. On essaie de prolonger la vie du patient le plus possible, et éventuellement, il mourra d'autres choses. »

– D^r Fred Saad

Le traitement hormonal est une arme clé. Son rôle est de bloquer la production d'androgènes, puisque les hormones mâles stimulent la tumeur. Il permet ainsi de freiner la maladie, et même de la faire régresser.

Cependant, arrive parfois un moment où l'hormonothérapie ne fonctionne plus. Le cancer s'est transformé. Il est dorénavant hormonoréfractaire. La concentration d'APS augmente alors, l'affection progresse et des métastases apparaissent souvent. La maladie, qui a changé de visage, est maintenant mortelle. Elle va presque toujours causer d'intenses douleurs.

À ce stade, la médecine non expérimentale a encore une arme de dernier recours : la chimiothérapie. Cette dernière permet de retarder l'apparition des complications liées à la progression des métastases : l'atteinte générale, la perte de poids, la douleur et les fractures.

Arrivés à cette phase, les patients reçoivent également des médicaments pour combattre l'atteinte osseuse. Leur ossature est fragilisée à la fois par la réduction du taux d'androgènes et par les métastases

osseuses. Sans traitement, ils risquent d'avoir des fractures, des compressions des vertèbres et des douleurs osseuses intenses.

Les armes expérimentales

Les avancées sont tangibles dans la lutte contre le cancer de la prostate. Entre 2001 et 2007, le taux de mortalité a régressé de 4,3 % par année, indique le rapport *Statistiques canadiennes sur le cancer 2012*. Depuis deux ans, le recul est probablement encore plus impressionnant. Chaque nouvelle molécule permet aux patients de gagner quelques mois de vie de plus. De petits sursis, dérisoires à première vue, mais qui, additionnés, peuvent changer le destin du malade.

Hormonothérapie

De nouvelles hormonothérapies encore plus puissantes existent maintenant. L'enzalutamide, la molécule aux effets si impressionnants chez M. Glavina, est un agent aux multiples mécanismes d'action. Il empêche les androgènes d'agir, mais

aussi d'être produits par certaines cellules. Résultat : l'enzalutamide rallonge la survie médiane de presque cinq mois chez les hommes ayant un cancer hormonorésistant qui a récidivé après une chimiothérapie. « Ce résultat est tellement extraordinaire qu'il a rapidement été publié dans le *New England Journal of Medicine* et que le médicament a été approuvé en un temps record aux États-Unis par la Food and Drug Administration (FDA) », affirme le D^r Saad qui est l'un des auteurs de l'article qui a dévoilé les données. Le médicament, qui devrait être vendu au Canada dans un an, a cependant quelques effets indésirables : fatigue, diarrhée et bouffées de chaleur.

L'abiraterone (Zytiga), elle, est une nouvelle molécule qui bloque la production d'androgènes. Dans une étude récente, elle a accru de quatre mois la survie médiane des patients dont le cancer s'était réactivé après la chimiothérapie. « Les sujets étaient des patients très près de la mort. La réponse qu'on voyait chez certains était spectaculaire », précise le D^r Saad, l'un des auteurs de l'essai clinique. Le médicament, qui vient d'être homologué au Canada, est offert au Québec depuis février.

L'immunothérapie

Certains traitements fraîchement sortis des laboratoires semblent tenir de la science-fiction : les vaccins et autres immunothérapies. « Leur mécanisme d'action plaît à l'esprit : on stimule le système immunitaire du patient pour l'aider à mieux combattre son cancer », explique le D^r Lattouf, également professeur adjoint à l'Université de Montréal. Ces produits ont, sur certains hommes, des effets étonnants.

En janvier 2012, M. Jacques Miron, 65 ans, apprend que son cancer de la prostate, traité il y a neuf ans, est de retour. Son taux d'APS est maintenant très élevé. La maladie est à un stade avancé. « On vit un stress. On se demande ce qui va arriver, combien de temps il nous reste à vivre », affirme-t-il.

Son médecin lui explique alors le choix qui s'offre à lui : subir une chimiothérapie ou participer à un essai clinique. Le produit testé est une molécule au nom imprononçable : ipilimumab. M. Miron hésite. Rien ne l'assure qu'il aura le traitement

expérimental, qui est une immunothérapie. « Au départ, j'étais craintif. J'ai pour mon dire que si on a le placebo, la maladie peut avancer plus vite. » Le patient, encouragé par sa femme, se laisse finalement séduire par la recherche.

En juin dernier, M. Miron commence à recevoir des perfusions de trois heures toutes les quatre semaines. Son taux d'APS est alors de 36 ng/ml. Le traitement le fatigue et lui donne un peu mal à la tête. En septembre, M. Miron reçoit ses résultats. Le produit qu'on lui administre semble être bel et bien l'ipilimumab. Et il paraît très efficace : la concentration d'APS a chuté à 5 ng/ml. « Je suis heureux. Pour l'instant tout est sous contrôle. Ça me donne de grands espoirs », explique le patient. Il va tellement bien qu'il a repris son travail d'opérateur de chariot élévateur et de machinerie lourde qu'il avait interrompu le temps du traitement.

Il ne faut toutefois pas s'enthousiasmer trop vite. L'essai clinique n'est pas fini. « Quelques personnes ont une très belle réponse, mais on ne peut pas encore tirer de conclusions. Il faut regarder les résultats des 1000 sujets de l'étude », précise le D^r Saad, qui fait partie du comité de direction de cet essai clinique international.

Les différents vaccins

Qu'est cet étonnant ipilimumab ? Il s'agit d'un anticorps monoclonal qui vient d'être approuvé dans le traitement du mélanome. Il faut maintenant savoir s'il est aussi efficace contre le cancer métastatique de la prostate. Pour l'instant, on ne peut plus obtenir ce produit. Il n'a été offert que dans le cadre d'une étude dont le recrutement est terminé.

L'ipilimumab pourrait supplanter le seul vaccin qui existe déjà contre le cancer de la prostate, le sipuleucel-T. Celui-ci augmenterait la survie médiane des patients de quatre mois. La FDA l'a approuvé en 2010, mais les médecins commencent à déchanter. « On est incapable de distinguer les patients qui vont bénéficier de ce vaccin de ceux qui n'en profiteront pas. On est obligé de le donner à tout le monde et il coûte à peu près 100 000 \$ », indique le D^r Saad.

Par contre, un autre vaccin expérimental, le Prostavac-VF, fait à partir du virus de la variole,



Photo : Emmanuelle Garnier

« Les nouvelles molécules freinent de plus en plus efficacement la progression du cancer de la prostate. On donne un médicament à un patient et, quand il ne fonctionne plus, on en a généralement un autre à lui offrir. »

– D^r Jean-Baptiste Lattouf

suscite beaucoup d'espoir. « Dans une étude de phase 2, le vaccin a accru la survie de 8,5 mois. C'est vraiment extraordinaire », affirme le D^r Saad. Une grande étude internationale de phase trois, dont il va diriger le volet canadien, va bientôt commencer pour vérifier ces données. Si le vaccin tient ses promesses, il pourrait être sur le marché dans quatre ou cinq ans.

Un nouvel agent chimiothérapeutique

Dans le monde de la chimiothérapie, une nouvelle molécule est en train de se frayer une place : le cabazitaxel (Jevtana). Elle est administrée quand le cancer récidive après une première chimiothérapie. Une étude a montré qu'elle accordait aux patients presque 2,5 mois de plus que la chimiothérapie habituellement donnée en deuxième ligne. Est-elle assez puissante pour être employée en premier lieu ? Peut-être. Des études sont en train de le vérifier. Pour l'instant, le médicament est offert dans certaines provinces canadiennes, mais pas au Québec. « Même nous,

au Centre de recherche, n'y avons pas accès pour l'instant en uro-oncologie », indique le D^r Lattouf.

Un traitement contre les complications osseuses

L'Alpharadin, ou radium 223, n'est pas encore offert au Canada, mais le sera bientôt dans le cadre d'un protocole de recherche. « Il s'agit d'un agent de radiothérapie par voie intraveineuse qui se loge dans les métastases osseuses. Non seulement il diminue les complications dues aux métastases, mais, étonnamment, il prolonge aussi la vie de plus de 30 % chez les patients les plus malades », mentionne le D^r Saad. Par rapport au placebo, il permet d'augmenter la survie médiane de presque trois mois. « Quand on a épuisé toutes nos options en chimiothérapie et que l'on est rendu aux soins palliatifs, ce médicament redonne une certaine qualité de vie au patient. »

Passer d'un traitement à l'autre

La différence d'espérance de vie entre les patients d'aujourd'hui et ceux de 2010 est prodigieuse,

estime le directeur du Service d'uro-oncologie du CHUM. « Lorsqu'un homme peut tolérer les traitements que l'on offre, sa survie et sa qualité de vie peuvent s'accroître de façon impressionnante. Un patient qui vivait peut-être un an ou un an et demi avant, vit maintenant facilement deux ou trois ans. On a de plus en plus de personnes dont les réponses aux traitements sont spectaculaires et qui vivent plus de cinq ans malgré un cancer hormonoréfractaire et métastatique », assure le D^r Saad.

M. Ernest Schwarz, 76 ans, en est un exemple frappant. Il y a seize ans, il a subi une ablation de la prostate. Aujourd'hui, malgré son cancer avancé et métastatique, il est en forme. Svelte, agile, il fait de la danse en ligne. Il effectue en outre lui-même les travaux intérieurs de sa nouvelle maison : menuiserie, maçonnerie, plomberie, etc. « Ma qualité de vie est assez bonne », affirme le patient d'une voix jeune et dynamique.

Sur le plan scientifique, son cas est impressionnant. Il a eu tous les traitements classiques : l'intervention chirurgicale, l'hormonothérapie et la chimiothérapie. Puis sont venus les traitements expérimentaux : l'abiraterone associé à de la prednisone, le vaccin ipilimumab et le nouvel agent chimiothérapeutique, le cabazitaxel.

La survie a cependant un prix. Les traitements sont longs. Ils prennent la forme d'une perfusion d'environ deux heures toutes les trois ou quatre semaines pendant des mois. Et puis il y a les effets indésirables. L'hormonothérapie, par exemple, fait disparaître le désir. Un aspect qui dérange beaucoup M. Schwarz. « On n'a plus de vie sexuelle. On regarde les femmes autrement. On a l'impression qu'on n'est pas le même homme ou qu'on n'est pas un homme. » Certains médicaments causent parfois des réactions surprenantes, comme le noircissement des ongles. M. Schwarz se souvient que pour préserver ceux des doigts, on lui a fait plonger les mains dans de la glace. Mais les pieds n'ont pas été traités et plusieurs de ses ongles d'orteils sont maintenant noirs. D'un traitement à l'autre, les effets indésirables se ressemblent, estime le patient. Fatigue, diarrhée, altération du goût, etc. Mais la vie n'a pas de prix. « J'ai toujours des projets », confie le patient.

M. Schwarz considère maintenant son cancer un peu comme une maladie chronique. Un jour, le D^r Saad l'a d'ailleurs regardé dans les yeux et lui a dit : « Vous, vous pouvez mourir d'autre chose que du cancer. » Une phrase qui a marqué le patient.

« On ne réussit pas actuellement à guérir ces hommes-là, explique le D^r Lattouf. Cependant, on parvient à stabiliser le cancer. Les nouvelles molécules freinent de plus en plus efficacement la progression de la maladie. On donne un médicament à un patient et, quand il ne fonctionne plus après quelques mois, on en a généralement un autre à lui offrir. C'est comme cela qu'on réussit souvent à tenir la maladie en échec. »

Espoir et recherche

La recherche en uro-oncologie n'a pas toujours été aussi prolifique. Pendant longtemps les coffres ont été à sec. La cause n'était pas populaire. Alors que les femmes se battaient pour leur santé et militaient pour la lutte contre le cancer du sein, les hommes, eux, restaient passifs, indifférents au cancer de la prostate. « Les chercheurs, les patients et des groupes d'intérêt ont réussi à mettre le cancer de la prostate sur la liste des priorités. Depuis quelques années, grâce aux fonds qu'on a réussi à obtenir, les recherches sont très intenses », souligne le D^r Lattouf.

Le D^r Saad, chercheur depuis 20 ans, n'a jamais vu autant de nouvelles molécules que depuis deux ans. « On avait un échec après l'autre. Et là, tout à coup, on se retrouve avec cinq nouvelles molécules, et ce n'est pas fini. » D'autres médicaments attendent dans les coulisses : le dasatinib, l'ortéronel, de nouveaux vaccins. « Il y a aussi la thérapie génique qu'on est en train de tester. »

Le Centre de recherche reçoit des patients de tout le Québec envoyés par des urologues et des oncologues. De plus en plus de médecins de famille y adressent également leurs patients désespérés par les limites de la médecine. « Le clinicien peut expliquer au patient qu'il y a maintenant des options qui n'existaient pas récemment et que s'il veut aller dans un centre d'oncologie tertiaire, il aura accès à des traitements standard et à d'autres encore expérimentaux. »


Il ne faut pas cesser d'espérer, estime pour sa part le D^r Lattouf. « Tant qu'il y a de la recherche, il y a de l'espoir. » 

Tableau d'honneur

Médecin de famille de l'année

D^{re} Andrée Gagnon



D^{re} Andrée Gagnon

La D^{re} Andrée Gagnon, qui pratique à Saint-Jérôme, est l'un des 10 médecins de famille de l'année. Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) lui a remis le Prix Reg L. Perkin, le 12 novembre dernier, lors du Forum sur la médecine familiale organisé à Toronto.

« Depuis 1972, le Collège rend hommage aux médecins

de famille qui ont dispensé des soins exceptionnels à leurs patients, ont fourni d'importantes contributions à la santé et au bien-être de leurs collectivités et se sont

consacrés à la recherche et à l'enseignement de la médecine familiale », a indiqué l'organisme.

La D^{re} Gagnon, qui a commencé à pratiquer en 1992, exerce la médecine familiale et l'obstétrique à l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme et à la Clinique médicale Saint-Antoine. Elle a axé sa carrière sur les soins en lien avec la maternité et dans le domaine de la périnatalité.

Depuis 2009, la clinicienne est présidente de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec. L'an dernier, elle a participé, à titre d'experte, à deux projets commandés par le ministre québécois de la Santé : l'un sur la réduction des interventions inutiles en obstétrique et l'autre sur l'amélioration de l'accès aux soins périnataux dans la région de Montréal.

La D^{re} Gagnon a été nommée médecin de l'année en même temps que neuf autres omnipraticiens venant des neuf autres provinces. Leur candidature a été proposée par leurs collègues, par des dirigeants de la collectivité et par leur section provinciale du CMFC.

(Suite à la page 86) >>>

La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec déménage !

Veuillez prendre note qu'à compter du 17 décembre 2012, nos bureaux seront situés au :

**2, Place Alexis Nihon, 20^e étage
3500, boul. De Maisonneuve Ouest, bureau 2000
Westmount (Québec) H3Z 3C1**

Nos numéros de téléphone et de télécopieur demeurent les mêmes.

Téléphone : **514 878-1911**
Sans frais : **1 800 361-8499**
Télécopieur : **514 878-4455**



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC



◀◀◀ (Suite de la page 20)

Meilleure thèse en sciences de la santé

D^{re} Catherine Hudon

La D^{re} Catherine Hudon, médecin de famille au GMF-UMF du Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi, a remporté le prix de la meilleure thèse de doctorat en sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Ses travaux portaient sur la mise au point et la validation d'un questionnaire que peut faire passer le médecin de famille à un patient atteint de maladie chronique pour évaluer sa capacité à prendre sa santé en main.



D^{re} Catherine Hudon

La D^{re} Hudon, qui a reçu son diplôme d'omnipraticienne en 1998, est professeure agrégée au Département de médecine de famille de l'Université de Sherbrooke. Ses domaines de recherche sont, outre l'autonomie des personnes atteintes de maladies chroniques, les soins centrés sur le patient,

la validation d'instruments de mesure et la collaboration médecin-infirmière.

Nouveau membre du Temple de la renommée

D^r Claude Roy

Un des pionniers de la gastro-entérologie pédiatrique, le D^r Claude Roy, est l'un des six chercheurs nommés au Temple de la renommée médicale canadienne. « Les lauréats sont parmi ceux et celles qui ont repoussé les frontières de la découverte et de l'innovation au-delà du possible, afin de rendre le monde meilleur », mentionne l'organisme qui décerne cet hommage. Créé en 1994, le Temple de la renommée médicale canadienne se donne pour mission de rendre hommage à ceux qui font avancer la médecine.

Le D^r Roy a été un chercheur, un enseignant et un clinicien exceptionnel. Il a joué un rôle déterminant pour transformer l'hôpital universitaire Sainte-Justine, à Montréal, en un centre de calibre international. Les résultats de ses recherches sur la nutrition du nourrisson, les maladies chroniques du foie chez les enfants et les manifestations gastro-intestinales et hépatobiliaires de la fibrose kystique ont été utiles dans le monde entier. 🍷