



Photo : Superstock

Nouvelles priorités de la FMOQ ***meilleur accès aux soins et collaboration interprofessionnelle***

Emmanuèle Garnier

DE PLUS EN PLUS d'omnipraticiens prennent en charge de nouveaux patients. Les Québécois sont ainsi de plus en plus nombreux à avoir un médecin de famille. Mais il faut davantage pour que la population ait un meilleur accès aux soins de première ligne. Pour améliorer la situation, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) a mis sur pied deux comités : l'un sur l'accessibilité et l'autre sur l'interprofessionnalisme.

Les mesures pour donner un médecin de famille à un grand nombre de patients fonctionnent bien. « C'est un objectif qu'on est en train d'atteindre, notamment avec le succès qu'a eu la Lettre d'entente n° 245 au cours de la dernière année », explique le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération. Cette entente accorde

une somme de 100 \$ pour la prise en charge d'un nouveau patient et une prime totale de 200 \$ si cette personne est vulnérable. Beaucoup de médecins acceptent toutefois de nouveaux patients sans même se prévaloir de ces avantages.

« Ce qu'il nous reste à faire, c'est de déterminer quelles mesures permettraient aux gens qui ont un médecin de famille d'y avoir accès quand ils en ont besoin. Et lorsque ce n'est pas possible, parce que le clinicien ne peut toujours être disponible, il faut voir comment le patient pourrait consulter un autre omnipraticien au bon moment et au bon endroit », dit le D^r Godin.

Le Comité sur l'accessibilité va étudier différentes données, consulter divers groupes, se pencher sur les expériences d'autres pays et s'entourer d'experts. Le modèle qu'il proposera

D^r Louis Godin

tiendra compte de la réalité actuelle. « Il faudra voir comment on fera évoluer les modèles qui existent déjà, comme les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques-réseau, pour répondre aux besoins de la population. Les solutions retenues devront permettre au patient qui a besoin de consulter son médecin, ou un médecin, de ne pas aller à l'urgence si ce n'est pas indiqué », explique le **D^r Sylvain Dion**, porte-parole du groupe de travail.

Le comité devrait remettre son rapport d'ici l'été. Il ressent une certaine urgence. Déjà, d'autres professionnels

de la santé ont proposé leurs solutions pour compenser l'accès parfois difficile à un médecin de famille. Les pharmaciens, par exemple, ont obtenu le droit de prescrire certains

médicaments à certaines conditions. « Nous ne croyons pas que leurs mesures vont améliorer la situation, affirme le D^r Godin. Nous, nous voulons proposer des solutions pour régler le problème à la base et rendre l'accès à un médecin de famille plus facile. »

Comité sur l'interprofessionnalisme

Pour être plus disponibles pour leurs patients, les médecins ont besoin d'aide. Il leur faut

la collaboration d'autres professionnels de la santé. Le second comité de la FMOQ se penche sur cette question. « Il faut définir les conditions qui favoriseront l'intégration d'autres professionnels. Le groupe de travail doit regarder les mesures qui seront nécessaires autant en ce qui a trait à l'organisation qu'à la rémunération », indique le D^r Godin.

D^r Sylvain Dion

Toutes les possibilités seront étudiées, affirme le **D^r Jacques Bergeron**, porte-parole du comité sur l'interprofessionnalisme. « Il faut trouver des solutions où tout le monde est gagnant : la population, les médecins et le gouvernement, qui est l'agent payeur. »

Quel type de professionnels sera sollicité ? « Cela variera selon les milieux. Certains médecins désireront la collaboration de travailleurs sociaux, de nutritionnistes, d'inhalothérapeutes, etc. On a voulu regarder large, mais je pense que la réflexion va se centrer sur l'infirmière parce que c'est vraiment avec elle qu'on peut former une équipe pour augmenter le nombre de patients pris en charge », indique le D^r Bergeron. Ainsi, le médecin qui pratique seul dans son village et suit 3000 patients serait soulagé d'avoir, comme ses collègues des GMF, la collaboration d'une infirmière. Et même dans les GMF, l'aide infirmière pourrait être accrue. Certains ne disposent que de deux infirmières alors que dix médecins ou plus y pratiquent.

D^r Jacques Bergeron

Depuis longtemps, les médecins réclamaient de l'aide sur trois plans : l'informatisation, la collaboration d'autres professionnels de la santé ainsi que l'accès aux spécialistes, aux examens de laboratoire et aux examens spécialisés. « On a réglé la question du dossier médical électronique. Maintenant on va mettre sur pied des mesures pour favoriser l'intégration d'autres professionnels. Restera ensuite la question de l'accès au plateau technique et aux spécialistes. Ce sera un prochain chantier », affirme le D^r Godin.

Le congrès syndical, qui aura lieu les 23 et 24 mai, offrira par ailleurs l'occasion aux omnipraticiens de se prononcer sur tous ces enjeux. 📄

Création du régime d'assurance maladie

une nouvelle ère pour les médecins et les patients



Le 1^{er} novembre 1970, une nouvelle ère s'ouvre au Québec : le régime d'assurance maladie entre en vigueur. Quelque cinq millions de Québécois pourront dorénavant être soignés gratuitement.

Pour les médecins, c'est aussi une nouvelle époque qui commence. « La création du régime d'assurance maladie représentait pour eux des revenus fixes. Ils étaient dorénavant certains d'être payés et il n'y avait plus de préoccupations financières entre eux et le patient », indique le D^r Georges Boileau, qui faisait partie de l'équipe du président de la FMOQ d'alors, le D^r Gérard Hamel.

C'était la Fédération qui avait négocié avec le gouvernement les tarifs des omnipraticiens. Même si elle s'était prononcée en faveur de l'assurance maladie, contrairement aux médecins spécialistes, les discussions avaient été longues et difficiles. Les négociations avaient même été rompues un temps. Le D^r Hamel, fin stratège, n'avait cependant pas voulu recourir à des moyens de pression avant d'avoir épuisé toutes les ressources de la négociation.

Pour expliquer aux omnipraticiens la position de la Fédération, le président était allé rencontrer ses membres aux quatre coins du Québec. « Toute la question des négociations était au cœur de cette tournée : qu'est-ce qui était négocié ? Quelles étaient nos demandes au gouvernement ? Quelles étaient les réponses de ce dernier ? Il fallait aller partout, parce que ça brassait. Il y avait une certaine inquiétude », se souvient le D^r Boileau, qui a accompagné le D^r Hamel au cours de ces réunions, à titre de président du Comité des relations publiques.

Une entente est finalement survenue. Elle a entre autres posé les bases des modalités de rémunération des médecins. Ils allaient recevoir un paiement dans les 45 jours

suivant la réception des relevés de leurs honoraires. De nouveaux concepts apparaissaient. « La notion d'examen complet et d'examen complet majeur, qui n'existait pas jusque-là, fait soudainement son apparition avec ses précisions et ses obligations », indique le D^r Marc-André Asselin dans son livre sur l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal intitulé : *La petite histoire d'une grande association*. La Fédération tirait elle aussi profit de l'entente : il y aurait une retenue syndicale de 5 % par chèque.



D^r Georges Boileau, 2011

Les médecins spécialistes, eux, réagissent très mal à la perspective du nouveau régime. Ils déclenchent une grève générale pour s'y opposer. Afin de forcer leur retour au travail, l'Assemblée nationale vote une loi le 15 octobre 1970.

Les omnipraticiens, pour leur part, ne tardent pas à se réjouir des résultats des négociations. « La preuve que c'était satisfaisant,

c'est que cela a conduit à une augmentation de leurs revenus », indique le D^r Boileau. Pendant les premières années du régime, les médecins de famille québécois seront même les mieux payés du Canada.

Erratum

Contrairement à ce qui a été écrit dans l'article « Création de la FMOQ : le combat des praticiens des années 1960 », publié en février dernier, il n'y a pas eu sept, mais bien six associations qui ont fondé la Fédération. Au cours de la réunion de création du 12 janvier 1963, il y avait bien des représentants de sept associations, dont celle de Yamaska. Cependant, cette dernière n'était pas encore officiellement créée. Elle ne l'a été que le 31 janvier. Son représentant n'a en outre pas signé la requête de constitution de la FMOQ.

Par ailleurs, il était indiqué dans une citation du D^r Marc-André Asselin que l'AMOM avait été le premier syndicat de professionnels au Québec. En fait, l'association de Québec, officiellement mise sur pied en 1960, a été fondée avant celle de Montréal qui a vu le jour en 1961. EG

Entrevue avec le D^r Jean-Yves Boutet

maladies chroniques et solutions novatrices



Photo : Emmanuelle Garnier

D^r Jean-Yves Boutet

L'automne dernier, les principaux intervenants du réseau de la santé de l'Abitibi-Témiscamingue se sont réunis pour voir comment faire face à une hausse du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Intitulé : « Sortir ensemble des sentiers battus », ce congrès était organisé entre autres par l'Association des médecins omnipraticiens du Nord-Ouest, dont le D^r Jean-Yves Boutet est président.

M.Q. – Tous les acteurs de votre région dans le domaine de la santé se sont rassemblés au cours d'un colloque. Quels étaient les problèmes que vous vouliez résoudre ?

J.-Y.B. – Il devenait nécessaire de réfléchir à la question de l'augmentation de la clientèle atteinte de maladies chroniques et du vieillissement de la population. C'est d'autant plus important que l'on est dans un contexte de pénurie de médecins et d'accès réduit aux soins de première ligne. On s'est demandé de quelles solutions nous disposions.

En fait, le but premier du colloque était de réunir tout le monde – directeurs d'hôpitaux, médecins omnipraticiens, infirmières, travailleurs sociaux et intervenants des programmes communautaires – d'abord pour savoir ce qui se faisait déjà et, ensuite, pour voir comment améliorer la prise en charge des maladies chroniques.

Actuellement, le travail se fait en silo, que ce soit dans les CLSC, à l'hôpital ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Par exemple, si un patient est vu à la clinique du diabète dans un CLSC, son médecin de famille ne reçoit pas toujours les modifications qui ont été apportées à ses doses d'insuline ou de médicaments. L'information ne circule pas. On veut que le médecin de famille soit le chef d'orchestre, mais il joue sans orchestre.

M.Q. – Quelles étaient vos attentes ?

J.-Y.B. – Nous voulions un peu provoquer les directeurs d'hôpitaux parce que souvent, ils ne savent pas ce qui passe dans les groupes de médecine de famille (GMF) ni dans les cliniques-réseau. Nous souhaitons permettre l'éclatement des silos. On voulait leur dire :

« Écoutez, on a à travailler ensemble. On a les mêmes clients. Il faut améliorer notre collaboration. »

Au cours du colloque, nous avons discuté de la nécessité d'aller vers une « gestion transformationnelle ». Cela veut dire d'envisager des changements comme le prêt d'intervenants par les hôpitaux et les CLSC à la première ligne. Si, comme médecins de clinique médicale, on a un patient qui a un problème de santé mentale, on aimerait avoir les services d'un travailleur social. Si on suit des personnes atteintes d'obésité, on voudrait qu'un kinésologue et une nutritionniste puissent venir dans nos locaux une journée par semaine. De cette manière, quand ces derniers verraient les patients, ils pourraient interagir rapidement avec nous. Nous serions tous au même endroit. Il faut déplacer les ressources vers la première ligne. C'est ce que nous appelons les « GMF plus ». Ce projet permettrait de briser les frontières, les silos. C'est important, parce que dans notre région, la plupart des médecins de famille travaillent en GMF.

M.Q. – Quelles raisons inciteraient les établissements à faire ces prêts de personnel ?

J.-Y.B. – Le prêt de professionnels de la santé pourrait permettre de réduire le nombre d'hospitalisations. Une étude faite en Abitibi par le D^r Antoine Boivin a montré qu'avec un meilleur suivi, on aurait économisé douze millions de dollars en 2009 simplement en évitant des hospitalisations. Il faut donc convaincre les directeurs d'hôpitaux que s'ils prêtent un travailleur social, une infirmière, une nutritionniste, ce sera rentable pour eux. Il faut mettre les ressources là où cela fonctionne.

On veut donc faire un travail d'échange. On a déjà le Dossier médical électronique (DME) qui permet le partage d'informations. Cependant, dans un deuxième temps, si on veut que le médecin de famille soit le chef d'orchestre, il faut lui emmener des musiciens et là, actuellement, ce n'est pas le cas. Chaque GMF comptant 15 000 patients inscrits bénéficie actuellement des services de deux infirmières. Cependant, dans un groupe de dix-sept médecins comme le nôtre, ce n'est pas suffisant. Il faut donc accroître le partage du travail et des ressources entre le centre de santé et de services sociaux, les GMF, parfois les CHSLD, pour vraiment offrir un meilleur suivi aux malades chroniques.

M.Q. – Quelle sera la suite ?

Il est prévu que d'ici un an nous rencontrons les directeurs d'établissement pour qu'ils nous proposent un projet « GMF plus ». Ils

devront offrir aux groupes de médecine de famille de leur territoire une formule qui réponde à leurs besoins. Par exemple, à Amos, cela pourrait être le prêt d'une nutritionniste et d'un travailleur social. À Val-d'Or, où il y a un problème d'itinérance, le GMF pourrait avoir besoin des services d'un travailleur social. À Rouyn-Noranda, nous avons une population vieillissante et beaucoup de patients souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive. Il nous faudrait un physiothérapeute et un inhalothérapeute. On aimerait d'ailleurs que l'inhalothérapeute vienne travailler au GMF avec nous. On pourrait organiser des journées d'enseignement pour les patients. On veut laisser une grande liberté en ce qui concerne le choix du type d'intervenant qui sera prêté. Si on impose un modèle rigide et unique qui ne correspond pas aux besoins de la population, on rate le bateau.

M.Q. – Au cours de votre colloque, plusieurs expériences ont été présentées pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques. Lesquelles vous ont frappé ?

J-Y.B. – Il y a eu une conférence sur un projet de gériatrie ambulatoire à Val-d'Or. Une équipe interdisciplinaire va directement chez des personnes âgées en perte d'autonomie et sans médecin de famille pour les évaluer. Ces patients ont souvent été repérés par les travailleurs sociaux. L'objectif est d'éviter les visites à l'urgence. Les médecins de l'urgence ne règlent d'ailleurs que les problèmes les plus importants, mais pas les autres. Les personnes âgées ne savent pas trop vers qui se tourner pour obtenir de l'aide. Un médecin a également parlé de la « clinique de transition » qu'elle a mise sur pied. Cette formule permet le renouvellement de prescriptions et le suivi de certains patients qui n'ont pas de médecin de famille. Ce projet a permis de réduire le nombre de visites à l'urgence pour de tels renouvellements.

En ce qui me concerne, j'ai fait un exposé sur l'*Advanced Access*^{*}, c'est-à-dire la gestion proactive des rendez-vous, et l'*Open Access*, un modèle hybride entre l'*Advanced Access* et le fonctionnement habituel. J'ai expliqué que je laisse dans mon agenda des plages horaires pour voir mes patients quand ils ont besoin de me consulter rapidement. Je les rencontre le jour même ou dans les deux ou trois jours suivants. Il y a ainsi moins de visites à l'urgence. Beaucoup de gens du colloque ont trouvé l'idée intéressante. L'*Advanced*

Access et l'*Open Access* font partie de la transformation du réseau et vont permettre l'amélioration de l'accès aux soins.

M.Q. – Dans votre région, vous vous intéressez aussi à l'autogestion des soins.

J-Y.B. – L'autogestion des soins est un programme qui vient de l'Université Stanford, en Californie. La Santé publique en a mis un sur pied pour aider les patients atteints de maladies chroniques. Ce type de programme permet un suivi par des pairs qui souffrent de la même maladie et qui ont reçu une formation. Il a été prouvé que l'autogestion des soins améliore la prise en charge des maladies chroniques. Les patients apprennent à mieux se connaître, à mieux exprimer leurs besoins et à repérer plus facilement les signes d'alarme pour savoir quand consulter. Des chercheurs de l'Université Stanford ont montré que les patients du programme consultaient moins et connaissaient mieux leur problème de santé. Si les patients atteints de maladies chroniques n'ont pas accès rapidement à un médecin, il est important qu'ils sachent mieux gérer leur problème de santé.

M.Q. – C'est une autre piste sur laquelle vous misez ?

J-Y.B. – Oui, c'en est une. Le dossier médical électronique en est une autre. Le recours aux services d'une infirmière praticienne spécialisée en maladies chroniques en est une aussi. On a plusieurs options sur la table. Je pense qu'elles sont toutes bonnes. Il faut tranquillement les faire connaître et les utiliser.

M.Q. – À votre avis, le système de santé est à un tournant ?

J-Y.B. – Au cours du colloque, un intervenant a résumé l'évolution du système de santé. La première transformation est venue avec l'arrivée des antibiotiques et des premiers vaccins. Ces découvertes ont permis d'améliorer la qualité de vie des patients et de prolonger leur existence. Ensuite, entre les années 1970 et 2000, la technologie, comme la tomodensitométrie, l'échographie, les autres examens d'imagerie et les nouvelles techniques chirurgicales, a permis à la médecine de faire un autre bond en avant. Mais, depuis, il n'y a pas eu de grandes avancées. Nos patients vivent cependant beaucoup plus longtemps. Certains ont des maladies chroniques et des cancers. Plusieurs souffrent. On doit maintenant envisager une façon complètement différente d'aborder l'offre de services. Je pense qu'on ne s'est pas encore adapté au vieillissement de la population. Il faut y parvenir. **EG**

* Également appelé « Accès adapté ».

XVII^e Congrès syndical de la FMOQ

Nous sommes *présent et avenir!*

Les jeudi 23 et vendredi 24 mai 2013
Hôtel Omni Mont-Royal, Montréal



Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

Festivités des 50 ans

- 23 mai, Hôtel Omni Mont-Royal
Lancement du livre du D^r Marc-André Asselin
relatant l'histoire de la FMOQ
- 24 mai, Centre Mont-Royal
Cocktail et gala sur le thème 50 ans, c'est extra!

Inscrivez-vous en ligne ou par la poste avant le 10 mai

Consultez le programme détaillé ensaché dans
Le Médecin du Québec de mars ou se trouvant
en page d'accueil du www.fmoq.org

F O N D S
FMOQ



Christie
innomed
Solutions - Évaluation - Vision

FIERACAPITAL

Activité accréditée donnant droit aux mesures de ressourcement
ainsi qu'aux allocations du fonds de formation.

Livres *Emmanuèle Garnier*

La maladie d'Alzheimer

*Du D^r Fadi Massoud
et du D^r Alain Robillard*



La maladie d'Alzheimer est préoccupante. Au Canada seulement, elle frapperait déjà 300 000 personnes. Et elle inquiète beaucoup de gens.

Pour aider les personnes qui en sont atteintes et leurs proches, un gériatre du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le **D^r Fadi Massoud**, et un neurologue de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, le **D^r Alain Robillard**, ont rédigé un

livre pratique.

De manière claire et simple, les deux spécialistes décrivent ce qu'est la maladie d'Alzheimer : le stade prédéméntiel, les premiers signes de l'affection et son évolution.

Comment diagnostique-t-on la maladie ? Les auteurs expliquent les questionnaires cognitif, fonctionnel, psychique et comportemental dont le médecin se servira ainsi que les différents types d'examen qu'il fera passer au patient.

Peut-on prévenir la maladie d'Alzheimer ? Les deux spécialistes parlent des facteurs de risque connus et de la prévention. Ils précisent ce qui semble fonctionner, comme l'alimentation méditerranéenne, l'exercice et l'activité intellectuelle, et ce qui est plus controversé comme le ginkgo biloba, l'hormonothérapie et la vitamine E.

Le livre explique aussi les traitements médicamenteux et non médicamenteux. Il donne, en outre, divers conseils pratiques sur l'aménagement du domicile, la manière de faire face à l'errance, la façon de communiquer avec la personne atteinte et de gérer les troubles de l'humeur et du comportement. Le document finit sur une note d'espoir : les traitements de l'avenir.

Annika Parance Éditeur, Montréal, 2013,
184 pages, 19,95 \$

Obésité et perte de poids

mythes, présomptions et faits

Emmanuèle Garnier



Photo : Superstock

Quels conseils donner aux patients qui doivent perdre du poids ? Quelles mesures fonctionnent réellement ? Même dans le monde médical, les demi-vérités les données fausses se mélangent aux faits établis. Pour aider les cliniciens, des chercheurs américains et européens ont démêlé le vrai, du faux et du douteux.

DIVERS MYTHES circulent sur l'obésité et la perte de poids. Ils se propagent tant dans la population que dans la communauté scientifique. On retrouve ainsi des conseils qui semblent logiques, mais vont à l'encontre des données scientifiques. Il y a des assertions intéressantes, mais dont ni la véracité ni la fausseté n'ont été établies. Heureusement, il existe des faits prouvés. Des données auxquelles cliniciens et

patients peuvent raisonnablement se fier. Dans un intéressant article du *New England Journal of Medicine*, le **D^r David Allison**, de l'Université d'Alabama, et ses collaborateurs ont fait un tri rigoureux entre mythes, présomptions et faits¹.

Les mythes

Bien des croyances véhiculées au sujet de l'amaigrissement persistent simplement parce qu'elles sont répétées, semblent évidentes, sont en accord avec nos valeurs ou reposent sur des arguments trompeurs. Quels sont

1. Casazza K, Fontaine KR, Astrup A et coll. Myths, presumptions and facts, about obesity. *N Engl J Med* 2013 ; 368 (5) : 446-54.



Photo : Marcel La Haye

« Beaucoup de gens sont capables, par leur style de vie, d'éviter de devenir obèses. La génétique fait apparaître l'obésité seulement si l'environnement y est favorable. »

– D^r Dominique Garrel

ces mythes qui pourraient nuire aux efforts de vos patients ?

1) *Les petits changements continus peuvent produire une grande perte de poids à long terme*

Certains pensent que de petites pertes de poids obtenues en modifiant son mode de vie permettent à long terme de parvenir à un important amaigrissement. Ils partent d'un fait connu depuis un demi-siècle : une dépense en énergie de 3500 kcal permet de perdre 0,45 kg, soit une livre. Ils présument ensuite que les dépenses énergétiques peuvent s'additionner au fil du temps pour donner la perte de poids voulue.

Or, ce n'est pas ce qui se passe. Si une personne dépense 100 kcal en marchant 1,6 km par jour, au bout de cinq ans elle aura perdu non pas 22,7 kg

comme le prévoit la règle des 3500 kcal, mais seulement 4,5 kg, et ce, même si elle ne mange pas plus. L'exercice, tout comme le changement

d'alimentation, transforme la composition du corps. L'organisme s'adapte alors. « Les changements dans la masse modifient de façon concomitante les besoins en énergie du corps », indiquent le D^r Allison et ses collaborateurs.

« Le cerveau est très doué pour maintenir le poids au même niveau », indique le D^r Dominique Garrel, endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et expert en nutrition. Comment alors éviter d'enclencher les mécanismes compensateurs de l'encéphale ?

« Dans la gestion du poids, on recommande de faire une heure de marche par jour, mais pas de se mettre à la course à pied ou au vélo à grande vitesse. Si l'on fait un effort physique trop intense, l'organisme va

« Si l'on fait un effort physique trop intense, l'organisme va ralentir ses dépenses en énergie sans que l'on s'en rende compte. On va, par exemple, avoir tendance à être plus souvent assis que debout. »

– D^r Dominique Garrel

ralentir ses dépenses en énergie sans que l'on s'en rende compte. On va, par exemple, avoir tendance à être plus souvent assis que debout. C'est totalement inconscient. Le cerveau corrige chaque fois qu'on augmente la dépense d'énergie ou que l'on diminue l'entrée de calories. »

2) *Avoir des objectifs de perte de poids réalistes*

Plusieurs personnes croient qu'il faut se fixer des buts réalistes pour maigrir. Autrement, on risque d'être frustré et de perdre moins de poids. Même si cette hypothèse semble sensée, elle est erronée. Certaines études ont, au contraire, révélé que des buts plus élevés sont parfois associés à un plus grand amaigrissement.

Les objectifs raisonnables n'ont d'ailleurs pas plus de chance d'être atteints que les cibles ambitieuses, affirme le D^r Garrel, qui pratique également à l'Institut de recherches cliniques de Montréal. Les patients peuvent donc viser haut. « Certains arrivent à perdre cinquante livres en un ou deux ans grâce à des changements d'habitudes alimentaires. » Peut-on fixer un objectif encore plus élevé ? « Il n'y a que la chirurgie pour obtenir une perte de poids de plus de 50 ou de 100 livres », précise le spécialiste.

3) *Les pertes de poids trop rapides*

Faut-il craindre qu'une perte de poids rapide et intense favorise la reprise des kilos ? Eh bien non. Un amaigrissement graduel et lent ne donne pas de meilleurs résultats à long terme qu'une perte pondérale éclair.

D'après certaines études, un amaigrissement initial important et rapide serait même lié à un plus faible poids à la fin du suivi à long terme. Selon d'autres recherches, toutefois, il n'y aurait pas de différence. C'est d'ailleurs ce que voit le D^r Garrel dans sa pratique. « Les gens que l'on met, pour des raisons médicales, à des régimes très bas en calories, par exemple à 900 kcal par jour, et qui perdent beaucoup de poids rapidement, ne font ni mieux ni moins bien que ceux qui maigrissent lentement. »

4) *Être prêt avant de commencer un régime*

Selon certains, pour réussir à vraiment perdre du poids, il faut être bien préparé mentalement.

Cependant, des études ont montré que le fait d'être prêt n'est pas lié à l'importance de la perte de poids ni à l'observance du traitement chez des participants à des programmes de changement de comportement.

Ce mythe vient d'une confusion entre les méthodes d'intervention pour divers comportements préjudiciables. « Le modèle de Prochaska, qui comprend différentes étapes de motivation, a été créé pour le tabagisme. C'est une erreur de comparer la gestion du poids avec le traitement d'une dépendance », affirme le D^r Garrel.

5) *L'éducation physique à l'école est importante pour prévenir l'obésité*

Les études n'ont pas prouvé que les cours d'éducation physique à l'école réduisent l'obésité chez les enfants. Même les programmes spécialisés pour promouvoir l'exercice dans certaines écoles ne parviennent pas à réduire l'indice de masse corporelle ou l'incidence de l'obésité, indique l'article du *New England Journal of Medicine*.

Mais pourquoi ? « L'activité physique ne peut devenir un bon moyen de prévenir ou de traiter l'obésité que si la personne devient un athlète et s'entraîne au moins huit heures par semaine. Faire trois ou quatre heures d'activité physique dans une école n'est pas efficace », répond le D^r Garrel.

En fait, l'exercice ne permet pas d'augmenter suffisamment les dépenses énergétiques pour faire maigrir. Le pourcentage d'énergie qu'il faut perdre est peu élevé. « La majorité des dépenses de l'organisme vient du métabolisme au repos, c'est-à-dire ce qu'on dépense en ne faisant rien, indique le professeur du Département de nutrition de l'Université de Montréal. Ensuite, 10 % de nos dépenses viennent de l'effet thermique lié à l'alimentation. Si on rajoute le fait que de 20 % à 25 % des dépenses proviennent des activités professionnelles et familiales, la part de l'activité physique est minime. »

Néanmoins, même si on ne peut compter sur le pouvoir amaigrissant du sport, il faut en faire. « L'activité physique est nécessaire à la santé », souligne le D^r Garrel.

6) *L'allaitement protège les enfants contre l'obésité*

L'allaitement maternel a bien des vertus, mais pas celle de protéger les bébés contre une future obésité. L'erreur vient d'un rapport de l'Organisation mondiale de la santé de 2007. Quand les données du document ont été réanalysées, il est apparu qu'il y avait un biais de publication parmi les études qui y étaient présentées. Par ailleurs, d'autres recherches, dont une très rigoureuse comprenant plus de 13 000 enfants suivis pendant plus de six ans, n'ont pas montré d'effets protecteurs de l'allaitement contre l'obésité.

7) *Les relations sexuelles permettent de maigrir*

Autre mythe : les relations sexuelles permettent de brûler de 100 kcal à 300 kcal. En fait, les partenaires sont souvent loin du compte. Un homme de 70 kg dépenserait environ 3,5 kcal par minute pendant la stimulation et l'orgasme. C'est l'équivalent d'une marche d'un pas modéré.

Le D^r Allison et ses collègues se sont amusés à faire un calcul un peu curieux. En considérant que les relations sexuelles durent en moyenne six minutes, ils ont estimé qu'un homme dans la trentaine dépense approximativement 21 kcal en faisant l'amour. Cependant, s'il n'avait fait que regarder la télévision, il en aurait perdu 7. Ainsi, le surplus d'énergie dépensé grâce à l'activité sexuelle serait d'environ 14 kcal.

L'équation laisse le D^r Garrel dubitatif. « J'espère que les relations sexuelles de la majorité des gens durent plus de six minutes ! » À son avis, le calcul est un peu hasardeux, puisque les coûts énergétiques d'une activité physique sont différents d'une personne à l'autre.

Les présomptions

Dans le domaine du surpoids, beaucoup d'assertions sont loin d'être prouvées. Le médecin, tout comme son patient, doit être conscient de la valeur incertaine de plusieurs affirmations.

1) *La valeur du petit-déjeuner*

Est-il important de prendre un petit-déjeuner le matin pour ne pas grossir ? Cela semble

évident à plusieurs : ce premier repas empêcherait de trop manger dans la journée. Cependant, deux études contrôlées à répartition aléatoire comparant l'effet de prendre un petit-déjeuner à celui de le sauter n'ont pas montré de différence sur le poids de l'ensemble des participants. Toutefois, l'un des essais semblait indiquer que l'habitude qu'avaient initialement les sujets de prendre ou non un petit-déjeuner pouvait avoir un effet sur les résultats. La science ne permet donc pas vraiment de déterminer l'importance du premier repas de la journée.

D'où vient cette hypothèse sur la valeur du petit-déjeuner ? Hippocrate et les médecins de la Grèce antique recommandaient à leurs patients de prendre un petit-déjeuner substantiel, un repas moins important à midi et un souper très léger. « C'est une très longue tradition en médecine qui est enseignée depuis des millénaires », explique le D^r Garrel. Lui-même prodigue à ses patients des conseils identiques. « Il n'y a pas de données scientifiques pour les appuyer. Néanmoins, des chercheurs ont étudié une cohorte de personnes qui ont réussi à perdre beaucoup de poids sans le reprendre. Et l'un des facteurs qui caractérisaient ces sujets était le fait de bien manger le matin. »

Le spécialiste reconnaît toutefois que la répartition des calories d'une manière plutôt que d'une autre au cours de la journée ne joue pas sur le plan biologique. « Le bilan énergétique n'est pas du tout lié à l'heure à laquelle on mange », dit-il.

2) *Les habitudes de l'enfance et le poids*

Beaucoup croient que c'est durant la petite enfance que l'on acquiert les habitudes qui influenceront notre poids tout au long de notre vie. Les rapports à l'alimentation et à l'exercice y seraient déterminants.

Il est vrai que l'indice de masse corporelle reste stable au cours de l'existence. Toutefois, des études génétiques semblent indiquer que cela serait davantage dû aux gènes qu'à l'apprentissage précoce d'un mode de vie.

« Dans les années 1960 et 1970, les Suédois ont montré que 80 % de la graisse corporelle dépendait des gènes. Les enfants adoptés, par

exemple, ont le poids et le pourcentage de graisse corporelle de leurs parents biologiques et non de leurs parents adoptifs », indique le D^r Garrel.

3) *La valeur des fruits et des légumes*

Certains patients s'imaginent que le fait de manger plus de végétaux leur permettra de maigrir. « C'est vrai que la consommation de fruits et de légumes est bonne pour la santé. Cependant, quand il n'y a pas d'autres modifications de comportement qui accompagnent la consommation accrue de fruits et de légumes, le poids peut augmenter ou ne pas changer », indiquent le D^r Allison et ses collaborateurs.

« La consommation de fruits et de légumes n'a pas de vertu amaigrissante », résume le D^r Garrel. À la limite, un végétarien peut être obèse. Il y a déjà eu un cas. La personne faisait entre autres cuire ses légumes dans l'huile. « Quelle que soit la façon dont on se nourrit, la seule chose qui compte est la quantité d'énergie que l'on ingère. »

Il faut donc manger des végétaux pour les bonnes raisons. « La consommation de fruits et de légumes diminue l'incidence du cancer et des maladies cardiovasculaires. En nutrition, il n'y a pratiquement pas de connaissances plus solides que celle-là », affirme le spécialiste.

4) *L'effet yoyo et la mortalité*

Les prises et les pertes de poids cycliques peuvent-elles être dangereuses ? Certaines études d'observation ont montré que l'instabilité du poids était associée à un risque accru de mortalité. Cependant, ces résultats étaient probablement dus à des facteurs de confusion liés à l'état de santé des sujets. Chez les animaux, les études ne confirment par ailleurs pas le risque des variations pondérales.

Mais même s'il ne tue pas, l'effet yoyo a des répercussions néfastes : la fonte des muscles. « Chaque fois que l'on maigrit, on perd de la masse maigre, dont de la masse musculaire. Si on a 20 ans, cela ne cause pas de problème, parce que les muscles sont développés. Néanmoins, dès la trentaine on commence à en perdre à cause de l'âge », dit le D^r Garrel.

5) *Le grignotage et le gain de poids*

Bien des gens pensent que le fait de grignoter fait grossir. On ignore s'ils ont raison. Les études n'ont jamais montré de lien. « C'est vrai qu'on observe le grignotage chez un bon nombre d'obèses, mais on le voit aussi chez beaucoup de personnes non obèses », indique l'endocrinologue.

6) *L'environnement et l'obésité*

Le fait d'avoir des parcs, des trottoirs, des pistes cyclables dans l'environnement dans lequel on vit a-t-il une influence sur la prévalence de l'obésité ? Les études ne permettent pas de le dire.

Les faits

Heureusement, il y a des faits auxquels le médecin peut se fier quand il conseille son patient. Ce sont des données, issues d'études rigoureuses, considérées comme suffisamment certaines.

1) *La génétique*

La génétique joue un grand rôle dans le poids. Mais elle ne constitue pas le seul facteur clé. « L'hérédité n'est pas la destinée », soulignent les auteurs de l'article du *New England Journal of Medicine*. Le D^r Garrel est tout à fait d'accord. « Beaucoup de gens sont capables, par leur style de vie, d'éviter de devenir obèses. La génétique fait apparaître l'obésité seulement si l'environnement y est favorable. »

2) *L'alimentation*

L'intervention la plus efficace pour perdre du poids ? La réduction de l'apport en énergie. On peut manger plus de fruits et de légumes, prendre un petit-déjeuner le matin, mais on ne maigrira que si l'on diminue de manière globale sa consommation de calories.

3) *L'exercice*

Peu importe son effet sur le poids, l'exercice est bénéfique pour la santé. Il permet entre autres de réduire les effets nuisibles de l'obésité sur l'organisme. « On observe une diminution de l'incidence du cancer et des accidents

cardiovasculaires chez les gens qui sont actifs par rapport à ceux qui sont sédentaires, quel que soit leur poids », indique le D^r Garrel.

La pratique de l'exercice à un niveau suffisant permet également de maintenir la perte de poids à long terme. « Les programmes d'activité physique sont importants, surtout chez les enfants, mais pour que l'exercice influe sur le poids, il faut qu'il y ait une quantité substantielle de mouvements, pas seulement une simple participation », précisent les chercheurs.

L'activité physique a également un autre avantage : le maintien de la masse musculaire. « C'est très important chez les personnes qui maigrissent », estime le D^r Garrel.

4) *Les bonnes habitudes de vie*

La meilleure manière de concevoir l'obésité c'est de la considérer comme une maladie chronique, estime l'équipe du D^r Allison. Ce problème de santé nécessite une gestion continue pour maintenir la perte de poids à long terme. Pour y parvenir, il faut poursuivre les changements d'habitudes qui ont permis l'amaigrissement. « Concrètement, cela signifie qu'on ne doit pas essayer de mettre un patient au régime. Il n'y a donc pas deux phases : la perte de poids et l'arrêt de la diète. L'approche régime doit être totalement abandonnée », affirme le D^r Garrel.

5) *Les programmes familiaux*

Pour les enfants qui ont un surplus de poids, les programmes auxquels participent les parents et qui ont lieu à la maison sont les plus efficaces.

6) *L'approvisionnement en repas*

Un encadrement fournissant des repas ou des substituts de repas est associé à une plus grande perte de poids que les programmes d'apparence plus holistiques qui reposent sur des concepts d'équilibre, de variété et de modération.

7) *Les médicaments*

Quelle est l'utilité des médicaments ? « Certains agents pharmaceutiques peuvent aider les patients

à obtenir une perte de poids significative sur le plan clinique et à maintenir cette réduction tant qu'ils les utilisent », écrivent les auteurs de l'article.

Le D^r Garrel n'est pas d'accord. « Je ne connais pas un seul cas de traitement pharmacologique qui ait été utile, tout en ne causant pas d'effets indésirables graves. » Certaines molécules très efficaces ont d'ailleurs été retirées du marché, parce qu'elles semblaient pousser des patients au suicide.

Les produits qui restent sont moins puissants. « La plupart des médicaments actuellement offerts permettent une perte d'une vingtaine de livres en moyenne pendant six mois. Ensuite, le poids remonte tranquillement, même si les patients continuent à les prendre. Dans la vraie vie, les gens cessent souvent le traitement ou ont des effets secondaires. »

8) *La chirurgie bariatrique*

Chez certains patients soigneusement sélectionnés, la chirurgie bariatrique est très efficace. Elle réduit le poids de

manière durable et diminue l'incidence du diabète et le taux de mortalité. « Pour les personnes très obèses, la chirurgie bariatrique peut offrir un traitement qui change la vie et, dans certains cas, qui la sauve », soutiennent les chercheurs.

« Être honnête avec le public »

L'exercice auquel se sont livrés le D^r Allison et ses collaborateurs est notable. « Un travail aussi exhaustif avec une recherche aussi importante dans la littérature n'avait jamais été publié », estime le D^r Garrel, qui a lui-même déjà participé à la rédaction des recommandations canadiennes sur le traitement de l'obésité.

Cette analyse qu'ont faite les chercheurs américains des données prouvées et non prouvées est cruciale pour les médecins. « En tant que communauté scientifique, nous devons toujours être ouverts et honnêtes avec le public au sujet de l'état de nos connaissances et évaluer rigoureusement les stratégies non prouvées », indiquent le D^r Allison et son équipe. 📖

Même si on ne peut compter sur le pouvoir amaigrissant de l'exercice, il faut en faire. L'activité physique est nécessaire à la santé.

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à egarnier@fmoq.org.

De la lidocaïne en gel pour les réparations paraclitoridiennes

La D^{re} Nathalie Lapierre, médecin de famille accoucheur à Chicoutimi, veut éviter de faire souffrir les patientes qui ont eu une déchirure dans la zone paraclitoridienne. Avant de recoudre la plaie, il faut normalement effectuer une anesthésie locale en piquant avec une aiguille dans cette région sensible. C'est très douloureux si la femme n'a pas eu d'épидurale ni de bloc honteux.

La D^{re} Lapierre a donc eu une idée : utiliser de la Xylocaïne en gel. « J'applique la gelée, puis j'attends. J'en profite pour régler différentes petites choses. Quand j'infiltré ensuite la plaie avec la Xylocaïne, c'est beaucoup moins douloureux », explique l'omnipraticienne. Parfois, l'effet de la Xylocaïne topique est même suffisant pour faire directement les points de suture. « Cette méthode fonctionne bien, et je crois que les patientes ont tout intérêt à ce que leur médecin le sache », mentionne la clinicienne. **EG**

Un examen gynécologique sur un air d'opéra

En général, les patientes n'aiment pas les examens gynécologiques. Celles de la D^{re} Roseline Lebel, médecin de famille à la Clinique Concorde à Laval, ne font pas exception. Cependant, pour rendre le moment moins désagréable, l'omnipraticienne a recours à plusieurs trucs.

Pour commencer, la D^{re} Lebel parle aux patientes pour les aider à se détendre. Elle les fait même rire en choisissant avec elle la taille du spéculum selon la grandeur du vagin. Une introduction inusitée. Ensuite, pour que l'examen soit plus agréable, elle réchauffe l'instrument sous l'eau chaude en expliquant ce qu'elle fait. Une gentille attention. Et, pour finir, l'omnipraticienne se met à chantonner de sa belle voix rassurante. Elle fredonne parfois une mûchanson qu'elle aime, comme L'arbre est dans ses feuilles ou Gros Pierre de Gilles Vigneault. Une charmante diversion. « Les patientes sont contentes et détendues. Elles n'ont habituellement pas mal », dit la D^{re} Lebel. Elles sentent que leur médecin prend bien soin d'elles. **EG**

« Docteur, vais-je mourir ? »

Que faire quand, à l'urgence, un patient vous regarde droit dans les yeux et vous demande : « Docteur, est-ce que je vais mourir ? » La première fois que c'est arrivé au D^r Dominic Gagnon, médecin à l'urgence de l'Hôpital de La Baie, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, il s'est senti déstabilisé. Le patient était lucide, mais allait mal.

Le clinicien a alors tout simplement répondu : « Oui, vous allez mourir... ». Puis, il a fait une pause pour laisser la personne se remettre de sa surprise, avant de préciser : « ... comme tout le monde », avec un regard compatissant. Le D^r Gagnon a remarqué que cette formule directe, qu'il a ensuite réutilisée, dédramatisait la situation et pouvait servir d'entrée en matière. « J'explique simplement aux gens que la mort est un processus naturel et que, oui, elle va arriver. »

Mais parfois la question suivante est : « Et quand vais-je mourir ? » Le médecin a alors une réponse qui rassure généralement le patient : « Habituellement, les gens décèdent quand ils sont prêts et souvent ce sont eux qui le décident. »

Si les patients ont des questions ou ont besoin d'exprimer ce qu'ils ressentent, le médecin reste près d'eux. Au besoin, ils les orientent vers d'autres professionnels pour les aider. « L'essentiel ne réside pas tant dans les mots qu'on utilise que dans le climat d'empathie que l'on crée », précise le D^r Gagnon. **EG**