

Réunion du Conseil où en sont les hausses prévues ?

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

LE 4 MAI DERNIER, le Conseil de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) s'est réuni. Le président, le D^r Louis Godin, a alors fait le point sur certaines des hausses prévues dans le dernier accord-cadre : augmentations paramétriques, nouvelles nomenclatures, création d'un mode de rémunération mixte, etc. Mais, pour commencer, il a exposé les changements concernant la prise en charge des patients sans médecin de famille.

Prise en charge de patients sans médecin de famille

Depuis le 1^{er} juin, les omnipraticiens qui inscrivent des patients orphelins ont droit à un forfait sans avoir à communiquer avec le guichet d'accès du centre de santé et de services sociaux*. En cabinet, ils reçoivent dorénavant 52 \$ pour les patients vulnérables et 25 \$ pour les patients non-vulnérables (*tableau, p 12*). « Les deux tiers des patients étaient inscrits directement sans passer par le guichet, et les médecins

ne touchaient rien », a indiqué le D^r Godin. Les cliniciens ne pourront cependant plus utiliser le guichet pour s'autoadresser des patients et obtenir les forfaits antérieurs. Le mécanisme n'existe plus.

Au sein du guichet, une nouvelle classe de patients a par ailleurs été créée. Elle comporte deux types particuliers de personnes vulnérables :

- ⊗ les patients de catégories à la fois A1[†] (c'est-à-dire ayant un problème de santé mentale : troubles psychotiques, bipolaires, paniques, etc.) et A3[‡] (troubles dépressifs majeurs récidivants) ;
- ⊗ les patients de la catégorie F[§] (toxicomanie ou alcoolisme).

La prise en charge de ces patients donne droit à un forfait majoré qui atteint 250 \$ dans les cliniques.

Autre modification, un médecin ne peut prendre plus de 150 patients du guichet par an, à moins d'une autorisation spéciale. Cette mesure ne touche cependant pas les jeunes médecins durant leurs quatre premières années de pratique.

† Code de catégorie de problème de santé : 01

‡ Code de catégorie de problème de santé : 11

§ Code de catégorie de problème de santé : 06

* En plus des forfaits qui existent déjà comme celui de l'inscription générale de patients.

Nouveaux tarifs pour la prise en charge des patients sans médecin de famille

	Cabinet	CLSC ou établissement	Code d'acte
Patients ne venant pas du guichet			
Patient non vulnérable	25 \$	20,75 \$	19954
Patient vulnérable	52 \$	43,15 \$	19955
Patients venant du guichet			
Patient non vulnérable	100 \$	83 \$	19952
Patient vulnérable	208,60 \$	173,80 \$	19951
Patient vulnérable A1-A3 ou F	250 \$	207,50 \$	19956

Quel sera l'effet global de ces modifications ? La Fédération a fait un modèle pour en mesurer les répercussions. « Pour plus de 90 % des médecins qui ont utilisé le guichet d'accès, cela va se traduire par un gain », assure le D^r Godin.

Augmentation paramétrique

Depuis le 1^{er} avril, les omnipraticiens ont droit à une augmentation paramétrique de 4,24 %, selon le dernier accord-cadre. Les honoraires fixes, le tarif horaire et les primes ont été ajustés à la date prévue. Par contre, la rémunération à l'acte ne s'est accrue que depuis le 1^{er} juin. Les cliniciens payés selon ce mode recevront donc un paiement rétroactif à l'automne pour les deux mois de retard.

Nouveau mode de rémunération mixte

Où en est le nouveau mode de rémunération mixte pour les médecins rétribués à honoraires fixes et à tarif horaire ? Dans certains secteurs, comme la santé publique, les travaux sont très avancés alors que dans d'autres domaines, ils progressent plus lentement.

« Nous avons signé une lettre d'entente qui prévoit que l'on va négocier dans les prochaines semaines de nouveaux modes de rémunération selon un calendrier que l'on s'est fixé. On commencera par les secteurs de la santé publique, puis des soins palliatifs à domicile, du maintien à domicile, de la santé mentale, tout ce qui touche l'établissement, pour terminer par les soins courants », a expliqué le D^r Godin.

Même si le nouveau mode de rétribution mixte devait initialement entrer en vigueur le 1^{er} avril

dernier, les omnipraticiens ne seront pas pénalisés par le retard. Ils recevront des versements qui correspondront à l'augmentation qu'ils auraient dû toucher à partir du 1^{er} avril s'ils adhèrent au nouveau mode.

Quand tout le processus sera terminé, les médecins rémunérés à tarif horaire et à honoraires fixes bénéficieront d'une augmentation semblable à celles des autres omnipraticiens. « Il y aura une équité entre tous les secteurs en ce qui a trait aux augmentations générales qui s'appliquent entre 2010 et 2016 et dans les sommes versées pendant cette période », a souligné le président.

Pour obtenir les hausses maximales, les médecins payés à honoraires fixes et à tarif horaire devront toutefois adopter le mode de rémunération mixte. « Cela a été la même situation pour les médecins des cabinets médicaux. On a réservé des sommes entre autres pour la modulation des forfaits liés à l'inscription et à la prise en charge de nouveaux patients. »

Nouvelle nomenclature dans les cabinets médicaux

D'ici avril 2015, une nouvelle nomenclature sera créée pour les actes en cabinet et à domicile. D'ici là, l'augmentation paramétrique à laquelle auront droit les médecins prendra la forme d'un forfait rétroactif versé tous les trimestres sur la base de la facturation des actes. Les hausses seront de :

- ⊗ 4,24 % pour la période de 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 ;
- ⊗ 7,62 % pour la période du 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015.

Seul le tarif de l'intervention clinique, qui va certainement se retrouver dans la nouvelle nomenclature, sera directement accru.

La prochaine nomenclature, qui touchera au moins 6000 omnipraticiens, pourrait comprendre de nouveaux actes comme les consultations téléphoniques ou les discussions de cas avec les spécialistes. Les médecins des cabinets médicaux seront consultés à ce sujet.

Une UMF dans un cabinet médical

Le 1^{er} juillet, pour la première fois, un cabinet médical deviendra une unité de médecine familiale (UMF). Il s'agit de la Clinique de santé Jacques-Cartier, à Sherbrooke. Jusqu'à présent, les cabinets médicaux pouvaient recevoir des étudiants, et même des résidents, mais n'avaient jamais eu la possibilité d'être carrément des unités d'enseignement.

« Nous avons négocié une entente pour cette clinique », a expliqué le président de la Fédération. Les médecins qui y pratiquent pourront ainsi être payés pour leurs activités de supervision, soit à l'acte, soit selon la nouvelle « intervention de supervision », qui donne 114,20 \$ de l'heure pour un maximum de 3,5 heures par demi-journée. Les activités d'enseignement, elles, seront rémunérées au taux de 28,55 \$ par période de 15 minutes. Les omnipraticiens auront également droit aux forfaits d'enseignement.

« Cela fait longtemps qu'on nous dit qu'il serait important que les résidents connaissent la pratique dans les cabinets médicaux. On va pouvoir leur offrir cette possibilité pour la première fois et on espère que cela va avoir un effet d'entraînement. »

Avenir

Les prochains dossiers de négociation toucheront l'anesthésie, les soins intensifs, la périnatalité et les urgences. « Dans les trois premiers cas, on devrait progresser assez vite. En ce qui concerne l'urgence, on consulte les médecins qui y pratiquent. On discute entre autres de la possibilité de créer un code d'acte pour le transfert des patients lors des changements de quart de travail et de la question de la rémunération des tâches médico-administratives », dit le D^r Godin.



Quelques délégués du Conseil

La nouvelle nomenclature dans les établissements de soins de courte durée et de longue durée, dans les centres de réadaptation et pour les soins physiques en établissements psychiatriques, elle, entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2013. Comme elle n'a pu être appliquée au début de l'année, comme cela avait été espéré, certaines mesures compensatoires ont déjà été mises en place.

L'un des prochains dossiers à être négocié serait par ailleurs la rémunération différente en cabinet et en CLSC par rapport à l'hôpital dans les régions insuffisamment pourvues de médecins. « Il avait été convenu, lors du renouvellement de l'accord-cadre, qu'on élimine ce différentiel-là », a rappelé le D^r Godin.

Les travaux sur les frais de pratique se poursuivent également. L'étude sur cette question est commencée, mais la Fédération aurait besoin de plus de cliniques participantes. Ainsi, presque deux ans après la signature du dernier accord-cadre, la concrétisation des mesures adoptées se poursuit. 📞

Un nombre croissant de Québécois ont un médecin de famille

des données encourageantes

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock



Photo : Emmanuèle Garnier

M. Denis Blanchette

permettent tous les espoirs. Depuis les trois dernières années, le nombre de personnes inscrites augmente d'environ 300 000 par an, indiquent les données de la Régie de l'assurance maladie

SERAIT-IL POSSIBLE que dans trois ans, 75 % de la population ait un médecin de famille ? Actuellement, 65 % des Québécois sont inscrits auprès d'un omnipraticien. Il resterait donc encore environ 800 000 patients à l'être, selon les calculs de la FMOQ.

Les données des années précédentes

du Québec. Les médecins de famille ont ainsi inscrit plus d'un million de nouveaux patients depuis 2009. À ce rythme, il ne serait pas impossible d'atteindre officiellement en 2015 la cible de six millions de personnes prises en charge.

Mais les omnipraticiens seront-ils capables de garder la cadence ? Ils ont déjà fait beaucoup d'efforts. Et il faudrait qu'ils consentent à en effectuer encore autant. « C'est l'équivalent de demander à chaque médecin d'ajouter environ 150 nouveaux patients à sa pratique pendant trois autres années : 2013, 2014 et 2015. Cela représente quelque 50 nouveaux patients annuellement », affirme M. Denis Blanchette, directeur des Affaires économiques à la FMOQ.

Le pari n'est pas impossible. « On s'est aperçu qu'avec la sensibilisation qui a été faite et

les nouvelles mesures mises de l'avant, les médecins ont inscrit davantage de patients. Il y a toutefois des limites à ce qu'on peut leur demander de plus. Cependant, si on continue à mieux les soutenir et que l'an prochain, et dans deux ans, on leur donne encore plus de soutien, il serait réaliste de s'attendre à ce qu'ils prennent encore plus de nouveaux patients. On a la preuve que lorsqu'on les aide, cela fonctionne », affirme le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ.

La majorité des omnipraticiens ont contribué à l'effort collectif. Sur les 6400 médecins ayant inscrit au moins un patient, 5700 avaient pris en charge de nouvelles personnes l'an dernier. Les cabinets médicaux ont été particulièrement actifs. C'est là que s'effectue 88 % des inscriptions. Chaque médecin a pris en charge 950 patients en moyenne au cours des trois dernières années. Les CLSC ont eux aussi poussé à la roue. Leurs omnipraticiens ont accru de 20 % le nombre de leurs patients inscrits. La clientèle de beaucoup d'omnipraticiens s'est ainsi élargie.

L'objectif d'inscrire les trois quarts de la population auprès d'un médecin de famille, soit six millions de personnes sur les huit millions de Québécois, est-il réaliste ? Pourrait-on même viser un taux plus haut ? « Soixante-quinze pour cent constituent une cible réaliste, estime M. Blanchette. On ne peut avoir 100 % d'inscriptions. Certains patients, par exemple, ne cherchent pas à avoir un médecin de famille ou ne veulent pas être inscrits pour toutes sortes de raisons. »

Les patients vulnérables presque tous inscrits

Il y aurait au Québec 2,1 millions de patients vulnérables. Ils constituent 41 % de la population. Leur prise en charge a été une réussite. « La majorité d'entre eux ont un médecin de famille », soutient le D^r Godin. Il n'en resterait que quelque 150 000 à inscrire. Beaucoup font d'ailleurs partie des récentes catégories de personnes vulnérables

apparues il y a un peu plus d'un an. Les médecins n'ont ainsi pas encore eu le temps de toutes les inscrire.

« Dans la population, les personnes qui n'ont pas de médecins de famille sont surtout les hommes de 25 à 40 ans. Les gens âgés ou vulnérables en ont généralement un », affirme le président de la FMOQ.

Même si le taux d'inscription global au Québec est de 65 %, il varie beaucoup d'une région à l'autre. Dans certaines, il ne dépasse pas 55 %, alors que dans d'autres, il atteindrait 80 %. Les trois champions sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, Québec et le Bas-Saint-Laurent. Au deuxième rang viennent Chaudière-Appalaches, l'Estrie et la Mauricie qui ont déjà inscrit au moins 70 % de leur population.

Le modèle pour beaucoup est l'Ontario, qui a réussi à inscrire 73 % de sa population, soit 9,9 millions de ses 13,5 millions de citoyens. Les médecins ontariens, il faut dire, suivent en moyenne 1240 patients chacun. C'est plus élevé qu'au Québec, mais ils pratiquent davantage dans les cabinets médicaux et moins dans les hôpitaux que

les omnipraticiens d'ici.

Un mode de rémunération adéquat ?

Le mode de rémunération des médecins freine-t-il la prise en charge des patients ? Depuis longtemps, les omnipraticiens ne sont plus rétribués uniquement à l'acte. « On a maintenant une approche mixte, c'est-à-dire qu'une partie de la rémunération est sur une base forfaitaire



D^r Louis Godin

Photo : Emmanuèle Garnier

Les médecins de famille ont inscrit plus d'un million de nouveau patients depuis 2009. À ce rythme, il ne serait pas impossible d'atteindre, en 2015, la cible de six millions de personnes prises en charge.

Des chiffres différents ?

L'Enquête québécoise sur l'expérience de soins 2010-2011 de l'Institut de la Statistique du Québec présente des données qui peuvent sembler différentes de celles de la FMOQ. Ainsi, l'enquête, qui repose sur un sondage, indique que 21 % des gens de 15 ans et plus vivant au Québec n'ont pas de médecin de famille, soit une personne sur cinq. La FMOQ, pour sa part, calcule que 35 % des Québécois ne sont pas inscrits auprès d'un omnipraticien. Les données de la Fédération, tirées de la banque de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, concernent cependant tous les Québécois, quel que soit leur âge. La source des chiffres et la population étudiée sont donc différentes dans les deux cas. « Il faut par ailleurs savoir que les Québécois suivis par un médecin de famille ne sont pas nécessairement tous inscrits », précise M. Jean-Pierre Dion, directeur des Communications, à la FMOQ.

et une partie est à l'acte. On pense que la meilleure solution est d'avoir un mélange des deux », explique le Dr Godin

Ainsi, même dans les cabinets médicaux, la rémunération à l'acte représente 62 % de la rétribution du médecin et les forfaits, 38 %, a calculé M. Blanchette. « C'est un excellent ratio », estime-t-il.

Dans les établissements, les actes ne représentent même que 35 % de la rétribution du médecin. De manière globale, le paiement à l'acte constitue un peu moins de la moitié de la rémunération des omnipraticiens du Québec.

Dans les cabinets médicaux, la rémunération à l'acte représente 62 % de la rétribution du médecin et les forfaits, 38 %.

La proportion du paiement à l'acte est par ailleurs appelée à diminuer. « Plus les médecins inscriront de patients et plus la rémunération sous forme forfaitaire, ce qu'on peut appeler la capitation, va être importante », indique l'économiste.

Chaque mode de rémunération a ses avantages et ses inconvénients, estime pour sa part le Dr Godin. « La rémunération à l'acte est un incitatif

à l'activité, cependant elle peut encourager à voir beaucoup de patients sans faire de prise en charge. Le mode forfaitaire, lui, permet une approche globale, favorise la délégation et la prévention, mais n'incite pas à voir beaucoup de patients. »

Le président de la FMOQ est optimiste pour l'avenir. La prise en charge de la population devrait encore s'améliorer. « L'arrivée des dossiers médicaux électroniques va aider les médecins dans leur pratique quotidienne. De notre côté, on continue à travailler pour qu'ils aient encore plus d'aide d'autres professionnels. Il faudrait qu'ils disposent entre autres des services infirmiers que l'on nous promet depuis longtemps. Les prochaines nomenclatures et le nouveau mode mixte de rétribution pourraient également permettre aux médecins d'être plus efficaces. Il devrait ainsi leur être plus facile de prendre plus de nouveaux patients. »

ADVAIR® 250 DISKUS® et ADVAIR® 500 DISKUS® sont indiqués pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris l'emphysème et la bronchite chronique, lorsque l'utilisation d'une association médicamenteuse est jugée appropriée. La dose d'ADVAIR® DISKUS® doit être ajustée de telle sorte que l'on ait recours à la plus faible dose de propionate de fluticasone permettant de conserver une maîtrise efficace des symptômes. Veuillez consulter la monographie du produit pour obtenir les renseignements thérapeutiques complets. Les médecins doivent réévaluer l'état de leurs patients atteints de MPOC quelques mois après le début du traitement par ADVAIR® DISKUS® et interrompre celui-ci en l'absence d'amélioration sur le plan des symptômes.

ADVAIR® DISKUS® est contre-indiqué dans les cas de bronchectasie modérée ou sévère. Il renferme un bêta₂-agoniste à longue durée d'action et ne doit pas être utilisé comme médicament de secours. Pour le soulagement des symptômes aigus, on doit recourir à un bronchodilatateur en inhalation à action rapide et à courte durée d'action (comme le salbutamol). ADVAIR® DISKUS® est également contre-indiqué chez les patients qui présentent une hypersensibilité au médicament ou à l'un des composants du produit ou du contenant, les patients souffrant de tachycardie et les patients atteints d'une infection des voies respiratoires non traitée de nature fongique, bactérienne ou tuberculeuse. ADVAIR® DISKUS® contient du lactose (qui renferme des protéines du lait) et est donc contre-indiqué chez les patients allergiques au lactose ou au lait.

Décès liés à l'asthme

Les bêta₂-agonistes à longue durée d'action (BALA), comme le salmétérol, un des ingrédients actifs d'ADVAIR® et d'ADVAIR® DISKUS®, accroissent le risque de décès lié à l'asthme. Les données d'une vaste étude contrôlée par placebo menée aux États-Unis comparant l'innocuité du salmétérol (SEREVENT® en aérosol pour inhalation) à celle d'un placebo, pris en plus du traitement antiasthmatique habituel, révèlent une augmentation des décès liés à l'asthme dans le groupe salmétérol (13 décès chez 13 176 patients sous salmétérol versus 3 décès chez 13 179 patients sous placebo sur une période de 28 semaines). Les analyses *a posteriori* des données de l'étude SMART donnent à penser que le risque pouvait être moindre chez les patients qui prenaient des corticostéroïdes en inhalation (CSI) lors de leur admission à l'étude. Toutefois, ces résultats d'analyses ne sont pas concluants. Les données cliniques actuellement disponibles ne permettent pas de déterminer si l'usage concomitant d'un CSI atténue l'accroissement du risque de décès lié à l'asthme associé aux BALA. Les données d'essais cliniques contrôlés dont on dispose donnent à penser que les BALA accroissent le risque d'hospitalisation liée à l'asthme chez les enfants et les adolescents. Par conséquent, on ne doit prescrire ADVAIR® ou ADVAIR® DISKUS® à des patients asthmatiques que si l'emploi d'un médicament de prévention au long cours, comme un CSI, ne permet pas de maîtriser l'asthme de manière satisfaisante ou si la gravité de la maladie justifie clairement l'instauration d'un traitement par un CSI et un BALA. Une fois l'asthme maîtrisé de façon durable, on doit évaluer l'état du patient à intervalles réguliers. Il ne convient pas d'utiliser ADVAIR® ni ADVAIR® DISKUS® chez les patients dont l'asthme peut être maîtrisé de manière satisfaisante à l'aide d'un CSI à dose faible ou modérée.

On doit évaluer périodiquement la fonction de l'axe HHS et les paramètres hématologiques chez les patients atteints de MPOC qui suivent un traitement au long cours. Des études ont montré que l'utilisation concomitante de propionate de fluticasone et de ritonavir, un inhibiteur de la protéase du VIH, entraîne des effets indésirables systémiques cliniquement significatifs et qu'elle doit être évitée, à moins que les bienfaits escomptés pour le patient ne l'emportent sur le risque. Les résultats d'une étude ont révélé que l'emploi concomitant de kétoconazole systémique (un inhibiteur puissant de l'isoenzyme 3A4 du cytochrome P₄₅₀) augmente l'exposition au salmétérol, ce qui peut mener à la prolongation de l'intervalle QTc. En raison du risque accru d'effets indésirables cardiovasculaires, il n'est pas recommandé d'employer concurrentement le salmétérol et le kétoconazole.

Les effets indésirables les plus fréquemment observés chez les patients atteints de MPOC ont été l'infection des voies respiratoires supérieures (12-17 %), l'irritation de la gorge (8-11 %), les céphalées (16-18 %), la douleur musculo-squelettique (9-12 %) et la candidose de la bouche (7-10 %). Dans une étude d'une durée de 3 ans, on a relevé un nombre plus élevé de cas de pneumonie signalée comme effet indésirable chez les patients recevant ADVAIR® DISKUS® que chez ceux recevant le placebo (16 % vs 9 %).

Référence : 1. Brogan Inc.; GPM®; de novembre 2011 à octobre 2012.



GlaxoSmithKline



ADVAIR®, DISKUS® et SEREVENT® sont des marques déposées, utilisées sous licence par GlaxoSmithKline Inc.

¹ L'apparence, à savoir la couleur, la forme et la taille, du dispositif d'inhalation DISKUS® est une marque de commerce, utilisée sous licence par GlaxoSmithKline Inc. 90759
© 2013 GlaxoSmithKline Inc. Tous droits réservés. 02/13



Pour renseignements thérapeutiques, voir pages 97-102.

De praticiens à spécialistes en médecine de famille

un livre sur l'histoire de la FMOQ

Pour ses 50 ans, la FMOQ s'offre un livre sur son histoire : *De praticiens à spécialistes en médecine de famille : histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. Signé par le **D^r Marc-André Asselin**, premier vice-président de la Fédération et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, l'ouvrage retrace 50 ans de luttes, de victoires, de reculs, bref de vie syndicale.

À travers l'histoire de la FMOQ, on voit se transformer le médecin de famille : du praticien seul dans son cabinet au dé-

but des années 1960 qui doit se faire payer par ses patients, au médecin des années 1970 rémunéré par l'État et pratiquant dans une polyclinique ou un CLSC, à l'omnipraticien des années 1990 soumis aux activités médicales particulières (AMP) et au médecin des années 2000, un clinicien qui commence à exercer dans les GMF avec des infirmières et qui va finir par être reconnu comme un spécialiste de la « médecine de famille ».

Mais tout ne change pas. « Le plus surprenant, c'est la répétition de l'histoire », affirme l'auteur qui a passé deux ans à rédiger le livre. Des exemples ? La dévalorisation de la profession et le manque de soutien dont ont souffert les médecins dans les années 1960, puis 2000. « Quand la Fédération a été créée, les omnipraticiens n'avaient pas accès aux hôpitaux. Aujourd'hui, on a encore de la difficulté à avoir accès au plateau technique et aux consultations en spécialité. C'est toujours la même roue qui tourne. »

En filigrane, on voit passer, dans le livre, l'histoire de la société québécoise : l'élection des différents premiers ministres, la crise d'octobre, les référendums sur l'indépendance. Tous ces événements ont eu des répercussions de près ou de loin sur la Fédération et les négociations. On voit aussi se développer les soins

de santé au Québec : l'assurance maladie, l'arrivée des CLSC, l'entrée des sages-femmes dans le système de santé et autres.

La grande histoire se mêle par ailleurs à la petite l'histoire de la FMOQ : on voit apparaître au fil du récit le Service juridique, la Direction de la Formation professionnelle, le Service des affaires économiques, les Fonds FMOQ, etc.

Les premiers présidents

La FMOQ a été profondément marquée par ses présidents. Chacun a eu ses combats et

ses défis. Le premier, le **D^r Jules-Édouard Dorion**, a dirigé la Fédération de 1963 à 1965. « C'était un homme de consensus. Il a accepté de laisser de la place à ceux qui l'entouraient pour que la Fédération se développe », affirme le **D^r Asselin**.

Le flamboyant **Gérard Hamel** a été le deuxième président (1965-1981). Un dirigeant avant-gardiste qui a donné à la FMOQ sa stature et sa puissance. « C'était un visionnaire. En 1962, il se promenait déjà sur les places publiques pour parler d'assurance maladie. À mes yeux, il en a été l'un des pères autant que **Claude Castonguay** », affirme le **D^r Asselin**. Le **D^r Hamel** a d'ailleurs négocié avec le gouvernement les tarifs des médecins qui allaient participer à ce nouveau régime.

Le **D^r Hamel** a été un grand négociateur. « Il a posé les grandes bases du syndicalisme médical, et même du syndicalisme pro-



D^r Marc-André Asselin



D^r Gérard Hamel



fessionnel. Les membres des autres professions qui se sont syndiqués après nous ont suivi ce modèle. À la Fédération, on négocie encore à partir des principes établis par le D^r Hamel. » C'est d'ailleurs ce président qui a signé la première véritable Entente générale entre les omnipraticiens et le gouvernement, en 1976. C'est également lui qui a obtenu de l'État la perception à la source de la cotisation syndicale.

Le pugnace D^r Clément Richer

Puis, en 1981, vint le charismatique D^r Clément Richer (1981–1995). Au cours de ses quatorze ans de présidence, il a connu de vigoureux bras de fer avec l'État. Il a ainsi mené les dures négociations de 1982. Refus du gouvernement de négocier. Annonce d'un gel de la rémunération. Les omnipraticiens ont recouru à des moyens de pression qui ont culminé par un arrêt de travail de six jours et une loi spéciale qui y a mis fin.



D^r Clément Richer

Le D^r Richer a, par contre, réussi à s'opposer au ministre **Marc-Yvan**

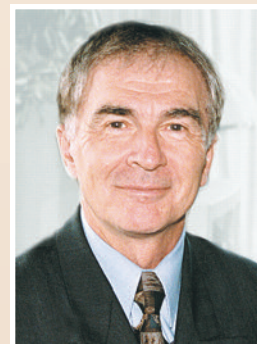
Côté qui voulait remettre en question la représentativité des fédérations médicales dans le domaine des négociations et cherchait à réduire le pouvoir des médecins. Les différentes fédérations médicales se sont regroupées pour bloquer la loi qui devait concrétiser ses intentions. Journées d'étude, manifestations, rencontre avec le ministre et même le premier ministre. « Cette lutte a été historique », dit le D^r Asselin.

Durant la présidence agitée du D^r Richer, le gouvernement a par ailleurs réduit de 30 % la rémunération des jeunes médecins qui s'installaient dans les régions universitaires. Il a également imposé à ces derniers

les fameuses AMP. Le D^r Richer a toutefois réussi à obtenir la reconnaissance officielle du département de médecine générale. Sur le plan financier, il n'a pu faire de grandes avancées. « Les augmentations étaient légères, mais plus régulières qu'auparavant », indique le D^r Asselin. À l'interne, le D^r Richer a créé la Direction de la formation professionnelle.

Les présidents du 21^e siècle

En 1995, le D^r Renald Dutil (1995–2007) est élu président de la FMOQ. Il arrive en pleine crise. Le Parti québécois, qui est au pouvoir, vient d'annoncer des coupes de 6 % dans le budget de tous les ministères et la fermeture de nombreux hôpitaux de quartier. Afin de répondre aux exigences financières du gouvernement, le nouveau président doit négocier des allocations de fin de carrière. « Pour payer les compressions de 6 %, on a mis 500 omnipraticiens à la retraite. Et là, la pénurie de



D^r Renald Dutil

médecins qui s'amorçait est devenue beaucoup plus grave », explique le D^r Asselin.

Le D^r Dutil a navigué durant la période la plus houleuse qu'ait connue la Fédération. Il a dû affronter le problème des pénuries de médecins, puis la Loi 114 qui permettait de forcer des médecins à faire des gardes dans des urgences, et l'élargissement des AMP à tous les omnipraticiens. Il a cependant remporté une grande victoire : le redressement de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs collègues canadiens. « Jusque-là, les omnipraticiens québécois étaient les moins bien rémunérés du Canada. Les médecins des cabinets médicaux, entre autres, avaient de la difficulté sur le plan financier.



Le D^r Dutil a obtenu un redressement de 30 % de la rémunération des omnipraticiens qui leur a été donné dans les années subséquentes. Cela leur a apporté un peu d'oxygène », précise le D^r Asselin

Le président actuel, élu en 2007, est le D^r Louis Godin que le D^r Asselin qualifie de leader. L'auteur raconte son combat pour la valorisation de la médecine familiale. « C'est une lutte qui a duré quelques années et qu'il a gagnée haut la main. C'est sa plus grande réussite, à mon avis », dit le D^r Asselin.

Quand le D^r Godin prend la tête de la FMOQ, les étudiants boudent la médecine familiale et la première ligne de soins est affaiblie. Le président s'attaque au problème sur trois fronts : la formation des médecins de famille, l'organisation de la pratique médicale et la rémunération. Le D^r Godin livre ensuite un deuxième combat dans la même ligne : la différence de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes qui atteignait 55 %. Au moment de négocier l'accord-cadre de 2010-2016, il dépose donc un volumineux cahier des demandes. L'entente qui est conclue se révèle avantageuse sur le plan financier pour les omnipraticiens et leur permet de nombreux gains. « Cependant, même s'ils ont eu des augmentations importantes, cela n'a pas permis de diminuer l'écart avec les spécialistes », dit le D^r Asselin. Le problème reste donc entier.

Au fil des pages, on voit la Fédération prendre forme et on comprend l'origine de nombreux concepts et structures actuels : la rémunération à honoraires fixes, les CLSC, les AMP, les départements généraux de médecine familiale, les GMF, le Dossier de santé du Québec et bien d'autres. On voit émerger le visage de différentes personnes qui, autour des présidents, ont aidé la Fédération à devenir ce qu'elle est aujourd'hui.

Les prochains défis de la FMOQ ? « Ce sera le positionnement du médecin de famille au sein de la première ligne de soins et des équipes multidisciplinaires. Nous savons qu'il doit être le chef de l'équipe, mais comment va-t-il prendre cette place ? Actuellement, plusieurs professionnels de la santé, comme les pharmaciens et les infirmières, occupent certains de ses champs de pratique. Ils sont en train de redéfinir leur place. Le médecin de famille devra le faire aussi. » **EG**

Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire



Un récent rapport du Bureau du coroner nous demande « de poursuivre nos efforts de sensibilisation auprès de nos membres afin que ceux-ci mettent aussi les parents en garde contre les dangers du cododo ».

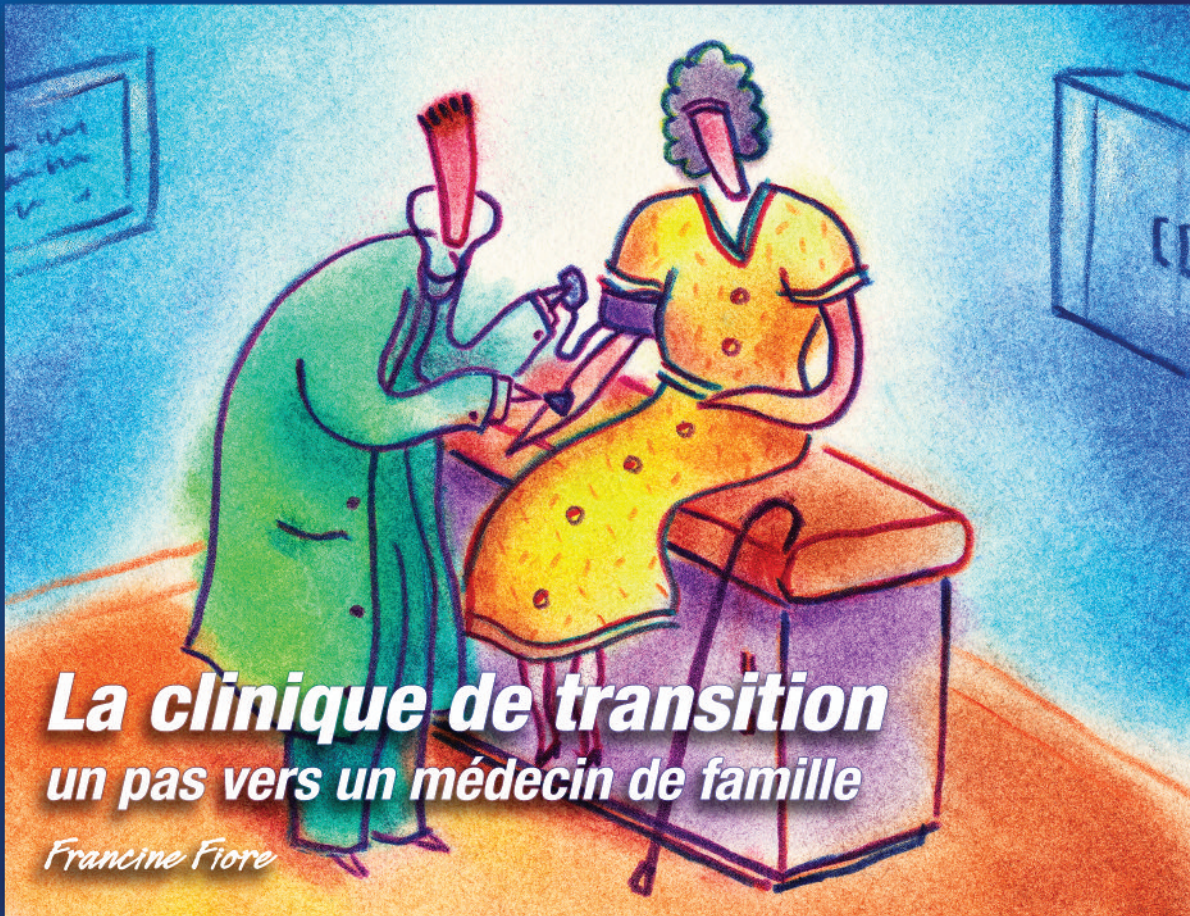
Ainsi, nous vous invitons à prendre connaissance du document intitulé : *Énoncé conjoint sur le sommeil sécuritaire : Prévenir les décès subits des nourrissons au Canada* à l'hyperlien suivant : www.phac-aspc.gc.ca/hpps/dca-dea/stages-etapes/childhood-enfance_0-2/sids/index-fra.php.

Cet énoncé « a été élaboré en collaboration avec des spécialistes nord-américains dans le domaine des morts subites de nourrissons, la Société canadienne de pédiatrie, la Fondation canadienne pour l'étude sur la mortalité infantile, l'Institut canadien de la santé infantile, Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, avec la participation d'experts provinciaux, territoriaux et régionaux de par le pays entier dans le domaine de la santé publique ».

Vous pouvez également accéder à cet énoncé en vous rendant sur le site de la FMOQ à l'onglet de la Formation professionnelle à l'hyperlien suivant : www.fmoq.org/fr/training/toolbox/guidelines/Lists/Billets/Post.aspx?ID=18.

D^r Martin Labelle
Rédacteur en chef

Image utilisée avec l'autorisation de l'Agence de la santé publique du Canada.



La clinique de transition un pas vers un médecin de famille

Francine Fiore

Photo : Superstock

Les cliniques de transition constituent une solution temporaire, mais novatrice au problème des patients orphelins : elles permettent à ces derniers d'être pris en charge par des omnipraticiens en attendant d'avoir un médecin de famille.

SEPTUAGÉNAIRE SOUFFRANT de maladies chroniques multiples, **M. Maurice Moïse** était découragé, inquiet et se sentait abandonné. Il n'avait plus de médecin de famille depuis deux ans. Il a cependant eu de la chance dans son malheur : il y avait une clinique de transition dans sa région.

Avant de lui annoncer son départ, le médecin de M. Moïse lui avait remis des renouvellements de médicaments pour une période de dix-huit mois. Mais cela ne suffisait pas à rassurer le patient et, surtout, ne remplaçait pas un médecin traitant. Le patient a fini par se rendre à son CLSC dans l'espoir de voir un clinicien qui s'occuperait de lui. Le CLSC l'a dirigé vers l'hôpital où se situe

le guichet de prise en charge de la clientèle orpheline du Haut-Saint-Laurent. Et là, il a pu avoir accès à la clinique de transition. La chance a alors souri au vieil homme ! Il a pu rencontrer le **D^r Raymond Lemieux**, responsable du GMF du Haut-Saint-Laurent et du guichet, qui l'a pris en charge à la suite de la première visite et qui assure dorénavant son suivi.

« J'espère que je ne vais pas le perdre lui aussi, dit M. Moïse. Il est anormal que les Québécois soient privés d'un médecin de famille. » Aujourd'hui âgé de 78 ans, il se porte bien. Pourtant, il constitue un cas lourd. Il est atteint de diabète, de dyslipidémie, d'hypertension et d'hypothyroïdie. De plus, il a eu un cancer

du côlon en 2000 et a subi un accident vasculaire cérébral en 2005. « Quand je n'ai pas de problème de santé sérieux, je vois le D^r Lemieux tous les six mois maintenant », affirme le patient.

Le D^r Lemieux a lancé la Clinique de transition du Haut-Saint-Laurent il y a environ deux ans, en collaboration avec la chef de programme aux services généraux et l'infirmière d'alors du guichet. « Nous manquions de nouveaux



D^r Raymond Lemieux

médecins et nous avons une longue liste de patients orphelins », explique-t-il.

Au fil du temps, plusieurs autres médecins du GMF du Haut-Saint-Laurent se sont joints à l'équipe. Ils participent à la clinique de transition à partir de leur milieu de travail respectif. La clinique a ainsi trois points de service. Le D^r Lemieux et ses deux collègues voient à leur cabinet de Huntingdon les patients qui leur sont adressés.

Une autre omnipraticienne les reçoit à Saint-Chrysostome tandis que trois autres médecins accueillent les patients à l'Hôpital Barrie Memorial, à Ormstown, soit deux à la clinique pour adultes et une à la clinique pédiatrique.

Selon le D^r Lemieux, la participation à la clinique de transition varie d'un médecin à l'autre. Cette pratique est toutefois peu contraignante, estime le médecin. « Au point de service de Huntingdon, les médecins y consacrent trois ou quatre heures toutes les six semaines. Ils reçoivent environ cinq ou six patients par demi-journée, selon les besoins de la clientèle. En général, moi, je vois des patients de la clinique le vendredi après-midi, mais pas toutes les semaines. »

Le rôle de l'infirmière

Au cœur de l'action, l'infirmière clinicienne. C'est elle qui, au guichet de prise en charge de la clientèle orpheline, fait une présélection comprenant l'évaluation biopsychosociale du patient, la revue de ses médicaments et de ses antécédents médicaux.

Pour avoir accès à la clinique de transition,

le patient doit d'abord s'inscrire au guichet du CSSS du Haut-Saint-Laurent. « Il y a beaucoup de publicité à cette fin, notamment au CLSC et à l'urgence »,

explique M^{me} Marie-Pier Boily, infirmière clinicienne responsable du guichet et de la clinique de transition à l'Hôpital Barrie Memorial. La secrétaire inscrit les patients par téléphone. Ensuite, l'infirmière du guichet et de la clinique de transition les rencontre afin de faire



M^{me} Marie-Pier Boily

l'évaluation et d'établir une priorité selon l'urgence des problèmes. C'est ainsi elle qui détermine les cas les plus graves devant être vus rapidement par un médecin. « Si je dépiste une hypertension chez une personne, je lui prescris des tests de laboratoire à partir d'une ordonnance collective », explique M^{me} Boily. L'infirmière reçoit ensuite les résultats et oriente le patient vers un médecin de la clinique de transition qui va renouveler ses médicaments ou amorcer un traitement. Si le clinicien décide de l'intégrer dans sa clientèle, la personne ne fait plus partie de la liste de patients orphelins de sa région.

La clinique de transition du CSSS du Haut-Saint-Laurent est entrée en fonction à l'automne 2011. Au total, 190 adultes et 115 enfants y ont été vus depuis le début. « La clinique fonctionne très bien, estime M^{me} Boily, et les gens en sont très satisfaits. » Les patients qui ne sont pas pris en charge immédiatement par un médecin sont tout de même suivis par la clinique de transition selon leurs besoins. Les gens peuvent être dirigés vers la clinique de diabète ou vers l'infirmière du service de santé courant du CLSC qui fait le suivi de leur problème de santé. « Afin de faciliter le suivi des patients, nous avons également créé des outils, entre autres pour les maladies chroniques, qui servent de guide pour uniformiser l'enseignement des infirmières

dans l'ensemble de nos secteurs », mentionne M^{me} Boily.

Un bilan complet

Contrairement à ce que plusieurs croient, la clinique de transition n'est pas seulement une clinique de dépannage et ne sert pas qu'à renouveler les ordonnances. On y fait un bilan complet du patient. « L'objectif est de rendre service à la clientèle orpheline et de lui éviter d'attendre à l'urgence pour des problèmes relativement simples, indique le D^r Lemieux. Outre le fait de désengorger l'urgence, cela permet à certains patients plus vulnérables d'être pris en charge. Sans la clinique de transition, ils seraient restés longtemps sur la liste d'attente sans possibilité de prise en charge. »

Habituellement, ce ne sont pas les cas les plus complexes qui se retrouvent régulièrement à la clinique de transition, mais les personnes souffrant de maladies chroniques, précise le médecin. « Les cas très lourds sont immédiatement pris en charge par un médecin de famille qui les inclut dans sa clientèle sans passer par la clinique de transition. C'est l'infirmière clinicienne du guichet pour les patients orphelins qui demande directement à un médecin de prendre le patient en charge, dit-il. Malheureusement, on ne peut pas prendre toutes les personnes. Ce projet de clinique de transition constitue néanmoins une formule intéressante en attendant de nouveaux effectifs médicaux. C'est pour cette raison que cela s'appelle une clinique de transition. Il s'agit d'une solution temporaire. On tente de faire le plus possible avec ce que l'on a. » Les gens allant à la clinique de transition sont d'ailleurs avisés qu'ils ne sont pas officiellement pris en charge par le médecin et que celui-ci assure leur suivi de façon temporaire.

Un succès

Créée il y a environ quatre ans, la clinique de

transition du Pontiac reçoit des patients sur rendez-vous. C'est la D^{re} Ruth Élane Vander Stelt, omnipraticienne et coordonnatrice des patients orphelins, et ses collègues qui l'ont conçue. L'objectif était de désengorger l'urgence, de réduire les hospitalisations et d'augmenter la prise en charge. Le concept du Pontiac semble être l'un des premiers au Québec. Il a ensuite été repris dans d'autres régions. « Nous avons créé la clinique de transition à partir des besoins de notre clientèle, souligne la D^{re} Vander Stelt. La population de la région de Pontiac a été



D^{re} Ruth Élane Vander Stelt

« Outre le fait de désengorger l'urgence, la clinique de transition permet à certains patients plus vulnérables d'être pris en charge. Sans elle, ils seraient restés longtemps sur la liste d'attente sans possibilité de prise en charge. »

– D^r Raymond Lemieux

informée de son existence par des annonces dans les journaux et par des affiches placées dans les cabinets de médecin ainsi qu'à l'hôpital. »

Et c'est un succès ! Environ 95 % des patients de la clinique de transition sont pris en charge chaque année, souvent par le premier médecin de famille qu'ils voient. Quant aux autres, ils reçoivent tous les services nécessaires lors de rendez-vous ultérieurs avec différents médecins de la clinique. Les patients reçoivent ainsi leurs résultats d'examen et une ordonnance,

s'ils en ont besoin. « Si le patient n'est pas pris en charge, il peut revenir dans trois mois ou dans une semaine pour son rendez-vous de suivi, dit la D^{re} Vander Stelt. Il sera vu par un collègue. » Les patients peuvent continuer à fréquenter la clinique jusqu'à ce qu'ils soient inscrits par un médecin de famille.

Parfois, ce sont les membres du personnel de l'urgence de l'hôpital du centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Pontiac qui dirigent le patient vers la nouvelle clinique. « Si un patient se présente pour faire remplir un formulaire, par exemple, ils lui proposent immédiatement

un rendez-vous à la clinique de transition plutôt que de l'inscrire à l'urgence. »

La clinique de transition est située dans le centre de consultation externe de l'hôpital du CSSS de Pontiac. Vingt-et-un des 22 médecins du Pontiac font partie d'un seul GMF, et tous collaborent à la clinique de transition. Ils y participent à raison de quatre demi-journées dans l'année, à leur propre rythme. Ils peuvent aussi opter pour une prise en charge de 25 patients lors d'une rencontre préalable à la clinique de transition. Le GMF du Pontiac a proposé à ses médecins de consacrer un certain nombre d'heures à la clinique de transition. « Ce sont des heures destinées à améliorer la prise en charge et le suivi de la clientèle et qui permettent entre autres de réduire les hospitalisations à répétition et les consultations non urgentes à l'urgence. En outre, cela constitue, pour les médecins et les patients, une occasion en or de se rencontrer avant de convenir d'une prise en charge. Voilà une série de raisons pour lesquelles les médecins participent à ce projet. »

La clinique de transition du Pontiac a quand même réussi à réduire considérablement le nombre de patients orphelins, affirme la D^{re} Vander Stelt. Avant, 17 % de la population du territoire était sans médecin de famille. Maintenant, ce taux est de 1 %. « On a même diminué nos heures en clinique de transition à deux demi-journées, car la demande est moins grande cette année », dit-elle. Et qu'en pensent les patients ? Ils seraient totalement satisfaits du service, selon un sondage qu'a fait la clinique. « La clinique de transition constitue l'une des solutions à la pénurie de médecins de famille et cela encourage les médecins à accepter de nouveaux patients sans y être obligés », résume l'omnipraticienne.

Des cas lourds

Inspiré par l'ardeur de la D^{re} Vander Stelt, le D^r Luc Côté a choisi de la suivre. Il fait partie

de l'équipe de la clinique de transition qu'elle a fondée. Lui, pratique à Otter Lake, au nord de la région de Pontiac, et voit les patients au guichet et assure le suivi à son cabinet privé.

Le médecin se concentre sur les cas lourds. Il reçoit ainsi les patients du guichet qui doivent se trouver rapidement un médecin de famille, soit parce qu'ils prennent des médicaments ou qu'ils ont des problèmes de santé importants. « Par exemple, on donne priorité aux maladies cardiovasculaires, aux douleurs chroniques ou à des problèmes de santé mentale avec hospitalisations multiples et consommation



D^r Luc Côté

de narcotiques. Ce sont des cas très difficiles, précise-t-il. Je rencontre les patients une première fois et, habituellement, je les prends dans ma pratique. » Évidemment, ces patients demandent beaucoup de travail les deux ou trois premiers mois. Le médecin leur consacre alors tout le temps nécessaire à chaque rendez-vous. « Une fois qu'ils sont stabilisés, j'en prends de nouveaux et je les stabilise eux aussi. Au début, je les vois toutes les deux semaines et, ensuite, tous les quatre ou six mois quand tout est maîtrisé, ce qui me permet d'ajouter d'autres cas à ma clientèle. »

La participation du D^r Côté à la clinique de transition n'augmente pas sa tâche. « C'est loin d'être contraignant, dit-il. Je fais de la clinique de transition environ une fois tous les deux mois. Je consacre une heure à chaque patient, car je n'aime pas travailler rapidement. J'en vois ainsi quatre ou cinq par demi-journée. »

Le D^r Côté croit en l'utilité de la clinique de transition. « Il est toutefois certain que ça ne règlera pas la pénurie. » Selon le praticien,

« La clinique de transition constitue l'une des solutions à la pénurie de médecins de famille et encourage les médecins à accepter de nouveaux patients sans y être obligés. »

– D^{re} Ruth Élavine Vander Stelt

ce qui est important est d'apporter un soutien aux malades et d'améliorer leur situation. À son avis, cela ne se fait pas lors de visites rapides.

Un échec

Tous les projets de clinique de transition ne sont cependant pas couronnés de succès. Celui de l'Outaouais, entrepris en 2011, s'est terminé un an plus tard. Pourtant, tout avait bien commencé. Encore une fois, c'était le modèle élaboré par la D^{re} Vander Stelt qui était appliqué. Un local avait été loué et les services d'une infirmière, retenus. Puis, les omnipraticiens de la région avaient fait une liste de garde. « Nous avons rencontré les médecins pour leur faire connaître le projet, explique le D^r Marcel Rény, médecin de famille et chef du

Département régional de médecine générale (DRMG) de l'Outaouais. Environ une quarantaine de médecins sur 150 avaient accepté d'y participer. Au début, ils ont aimé l'expérience, mais leur intérêt a diminué par la suite. »

Selon le D^r Rény, la clinique de transition a un avantage pour les médecins : leur permettre de faire connaissance avec les patients de la liste du guichet unique. Les cliniciens sont ensuite libres d'inclure les personnes rencontrées dans leur clientèle ou leur dire de revenir au besoin à la clinique de transition voir un collègue.

Le D^r Rény, pour sa part, prenait régulièrement cinq ou six patients de la clinique de transition dans sa clientèle. D'autres médecins, cependant, n'en inscrivaient aucun. « Ils étaient seulement venus donner un coup de main. Certains médecins étaient un peu effrayés, je crois, d'avoir une vingtaine de patients de plus provenant du guichet. Ils ne se sentaient pas toujours prêts à affronter certains cas très complexes et difficiles. » Un autre facteur a aussi joué : le manque de médecins de famille dans la région. Il y en a 300 alors qu'il en faudrait 400, estime le chef du DRMG. « Par conséquent, nos médecins sont surchargés. »

Sondage sur la Clinique de transition du Pontiac

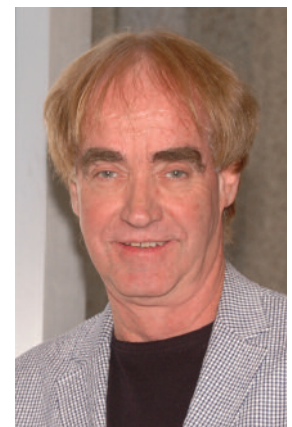
En 2009, le GMF du Pontiac a fait un sondage maison auprès de la clientèle orpheline de la clinique de transition. Sur les vingt-cinq patients qui y ont répondu, dix-sept affirmaient que leur taux de satisfaction était « excellent » et huit « satisfaisant ». Vingt-trois des patients ont été pris en charge à la suite de leur visite. Tous estimaient que la clinique avait répondu à leurs attentes : vingt voulaient avoir un médecin de famille ou au moins pouvoir en consulter un, certains désiraient passer des examens et d'autres avoir une prescription de médicaments. La plupart pensaient que leur visite leur a permis d'éviter d'aller aux urgences. « La clinique est une bonne chose. Elle fait un bon travail », a par ailleurs inscrit l'un des répondants.

Ainsi, après un an, il n'y avait plus de praticiens intéressés à participer à la clinique de transition de l'Outaouais, qui avait même fait de la publicité à la télévision. Le D^r Rény a cru au projet jusqu'à la fin. Il dresse maintenant un triste bilan de la situation. « Nos patients orphelins sont toujours orphelins », déplore-t-il. Il y en a environ 16 000 inscrits au guichet unique. Le D^r Rény, pour sa part, accueille régulièrement de nouveaux patients. « J'en perds de 30 à 50 par année. Certains s'en vont en établissement ou meurent, alors il y a de la place pour de nouveaux. » Selon l'omnipraticien, la pénurie de médecins de famille serait moins grave si les médecins en cabinet prenaient chacun deux ou trois patients de plus par mois.

Il est difficile de savoir exactement

combien il y a de cliniques de transition actuellement au Québec, car ce projet ne relève pas du ministère de la Santé et des Services sociaux, mais d'initiatives locales. De nouvelles cliniques semblent vouloir voir le jour. Actuellement, à Rouyn-Noranda, une clinique de transition est en restructuration alors qu'en Gaspésie, certains omnipraticiens sembleraient intéressés à en mettre une sur pied. Le tout est laissé à l'initiative des médecins. 🍷

La clinique de transition a un avantage pour les médecins : leur permettre de faire connaissance avec les patients de la liste du guichet unique. Les cliniciens sont ensuite libres d'inclure les personnes rencontrées dans leur clientèle ou non.



D^r Marcel Rény

Photo : Ermanuèle Garnier

pratico-pratique

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

Gants pour le four, rires et pieds au chaud

Ce n'est pas facile de faire rire des patientes qui vont passer un examen gynécologique. Et encore moins de le faire tout en leur tenant les pieds au chaud. C'est ce double défi que réussit la D^{re} **Élaine Bérubé**, du CLSC Dorval-Lachine. Comment ? Tout simplement en mettant sur les étriers de la table d'examen... des gants pour le four ! Des gants molletonnés rayés gris et marine. « Les patientes trouvent ça drôle et sympathique. Elles disent : "Ah ben, des mitaines pour le four !" », explique la clinicienne, qui fait beaucoup d'examens gynécologiques. **EG**

Une infiltration de l'épaule sans douleur

Lorsqu'il fait une infiltration de l'épaule, le D^r **Grégoire Paré**, du GMF de l'Assomption, s'arrange pour qu'elle soit la moins douloureuse possible. « Je commence par faire le chemin avec l'aiguille en injectant un anesthésique local. Ensuite, pour infiltrer la cortisone, je change de seringue en laissant l'aiguille en place. On peut utiliser une pince hémostatique pour maintenir cette dernière pendant qu'on dévisse la seringue », explique le médecin. Le D^r Paré recourt également à cette technique pour les infiltrations du genou. « Les patients apprécient cette manière de procéder. »

Le truc peut être particulièrement utile pour les jeunes médecins qui sont peu habitués à faire des infiltrations. « S'ils insèrent l'aiguille en gelant et qu'ils s'aperçoivent qu'ils ne sont pas au bon endroit, ils peuvent reculer, se replacer, tout en continuant à injecter l'anesthésique. Le patient ne sentira rien. » **EG**

Du froid contre la douleur des injections

Au GMF de l'Assomption, les patients à qui le D^r **Grégoire Paré** fait une infiltration dans la paume des mains ou la plante des pieds trouvent qu'il est un bon médecin. Ils savent que d'habitude ces injections font mal. Le clinicien utilise cependant un truc. Avant de piquer, il envoie une vaporisation froide de chlorure d'éthyle sur la peau et rentre l'aiguille quand l'épiderme commence à blanchir. « Cela atténue bien la douleur. Le patient ne la sent pas », affirme le D^r Paré. Le médecin peut alors travailler plus facilement. « Quand le patient a mal et se raidit, je ne suis pas à l'aise de lui faire une infiltration. »

Le médecin va cependant être obligé de changer de produit. Le vaporisateur de chlorure d'éthyle qu'il utilise n'est plus sur le marché. Il va donc le remplacer par un sachet de glace (*ice pack*) ou peut-être essayer un vaporisateur en vente libre utilisé pour traiter les ver-rues par le froid. **EG**

Tableau 3 : Ensemble des manifestations indésirables survenues à une fréquence $\geq 3\%$ dans les essais cliniques contrôlés ayant porté sur ADVAIR® DISKUS® chez des patients atteints de MPOC

Effet indésirable	ADVAIR® DISKUS® 50/500 µg (n = 169) %	ADVAIR® DISKUS® 50/250 µg (n = 178) %	Propionate de fluticasone 500 µg (n = 391) %	Propionate de fluticasone 250 µg (n = 399) %	Salmétérol 50 mcg (n = 341) %	Placebo (n = 576) %
Tout effet	78	70	80	74	68	69
Oto-rhino-laryngologie						
Infection des voies respiratoires supérieures	17	12	18	16	11	15
Congestion, blocage du nez	4	3	7	4	4	3
Irritation de la gorge	11	8	9	9	7	6
Inflammation des voies respiratoires supérieures	9	2	7	5	5	5
Sinusite	3	3	3	6	4	2
Sinusite ou infection des sinus	4	2	2	2	1	2
Enrouement ou dysphonie	3	5	5	5	<1	1
Candidose de la bouche ou de la gorge	7	10	12	6	2	<1
Voies respiratoires inférieures						
Infections respiratoires d'origine virale	8	6	9	5	5	4
Neurologie						
Étourdissements	3	4	2	2	4	2
Céphalées	18	16	17	13	14	11
Voies digestives						
Nausées et vomissements	4	2	4	4	3	3
Aucun foyer précis						
Fièvre	4	4	3	3	1	3
Appareil musculo-squelettique						
Malaise et fatigue	4	3	3	3	2	3
Crampes et spasmes musculaires	8	3	2	2	3	1
Douleur musculaire	4	0	3	2	1	<1
Douleur musculo-squelettique	12	9	9	10	12	10

SURDOSAGE

ADVAIR® ne doit être utilisé que deux fois par jour (le matin et le soir), à la dose recommandée. Des décès ont été signalés à la suite de l'usage excessif de sympathomimétiques en inhalation. L'administration de doses élevées de salmétérol par voie orale ou en inhalation (de 12 à 20 fois la dose recommandée) a été associée à une augmentation cliniquement significative de l'intervalle QTc, situation susceptible de provoquer une arythmie ventriculaire.

On ne possède pas de données tirées des essais cliniques sur la prise d'une surdose d'ADVAIR®. Toutefois, les données sur le surdosage propres à chacun des composés sont présentées ci-dessous. Les signes et symptômes habituels d'un surdosage de salmétérol sont caractéristiques d'une stimulation excessive des récepteurs β_2 -adrénergiques, notamment tremblements, céphalées, tachycardie, élévations de la tension artérielle systolique, arythmies, hypokaliémie, hypertension et, dans les cas extrêmes, mort subite. Le traitement doit être symptomatique, et il faudra surveiller les fonctions cardiaque et pulmonaire et recourir au soutien approprié, si nécessaire. Le traitement antidote de choix dans les cas de surdosage de salmétérol consiste à utiliser un bêtabloquant cardio-sélectif avec précaution, en gardant à l'esprit le danger de provoquer une crise d'asthme. Il convient de surveiller le taux de potassium sérique. Si la prise d'une dose excessive du β_2 -agoniste contenu dans le médicament commande l'arrêt du traitement par ADVAIR®, on devra envisager la mise en place d'une corticothérapie substitutive adéquate.

L'inhalation de doses excessives de propionate de fluticasone peut entraîner une suppression temporaire de l'axe HNS. Aucune mesure spéciale d'urgence n'est habituellement nécessaire, puisque la fonction surrénalienne redevient normale en quelques jours.

Si des doses supérieures à celles approuvées sont prises pendant de longues périodes, une suppression corticosurrénalienne importante pourrait s'ensuivre. On a observé de très rares cas de crise aiguë d'insuffisance surrénalienne chez des enfants exposés à des doses plus élevées que la posologie approuvée (généralement 1 000 µg par jour et plus) pendant des périodes prolongées (plusieurs mois ou années); les caractéristiques observées ont inclus hypoglycémie et séquelles de conscience réduite ou de convulsions. Les situations qui pourraient déclencher une crise aiguë d'insuffisance surrénalienne comprennent l'exposition à un traumatisme, une intervention chirurgicale, une infection ou toute réduction rapide de la posologie. Les patients recevant des doses supérieures aux doses approuvées doivent être surveillés étroitement et la dose réduite graduellement.

Pour traiter une surdose soupçonnée, communiquez avec le centre antipoison de votre région.

On peut se procurer la monographie intégrale du produit à l'adresse suivante : www.gsk.ca ou en communiquant avec :

GlaxoSmithKline Inc.
7333 Mississauga Road
Mississauga (Ontario) L5N 6L4
1-800-387-7374

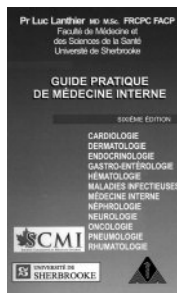
© 2011 GlaxoSmithKline Inc.
Date de révision : 20 mai 2011

94911

Livres Emmanuèle Garnier

Guide pratique de médecine interne

Du P^r Luc Lanthier



Rédigé par un interniste de Sherbrooke et ses nombreux collaborateurs, le *Guide pratique de médecine interne* couvre diverses disciplines : de la cardiologie à la dermatologie en passant par la gastro-entérologie, l'oncologie et la rhumatologie.

Cette sixième édition contient plusieurs nouveautés. « On fait état des changements entre autres dans le traitement du diabète et dans les maladies cardiaques », explique le

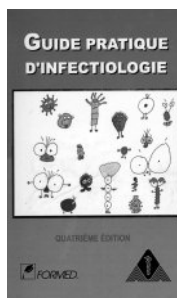
D^r Jean Desaulniers, éditeur et responsable de la formation continue à l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie.

Pratique, de petit format, le livre indique pour chaque affection les causes, le tableau clinique, les tests à prescrire et le traitement.

Éditions Formed, Trois-Rivières, 2013, 44,95 \$
(version électronique : 34,99 \$), 474 pages

Guide pratique d'infectiologie

Des D^{rs} Monique Goyette, Carole Tremblay, Claudia Houle et coll.



Écrit principalement par trois microbiologistes-infectiologistes de Trois-Rivières, la quatrième édition du *Guide pratique d'infectiologie* passe en revue les infections susceptibles de toucher les principaux systèmes et appareils. Le petit livre consacre un chapitre particulier aux infections chez le diabétique, la femme enceinte, l'enfant et la personne âgée. Il indique également le traitement des affections dues à différents parasites, champignons et virus.

« Ce livre contient des sujets qui sont peu traités ailleurs. Par exemple, comment isole-t-on un patient ? Il aborde également la question des traitements ambulatoires, un domaine dans lequel on est très avancé au Québec », explique l'éditeur, le D^r Jean Desaulniers.

Éditions Formed, Trois-Rivières, 2013, 37,95 \$, 474 pages