

Projet de loi 83 sur l'harmonisation la liberté de choix du patient

LA RÉFORME qui s'amorce dans le système de santé limiterait-elle la liberté du patient de choisir son médecin ? Sans que cela paraisse, les changements que prépare le projet de loi 83 modifiant la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et la Loi 25 sur la création des réseaux intégrés pourraient avoir des répercussions inattendues.

Avec les nouvelles mesures législatives, les centres de santé et de services sociaux offriront des services médicaux à la population de leur territoire, établiront des corridors de services pour certains soins spécialisés et créeront des programmes cliniques pour des clientèles particulières.

« Quelle sera la liberté de choix du patient quand on aura décidé pour lui l'instance auprès de laquelle il doit utiliser les services techniques et spécialisés, l'équipe du projet clinique responsable de son suivi et le corridor de services pour les soins spécialisés que son état nécessite ? », se demande la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

La Fédération craint que l'enjeu passe sous silence. « Est-ce que la population est bien informée de cette orientation ? Nous croyons, nous, que le débat doit se faire sur cette question avant que tout ne soit mis en place », a affirmé le **D^r Renald Dutil**, président de la FMOQ, le 17 février dernier, devant la Commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi 83.



D^r Renald Dutil



M. Philippe Couillard

Mais avant même le début des travaux, la Fédération était déjà entrée en contact avec les équipes éditoriales des grands quotidiens pour lancer le débat.

Le nouveau projet de loi 83 n'empêche pas explicitement le patient de choisir son médecin ou son hôpital. « On constate cependant que les nouvelles règles administratives feront en sorte que le patient aura de la difficulté à consulter ailleurs que dans son réseau. Il pourra le faire, mais il fera face à beaucoup d'obstacles », explique le D^r Dutil.

Attention à une sectorisation trop rigide

L'adoption de la Loi 25 sur la création des réseaux intégrés a été la première phase de ce que le ministre de la Santé et des Services sociaux, **M. Philippe Couillard**, a annoncé comme un « changement de culture et d'organisation au sein du réseau de la santé ». Le projet de loi 83 en constitue la seconde phase. Il est destiné, entre autres, à « harmoniser la Loi sur la Santé et les Services sociaux avec la nouvelle réalité créée par la Loi 25. »

La FMOQ partage sans hésitation les objectifs du Ministère : améliorer la coordination et l'intégration des services de santé. Mais le projet de loi déposé semble beaucoup plus qu'une simple harmonisation du système de santé avec la Loi 25.

« Quand on regarde l'organisation présentée dans le projet de loi 83, on ne peut que conclure à une sectorisation très poussée des soins de santé », analyse le D^r Dutil, qui ne s'oppose pas comme tel à ce modèle. « La sectorisation a ses avantages et ses inconvénients. Je pense même qu'elle est nécessaire pour certains services. Mais elle devra se faire avec beaucoup plus de souplesse que ce que l'on a connu jusqu'à présent. »

Les expériences de sectorisation faites avec les CLSC et les services psychiatriques n'ont pas été sans effets pervers. « Il suffit, par exemple, de changer de rue pour devoir changer de psychiatre ou de CLSC. La sectorisation proposée par le projet de loi n° 83 nous semble être de la même nature. On substitue aux anciens territoires des CLSC celui des réseaux locaux de services. »

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, pour sa part, ne partage pas ces craintes. « On ne limite en rien l'accessibilité ou le choix des professionnels et on ajoute une garantie de services près des gens », a-t-il répliqué en commission parlementaire. « L'article 6 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* n'est modifié en aucune façon. Il est très explicite. Je ne vois pas comment on pourrait rendre encore plus explicite la liberté totale de choix de médecin et d'institution. » Mais malgré la présence de l'article 6, la sectorisation des soins psychiatriques et celle des territoires de CLSC a donné lieu à des règles administratives et de gestion qui ont, dans les faits, limité le choix du patient, a rappelé le D^r Dutil.

Une réforme nécessaire, mais perfectible

Le ton autoritaire du projet de loi 83 irrite également la FMOQ. On y retrouve des expressions comme « l'établissement doit », « à défaut d'entente, le ministre ou l'agence impose », « le ministre peut décider, malgré les dispositions prévues ».

« Ce projet accentue à outrance

les contrôles. La Fédération n'accepterait pas que l'intégration des services se fasse en contraignant, en assujettissant ou en sanctionnant les médecins. Cette menace, nous la trouvons trop présente dans le projet de loi par le biais, par exemple, d'une obligation contractuelle avec l'instance ou d'une obligation de participer à un processus de centralisation des données cliniques. »

Le projet de loi, avec ses forces et ses faiblesses, permettra-t-il de régler les problèmes du réseau de la santé ? « On occulte à certains égards la pénurie de ressources. Il manque 800 médecins omnipraticiens au Québec, rappelle le président de la FMOQ. Ce n'est pas parce qu'on va sectoriser les soins qu'il y aura davantage de ressources. Il n'y aura pas plus de places en salle d'opération dans nos hôpitaux ni de médecins spécialistes, de psychologues ou de physiothérapeutes disponibles dans le réseau de la santé. »

Le projet de loi 83, tout comme la Loi 25, vise un meilleur fonctionnement du système de santé qui va en être radicalement transformé.

« Le projet de loi 83 est très important. La Fédération va collaborer à la mise en place de la réforme proposée, mais trouve que ce projet de loi nécessite beaucoup d'amendements », a conclu le D^r Dutil devant la Commission.

(Voir l'éditorial du D^r Renald Dutil, p. 13). ☞

Un nouveau mécanisme de traitement des plaintes ?

Dans son mémoire, la Fédération s'est entre autres prononcée sur le nouveau traitement des plaintes que propose le projet de loi. « La FMOQ ne peut qu'adhérer à l'objectif visé. Elle s'interroge cependant sur les moyens proposés pour l'atteindre. En effet, la FMOQ déplore la multiplication des intervenants dans le mécanisme du traitement d'une plainte et, encore une fois, l'ajout de nouvelles structures. Nous retrouverions, en sus des intervenants déjà existants, un comité de vigilance. À tout ceci, on doit ajouter le comité de gestion des risques qui, par ses responsabilités, doit également assurer un soutien aux usagers. Comme elle l'a fréquemment énoncé, la FMOQ émet de sérieuses réserves quant à la pertinence d'ajouter de nouvelles structures et de nouveaux comités afin d'atteindre de meilleurs résultats au niveau de la qualité des services de santé. Cela donnera-t-il une réelle plus-value au processus de traitement ? Elle propose plutôt de conserver les mécanismes en place et d'améliorer leur fonctionnement, si jugé nécessaire. »

Collège des médecins du Québec l'importance du médecin de famille

À l'heure où sévit une pénurie d'omnipraticiens et où des patients cherchent désespérément un médecin de famille, le Collège des médecins du Québec (CMQ) bat le rappel. « Nous réaffirmons que la principale responsabilité d'un médecin de famille est la prise en charge et le suivi d'une clientèle déterminée afin de jouer son rôle essentiel de dispensateur, de coordonnateur et d'intégrateur des soins », a soutenu le **D^r Yves Lamontagne**, président du Collège, au cours d'une conférence de presse.

Accompagné d'un médecin de famille, le **D^r Jean-Marc Lepage**, le D^r Lamontagne présentait le nouvel énoncé de position du CMQ intitulé *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser*. Le document comporte sept séries de recommandations portant notamment sur le rôle du médecin de famille, le soutien technique et professionnel dont il a besoin, la formation universitaire qu'il reçoit et le mentorat.

Le Collège tient à valoriser le rôle des médecins de famille, cliniciens dont les rangs restent dégarnis. Les jeunes omnipraticiens plongent de moins en moins en médecine familiale. Beaucoup préfèrent restreindre leur pratique à des domaines comme l'urgence ou les soins palliatifs. Des choix qui risquent d'avoir des effets catastrophiques pour la population, estime le Collège.

Le Collège réagit à cette tendance. « Chaque médecin de famille doit assumer sa part de prise en charge et de suivi de clientèle quel que soit son champ principal d'activité clinique », a rappelé le D^r Lamontagne. Les médecins de famille ont la responsabilité collective de rendre les soins accessibles dans chacune de leur région.

L'accès restreint aux examens diagnostiques et aux spécialistes accentue cependant la difficulté de la pratique de la médecine générale. Le Collège en est conscient. Il demande expressément aux parties concernées d'agir pour que « le médecin de famille puisse avoir accès, dans les meilleurs délais, aux outils nécessaires et indispensables à la qualité des soins qu'il prodigue ». Informatisation, disponibilité des plateaux techniques et accès aux médecins spécialistes et aux divers services de santé.

Les infirmières, de leur côté, peuvent apporter une grande aide aux omnipraticiens. Aux yeux du Collège, la Loi 90 donne maintenant l'occasion d'accroître le rôle complémentaire de ces professionnelles de la santé auprès du médecin de famille. Mais avant de leur attribuer un nouveau rôle, il faut analyser les récentes expériences de collaboration entre médecins et infirmières, notamment au sein des groupes de médecine de famille, souligne le D^r Lamontagne.

Former plus de médecins de famille

Plusieurs des recommandations du Collège s'adressent directement aux facultés



D^r Yves Lamontagne



D^r Jean-Marc Lepage

Photos : Emmanuèle Garnier

(Suite à la page 12) >>>>

◀◀ (Suite de la page 3)

de médecine. Une attention particulière doit être apportée à la sélection des candidats pour favoriser le recrutement en médecine familiale. « Plusieurs discussions et observations permettent de constater les effets liés à la prédominance de la performance universitaire comme critère de sélection, notamment sur les traits de personnalité favorisant le choix d'une spécialisation au détriment d'une approche plus globale », fait remarquer le D^f Lamontagne.

Ensuite, dès le début de la formation, les étudiants devraient être en contact avec des médecins de famille qui se consacrent à la prise en charge et au suivi des patients pour connaître « l'attrait de cette pratique de pointe, intéressante et stimulante », préconise le Collège. Il faudrait d'ailleurs que les étudiants puissent faire des stages dans des cabinets privés, des groupes de médecine de famille et des cliniques médicales associées.

« Nous voulons que l'étudiant prenne contact le plus tôt possible avec la médecine familiale. Le message qui est véhiculé actuellement est que la prise en charge et le suivi sont des activités difficiles, lourdes et très engageantes. Cependant, quand on va sur le terrain avec un médecin de famille, ces activités ne sont pas si terribles que ça. Mais l'image est là et il faut la défaire », explique le D^f Lepage, également président du groupe de travail qui a rédigé l'énoncé de position et membre du Bureau du Collège.

Le CMQ recommande parallèlement la création d'un système formel de mentorat. Les jeunes omnipraticiens devraient pouvoir recourir à un collègue expérimenté pour les aider à franchir le pas entre la résidence et la pratique médicale, au besoin. Le Collège recommande donc à la FMOQ et au ministère de la Santé et de Services sociaux (MSSS) de négocier les conditions d'application de cette mesure.

« Le mentorat est une proposition de la Fédération. Elle l'a présentée au comité du Collège des médecins, explique le **D^f Renald Dutil**, président de la FMOQ. On s'est rendu compte que beaucoup de jeunes omnipraticiens ressentaient de l'insécurité à cause de la diversité

des connaissances nécessaires en médecine familiale. C'est pour appuyer ces jeunes médecins au tout début de leur pratique que nous voulons offrir le mentorat. » Des représentants de la Fédération participaient, par ailleurs, au groupe de travail du Collège.

Des incitatifs pour la prise en charge et le suivi

Le Collège des médecins du Québec considère que le MSSS a également à faire sa part. « Il doit, de concert avec la FMOQ, reconnaître, dans les ententes, que la prise en charge et le suivi d'une clientèle déterminée sont des priorités », recommande le D^f Lamontagne.

Le Ministère doit ainsi éliminer les barrières qui entravent l'exercice de la médecine familiale. Il lui faut également bien évaluer les effets de mesures comme les plans régionaux d'effectifs médicaux, le calcul des équivalents temps plein et les activités médicales particulières (AMP). « Le fait de sélectionner dans les AMP des besoins en établissement (urgence, CHSLD) et de ne pas identifier la prise en charge et le suivi de clientèles déterminées, sauf celles dites « vulnérables », permet d'observer, dans plusieurs régions, le délaissement de la pratique en cabinet privé au profit de la pratique en établissement. Il faut trouver des incitatifs à la prise en charge et au suivi qui impliquent une charge de travail plus lourde délaissée par les médecins de famille », affirme l'énoncé du Collège.

La FMOQ, pour sa part, apprécie les conclusions du Collège des médecins du Québec. « Ce qui m'apparaît le plus important est le fait de redonner toute sa noblesse au modèle de médecine familiale centrée sur la prise en charge et le suivi des patients. Il faut offrir aux omnipraticiens qui pratiquent selon ce modèle les appuis, le soutien et les conditions d'exercice dont ils ont besoin », commente le D^f Dutil.

Pour télécharger l'énoncé de position du Collège des médecins du Québec *Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser*, aller au www.cmq.org/UploadedFiles/Position-mdfamille.pdf

Le D^r Jean-Maurice Turgeon

un homme d'action syndicale et de formation médicale

Francine Fiore

MARQUÉE PAR un engagement total envers la médecine, la carrière du D^r Jean-Maurice Turgeon a été pour le moins bien remplie. À ses quelque trente années de pratique médicale s'ajoutent ses activités au sein de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et son rôle de premier plan dans la formation médicale continue, sans oublier le poste de rédacteur en chef de la revue *Le Médecin du Québec* qu'il occupa pendant quatre ans, soit de 1997 à 2001.

Esprit curieux et avide de connaissances, le D^r Turgeon s'est très tôt intéressé à la formation médicale postdoctorale. Dès le début de sa pratique, il n'a pas tardé à découvrir la vulnérabilité de l'omnipraticien qui, exposé à toutes sortes de situations, doit éviter l'erreur. « Il existe souvent des indices, une sorte de signal d'alarme indiquant la possibilité de complications, dit-il. Toutefois, ces indices nous étaient rarement enseignés comme tels. Les médecins agissaient de bonne foi, mais en fonction de la formation qu'ils avaient reçue et qui, de toute façon, ne peut pas être exhaustive. Nos recours individuels dans les circonstances : parfaire notre esprit critique et ensuite apprendre à apprendre obstinément. »

Être de paradoxes et de contrastes, le D^r Turgeon oppose à sa rigueur et à sa droiture intellectuelles le charme discret de sa culture, de sa douceur et de son grand humanisme. Parler du D^r Turgeon, c'est d'abord et avant tout reconnaître la détermination et la volonté d'un homme qui a consacré sa vie et sa carrière à la poursuite de ses idéaux. Et qui les a atteints.

La région avant l'heure

C'est en 1966 que Jean-Maurice Turgeon obtient son diplôme de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Ses professeurs lui proposent de faire une spécialité, mais il préfère pratiquer immédiatement. Déjà marié et bientôt père d'un enfant, il n'est pas question



D^r Jean-Maurice Turgeon

pour lui d'entreprendre une résidence qui se prolongerait encore pendant plusieurs années.

À une époque où les médecins omnipraticiens étaient considérés dans les grandes villes comme « les parents pauvres de la médecine », le jeune généraliste préfère s'exiler. Il n'avait pas du tout aimé l'attitude hautaine qu'il avait souvent ressentie lors de sa formation dans les hôpitaux universitaires montréalais. « Ces centres étaient alors le fief des médecins spécialistes, rappelle-t-il. Seulement quelques omnipraticiens y étaient acceptés et ils pratiquaient surtout, voire exclusivement, des accouchements. » Un confrère lui parle alors de Rimouski.

Il décide de s'y installer avec sa famille.

En région, les possibilités sont beaucoup plus grandes pour le jeune clinicien. « Une bonne partie du travail se faisait à l'hôpital, mais il nous a fallu tout de même se tailler notre place, se souvient-il. Si nous étions suffisamment compétents pour travailler la nuit et les fins de semaine, nous l'étions également le jour, croyions-nous. »

Étroitement associé au Centre hospitalier régional de Rimouski, le D^r Turgeon y consacre la majeure partie de sa pratique. Ainsi, il est président du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et chef du Département de médecine générale, directeur de l'Unité de médecine familiale, dont il fut le fondateur en 1985, et coordonnateur de l'enseignement universitaire. En 1991, le D^r Turgeon est nommé professeur de clinique par le Département de médecine familiale de l'Université Laval. Une autre victoire pour l'omnipraticien qui tient à imposer la médecine générale à l'hôpital.

Formation médicale et action syndicale

En arrivant à Rimouski, le D^r Turgeon constate un besoin criant de formation chez ses collègues omnipraticiens. C'est



Photos : Emmanuelle Garnier

alors que jaillit en lui l'étincelle d'un engagement qui ne s'est jamais éteint depuis. « Plusieurs omnipraticiens n'avaient pas eu la chance, comme moi, d'apprendre à interpréter un électrocardiogramme », indique le médecin. Pour combler les besoins d'apprentissage de ses confrères, il invite des conférenciers et organise des séances de formation. Peu à peu les omnipraticiens s'engagent dans la formation continue et entreprennent même de se former entre eux.

Le D^r Turgeon se sent aussi attiré par le syndicalisme. Il sait qu'un certain pouvoir est nécessaire pour améliorer la condition des omnipraticiens. « Autrement on prêche dans le désert », estime-t-il. De plus, il apporte un atout à la cause qu'il soutient : sa passion pour la formation postdoctorale. « Je pars de la prémisse selon laquelle la compétence des omnipraticiens est un préalable à la négociation de leurs conditions de travail. L'offre par eux de meilleurs services à la population vient affermir leur droit de réclamer un meilleur traitement. »

Le D^r Turgeon est ainsi devenu membre du Conseil de la FMOQ dès 1969. Pendant vingt-sept ans, il sera délégué de l'association du Bas-Saint-Laurent, dont il fut le président pendant treize ans, soit de 1983 à 1996. Parallèlement, il siègera au Comité de formation de la Fédération pendant 19 ans, dont deux à titre de président.

Proche collaborateur du D^r Georges Boileau, le rédacteur en chef du *Médecin du Québec*, le D^r Turgeon fonde le Comité de rédaction scientifique de la revue, dont il sera le président pendant onze ans. Dorénavant, les articles font partie d'un cycle de 24 mois au cours duquel tous les sujets importants de la médecine générale sont abordés. Ces articles sont commandés et révisés par des pairs. « La formation médicale exigeait que *Le Médecin du Québec* se dote d'un cadre méthodique fonctionnel, indique le D^r Turgeon. Il a donc fallu innover à partir des éléments d'une réflexion approfondie, de principes bien ancrés et des résultats d'évaluations sans cesse répétées. »

En fait, le souhait le plus profond du D^r Turgeon était d'offrir aux lecteurs des textes « sur mesure », écrits en bonne partie par des omnipraticiens pour des omnipraticiens. Mais on lui opposait le fait que les généralistes n'avaient pas la formation nécessaire pour écrire. Qu'à cela ne tienne ! Téméraire, le D^r Turgeon pilote avec ses collègues la création d'ateliers de formation pour les responsables de thème. Ce fut un succès qui ne s'est jamais démenti depuis.

« À la présidence du comité de rédaction scientifique, le D^r Turgeon a eu une grande influence, affirme

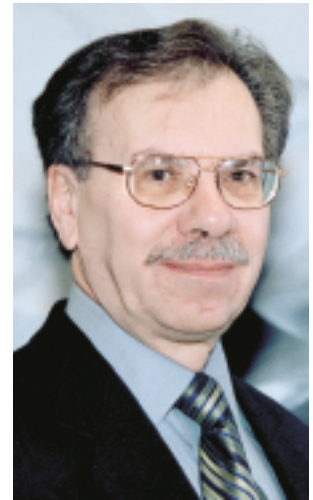
M. Jean-Guy Aumont, rédacteur en chef adjoint de longue date du *Médecin du Québec*. Il a su partager avec ceux qui l'ont côtoyé la valeur profonde qu'il accordait à la formation. Il était au courant de tout, car il lisait diligemment la publication. Il conservait tout et commentait tout. On lui doit l'orientation actuelle du *Médecin du Québec*, qu'il a établie en 1985. »

En 1996, le D^r Turgeon a reçu le prix Gilles-des-Rosiers, du nom de celui que l'on considère comme le père de la formation médicale à la FMOQ. Cette distinction reconnaît le travail et les réalisations exceptionnelles d'un omnipraticien en matière de formation médicale continue.

Une empreinte indélébile

En 1996, le D^r Turgeon renonce à sa pratique, à ses étudiants et à ses patients pour travailler à temps plein à la FMOQ. Il occupe alors le poste de directeur général adjoint et de directeur de la formation professionnelle. Ses nouvelles responsabilités comprennent également la fonction de rédacteur en chef du *Médecin du Québec*, que le D^r Boileau, qui prenait sa retraite, avait quittée.

Le D^r Turgeon a laissé sa marque à la FMOQ. « Auparavant, la direction de la formation professionnelle et *Le Médecin du Québec* constituaient deux entités distinctes, dit-il. J'ai donc voulu instaurer une véritable coordination entre la section de formation continue de la publication et les autres activités ou produits d'enseignement offerts par la FMOQ. » Lorsque les statuts de la Fédération sont modifiés, en 2001, il insiste



M. Jean-Guy Aumont



D^r Louise Roy

(Suite à la page 104) >>>

RECOMMANDATIONS SPÉCIALES CONCERNANT L'ADMINISTRATION

Il est recommandé de prendre les comprimés ALESSE™ chaque jour, au même moment et de préférence après le repas du soir, ou le soir. ALESSE™ est efficace à partir du premier jour de traitement, à la condition qu'il soit pris le premier jour du cycle menstruel. Si l'administration du comprimé ALESSE™ est commencée après le jour 1 du premier cycle menstruel, des méthodes supplémentaires de contraception sont recommandées. La fiabilité contraceptive d'ALESSSE™ n'est assurée qu'après les sept premiers jours consécutifs d'administration. Avant de prendre le médicament, la possibilité d'ovulation et de concevoir doivent être considérées. Par conséquent, les méthodes de contraception non hormonales (l'isolement des spermatozoïdes et le thérapie de lavage des cellules ou ceux des 7 jours consécutifs) ou ceux qui n'altèrent pas l'ALESSSE™ peut être prescrit pendant le premier traitement, soit immédiatement soit après le premier examen gynécologique, que le menstruel ait repris ou non. Si des tactiques ou un traitement contraceptif existaient, le patient ne doit pas interrompre le traitement. Chaque fois qu'il y a un changement de partenaire ou de méthode contraceptive, il faut toujours utiliser la méthode la plus sûre. Si des tactiques ou un traitement contraceptif existaient, le patient ne doit pas interrompre le traitement. Chaque fois qu'il y a un changement de partenaire ou de méthode contraceptive, il faut toujours utiliser la méthode la plus sûre. Si des tactiques ou un traitement contraceptif existaient, le patient ne doit pas interrompre le traitement.

CYCLE DÉBUTANT EN DIMANCHE

Ouvrez un nouveau blister : Prenez le comprimé qui est au-dessus de l'ovulation et prenez le blister suivant le jour habituel. Cela signifie que vous prenez le premier comprimé deux jours plus tôt. **Ouvrez un blister de deux pilules de suite :** **Deux premières semaines :** 1. Prenez deux pilules le jour où vous commencez à prendre, et deux pilules le jour suivant. 2. Ensuite prenez une pilule par jour jusqu'à ce que vous ayez les 14 comprimés. 3. Utilisez une méthode de contraception supplémentaire si vous avez des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. **Troisième semaine :** 1. Continuez à prendre une pilule par jour jusqu'à dimanche. 2. La dimanche, arrêtez-vous de jeter le reste du distributeur et commencez un nouveau blister le même jour. 3. Utilisez une méthode de contraception supplémentaire si vous avez des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. 4. Vous pouvez ne pas les prendre le mardi 8. **Si vous n'êtes pas menstruée deux mois de suite, contactez votre médecin ou votre clinique.** **Ouvrez un blister de trois pilules de suite :** 1. Continuez à prendre une pilule par jour jusqu'à dimanche. 2. La dimanche, arrêtez-vous de jeter le reste du distributeur et commencez un nouveau blister le même jour. 3. Utilisez une méthode de contraception supplémentaire si vous avez des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. 4. Vous pouvez ne pas les prendre le mardi 8. **Si vous n'êtes pas menstruée deux mois de suite, contactez votre médecin ou votre clinique.**

CYCLE DÉBUTANT AUTRE JOUR QU'UN DIMANCHE

Ouvrez un nouveau blister : Prenez le comprimé qui est au-dessus de l'ovulation et prenez le blister suivant le jour habituel. Cela signifie que vous prenez le premier comprimé deux jours plus tôt. **Ouvrez un blister de deux pilules de suite :** **Deux premières semaines :** 1. Prenez deux pilules le jour où vous commencez à prendre et deux pilules le jour suivant. 2. Ensuite prenez une pilule par jour jusqu'à ce que vous ayez les 14 comprimés. 3. Utilisez une méthode de contraception supplémentaire si vous avez des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. **Troisième semaine :** 1. Continuez à prendre une pilule par jour jusqu'à dimanche. 2. La dimanche, arrêtez-vous de jeter le reste du distributeur et commencez un nouveau blister le même jour. 3. Utilisez une méthode de contraception supplémentaire si vous avez des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. 4. Vous pouvez ne pas les prendre le mardi 8. **Si vous n'êtes pas menstruée deux mois de suite, contactez votre médecin ou votre clinique.** **Ouvrez un blister de trois pilules de suite ou plus :** 1. Continuez à prendre une pilule par jour jusqu'à dimanche. 2. La dimanche, arrêtez-vous de jeter le reste du distributeur et commencez un nouveau blister le même jour. 3. Utilisez une méthode de contraception supplémentaire si vous avez des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. 4. Vous pouvez ne pas les prendre le mardi 8. **Si vous n'êtes pas menstruée deux mois de suite, contactez votre médecin ou votre clinique.**

AGNE

Le moment idéal de traitement de l'acné par Wyeth est le moment où vous commencez à prendre le premier comprimé. L'information sur la contraception est fournie dans le prospectus. **Conseils en cas de vomissements :** Si des vomissements surviennent dans les 2 ou 4 heures qui suivent la prise d'un comprimé, l'absorption peut ne pas être complète. Dans ces circonstances, consultez le tableau précédent pour en apprendre davantage concernant le nombre de comprimés à prendre. **Pour remplacer un blister contraceptif manqué :** La femme doit commencer le prochain blister de contraceptif le lendemain de l'administration du dernier comprimé manqué. Si elle ne le fait pas, elle doit utiliser une méthode de contraception supplémentaire. **Pour remplacer une méthode de contraception manquée :** La femme doit utiliser une méthode de contraception supplémentaire si elle a des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. **Après un événement sexuel non protégé, injecté, implanté :** La femme peut interrompre temporairement la prise de comprimés contraceptifs et utiliser une méthode de contraception supplémentaire si elle a des relations sexuelles moins de sept jours après l'ovulation. **Après un événement sexuel non protégé de la grossesse :** La femme doit continuer à prendre le prochain blister de contraceptif. **Après un événement sexuel non protégé de la grossesse :** La femme doit continuer à prendre le prochain blister de contraceptif. **Après un événement sexuel non protégé de la grossesse :** La femme doit continuer à prendre le prochain blister de contraceptif.

PRÉSENTATIONS POSOLOGIQUES

Les comprimés "ALESSE" sont disponibles en plaquettes blanches pour le régime de 21 jours (ALESSE™ 21) et le régime de 28 jours (ALESSE™ 28). Chaque distributeur contient 21 comprimés roses ALESSE™, chaque comprimé contenant 100 µg de lévonorgestrel et 20 µg d'éthinylestradiol. Dans le régime de 28 jours, 7 comprimés sont blancs contenant des ingrédients non médicamenteux.



Monographie de produit fournie sur demande.

Caltrate SELECT™

Carbonate de calcium Supplément à calcium

INDICATIONS :

Supplément nutritif indiqué lorsque l'apport de calcium risque d'être insuffisant, c.-à-d. durant l'enfance, l'adolescence, la grossesse et l'allaitement, de même qu'après la ménopause et chez les personnes âgées. Aussi indiqué pour traiter les carences calciques associées à l'hypoparathyroïdisme (aiguë ou chronique), à la pseudohypoparathyroïdisme, à l'ostéoporose postménopausale et sénile, au rachitisme et à l'ostéomalacie.

CONTRE-INDICATIONS :

Hypercalcémie et hypercalciurie (p. ex. hyperparathyroïdisme, excès de vitamine D, tumeurs décalcifiantes telles que plasmocytomes et métastases osseuses); maladies rénales graves et perte de calcium reliée à l'immobilisation.

PRÉCAUTIONS :

Dans les cas d'hypercalciurie légère (excédant 300 mg/24h) et d'insuffisance rénale chronique, ou lorsqu'il y a évidence de calculs urinaux, il est important de vérifier l'élimination du calcium par voies urinaires. Au besoin, réduire la posologie ou interrompre le traitement. Éviter de prendre des quantités élevées de vitamine D au cours du traitement, sauf indications contraires. Certaines substances alimentaires nuisent à l'assimilation du calcium, notamment l'acide oxalique (présent en grandes quantités dans la rhubarbe et les épinards), l'acide phytique (présent dans le son et les céréales à grains entiers) et le phosphore. L'administration de corticostéroïdes peut nuire à l'assimilation du calcium. Les composés de calcium réduisent les concentrations sanguines des tétracyclines orales. Éviter l'administration simultanée de ces 2 substances ou les prendre à 3 heures d'intervalle.

EFFETS INDÉSIRABLES :

Un apport élevé de carbonate de calcium peut causer de la constipation.

POSOLOGIE :

1 ou 2 comprimés par jour ou selon les recommandations d'un médecin.

PRÉSENTATION :

Un comprimé beige, ovale, enrobé, sécable et monogrammé «CALTRATE» et «D 600» contient 1500 mg de carbonate de calcium USP fournissant 600 mg (30 mEq) de calcium élémentaire et 400 U.I. de vitamine D.

Ingrédients non médicinaux :

cellulose, croscarmellose de sodium, crospovidone, gélatine, hypromellose, oxydes de fer, stéarate de magnésium, paraffine, povidone, laurylsulfate de sodium, saccharose, talc, dioxyde de titane. Flacons de 50.

Toutes les préparations sont exemptes de gluten, de lactose, de potassium, de bisulfite, de tartrazine et d'agents de conservation. Convient aux régimes restreints en sodium. Garder à température ambiante contrôlée, 15 à 30°C.

◀◀◀ (Suite de la page 17)

pour que la formation médicale soit inscrite comme l'une des missions de l'organisme.

« Le D^r Turgeon est l'un des pionniers de la FMOQ. Il a contribué à faire de la Fédération ce qu'elle est aujourd'hui », a écrit le président, le D^r Renald Dutil, dans un texte soulignant le départ du D^r Turgeon publié dans *Le Médecin du Québec* de juillet 2001. Antérieurement, le Département clinique de médecine générale du Centre hospitalier régional de Rimouski a créé le prix Jean-Maurice-Turgeon, décerné chaque année à l'un de ses membres pour sa contribution à la formation continue. Pour finir, en décembre dernier, l'ancien directeur général adjoint de la Fédération est nommé médecin émérite de la FMOQ.

Pour plusieurs, le D^r Turgeon a été un mentor. « Les D^s Boileau et Turgeon ont accentué en moi le goût de la formation médicale de qualité. J'ai eu tellement de chance de bénéficier de leur apport.

Aujourd'hui, je marche sur leurs traces, affirme la D^{re} Louise Roy, qui a été recrutée comme membre du comité scientifique en 1990 et est aujourd'hui rédactrice en chef du *Médecin du Québec*. On leur doit beaucoup pour tout ce qu'ils ont accompli. »