Réunion du Conseil
plan d'action pour améliorer l'accès à un médecin de famille



Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier

Les patients doivent avoir plus facilement accès à leur médecin de famille ou au moins à un autre médecin de famille, estime la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ). Pour atteindre cet objectif, le Conseil général de l'organisme a adopté, le 28 septembre dernier, un plan d'action détaillé.

« Il y a maintenant beaucoup plus de patients qui ont un médecin de famille. Le problème qui demeure est essentiellement le moment où ils peuvent voir ce clinicien », a expliqué aux délégués le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ.

Être plus disponible pour ses patients

Pour offrir aux patients un meilleur accès à la première ligne, la Fédération propose à ses membres de garder chaque jour quelques plages horaires libres pour les urgences et les semi-urgences de leur clientèle.

La FMOQ voudrait cependant que les médecins de famille qui voient d'urgence un de leurs patients dans les deux jours ouvrables reçoivent un supplément. Cette bonification s'ajouterait au tarif d'un examen ordinaire, d'un examen complet ou de l'intervention clinique. Mais il ne pourrait s'additionner au prix de l'examen complet majeur. Normalement, ce type d'examen ne devrait pas être effectué dans le cadre d'une visite d'urgence.

« Le médecin demeurerait libre de la façon de se rendre disponible. Il pourrait faire de l'Accès adapté ou encore choisir de prendre les deux premières périodes de la journée, les deux







Photos : Emmanuèle Garnier

Quelques délégués de la FMOQ

dernières ou celles du milieu. Cela n'a aucune importance », a indiqué le Dr Godin, qui a d'ailleurs précisé que la participation à ce système devrait être volontaire.

Le médecin pourrait offrir jusqu'à trois ou quatre consultations d'urgence par jour. « On pense qu'on créerait ainsi, pour les patients, l'accès à court terme à entre 1,5 et 2 millions d'examens par année. On croit que ce nombre permettrait de répondre à la demande », a affirmé le président.

Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) seraient aussi mis à contribution. Ils devraient offrir des plages d'accès aux plateaux techniques et aux médecins spécialistes réservées aux médecins de famille qui prennent en charge des patients. « Ils auraient l'obligation de fournir ces services aux médecins, peu importe qu'ils travaillent dans un groupe de médecine de famille (GMF), une clinique médicale non GMF, une clinique-réseau ou un CLSC. »

Aide pour les cliniques qui ne sont pas des GMF

Pour offrir une plus grande disponibilité, les omnipraticiens ont toutefois besoin d'aide pour la prise en charge et le suivi des patients. Ceux qui pratiquent dans les GMF ont déjà droit aux services d'une infirmière cinq jours par semaine pour 6000 patients inscrits. Mais les autres ? La Fédération voudrait qu'on accorde l'aide d'une infirmière à raison de 0,5 jour par semaine pour 1000 patients inscrits dans les cliniques autres que les GMF. Cela équivaudrait à trois jours de services infirmiers pour 6000 patients. Cela est évidemment moins que dans un GMF. « On veut donner de l'aide aux médecins qui n'en ont pas actuellement », a mentionné le Dr Godin, qui désire cependant accroître ce soutien dans l'avenir.

Pour avoir droit à cet avantage, l'omnipraticien d'un cabinet qui n'est pas un GMF devrait contribuer à améliorer l'accès à la première ligne. « Les médecins qui pratiquent dans les GMF s'engagent collectivement à remplir certaines obligations. Le médecin qui bénéficierait des nouvelles ressources infirmières devrait participer à un réseau d'accès de première ligne là où il en existe un », a précisé le président de la FMOQ.

Le clinicien pourrait aussi choisir, à la place, de prendre en charge des patients sans médecin de famille d'une « unité d'accès populationnel » (*voir page suivante*). « Naturellement, le médecin qui rendrait ce service aurait droit à la bonification liée à la prise en charge des patients orphelins, comme s'ils venaient du guichet d'accès. »

Un meilleur accès à un médecin de famille

Les patients ne pourront cependant pas toujours voir leur médecin de famille à deux jours d'avis. Ce dernier peut être absent ou malade, avoir un imprévu, etc. Et certaines personnes n'ont d'ailleurs même pas de médecin de famille. Pour remédier à ces situations, la FMOQ propose un nouveau concept : les « unités d'accès populationnel » (UAP)*. Elles seraient généralement intégrées à une structure déjà existante : GMF, clinique-réseau, CLSC ou cabinet médical.

Les UAP desserviraient un territoire de CSSS d'au moins 50 000 personnes et auraient des heures d'ouverture élargies :

- de 8 h à 20 h la semaine ;
- de 8 h à 16 h la fin de semaine.

« S'il n'y a pas 50 000 habitants, on n'a pas besoin d'une accessibilité de 76 heures par semaine. Celle d'un GMF, qui est ouvert 68 heures par semaine, pourrait être suffisante. Dans certaines régions, les services qu'offre l'urgence, ouverte 24 heures sur 24, seront suffisants. » Une UAP serait créée si le DRMG et sa table locale l'estiment nécessaire.

Les avantages d'une UAP pour le patient ? Un rendez-vous rapide et un temps d'attente maximal de deux heures à partir du moment fixé pour son rendez-vous. Les unités d'accès populationnel disposeraient idéalement d'un dispositif automatisé de gestion des rendez-vous.

Les UAP devraient toutefois fournir un soutien technique et professionnel aux omnipraticiens qui y pratiqueraient. Chaque clinicien devrait pouvoir compter sur les services d'une infirmière technicienne lorsqu'il y exerce et sur un corridor de services fourni par le CSSS local lui donnant accès aux tests et aux examens d'imagerie médicale de base.

La mise sur pied d'UAP n'est cependant pas destinée à créer des centres de consultation sans rendez-vous fonctionnant de façon isolée. Les GMF, les CLSC et les cabinets qui les hébergeront devront prendre en charge une clientèle. « Il pourrait arriver exceptionnellement qu'un site ne le fasse pas, mais il devra s'assurer, par une entente de

*Nom temporaire

Plan d'action pour améliorer l'accès à un médecin de famille

Résumé

Rendez-vous rapides

Principe

- Les médecins qui le souhaitent pourraient offrir rapidement à leurs patients une consultation pour un problème urgent ou semi-urgent.

Avantage

- Supplément s'ajoutant au tarif d'un examen ordinaire, d'un examen complet ou d'une intervention clinique si le patient est vu dans les deux jours ouvrables.

Condition facilitatrice

- Accès privilégié, fourni par le CSSS, au plateau technique et aux consultations spécialisées.

Aide pour les cliniques autres que les GMF

Principe

- Les médecins des cliniques qui ne sont pas des GMF pourraient recevoir l'aide d'une infirmière à raison d'une demi-journée par semaine pour 1000 patients inscrits.

Obligation

- Participer à une unité d'accès populationnel (UAP) dans les territoires où il y en a une ou s'engager à prendre en charge des patients orphelins qui en sont issus.

Avantage supplémentaire

- Reconnaissance du critère de fidélisation.

Unité d'accès populationnel

Principe

- Les UAP permettraient aux patients qui ne peuvent consulter rapidement leur médecin de famille ou qui n'en ont pas de voir sans tarder un omnipraticien.

Conditions facilitatrices

- Chaque médecin pourrait bénéficier des services d'une infirmière technicienne quand il pratique dans l'UAP.
- Corridor de service fourni par le CSSS local donnant accès aux examens d'imagerie médicale simple et aux examens de base.

Avantages supplémentaires

- Banque d'heures pour le suivi de certains patients
- Bonification pour le travail pendant les heures défavorables
- Bonification pour la prise en charge de patients orphelins venant de l'UAP comme s'ils venaient du guichet d'accès.
- Reconnaissance du critère de fidélisation.

Des efforts raisonnables à fournir

D'où vient le plan d'action pour améliorer l'accès à un médecin de famille ? En janvier dernier, un groupe de travail, composé des **Drs Sylvain Dion, Marc-André Asselin, Claude Rivard et Marcel Guilbault,** a été mis sur pied pour proposer un nouveau modèle permettant aux patients de voir plus facilement leur médecin de famille ou, à défaut, un autre omnipraticien.

Le comité a, pour commencer, commandé un sondage auprès de la population et effectué une consultation auprès des omnipraticiens. Les deux groupes avaient une perception similaire de ce que devrait être un accès raisonnable à un médecin de famille. Le groupe de travail a ensuite consulté divers experts, observateurs ainsi que les chefs de DRMG, dont le rôle est central pour la FMOQ.

À partir de ces informations, le comité a élaboré un modèle pour faciliter l'accès rapide à la première ligne. « On pense que ce projet est porteur. Il devrait nous permettre de répondre aux attentes de la population et de remplir le contrat social qu'on a comme médecins de famille avec la population et le gouvernement », a estimé le président du comité, le Dr Dion, qui s'est adressé au Conseil avant le vote sur l'adoption du plan d'action.

Le président du groupe de travail estime que l'effort qu'il demande à ses collègues pour améliorer la disponibilité qu'ils offrent à leurs patients est raisonnable. « Il y a certainement un ajustement à effectuer dans nos façons de faire, mais on ne demande pas un bouleversement de toute la pratique. » Et la nécessité de voir des patients qui ne peuvent consulter rapidement leur médecin de famille ou qui n'en ont pas est parfois incontournable. « C'est sûr qu'il y a un effort à faire pour élargir l'accessibilité dans les endroits où cela est requis. Cela va interpeller les médecins sur le terrain. Il y a des zones et des régions où la situation est plus problématique. » Comme le **Dr Louis Godin,** le Dr Dion pense que le projet proposé est vital pour la profession de médecin de famille.



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Sylvain Dion

service, qu'un patient orphelin ne tombe pas dans le vide et soit suivi à l'extérieur. »

La FMOQ voudrait, pour finir, que l'on considère que les praticiens qui participeraient à son projet répondent d'emblée au « critère de fidélisation » qui donne droit aux forfaits liés à l'inscription des patients. Actuellement, le critère n'est encore fixé qu'à 61 %, c'est-à-dire qu'un médecin doit avoir fourni 61 % des consultations dont a eu besoin sa clientèle en première ligne. Presque tous ceux qui suivent des patients atteignent ce seuil. Cependant, il va augmenter jusqu'à 75 % ou 80 % dans les prochaines années. Il pourrait alors devenir plus difficile de parvenir à ces niveaux.

Le Dr Godin va maintenant présenter son plan aux différents partenaires de la FMOQ, aux élus ainsi qu'à la population. La Fédération s'est fixée depuis plusieurs années trois buts concernant l'accès aux soins de première ligne : que la majorité des Québécois puisse avoir un médecin de famille, qu'ils puissent ensuite avoir accès à ce dernier et, si ce n'est pas possible, qu'ils puissent voir un autre omnipraticien. L'atteinte du premier objectif progresse bien et le plan d'action de la Fédération devrait améliorer la situation concernant les deux derniers.

Outil résumant la nouvelle nomenclature en établissement

La Fédération offrira sous peu, sur son site Web, un outil résumant l'ensemble des codes et services qui peuvent être facturés dans des milieux visés par la nouvelle nomenclature en établissement (*http://tiny.cc/blis4w*)*. Les médecins pourront l'imprimer et le garder avec eux, question de faciliter la transition vers la nouvelle nomenclature. Du fait que d'autres modifications surviendront le 1er décembre prochain dans les secteurs de la périnatalité et des soins intensifs, l'outil sera mis à jour au début de décembre.

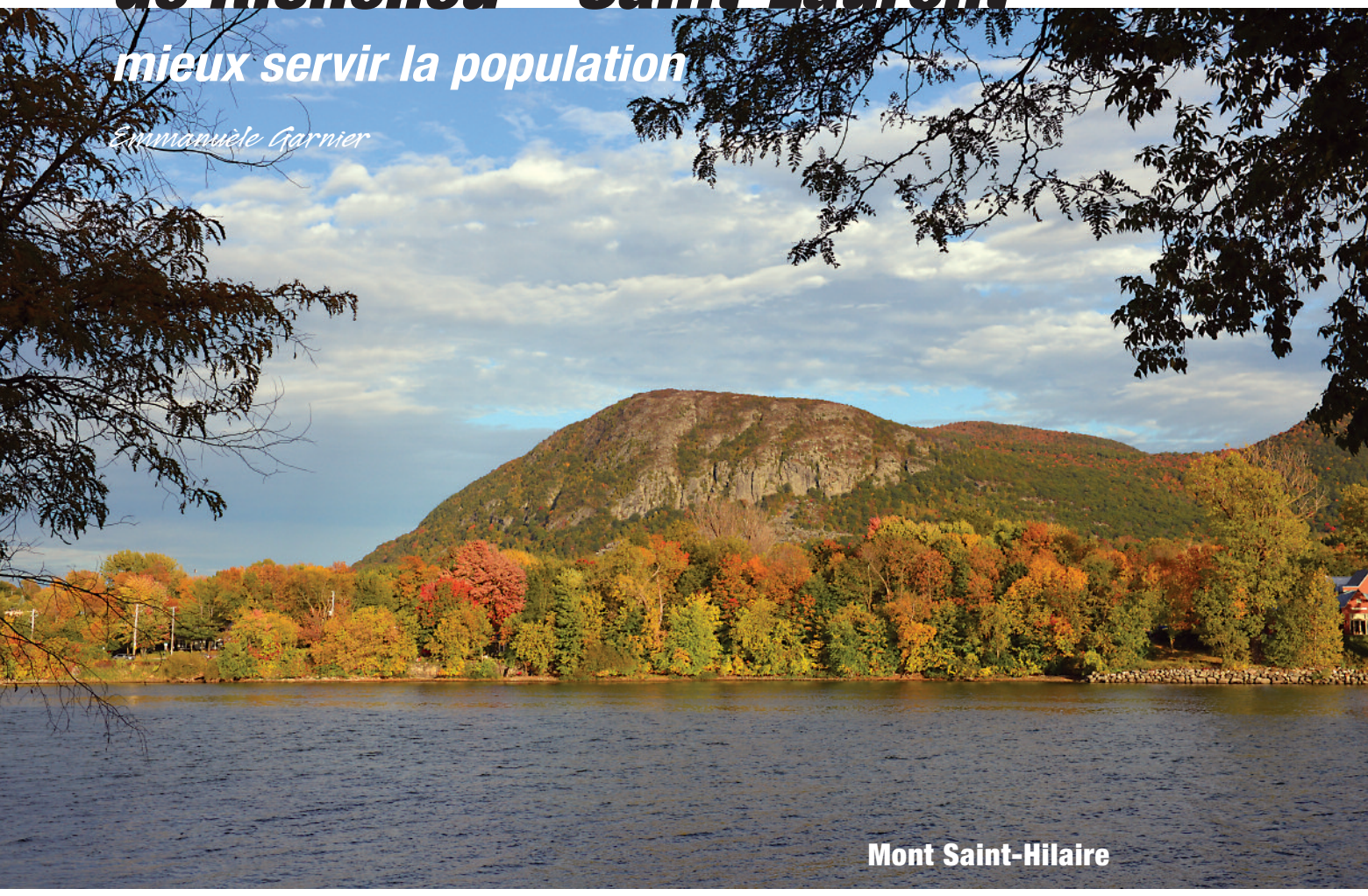
Dr Michel Desrosiers

*Chemin sur le site *fmoq.org* : Rémunération > Principes de base de la rémunération > Information générale FMOQ > Examens et actes

Association de Richelieu – Saint-Laurent

mieux servir la population

Emmanuèle Garnier



Mont Saint-Hilaire



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Louis Godin

« Je vais vous parler du dossier qui revêt pour moi le plus d'importance », a confié le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ, aux membres de l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu – Saint-Laurent. Le 4 octobre dernier, le Dr Godin les rencontrait lors de leur assemblée générale annuelle, à Belœil. Ce dossier capital ? Le plan d'action pour améliorer l'accès à un médecin de famille.

Ce projet repose sur plusieurs principes. D'abord, la prise en charge et le suivi des patients, qui doivent demeurer au cœur du travail des médecins de famille. « Il n'est pas question de retourner à une médecine familiale reposant sur les consultations sans rendez-vous », a indiqué le Dr Godin.

Autre principe : tous les médecins qui prennent en charge des patients doivent être soutenus. « Les groupes de médecine de famille (GMF) sont notre modèle de base le plus important. Toutefois, il y a probablement de 2000 à 3000 médecins qui n'ont aucune aide dans leur pratique parce qu'ils ne font pas partie des GMF et ne peuvent pas le faire », a mentionné le président. Ces praticiens ne doivent pas être laissés pour compte.

Le plan d'action prend également en considération le fait qu'il y aura toujours des personnes sans

médecin de famille. « Un bon système de santé réussit à inscrire 85 % de sa population. Au Québec, il restera donc toujours des patients orphelins, peu importe ce qu'on fera pour donner un médecin de famille au plus grand nombre de gens possible. »

Il faut également tenir compte du fait que même les patients qui ont un médecin de famille ne pourront pas, à certains moments, le joindre. « Il y aura toujours des samedis et des dimanches après-midi ainsi que des jours fériés. On sait, par ailleurs, qu'il y a à peu près un demi-million de consultations qui ont lieu dans les urgences ou le réseau de garde intégré, parce que les gens ne sont pas arrivés à voir leur médecin de famille pour des problèmes relativement bénins », a affirmé le Dr Godin.

Le plan d'action

La proposition pour améliorer l'accès de la population à la première ligne comprend deux volets. Le premier doit permettre aux personnes qui ont déjà un médecin de famille de le voir plus facilement. « Le problème, c'est que bien souvent le médecin ne voit pas ses patients quand ils sont malades parce qu'il n'a alors pas de place dans son horaire pour les rencontrer. On va donc demander aux omnipraticiens de garder de deux à quatre périodes par jour pour les patients qui ont besoin de les consulter. » Les cliniciens qui verraient leurs patients pour un problème urgent dans les deux jours ouvrables recevraient un supplément, selon le plan de la Fédération (*voir le résumé du plan d'action, p. 13*).

Pour que le système fonctionne bien, il faut cependant que les médecins aient l'aide nécessaire pour la prise en charge et le suivi de leur clientèle. Les cliniciens des groupes de médecine de famille (GMF) bénéficient déjà des services d'une infirmière. « Pour les médecins qui ne pratiquent pas dans un GMF, notre plan prévoit qu'ils pourraient recevoir une demi-journée de services infirmiers pour 1000 patients inscrits. Le médecin qui obtiendrait cette aide devrait toutefois s'engager à participer à un réseau d'accès de première ligne ou à prendre des patients orphelins qui en proviennent », a précisé le président.

La prise en charge des patients du réseau donnera droit aux mêmes bonifications que celle des patients du guichet d'accès du centre de santé et de services sociaux (CSSS). « Cela veut dire qu'au lieu de recevoir 25 $ ou 50 $ pour inscrire ces nouveaux patients, le médecin recevra 100 $ ou 200 $. »

Un filet de sécurité

Le deuxième volet du plan consiste à garantir à la population l'accès à la première ligne. Ainsi, chaque CSSS devra fournir aux résidants de son territoire un filet de sécurité. Les régions de plus de 50 000 habitants pourraient avoir des « unités d'accès populationnel » (UAP)*. Nouveau concept que propose la FMOQ, ces unités offriraient au patient des heures d'ouverture étendues et un temps d'attente maximal de deux heures à partir du moment fixé pour le rendez-vous. Idéalement, un dispositif automatisé de gestion des rendez-vous serait accessible pour les patients. Les médecins qui participeraient à ce système bénéficieraient de différents avantages (*voir le résumé du plan d'action, p. 13*).

Ces unités ne seraient créées que si le DRMG et ses tables locales les estiment nécessaires. « Dans les régions de 30 000 habitants où il y a un hôpital, il n'y aurait pas d'UAP. Le filet de sécurité serait l'urgence. On ne retrouverait donc pas d'UAP en Gaspésie ni sur la Côte-Nord. Il devrait cependant y en avoir quelques-unes en Montérégie, à Montréal et dans la région de Laurentides-Lanaudière. »

Pourquoi ce plan pour améliorer l'accès à un médecin de famille ? « Nous l'avons conçu après avoir analysé la situation de la médecine familiale d'il y a cinq ans, d'aujourd'hui et des prochaines années », a affirmé le Dr Godin. Par rapport à il y a quelques années, de plus en plus de personnes ont maintenant un médecin de famille. « Cette année, les omnipraticiens vont probablement encore inscrire plus d'un quart de million de nouveaux patients, même s'il y a eu des modifications à la Lettre d'entente nº 245. Le problème qu'il nous reste à régler, c'est de faciliter l'accès des patients à leur médecin de famille et l'accès en général à un omnipraticien. Avec les mesures que l'on propose, on pense qu'on va y arriver. »

*Nom temporaire

AGA de l'association de Richelieu – Saint-Laurent

un défi à relever

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Claude Rivard

Un grand défi attend les membres de l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu – Saint-Laurent (AMORSL), tout comme leurs confrères du reste du Québec. « Il faut absolument qu'on s'organise sur le terrain et qu'on rende la prise en charge plus attrayante pour relever le défi de l'accessibilité », estime le **Dr Claude Rivard**, président de l'AMORSL.

Mais pour cela, il faut des moyens. « On doit être équipé d'un dossier médical électronique (DME) et travailler avec des infirmières. Il faut aussi, lorsqu'on voit des cas qui nécessitent des ressources, comme une tomodensitométrie ou l'accès aux spécialistes, qu'on les obtienne rapidement. Il doit y avoir une ouverture de la part des centres de santé et de services sociaux. »

Les omnipraticiens doivent d'autant plus s'organiser que, l'an prochain, de nombreux jeunes collègues vont se joindre à eux. En Montérégie seulement, 71 omnipraticiens – dont plusieurs vont remplacer des retraités – arriveront dans la région. Parmi eux, il y aura 51 nouveaux diplômés.

Le Dr Rivard a demandé à ses membres, au cours de l'assemblée générale de l'AMORSL, de préparer leur clinique pour la relève. « Si le milieu de la première ligne s'arrange pour recevoir les jeunes médecins de façon adéquate, ils pourraient choisir la prise en charge de patients comme pratique. Il faut absolument que le milieu de travail soit intéressant, organisé, doté d'un DME et axé sur une approche interdisciplinaire. On doit rendre l'environnement de travail stimulant tant sur le plan de la pratique que sur le plan scientifique. »

Le Dr Rivard applaudit d'ailleurs au développement du système d'accueil clinique dans la région. Les protocoles qu'offrent divers hôpitaux permettent aux cliniciens de la première ligne d'avoir rapidement accès au plateau technique et aux spécialistes. « Pour avoir une pratique stimulante, le médecin n'aura plus nécessairement à travailler à l'urgence ou dans les unités de soins de l'hôpital. »

Certains établissements de soins commencent toutefois seulement à se doter d'un accueil clinique. « Pour l'instant, l'Hôpital Pierre-Boucher n'offre que trois protocoles. Mais déjà, il y en a une quinzaine à l'hôpital de Saint-Hyacinthe et une cinquantaine à celui de Saint-Jean. À partir de novembre, l'Hôpital Charles-Le Moyne devrait avoir une douzaine de protocoles pour tous les médecins de la première ligne, pas seulement pour ceux des groupes de médecine de famille. »

La restructuration de la première ligne est d'autant plus importante dans la région de Richelieu – Saint-Laurent que la population y est en pleine expansion. « On a un déficit du rapport médecin/habitants. Au Québec, la moyenne est d'un omnipraticien pour 1005 résidants, alors qu'en Montérégie la proportion est de un pour 1200 habitants. Et il y a des régions,



comme Sorel, où le ratio est encore plus défavorable », indique le Dr Rivard.

Le prochain défi des omnipraticiens de Richelieu – Saint-Laurent sera donc de rendre la première ligne plus accessible. Tant dans cette région que dans le reste de la province, la médecine familiale doit se réorganiser. « On n'a pas le choix. Les médecins des autres générations ont eux aussi connu des points tournants. L'arrivée de l'assurance hospitalisation, puis des CLSC étaient aussi d'importants changements. On doit s'arranger pour s'adapter à la société dans laquelle on vit. »

Les 50 ans de l'AMORSL

Les anciens présidents à l'honneur

Le 4 octobre dernier, l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu – Saint-Laurent fêtait ses 50 ans. Pour souligner l'événement, elle avait organisé un cocktail et un repas où tous les anciens présidents avaient été conviés. Beaucoup sont venus :

- le Dr **Guy Bonenfant** (1969-1970), qui a entre autres représenté l'AMORSL en tant que délégué pendant 13 ans au sein de la FMOQ ;
- le Dr **Dorès Hébert** (1970-1971), qui est encore en pratique active ;
- le Dr **Yvon Ménard** (1980-1994), qui a défendu au sein de l'AMORSL le maintien de la représentativité des diverses régions et des différents types de pratique ;
- le Dr **Yves Langlois** (1994-2008), qui est actuellement membre du conseil d'administration du Collège des médecins du Québec et de Conseil et Investissement Fonds FMOQ ;
- la Dre **Josée Courchesne** (2008-2011), première femme à être élue au Bureau de l'AMORSL, puis à sa présidence.



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Guy Bonenfant, Dr Claude Rivard, Dr Yvon Ménard et Dr Dorès Hébert

Plongeant dans le passé, le Dr Claude Rivard, l'actuel président, a avoué avoir été particulièrement frappé par les révélations qu'il a lues dans le récent livre du Dr Marc-André Asselin intitulé : « De praticiens à spécialistes en médecine familiale ». Il y a un demi-siècle, la situation des omnipraticiens était difficile. « C'était pratiquement de l'apartheid médical. Les omnipraticiens n'avaient pas le droit de se promener en blouse blanche dans l'hôpital. Ils avaient des toilettes séparées de celles des spécialistes. Ce sont des choses impressionnantes que des médecins ont vécues. On a lutté pour travailler et avoir une place à l'hôpital. On va continuer à le faire. » EG



Les quatre membres sortants du Bureau de l'AMORSL : Drs Valery Simard, Josée Courchesne, Alain Dumas, et Yves Langlois



Drs Yves Langlois, Louis Godin et Marc-André Asselin avec leurs conjointes

Effectifs médicaux de 2013 et de 2014

réduction de la pénurie

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Serge Dulude

En 2014, 333 nouveaux omnipraticiens arriveront en renfort au Québec. Comme probablement 144 de leurs collègues prendront leur retraite ou partiront, on s'attend à un ajout net de 189 spécialistes en médecine de famille. « C'est le plus important apport jusqu'à présent », annonce le **Dr Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

La pénurie de médecins, qui commence à se résorber, est maintenant au-dessous du seuil symbolique des 1000 cliniciens travaillant à temps plein ou l'équivalent (ETP). Il ne manquerait plus ainsi que 950 médecins ETP dans la province.

Et l'année prochaine, la pénurie pourrait n'être que de 870. Certains se seraient attendus à mieux étant donné que l'ajout net de 189 médecins cette année devrait réduire le manque à 761 médecins ETP. Cependant, il faut tenir compte de l'augmentation des besoins de la population. Cette dernière vieillit et croît. « Elle augmente d'environ 90 000 citoyens par année. Ce facteur à lui seul demande 60 médecins ETP », explique le Dr Dulude.

PREM 2013

Le bilan provisoire des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) de 2013 est lui aussi satisfaisant. La plupart des régions ont réussi à recruter le nombre d'omnipraticiens qui leur était accordé. En outre, la répartition semble équitable entre les grandes zones. Ainsi, les régions éloignées ont rempli environ 92 % des postes qui leur avaient été accordés, les régions intermédiaires, 101 %, les régions universitaires, 102 % et les régions périphériques, 90 %. « Le système des PREM fonctionne », indique le Dr Dulude.

Une région cause cependant des inquiétudes : les Laurentides. Au début de septembre, elle n'avait pourvu que 55 % des postes qui lui étaient réservés. Seulement dix-sept des vingt-sept postes destinés aux nouveaux diplômés avaient trouvé preneurs et seulement quatre des onze places destinées aux médecins des autres régions. « C'est préoccupant et intrigant. Nous allons surveiller la situation », assure le Dr Dulude, également membre du Comité de gestion des effectifs médicaux en omnipratique (COGEMO).

Il restait cependant encore deux mois quand les données ont été publiées le 6 septembre dernier. Il y avait encore dix-sept places pour des nouveaux omnipraticiens, dont dix dans les Laurentides et quinze pour les médecins qui voulaient changer de région, dont sept également dans les Laurentides. « Il y a des médecins qui ne sont pas encore fixés. Il reste encore un peu de temps. »

Dans le domaine des PREM, un secteur connaît par ailleurs un grand succès : le dépannage. Il s'agit en réalité d'une dérogation aux PREM que demandent certains nouveaux diplômés pour aller pratiquer exclusivement dans les divers hôpitaux en pénurie. Ils travaillent aux urgences, dans les unités de soins et parfois en obstétrique.

En 2013, comme d'habitude, vingt postes leur avaient été réservés, mais… 42 médecins ont obtenu une place. Depuis dix ans, leur nombre n'a cessé d'augmenter. Alors qu'ils représentaient 1 % des nouveaux facturants en 2004, ils en constituent maintenant 13 %. Toutefois, si l'offre augmente, les besoins en dépannage devraient s'atténuer avec la diminution de la pénurie d'omnipraticiens. « Bientôt, l'équation ne fonctionnera plus », avertit le Dr Dulude, qui, en tant que membre du COGEMO, regarde depuis deux ans la situation évoluer. Phénomène rassurant, néanmoins, 67 % de ces jeunes médecins ne pratiquent pas le dépannage pendant plus d'un an. Ensuite, ils s'installent dans une région.

Présidence du Dr Renald Dutil

Crise et percées dans les négociations

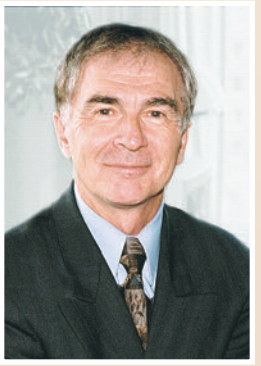
L'année 2002, sur laquelle s'ouvre la deuxième moitié de la présidence du **Dr Renald Dutil,** est secouée par une grave crise : la tragédie de Shawinigan.

Cette année-là, à cause de la pénurie de médecins qui sévit dans toute la province, onze urgences manquent d'effectifs. L'une d'elles, celle de Shawinigan, ferme même la nuit. « La Fédération a fait tous les efforts possibles pour la garder ouverte », se rappelle le Dr Dutil.

Néanmoins, un dimanche de juin, peu après minuit, un résident de Shawinigan en proie à un infarctus se bute sur les portes closes de l'urgence. L'homme, qui est transféré vers l'hôpital de Trois-Rivières, meurt pendant le trajet.

Le drame provoque une onde de choc terrible. Peu de temps après, le ministre de la Santé, **M. François Legault,** dépose la « loi sur les urgences ». Cette mesure permet de forcer tout médecin qui a pratiqué à l'urgence au cours des quatre dernières années à aller faire des gardes dans un hôpital de la province.

Les médecins en sont ébranlés. Une manifestation est organisée devant le parlement par les délégués des Conseils de la FMOQ et de la FMSQ. « La loi a été appliquée une seule fois. Un médecin de l'Hôpital Charles-Le Moyne, à Longueuil, a reçu une assignation par huissier pour aller faire une garde à Jonquière », indique le Dr Dutil.



Dr Renald Dutil

L'atmosphère dans les urgences est maintenant exécrable. Il faut trouver des solutions. Le ministre de la Santé accepte donc de consacrer un budget de 25 millions aux urgences. « Cela nous a permis de rehausser de façon importante la rémunération des médecins qui y pratiquaient. Nous avons également travaillé à une nouvelle nomenclature mieux adaptée au travail à l'urgence. ».

Le gouvernement veut cependant aussi modifier les activités médicales particulières (AMP). Il abolit la loi sur les urgences, mais en adopte une qui soumet tous les médecins aux AMP, et non plus seulement les jeunes. Les urgences, elles, deviennent des AMP prioritaires.

L'identification du médecin de famille

Depuis longtemps, la FMOQ voulait que le médecin qui suit un patient soit mieux rémunéré que le clinicien qui le voit dans un service de consultation sans rendez-vous. « On a donc inventé l'identification du médecin de famille. Le patient devait indiquer à la RAMQ, dans un formulaire, qui était son médecin de famille, et ce dernier allait recevoir un supplément pour chaque examen qu'il ferait », affirme le Dr Dutil.

La Fédération réussit cette percée dans l'accord-cadre de 2003. Cela ne touche alors que les patients vulnérables. Il s'agit néanmoins d'un tournant dans les modalités de rémunération des omnipraticiens. Au cours des années qui suivront, la liste des affections donnant droit au forfait pour patients vulnérables s'allongera, l'Entente s'étendra aux patients non vulnérables et les bonifications seront majorées. « C'est la réalisation dont je suis le plus fier », ne cache pas l'ex-président.

Le rattrapage de la rémunération

Le Dr Dutil s'attaque ensuite à un ambitieux dossier : le rattrapage de la rémunération des omnipraticiens québécois par rapport à celle de leurs collègues du reste du Canada.

La Fédération a réussi à obtenir, au cours des négociations de 2003, une lettre d'entente dans laquelle le gouvernement s'engage à corriger l'écart. Il faut maintenant la faire respecter. Le gouvernement tarde jusqu'en 2006 à négocier. Le dossier est complexe. Un médiateur est appelé à la rescousse. « Il est proposé de diminuer de 70 % l'écart sur lequel on s'entendrait pour tenir compte de certains facteurs de pondération et des limites budgétaires de l'État. »

Finalement, les deux parties tombent d'accord sur une différence de 45 %. Toutefois, le gouvernement ne propose qu'un redressement de 28 %, ce qui est inférieur aux 70 % de l'écart convenu. Au cours d'une difficile rencontre avec le premier ministre, le président de la FMOQ réussit à arracher 31 %. Financièrement, les gains sont importants. L'entente est signée en novembre 2007, peu avant que le Dr Dutil ne quitte la présidence. **EG**

Divulgation des événements indésirables

Comment y faire face ? Comment s'y prendre ?

Emmanuèle Garnier



Photo : Superstock

Comment dire à un patient qu'un événement indésirable est survenu au cours de son traitement ? Comment faire face émotivement à cette situation ? Des chercheurs américains proposent aux médecins une méthode pour y parvenir.

À la fin d'un après-midi, le Dr A reçoit un appel d'un médecin de l'hôpital. Une de ses patientes, Mme G, 54 ans, a eu une thrombose dans son pontage de l'artère fémorale. Elle est maintenant hospitalisée. Tout en écoutant son collègue, le Dr A ouvre le dossier médical électronique de sa patiente. Tout à coup, son sang se fige : la mesure du RIN de la semaine dernière était de 1,3 ! Et aucune note n'indique que la dose sous-thérapeutique de warfarine a été corrigée ! Les pensées se télescopent dans la tête du médecin : si la dose avait été modifiée, la patiente n'aurait peut-être pas eu de complications et elle n'aurait pas été hospitalisée. Que faire maintenant ?

« Selon un consensus grandissant, le dévoilement des erreurs médicales est éthiquement et légalement approprié », indiquent la **Pre Sandra Petronio**, de l'Université de l'Indiana, et ses collaborateurs qui ont créé l'exemple du Dr A et de Mme G, dans un article publié dans *The Permanent Journal*[1]. On peut cependant imaginer qu'il y a un fossé abyssal entre cet avis et ce que tout Dr A souhaiterait au fond de lui-même.

Pour aider les médecins à surmonter leurs appréhensions et à discuter d'un événement

1. Petronio S, Torke A, Bosslet G. Disclosing medical mistakes: a communication management plan for physicians. *Perm J* 2013 ; 17 (2) : 73-9.



Photo : Emmanuèle Garnier

« Il y a 50 ans, les gens gardaient les incidents-accidents secrets. Maintenant, le fait qu'on les déclare, qu'on en parle, qu'on tente de trouver des solutions allège la situation. »

– D^re Michèle de Guise

indésirable avec le patient touché, les chercheurs américains ont mis au point un plan de gestion de la divulgation des erreurs. Leur méthode comporte deux étapes : d'abord, la préparation du clinicien ; ensuite, la mise au point d'une stratégie de dévoilement. Les auteurs se sont fondés sur la littérature médicale et la théorie de la gestion des communications confidentielles.

Le dilemme

Lorsque survient un événement indésirable qui le concerne, le médecin est plongé dans un profond dilemme. D'un côté, il y a la tentation du mutisme à cause de ses propres réactions émotives, de la crainte des poursuites et de la tradition de silence en médecine. De l'autre, il y a le devoir éthique de dire la vérité aux patients et l'obligation légale de dévoiler tout problème grave.

Au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), le processus de divulgation est facilité, dans les cas graves, par une conseillère en gestion du risque. Elle aide les professionnels de la santé à faire l'analyse de l'événement indésirable et les guide dans le dévoilement des faits au patient. « C'est une personne qui a une expertise et qui est neutre. Elle peut accompagner l'équipe, mais aussi représenter le patient et ses proches », explique sa supérieure, la **D^re Michèle de Guise**, directrice de la Qualité, de la Promotion de la santé et de l'Expérience patient.

L'approche de la conseillère en gestion du risque, **M^me Lucie Poirier**, est rassurante. « Au CHUM, on essaie d'utiliser le moins possible les mots "erreur médicale", parce que cela laisse sous-entendre que le médecin est le seul responsable de la situation, dit-elle (*encadré 1*). Or, on voit que souvent les accidents ou les incidents indésirables sont le résultat d'une succession d'événements. » L'image souvent utilisée en gestion de risques est celle d'un gruyère dont tous les trous sont alignés et ne bloquent plus rien.

Première étape : se préparer

Les chercheurs de l'Université de l'Indiana proposent, comme première étape du processus de divulgation, la préparation du médecin : verbalisation des émotions et analyse des faits. Le clinicien peut ainsi intellectualiser l'événement et y faire face émotivement.

« Le but est de se préparer pour qu'au moment où l'on rencontre le patient et sa famille, on puisse être à l'écoute de leurs besoins. Si on escamote cette première partie, on rate la deuxième, parce que la rencontre de divulgation risque de devenir une période de thérapie collective et il ne faut pas que cela arrive », soutient la D^re^ de Guise, dont la manière de procéder et celle de M^me^ Poirier ressemblent à celle que préconisent les chercheurs américains.

a) Exprimer ses émotions

Pour un médecin, l'idée d'avoir commis une erreur est dévastatrice. « On se sent personnellement concerné et on se blâme », explique le **D^r^ Prosanto Chaudhury**, président du comité d'évaluation des médecins, dentistes et pharmaciens du Centre universitaire de santé McGill. « On a peur d'être perçu comme incompétent, de perdre la confiance du patient et celle que l'on a en nous, qui a été si longue à bâtir », précise la D^re^ de Guise.

Généralement, quatre barrières émotives bloquent les praticiens qui doivent divulguer un événement indésirable : la honte, l'incertitude, l'anxiété et la crainte des répercussions légales. « Si on a prise sur elles, on peut en réduire les effets potentiellement néfastes à la fois sur la réponse émotive du médecin et sur le processus de divulgation », indiquent les auteurs.

Pour le médecin, le remède consiste à parler. Parler à des collègues ou à d'autres personnes dans lesquelles il a confiance. Cela peut l'aider à surmonter ses émotions et à donner un sens à l'événement indésirable, affirment les chercheurs.

Au CHUM, M^me^ Poirier en tient compte dans ses réunions avec l'équipe médicale après l'accident. « Il faut laisser les émotions s'exprimer. Dans nos rencontres avec les soignants, on prend le temps de le faire pour créer un climat favorable d'apprentissage tout au long de notre analyse. »

Les médecins peuvent aussi puiser à d'autres sources de réconfort. « Ce qui aide, c'est d'avoir l'appui des pairs – ce qui a un effet très puissant –, d'être dans une culture qui ne cherche pas à blâmer, de voir que d'autres ont vécu la même chose et de constater qu'un système, comme celui que l'on a au CHUM, est là pour nous aider à faire en sorte que l'événement ne se reproduise pas », indique la D^re^ de Guise.

b) Découvrir les faits

Le médecin doit ensuite savoir ce qui s'est passé. Comment une telle erreur a-t-elle pu survenir ? Pourquoi aucun filet de sécurité n'a-t-il fonctionné ? « Dans le milieu hospitalier, il faut que l'équipe qui prend soin du malade, dont les infirmières et les médecins en cause dans l'événement, se réunisse pour comprendre ce qui est survenu et mette au point un plan pour régler le problème », explique le D^r^ Chaudhury, qui est également chirurgien.

Encadré 1.

Erreur médicale ou événement indésirable ?

« Les expressions "événement indésirable" et "erreur médicale" ne sont pas synonymes. Le terme « erreur » peut impliquer une insinuation de blâme ou de faute qui peut être inappropriée, surtout avant que toutes les circonstances et les faits entourant l'événement ne soient connus.

Un événement indésirable ne signifie pas qu'il y a eu erreur ou négligence. Il est possible de conclure, après une analyse plus poussée, que certains événements indésirables étaient imprévisibles, dans le cas par exemple où un patient fait pour la première fois une réaction allergique à un médicament. De tels événements indésirables constituent les risques inhérents d'investigations et de traitements. De nombreux autres événements indésirables sont de plus en plus reconnus comme étant le résultat d'une défaillance systémique, lors de laquelle des mesures de protection visant à améliorer la sécurité des patients étaient absentes ou un certain nombre de mesures de protection ont failli les unes à la suite des autres, entraînant le préjudice subi par le patient. Certains événements indésirables résultent d'erreurs commises par des particuliers. »

Association canadienne de protection médicale

Une erreur médicale est rarement le fait d'une seule personne. « Nous nous sommes rendu compte qu'il arrive fréquemment que d'autres membres de l'équipe médicale soient aussi en cause, en particulier parce que les erreurs sont souvent le résultat d'une série d'événements », ont noté les chercheurs.

C'est ce qui s'est passé dans le cas du Dr A : *Le clinicien a revu le dossier de sa patiente et en a discuté avec les infirmières. Il s'est alors aperçu que les résultats de Mme G, télécopiés par le laboratoire, avaient été numérisés et versés par inadvertance dans le dossier sans qu'aucun signal d'alarme ne soit donné.*

Au CHUM, Mme Poirier aide le médecin et l'équipe soignante à reconstituer le fil des événements. « Le fait de s'exprimer en équipe, de décortiquer, d'analyser et de comprendre le processus permet de répartir les responsabilités sur plusieurs épaules, affirme la Dre de Guise. Il y a 50 ans, les gens gardaient ces incidents-accidents secrets. Maintenant, le fait qu'on les déclare, qu'on en parle, qu'on tente de trouver des solutions, allège la situation. »

L'accident relève souvent de l'équipe, tout comme les solutions. « Dans un contexte de gestion du risque et d'amélioration de la qualité, il faut amener le médecin à se voir comme un membre de cette équipe. Il a de l'expérience et des connaissances et peut facilement orienter le groupe vers de meilleures pratiques. En même temps, il peut aussi partager la responsabilité quand un problème arrive. On se dit : "ensemble que peut-on faire pour que cela ne se reproduise pas ?" », indique Mme Poirier.

C'est ainsi qu'ont agi le Dr A et ses collègues : *Les médecins de la clinique ont travaillé avec le responsable du dossier médical électronique pour s'assurer que tous les résultats de laboratoire numérisés sont vérifiés par un clinicien. Ils ont aussi décidé que l'un d'entre eux tiendrait un registre des résultats des patients sous warfarine pour suivre les taux d'anticoagulation. Après la mise en place de ces mécanismes, le Dr A se sentait mieux préparé à discuter de l'événement indésirable avec Mme G. Il pourrait maintenant lui dire comment la lacune à l'origine de sa complication avait été corrigée.*

« Plus on comprend ce qui est arrivé et comment cela s'est produit, plus on peut agir de façon préventive. C'est aussi comme cela que le soignant arrive à dépasser ses émotions pour s'orienter dans une direction constructive », indique la conseillère en gestion du risque.

Souvent, d'ailleurs, les événements indésirables ne sont pas causés par la négligence grossière d'un soignant comme un professionnel qui arrive en état d'ébriété. « Il s'agit plutôt de personnes qui, au quotidien, tentent de faire de leur mieux pour assurer les soins au patient. Mais pour une raison quelconque, quelque chose n'a pas fonctionné », mentionne Mme Poirier.

Une atmosphère d'ouverture facilite, par ailleurs, le cheminement de l'équipe médicale. « Je pense qu'il faut vraiment changer la culture en médecine. On a toujours l'impression qu'un blâme est associé aux erreurs », affirme le Dr Chaudhury.

Seconde étape : préparer la stratégie de dévoilement

Il faut maintenant préparer la rencontre de divulgation. Le patient doit savoir ce qui s'est passé. Et il faut réussir à préserver la relation patient-médecin. On doit donc choisir le bon moment, le contexte propice, les phrases adéquates pour expliquer l'événement et, pour finir, présenter des excuses, préconisent la Pre Petronio et ses collaborateurs.

Le meilleur moment pour dévoiler les faits ? Rapidement après l'événement. Mme Poirier recommande même de parler sur le champ au patient si son état le permet. « Souvent, on s'aperçoit de l'événement indésirable dès qu'il se produit. » La conseillère suggère alors de procéder en deux temps. Dès que possible, il faut informer le patient du problème. Parce qu'il doit comprendre ce qui lui arrive. Savoir pourquoi, tout à coup, il reçoit des soins différents. « On lui dit ensuite que l'on va faire une analyse de la situation pour comprendre les raisons de l'accident. On lui explique qu'on va le revoir pour lui indiquer la solution qu'on va mettre en place pour éviter la répétition du problème. »



Photo : Emmanuèle Garnier

« Plus on comprend ce qui est arrivé et comment cela s'est produit, plus on peut agir de façon préventive. C'est aussi comme cela que le soignant arrive à dépasser ses émotions pour s'orienter dans une direction constructive. »

– M^me^ Lucie Poirier

Cette manière de procéder permet, en outre, au patient de mieux absorber les événements. « Autrement, il n'a pas le temps de préparer ses questions, de digérer ce qui est arrivé, de le comprendre et de l'accepter », précise la conseillère.

Le message

Que dire au patient au moment de la divulgation officielle ? La P^re^ Petronio et son équipe suggèrent de préparer un message en trois parties : l'annonce qu'un problème est survenu, le dévoilement graduel de l'erreur et des excuses complètes (*encadré 2*).

Dès l'ouverture de la discussion, on doit prévenir le patient qu'un événement indésirable s'est produit. Il faut le préparer mentalement et émotivement à entendre le dévoilement d'un fait qui lui a porté préjudice.

On communique ensuite au patient les informations sur l'accident de manière graduelle, par ajouts successifs, en employant un langage simple. « De façon progressive, le médecin doit donner des détails additionnels quand il voit que le patient comprend la dernière information. Pour être certain que ce dernier a bien saisi ses propos, le médecin doit utiliser des énoncés similaires en ajoutant d'autres aspects », suggèrent les chercheurs américains.

Une rencontre de divulgation ne s'improvise pas, souligne la D^re^ de Guise. « On peut même organiser une forme de répétition pour s'assurer que les soignants sont préparés et recourent aux bons mots. Les termes adéquats ne viennent pas toujours spontanément dans l'émotion. Il faut réfléchir à la manière de présenter les faits pour que le patient comprenne bien. »

M^me^ Poirier, de son côté, conseille de partir de ce que le patient connaît déjà. « Parfois, il a été témoin du problème ou on lui en a parlé au moment de la divulgation initiale. Donc, on part de là et on explique les facteurs ayant contribué à l'événement et les mesures que l'on va prendre pour éviter qu'il ne se reproduise. »



Photo : Emmanuèle Garnier

« Je pense qu'il faut vraiment changer la culture en médecine. On a toujours l'impression qu'un blâme est associé aux erreurs. »

– Dr Prosanto Chaudhury

Tout au cours de la divulgation, il faut rester à l'affût des besoins du patient. On doit être sûr, entre autres, qu'il comprenne bien les mots utilisés et les explications données. On peut être tenté d'entrer dans certains détails alors que le patient n'est pas préoccupé par ces aspects. « La personne peut plutôt désirer savoir quelles sont les conséquences pour elle ou connaître ce qu'on va faire par la suite. Son besoin du patient peut parfois être simplement de ravoir confiance en nous ou de s'assurer que nous avons bien effectué l'analyse de la situation », indique la conseillère.

Les émotions du patient

La divulgation peut donner un choc au patient. « À cause de la nature inattendue des révélations, le médecin doit tenir compte du fait que ces derniers constituent non seulement une surprise, mais sont aussi susceptibles d'être chargées émotivement parce qu'elles peuvent contenir des informations sur des faits menaçants ou changeant la vie du patient », avertissent les chercheurs. Il faut donc prendre les mêmes précautions que pour l'annonce des mauvaises nouvelles.

« Il est important de laisser du temps et de la place à l'expression des émotions. Le patient doit pouvoir lui aussi vivre l'étape de verbaliser ce qu'il ressent. On peut ensuite l'aider avec des informations adaptées à ce qu'il ressent et à son degré de connaissances », indique la Dre de Guise.

Faut-il que les proches du patient soient présents ? Avant la divulgation, on peut expliquer à ce dernier qu'on a une importante information à lui communiquer concernant son cas et lui demander s'il préfère que sa famille soit là au moment de la discussion.

Présenter des excuses ou non ?

La dernière étape que recommandent les chercheurs de l'Université de l'Indiana est celle des excuses complètes. Elles comprennent

la reconnaissance de toute conduite inadéquate et l'assurance de corriger le problème. Le but est d'indiquer au patient qu'il peut compter sur le soutien émotif du médecin et de l'assurer que des leçons ont été tirées du préjudice qu'il a subi.

M^me^ Poirier ne procède pas ainsi. « On garde en tête que la loi nous demande davantage d'être compatissant que de présenter des excuses complètes, qui peuvent être perçues comme un aveu de responsabilité. Ce n'est pas le rôle de la divulgation de déterminer la responsabilité légale d'un soignant. » La conseillère explique d'ailleurs au patient que la rencontre se fait dans un contexte d'amélioration de la qualité des soins. « On n'est pas sur un plan légal. Des recours dans ce domaine existent. » (voir l'article de **M^e^ Christiane Larouche,** p. 85).

Et comment s'en tire finalement le D^r^ A ? *Avec une certaine appréhension, il entre au moment convenu dans la chambre de M^me^ G. Il sait que la conversation sera peut-être difficile pour lui, pour elle et pour sa famille. Après avoir pris une chaise, il dit à M^me^ G qu'il a une information à lui donner à propos d'un fait qui peut avoir contribué à l'échec de son pontage. Il lui explique alors le problème qu'il a découvert. M^me^ G demande au médecin comment une telle erreur a pu survenir. Le mari, visiblement contrarié, veut savoir comment on s'assurera qu'une telle situation ne se reproduise pas. Le médecin explique alors le système qui a été mis en place. Le lendemain, M^me^ G subit avec succès une revascularisation de son pontage fémoral.*

Réaction du patient

Dans la vraie vie, comment réagit réellement le patient ? « Dans les premières minutes, il va peut-être être en colère, puis ressentir une grande peine et finir par accepter ce qui s'est passé. C'est comme un processus de deuil, ni plus ni moins », résume Lucie Poirier.

Le lien qu'avaient initialement le clinicien et son patient joue un rôle important. « Généralement, quand le médecin a une bonne relation et une bonne communication avec le patient, même si un événement grave survient, ce dernier passe à travers le processus et il y a une acceptation, a remarqué le D^r^ Chaudhury. Le patient peut avoir un choc, des réactions émotionnelles, parfois un peu de colère, c'est normal. Cependant, si la communication a été bonne, il est souvent plus intéressé à s'assurer que le problème ne se reproduise pas qu'à blâmer le médecin. Par contre, si la relation est moins bonne et la communication insuffisante, tout incident ou accident va sembler beaucoup plus grave qu'il ne l'est. »

L'enjeu est de rétablir la relation avec le patient. « Il nous a fait confiance et il faut regagner cette confiance-là. La meilleure façon de le faire, c'est d'être ouvert, transparent et d'avoir préparé notre message pour être structuré et axé sur ses besoins à lui », mentionne la conseillère en gestion du risque.

La veille, justement, M^me^ Poirier a accompagné un médecin à une rencontre de divulgation avec un patient et sa famille. « Ces derniers nous ont chaleureusement remerciés pour le professionnalisme, l'intégrité, la transparence, le tact qu'on a eus ainsi que pour le temps qu'on a pris. Je dirais qu'en fin de compte, on a généralement plus de remerciements que de manifestations de colère ou d'agressivité. »

Encadré 2.

Quoi ne pas dire, quoi ne pas faire

L'un des buts de la divulgation est de préserver la relation patient-médecin. Mieux vaut donc éviter certaines manœuvres, comme empêcher le patient de poser des questions (« ne nous occupons pas de cela maintenant »), ne pas répondre à ses interrogations, détourner la conversation (« ce qu'il faut, c'est se concentrer sur la guérison, pas sur ce qui a causé le problème »), blâmer le patient (« si votre poids et votre diabète avaient été mieux maîtrisés, tout cela ne serait pas arrivé »), l'inonder d'informations ou encore rejeter la faute sur le système[1]. Il ne faut pas non plus chercher à combler ses propres besoins émotifs. « Le but n'est pas d'aller se faire pardonner ni d'aller trouver des excuses pour se sentir mieux », souligne la D^re^ Michèle de Guise, directrice de la Qualité, de la Promotion de la santé et de l'Expérience patient au CHUM.

1. Petronio S, Torke A, Bosslet G. Disclosing medical mistakes: a communication management plan for physicians. *Perm J* 2013 ; 17 (2) : 73-9.

Des nouvelles des associations...

Liste des prochaines assemblées générales annuelles des associations affiliées

Laval	
Vendredi 1er novembre 17 h	Club de golf de Rosemère 282, boul. Labelle Rosemère (Québec) J7A 2H6 Tél. : 450 437-7270
Mauricie	
Mercredi 6 novembre 17 h	La Cité de l'Énergie 1000, av. Melville Shawinigan (Québec) G9N 6T9
Yamaska	
Jeudi 7 novembre 17 h 30	Club de golf Saint-Hyacinthe 3840, boul. Laurier Ouest Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 3T9 Tél. : 450 773-8579 Tél. de Montréal : 514 336-1401
Estrie	
Vendredi 8 novembre 16 h	Musée de la nature et des sciences 225, rue Frontenac Sherbrooke (Québec) J1H 1K1
Laurentides–Lanaudière	
Jeudi 14 novembre 17 h 15	Traiteur Louis-Philippe 1170, rue Lévis, salle 2 Terrebonne (Québec) J6W 5S6
Saguenay–Lac-Saint-Jean	
Vendredi 15 novembre 16 h	Le Montagnais Saguenay–Lac-Saint-Jean 1080, boul. Talbot Chicoutimi (Québec) G7H 4B6 Tél. : 418 543-1521
Sud-Ouest	
Jeudi 21 novembre 17 h 30	Hôtel Plaza Valleyfield 40, av. du Centenaire Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6S 3L6 Tél. : 450 373-1990
Montréal	
Vendredi 22 novembre 18 h	Hyatt Regency 1255, rue Jeanne-Mance Montréal (Québec) H5B 1E5 Tél. : 514 982-1234

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 bêta$_2$-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 tachyarythmie 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 bêta$_2$-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 P_{450}) 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 concurremment le salmétérol et le kétoconazole.

Les effets indésirables le 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.
MCL'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.