Second tour du jumelage des résidents

de bons résultats malgré tout

Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier

Après les résultats enthousiasmants de l'an dernier, les données du second tour du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) de cette année semblent un peu décevantes. Alors que la médecine familiale avait battu un record en pourvoyant 94 % de ses postes de résidence, cette année, seulement 89 % des places sont remplies. Il reste ainsi 43 postes vacants, soit 18 de plus qu'en 2012 (*tableau*).

Toutefois, en y regardant de plus près, on s'aperçoit que les données sont meilleures qu'elles ne le paraissent. « Trois universités sur quatre ont eu des résultats semblables à ceux de l'an dernier », fait remarquer **Mme Isabelle Paré,** conseillère en politiques de santé et chercheuse à la FMOQ. Ainsi, l'Université McGill, qui avait pourvu tous ses postes en 2012, en remplit 99 % cette année. L'Université Laval a trouvé preneurs pour 92 % de ses places,

Comparaison des résultats du jumelage en médecine familiale en 2012 et en 2013

	2013			2012		
Université	**Postes offerts**	**Postes vacants**	**Postes remplis (%)**	**Postes offerts**	**Postes vacants**	**Postes remplis (%)**
Laval	96	8	92	105	8	92
Sherbrooke	95	23	76	90	10	89
Montréal	133	11	92	130	7	95
McGill	84	1	99	84	0	100
Total	**408**	**43**	**89**	**409**	**25**	**94**

comme l'an dernier. Et l'Université de Montréal, quant à elle, en remplit 92 %, seulement 3 % de moins que l'an dernier.

L'Université de Sherbrooke, par contre, reste avec 23 postes vacants en médecine familiale et ne remplit ainsi que 76 % de ses places. L'an dernier, elle avait fait mieux : 89 % de ses postes avaient intéressé des étudiants en médecine. Que s'est-il passé ? « Pour l'instant, on n'a pas d'explications. À la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec, on ignore ce qui est arrivé. À l'Université de Sherbrooke, on est en train de chercher les causes du problème. La moins bonne performance de l'université ne s'expliquerait cependant pas par une raison structurelle, comme un problème dans le programme », affirme Mme Paré, docteure en science politique.

Photo : Emmanuèle Garnier

Mme Isabelle Paré

Un autre mystère plane : les diplômés non jumelés à un poste en résidence. On constate l'absence de 32 étudiants québécois qui ont fini leur cours de médecine. Parmi eux, onze sont des diplômés des autres années. Le phénomène n'est ainsi pas propre à 2013. « On ne sait rien en ce qui concerne ces étudiants : font-ils une pause pour voyager, prennent-ils un congé de maternité ou de paternité, se réorientent-ils professionnellement ? Je pense qu'un certain nombre d'entre eux vont revenir faire leur résidence. »

Des renforts viennent par ailleurs des diplômés hors Canada et des États-Unis. Cette année, 51 ont été admis en résidence, dont 26 iront en médecine familiale. C'est presque le même nombre que l'an dernier.

La médecine spécialisée, pour sa part, s'en sort bien encore une fois. Elle a pourvu 93 % de ses postes cette année. Il ne lui en reste ainsi que 33 vacants. Elle offrait d'ailleurs 53 places de plus que la médecine familiale.

Mme Paré reste néanmoins optimiste pour l'omnipratique. Selon elle, tous les efforts faits jusqu'à présent pour promouvoir ce domaine vont continuer à porter leurs fruits. Depuis cinq ans, le nombre de postes de résidence pourvus en médecine familiale croît : 81 % en 2009 ; 85 % en 2010, 87 % en 2011 et cette année 89 %. L'année 2012 avec ses 94 % a été une stimulante surprise. « Je pense que la voie est ouverte pour que le recrutement s'améliore. On voit, par ailleurs, un intérêt de plus en plus marqué pour la médecine familiale dans le monde. Je pense que le Québec va suivre cette tendance. »

Association du Bas-Saint-Laurent
mort du Dr Jean-François Dorval

Coroner bien connu et ancien président de l'Association des médecins omnipraticiens du Bas-Saint-Laurent (AMOBSL), le Dr Jean-François Dorval est décédé le 30 mars dernier. Le médecin, âgé de 56 ans, est mort au cours d'une randonnée à bicyclette avec des amis. Selon le journal *Le Rimouskois,* il a fait une chute qui a causé un trauma cervical mortel. Le médecin était cependant un sportif aguerri qui pratiquait le jogging et le vélo.

Le Dr Dorval a dirigé l'AMOBSL de 2002 à 2004. Il avait été auparavant vice-président de l'association pendant deux ans. Il travaillait comme médecin de famille à la Clinique de médecine familiale de Rimouski et pratiquait à l'hôpital de la région. Il a travaillé à plusieurs causes comme le don d'organes oculaires et la lutte contre le suicide par arme à feu.

« Le Dr Dorval était un médecin très impliqué dans son milieu et jouissait d'une grande crédibilité auprès de ses collègues. Travailleur acharné, médecin de famille, chef du département de médecine familiale à Rimouski, coroner, sa rigueur intellectuelle et son travail méticuleux en faisaient un exemple à suivre pour la relève. Son départ soudain et inattendu laissera un grand vide dans la communauté médicale régionale », estime la D^re^ Josée Bouchard, présidente de l'AMOBSL. EG

Photo : Emmanuèle Garnier (archives)

Dr Jean-François Dorval

Les années 1970

la première non-atteinte, les premiers CLSC

La création du régime de l'assurance maladie du Québec, en 1970, change la vie professionnelle des médecins. Ils ont maintenant une rémunération régulière. Selon un sondage que fait le gouvernement en 1971, ils gagnent en moyenne 37 000 $, un revenu alors intéressant. Ils travaillent pour cela environ 58 heures par semaine, ce qui leur permet de voir quelque 150 patients hebdomadairement.

Il y a cependant un problème. Selon l'entente qu'a conclue la FMOQ avec le gouvernement, la rémunération des médecins omnipraticiens aurait dû atteindre 48 000 $. « Il s'agit de la première non-atteinte enregistrée », mentionne le **Dr Marc-André Asselin,** dans son livre sur l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal intitulé : *La petite histoire d'une grande association*. Le **Dr Gérard Hamel,** président de la Fédération à l'époque, tente alors de rouvrir les négociations.

Dr Georges Boileau

Une autre bataille attend également la FMOQ. Le gouvernement entreprend de mettre sur pied des centres communautaires qu'il destine à être la porte d'entrée du système de santé : les CLSC. Ces établissements engagent des médecins à qui ils versent un salaire.

La FMOQ voit d'un mauvais œil cette initiative. « Le problème n'était pas tant la rémunération elle-même que la subordination des médecins aux fonctionnaires de l'État. Un salarié dépend de son patron », explique le **Dr Georges Boileau,** qui était un des collaborateurs du Dr Hamel. Pour maintenir le statut des médecins de CLSC, la FMOQ impose le terme « honoraires fixes » plutôt que « salaire » pour qualifier leur rémunération. « C'était pour bien montrer que le médecin était un professionnel autonome. »

La Fédération n'a, par ailleurs, pas laissé le gouvernement scinder les omnipraticiens en deux groupes. Rapidement, elle a répliqué avec un slogan qu'elle martelait : « La FMOQ représente tous les médecins omnipraticiens quel que soit leur lieu de pratique ou leur mode de rémunération. »

Pour éviter que le système de santé ne devienne qu'un grand réseau communautaire, la Fédération lance l'Objectif 73. Le but de l'opération : augmenter le nombre de cliniques et offrir plus de services à la population.

« On s'est dit qu'il fallait s'organiser. On ne voulait pas que tous les médecins travaillent dans un CLSC. Il fallait que les cabinets privés fonctionnent et que les médecins prennent en charge un réseau de distribution de soins quitte à ce qu'il y en ait un autre qui soit gouvernemental », dit le Dr Boileau qui a été directeur général adjoint à la FMOQ.

La FMOQ encourageait ainsi les médecins, dont beaucoup travaillaient seuls, à se regrouper. Rapidement, les cliniques se multiplient et s'organisent. « Il y en a qui ont pris le nom de polyclinique, d'autres, de cabinet de groupe. Fondamentalement, c'était des groupes de médecins qui se mettaient ensemble pour offrir davantage de services. Un clinicien travaillant seul ne peut être là le matin, l'après-midi, le soir et les fins de semaine. Ces cabinets de groupe ont aussi mis sur pied des cliniques d'urgence. Il y avait toujours un médecin de garde », affirme le Dr Boileau.

Dans les CLSC, les médecins se battent de leur côté pour défendre leur autonomie professionnelle. Dans plusieurs régions du Québec, ils organisent une contestation. Finalement, la FMOQ et le ministre parapheront une entente sur les normes de l'activité professionnelle des omnipraticiens dans les établissements. En 1975, l'Association des médecins de CLSC du Québec est fondée et s'affilie à la FMOQ. **EG**

Entrevue avec le Dr Marc-André Amyot

l'accès à la première ligne, les jeunes et l'entrepreneuriat

Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Marc-André Amyot

*À titre de deuxième vice-président de la FMOQ, le **Dr Marc-André Amyot**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière, s'intéresse à plusieurs dossiers : l'accès aux soins de première ligne, la collaboration interprofessionnelle, la relève, l'entrepreneuriat chez les médecins et l'engagement syndical.*

M.Q. – Quelle est la situation en ce qui concerne l'accès aux soins de première ligne ?

M-A.A. – Bien des médecins de famille offrent déjà une grande disponibilité à leurs patients. Il y a des GMF et des cliniques-réseau qui fonctionnent très bien et donnent un grand accès au soin de première ligne. Il existe également des omnipraticiens qui, même s'ils travaillent seuls, réservent des plages horaires pour les urgences de leurs patients. Il a de tels cliniciens dans ma région. Ils n'ont pas eu besoin de l'*Advanced Access* pour offrir une grande disponibilité à leur clientèle. Le matin, ils donnent des consultations sur rendez-vous et l'après-midi sans rendez-vous. Il y a donc un accès aux soins, mais la situation peut être améliorée. La Fédération en est consciente et a formé un comité sur l'accessibilité. Elle désire viser les populations pour lesquelles l'accès aux soins de première ligne est plus difficile à obtenir et les endroits où il est plus ardu à avoir.
Si, à l'échelle individuelle, le médecin a des obligations face à sa clientèle, sur le plan collectif, la profession a des devoirs face à la population. On ne peut l'ignorer.

M.Q. – Des méthodes comme la gestion proactive des rendez-vous (*Advanced Access*) permettent d'améliorer l'accès des patients à leur médecin. Y a-t-il d'autres mesures que l'on pourrait adopter ?

M-A.A. – Il y a l'accès qu'a le patient à son médecin de famille dans un délai raisonnable, mais il y a aussi l'accès à un médecin pour des situations où on ne peut pas attendre de voir son médecin de famille. Dans ce cas, la solution n'est pas forcément l'urgence. Il y a les cliniques de consultation sans rendez-vous. Il y aura toujours un besoin pour ces cliniques, entre autres, la fin de semaine et le soir. Cependant, pour offrir ces plages horaires aux patients, il faut qu'il y ait un partage des heures défavorables au sein de la communauté médicale. Cette question est une préoccupation. Si, sur dix médecins, il y en a deux qui ne travaillent jamais la fin de semaine ou le soir, les huit autres doivent se partager ces périodes. Ce n'est pas équitable. Il faudrait une répartition plus juste des heures moins intéressantes entre tous les médecins.

M.Q. – La collaboration interprofessionnelle peut aussi être une des solutions pour accroître l'accès aux soins. Comment l'envisagez-vous ?

M A.A. – Je souhaite que l'on recentre le rôle du médecin de famille comme chef d'orchestre de la santé des personnes et des familles. Cela optimiserait la collaboration avec les médecins spécialistes et les autres professionnels de la santé, tels que les pharmaciens, les infirmières, les inhalothérapeutes, les nutritionnistes. L'ensemble du travail des différents intervenants doit être bien coordonné. Il ne faut pas que certaines catégories de professionnels agissent en silo, de façon isolée, en affirmant que c'est une des solutions au problème d'accès aux soins. Je fais référence à la Loi 41 et à la possibilité pour les pharmaciens d'ajuster et de prescrire de nouveaux médicaments pour des problèmes de santé pour lesquels on ne juge pas qu'un diagnostic soit requis. Cela, à mon sens, diminue la qualité de l'offre de services que l'on peut faire au patient. Avec les mêmes ressources, on pourrait améliorer l'accessibilité si on travaillait en collaboration.

M.Q. – Quelle forme pourrait prendre cette collaboration pour éviter le travail en silo ?

M-A.A. – Un des outils importants, selon moi, c'est l'ordonnance collective, que ce soit avec les infirmières ou les pharmaciens.

M.Q. – L'accès aux soins va d'ailleurs être un des thèmes du congrès syndical, qui aura lieu à la fin de mai.

M-A.A. – Oui, pendant ce colloque on va discuter des orientations que prendra la FMOQ dans les prochaines années, notamment en ce qui concerne l'accessibilité et les obligations populationnelles des médecins. On voudrait avoir l'opinion de nos membres à ce sujet.

M.Q. – La question des prochaines négociations va également être abordée.

M-A.A. – Oui, c'est un volet important. On va commencer l'élaboration du cahier des demandes qu'on présentera au gouvernement. Les discussions au cours du congrès permettront de faire une première ébauche. Après, à l'automne 2013, on fera la tournée des associations pour peaufiner ce cahier des demandes qui sera ensuite soumis à la consultation.

Par ailleurs, au cours du congrès, on veut aussi faire une place aux jeunes et leur permettre de s'exprimer. On veut savoir quelles sont leurs attentes.

M.Q. – La relève constitue l'une de vos préoccupations.

M-A.A. – J'aimerais que les jeunes médecins s'épanouissent comme personnes dans une profession qui est respectée et que l'on continue à respecter. Je suis très ouvert à tout ce qu'ils ont à nous dire. La FMOQ leur accorde également beaucoup d'importance. Elle a d'ailleurs créé un comité des jeunes médecins auquel je participe. Plusieurs de leurs recommandations ont été suivies par le Bureau de la Fédération. Les jeunes médecins sont importants parce que ce sont nos médecins de l'avenir. C'est sur eux que va reposer dans cinq, dix, quinze ans, le poids des obligations qu'on pourrait se donner. Le comité des jeunes médecins sera d'ailleurs entendu et consulté par le comité sur l'accessibilité.

M.Q. – Est-ce qu'il y a des problèmes particuliers relativement aux jeunes médecins, à votre avis ?

M-A.A. – Je souhaite que l'on évite les conflits générationnels. Je ne pense pas que les jeunes médecins soient si différents de leurs aînés et qu'ils voient les choses de manière diamétralement opposées. Je crois qu'ils envisagent les solutions différemment, mais qu'elles rejoignent celles de leurs collègues plus âgés. On le voit depuis quelques années quand le président du comité des jeunes médecins rencontre les membres du Bureau de la FMOQ. Ses propositions et ses idées coïncident avec les nôtres.

M.Q. – Comment assurer la relève dans le réseau des cliniques médicales ?

M-A.A. – Il faut stimuler la fibre entrepreneuriale des jeunes médecins. On doit encourager ceux qui désirent ouvrir une clinique à s'associer avec des collègues et à engager du personnel. C'est sûr que cela représente du travail et des responsabilités. Il y a des feuilles de paye à faire, des ententes à conclure avec les collègues, un bail à négocier et à signer pour la location des locaux. Il n'est toutefois pas nécessaire que la moitié de nos médecins aient cette fibre-là, seulement quelque 10 %. Il y en aura toujours qui ne seront pas intéressés par la gestion et qui préféreront travailler dans des cliniques où d'autres la font. Il faut donc encourager ceux qui veulent se lancer.

Jusqu'à récemment, on ne voyait plus de cliniques médicales ouvrir pour toutes sortes de raisons. Il y a plusieurs années, par exemple, les plafonds trimestriels qui limitaient les sommes que pouvaient gagner les médecins ont nui aux cabinets. Les cliniciens n'ont, en outre, jamais vraiment été encouragés à engager des infirmières pour améliorer leur productivité dans leurs consultations avec ou sans rendez-vous dans les cliniques.

M.Q. – Que faire ?

M-A.A. – Il existe des cliniques qui fonctionnent bien. On en a des exemples. Il faut que ceux qui réussissent bien dans ce domaine puissent agir comme mentors. Il faudrait qu'ils fassent visiter leur centre médical et partagent leur expérience avec les jeunes qui voudraient suivre leur exemple.

M.Q. – Comment voyez-vous l'engagement des médecins dans le domaine syndical ?

M-A.A. – On souhaite obtenir un grand engagement des membres. Mais il faut être réaliste. Ce ne sont pas tous les médecins qui ont la fibre syndicale, comme ce ne sont pas tous les médecins qui ont la fibre entrepreneuriale. On le comprend. Cependant, l'engagement syndical peut simplement vouloir dire de s'exprimer. Cela peut être de faire savoir aux différents représentants, ne serait-ce que verbalement, ce qu'on veut et là où on voudrait que la FMOQ aille. En tant que président d'association, quand je reçois des courriels de médecins de la base pour me dire qu'on devrait prendre telle mesure ou faire telle chose, je considère cela comme une participation. Parfois, cependant, il faut plus. C'est certain que lors des négociations, on a besoin de mobilisation, et ça, ça reste une préoccupation pour moi. Il faudra être créatif et innovateur pour améliorer l'engagement de nos membres.

Les prix décernés par Le Médecin du Québec

Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Martin Loranger

Dre Suzanne Leclerc

Le Médecin du Québec a décerné le Prix Numéro de l'année 2012 au **Dr Martin Loranger**, responsable de thème du numéro de décembre intitulé : « Les arythmies : savourez ce sujet sensationnel (SSS) ». « Ce prix est remis tant pour l'excellence et la rigueur scientifique du contenu que pour la bonne collaboration des auteurs avec l'équipe du *Médecin du Québec* », explique le **Dr Martin Labelle**, rédacteur en chef de la publication. Le traitement du sujet était en outre particulièrement intéressant. « Les articles ont couvert les arythmies de façon fort utile pour les médecins de famille. »

Le Prix Coup de cœur 2012, attribué par les lecteurs, lui, a été remis à la **Dre Suzanne Leclerc** pour son texte « Le traumatisme craniocérébral : bien planifier le retour au jeu », publié dans le numéro de juin 2012. « C'est un article qui a une pertinence médicale, mais aussi sociale, parce qu'on parle beaucoup des commotions cérébrales dans l'actualité. Le texte présente une démarche systématique du retour au jeu du jeune sportif qui a subi un traumatisme à la tête. C'est un domaine dans lequel il y a eu beaucoup de changements au cours des dernières années », affirme le Dr Labelle.

Les prix reçus par des auteurs du Médecin du Québec

Le 9 avril dernier, IMS Brogan a remis ses prix 2012. Chaque année, l'organisme récompense des médecins et des pharmaciens qui ont contribué à la formation de leurs collègues en publiant des articles sur l'utilisation appropriée de médicaments.

Dans la catégorie « Médecins omnipraticiens », les **Dres Catherine Martineau et Cristina Biagioni** se sont distinguées grâce à leur article intitulé : « *Tinea*, *Candida* et tralala : le traitement efficace des infections fongiques superficielles ». Cet article, qu'elles ont rédigé avec la collaboration de **Mme Geneviève Ouellet**, pharmacienne, a été publié dans *Le Médecin du Québec* de mars 2012.

Un deuxième prix dans la catégorie « Médecins omnipraticiens » a été décerné au **Dr Michel Lapierre**, coauteur du texte intitulé : « Les nouveaux antipsychotiques ». Cet article écrit avec **Mme Claudia Morin-Bélanger**, pharmacienne, est paru en janvier 2012 dans *Le Médecin du Québec*. **EG**

M. Daniel Lacroix, consultant principal chez IMS Brogan, Mme Geneviève Ouellet, pharmacienne, Dre Catherine Martineau et Dr Claude Guimond, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ

Dr Claude Guimond, Dr Michel Lapierre et M. Daniel Lacroix

Contraception
utilisation de la nouvelle ordonnance collective

Dre Édith Guilbert

La nouvelle ordonnance collective concernant la contraception hormonale et le stérilet pourra bientôt être utilisée. Depuis le 1er mai, les infirmières peuvent suivre la formation nécessaire sur le site Internet de leur ordre professionnel. Déjà, quelque 150 d'entre elles ont effectué le cours en ligne dans le cadre d'un projet-pilote. Certaines ont probablement même dû commencer à mettre en application les nouvelles mesures.

La nouvelle ordonnance collective sur la contraception, mise à jour en novembre dernier, a été élaborée conjointement par les ordres des médecins, des infirmières et des pharmaciens ainsi que par le ministère de la Santé et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Cette version comporte plusieurs changements importants.

Dorénavant, une infirmière peut offrir à une patiente une contraception hormonale pour un an plutôt que pour six mois. Cela concerne tant les contraceptifs oraux combinés que le progestatif seul, le timbre, l'anneau et l'injection contraceptive. « On se rendait compte que des femmes avaient de la difficulté à trouver en six mois un médecin pour leur prescrire une ordonnance individuelle. En plus, les nouvelles directives sur le dépistage du cancer du col de l'utérus nous donnaient plus de latitude », explique la **Dre Édith Guilbert**, médecin-conseil à l'INSPQ.

Les infirmières agiront en collaboration avec les pharmaciens, qui sont également visés par l'ordonnance collective. Ceux-ci analyseront la pharmacothérapie de la patiente, lui remettront le contraceptif et surveilleront le traitement médicamenteux. « L'ordonnance collective amène donc un double filtre avant même que la patiente reçoive le produit. »

Grâce à la nouvelle mise à jour, les infirmières pourront aussi, en collaboration avec les pharmaciens, effectuer les étapes préliminaires nécessaires à la pose du stérilet. L'infirmière fera, entre autres, le dépistage des infections transmissibles sexuellement, communiquera les résultats au professionnel de la santé qui posera le stérilet, s'assurera de sa disponibilité et remplira un formulaire à l'intention du pharmacien.

Le stérilet sera inséré soit par un médecin soit par une infirmière praticienne spécialisée (IPS) dans le cas des multipares. « La mise en place de corridors de services entre l'infirmière et les professionnels qui poseront le stérilet va permettre une augmentation du recours à cette méthode contraceptive extrêmement efficace », affirme la Dre Guilbert.

De nouvelles contre-indications

La nouvelle ordonnance collective tient également compte des dernières contre-indications concernant la contraception hormonale. Les plus importantes touchent la période du post-partum. Ainsi, l'infirmière ne peut dorénavant offrir la contraception hormonale combinée que six semaines après l'accouchement. Auparavant, elle pouvait la proposer après trois semaines aux patientes qui n'allaitaient pas. « Ces nouvelles restrictions viennent du risque de thrombo-embolie veineuse qui est particulièrement important au cours de la période du post-partum. » Le médecin et l'IPS, par contre, ont plus de latitude. Ils peuvent prescrire une contraception hormonale combinée deux ou trois semaines plus tôt aux femmes sans facteur de risque.

Les auteurs de la nouvelle ordonnance collective conseillent aux équipes médicales de l'adopter sans modification. « En 2010, on a fait un audit des ordonnances collectives sur le terrain et on s'est rendu compte qu'il y avait beaucoup d'écarts entre ce qui était fait et le guide. Certains changements réduisaient l'accès à la contraception, et d'autres, malheureusement, omettaient des contre-indications qui pouvaient mettre en péril la sécurité de la femme », indique la Dre Guilbert. **EG**

Bilan de santé

il se métamorphose, mais est-il utile ?

Emmanuèle Garnier

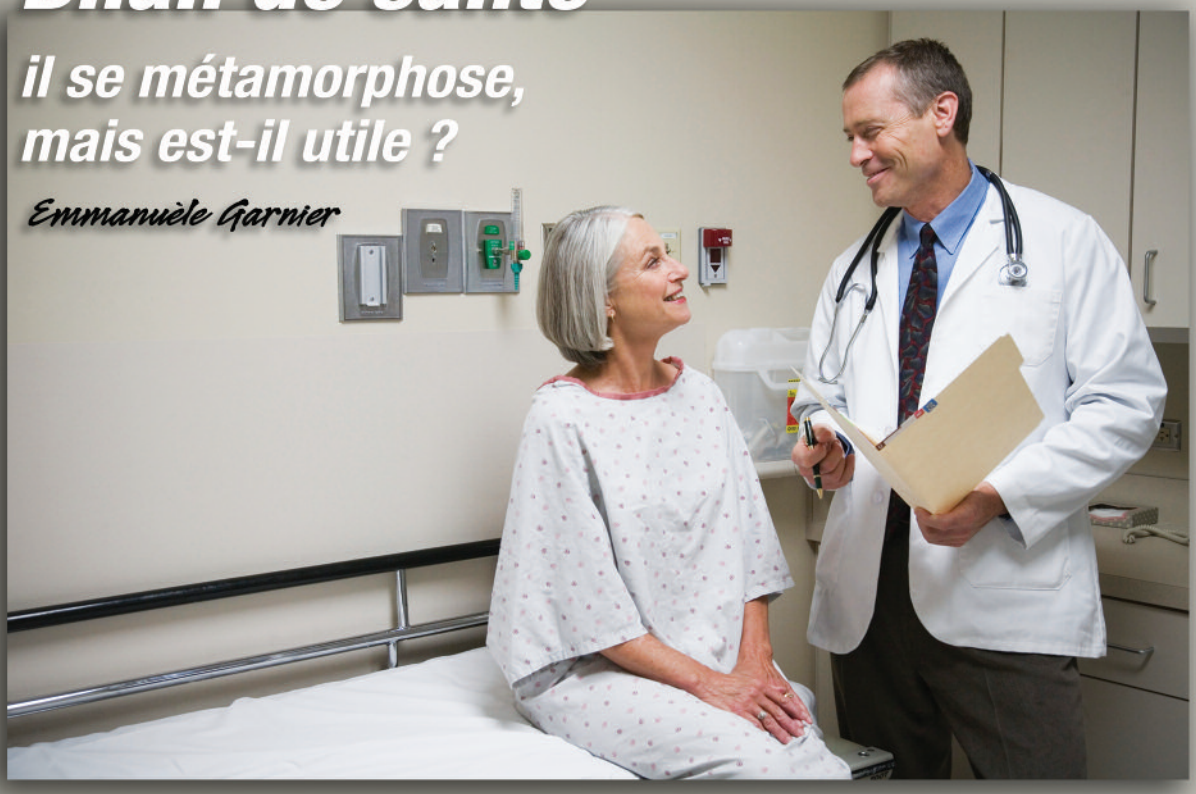

Photo : SuperStock

Le bilan de santé est en pleine évolution. Il s'appelle maintenant l'évaluation médicale périodique et n'est plus toujours annuel. Il peut maintenant être fragmenté, étalé et réalisé en partie par d'autres professionnels de la santé que le médecin. Mais est-il vraiment utile ? Une revue systématique Cochrane publiée dans le* British Medical Journal *conclut qu'il ne diminue ni la morbidité ni la mortalité.

LES MÉDECINS ont-ils encore le temps de faire un bilan de santé annuel à tous leurs patients ? La pression, les demandes, les listes d'attente peuvent les forcer à modifier leur façon d'exercer. Tout comme les nouveaux modèles de pratique. Par exemple, la gestion proactive des rendez-vous (*Advanced Access*), qui nécessite des plages horaires pour les urgences, oblige à repenser entre autres l'examen de santé périodique.

Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le **Dr Antoine Groulx**, directeur de l'Organisation des services de première ligne intégrés s'intéresse à la question. « En ce qui concerne le modèle de l'approche adaptée, notre défi est de voir comment y faire entrer des éléments préventifs systématiques relatifs à l'examen médical périodique. Chaque médecin essaie de faire un peu à sa façon. Au MSSS, on n'a pas statué sur la meilleure manière de procéder. Pour l'instant, on constate simplement que plusieurs médecins adoptent des mesures créatives pour intégrer les éléments de l'examen médical périodique. Pour certains, cette évaluation est tellement importante qu'ils l'incorporent dans leur pratique en prolongeant les rendez-vous des examens annuels et en en raccourcissant d'autres. Plusieurs médecins, eux, font éclater l'examen périodique en différentes parties qui seront faites au cours de diverses visites. Toutes sortes de méthodes sont mises de l'avant. »

À Sherbrooke, au GMF Jacques-Cartier, la **Dre Raymonde Vaillancourt**, médecin de famille

Étude controversée sur les bilans de santé

La méta-analyse et revue systématique Cochrane

Le Dr **Lasse Krogsbøll,** du Centre Cochrane nordique de Copenhague, au Danemark, et son équipe se sont intéressés aux avantages et aux inconvénients des bilans de santé chez les adultes[1]. Ils ont plus particulièrement étudié l'effet de ces examens médicaux sur la morbidité et la mortalité grâce à une méta-analyse et à une revue systématique. Ils ont analysé pour cela quatorze essais cliniques à répartition aléatoire, dont neuf comportaient des données sur la mortalité. Les études comparaient le fait d'avoir passé un bilan de santé à celui de ne pas en avoir eu chez des adultes non sélectionnés pour des maladies ou des facteurs de risque. Les chercheurs ont exclu de la méta-analyse les essais sur les personnes âgées.

Les quatorze études comptaient ensemble presque 183 000 participants qui ont été suivis entre un et vingt-deux ans. Le suivi médian concernant la mortalité totale était de neuf ans et celui pour la mortalité due au cancer ou à une complication cardiovasculaire de 10,4 ans.

Dans les études qui possédaient des données sur la mortalité, le risque relatif était de 0,99 (intervalle de confiance à 95 % : de 0,95 à 1,03). En ce qui concerne la mortalité due à des causes cardiovasculaires, le risque relatif était de 1,03 (de 0,91 à 1,17) et celui de la mortalité par cancer de 1,01 (de 0,92 à 1,12). Il n'y avait donc aucun résultat significatif.

Conclusions ? « Les examens de santé généraux n'ont réduit ni la morbidité ni la mortalité globale ou attribuable à des problèmes cardiovasculaires ou au cancer. Cependant, ces bilans ont accru le nombre de nouveaux diagnostics », écrivent les auteurs.

Les chercheurs n'ont pas trouvé d'effets bénéfiques de l'examen médical général sur la morbidité, les admissions à l'hôpital, l'incapacité, l'inquiétude, les visites médicales supplémentaires ou l'absence au travail. Toutefois, les auteurs reconnaissent que la plupart de ces points ont été mal étudiés dans les essais qu'ils ont analysés.

Les résultats nuisibles n'étaient pas non plus souvent étudiés ou mentionnés dans les essais cliniques. Les auteurs sont néanmoins parvenus à certains constats. « Nous avons découvert que les bilans médicaux entraînaient plus de diagnostics et de traitement médicaux contre l'hypertension – comme on pouvait s'y attendre –, mais étant donné que cela ne diminuait pas la mortalité et la morbidité, on peut les considérer comme nuisibles plutôt que bénéfiques. »

Interprétation des chercheurs

Le Dr Krogsbøll et son équipe sont conscients des faiblesses de leur analyse. La plupart des études qu'ils ont utilisées datent : la première a débuté en 1963 et la dernière, en 1999. Des traitements différents de ceux d'aujourd'hui y ont été employés. Par exemple, dans plusieurs essais, l'hypercholestérolémie a été traitée par le clofibrate ou l'acide nicotinique plutôt que par les statines. Les seuils pour soigner certaines maladies, comme les problèmes cardiovasculaires, étaient également plus hauts.

Mais est-ce que cela change la situation ? « Ce n'est pas sûr que les résultats seraient meilleurs aujourd'hui, puisque les innovations médicales se révèlent parfois nocives, tout comme le fait de réduire les seuils des facteurs de risque signifie traiter des patients à plus faible risque. Chez ces personnes, les bienfaits potentiels sont plus faibles alors que les risques de dommages restent les mêmes », écrivent les auteurs. D'autres facteurs sont également susceptibles de rendre les bilans actuels moins performants que prévu. « L'équilibre entre les avantages et les inconvénients des médicaments préventifs peut être moins favorable dans la population générale que dans les essais pharmacologiques qui ont souvent de nombreux critères d'exclusion. »

Les chercheurs maintiennent donc leur conclusion. « Nos résultats n'appuient pas l'utilisation des examens de santé généraux destinés à la population adulte générale en dehors des essais cliniques à répartition aléatoire. »

et experte en gestion proactive des rendez-vous, a adapté le bilan de santé de diverses manières. Elle ne fait plus autant d'examens médicaux périodiques : elle travaille avec des infirmières qui peuvent en effectuer un sur deux pour certaines clientèles. Et bien des évaluations ne sont plus aussi longues : ses collaboratrices en effectuent une partie.

Parfois, la D[re] Vaillancourt divise le bilan de santé. « Si c'est le moment de l'examen périodique d'une patiente que je suis pour une dépression ou dans le cadre d'un problème lié à la CSST, je vais le fragmenter. Je ferai une partie du bilan de santé en même temps qu'une visite de suivi. J'avertis la patiente qu'à son prochain rendez-vous on pourrait en profiter pour faire son test de Papanicolaou

Si c'est le moment de l'examen périodique d'une patiente que je suis pour une dépression ou dans le cadre d'un problème lié à la CSST, je vais le fragmenter.

– Dre Raymonde Vaillancourt

pour qu'elle ne soit pas obligée de revenir dans deux mois. »

L'évaluation médicale périodique (EMP), conçue par la Santé publique et le Collège des médecins du Québec, offre cette souplesse. Reposant sur des données probantes, elle comporte toutes les interventions préventives souhaitables selon les groupes d'âge. « En moyenne, l'EMP se fait à peu près tous les deux ans. Et elle peut être effectuée en une seule visite, lors de plusieurs consultations ou au cours de ce qu'on appelle "l'intervention opportuniste". C'est-à-dire que selon la raison de la consultation du patient, le médecin peut profiter de l'occasion pour effectuer certaines pratiques cliniques préventives s'il n'y a pas eu d'EMP totale », explique le **Dr Claude Thivierge**, directeur scientifique de l'EMP et médecin-conseil à la Direction de santé publique de Montréal.

Dr Antoine Groulx

Pas d'effet sur la mortalité ni la morbidité ?

Le bilan de santé est-il cependant vraiment utile ? En novembre dernier, une revue systématique Cochrane, publiée dans le *British Medical Journal* (BMJ), a causé une commotion. Sa conclusion : les examens médicaux n'ont réduit ni la morbidité ni la mortalité (*encadré p. 19*)[1]. Et ils n'ont diminué ni le taux de décès global ni le taux de mort due au cancer ou aux problèmes cardiovasculaires. Mais en plus, ils ont augmenté le nombre de nouveaux diagnostics, et ce, peut-être inutilement.

Dr Claude Thivierge

Une pluie de commentaires s'est alors abattue sur le site du *BMJ*. L'étude du Centre Cochrane

lançait ainsi le débat. Cependant, la méta-analyse sur laquelle elle repose a ses lacunes. Beaucoup reprochent aux auteurs d'avoir utilisé des essais cliniques vieux. Trop vieux. « L'année moyenne des études utilisées dans cette revue est 1976, c'est-à-dire il y a 36 ans, et elles ont commencé en moyenne autour de 1968. La médecine a indubitablement fait des progrès depuis ce temps », souligne le **Dr Stephan Imfeld**, spécialiste en médecine vasculaire, en Suisse.

En outre, l'étude du groupe Cochrane a exclu les essais cliniques recrutant des patients de plus de 65 ans. « Cela a eu pour résultat de rassembler une population relativement jeune, dont l'âge moyen brut estimé était d'environ 50 ans et qui a été suivie pendant une période médiane de neuf ans au total et de 10,4 ans pour la mortalité due à des causes précises », ajoute le Dr Imfeld. Le taux de mortalité totale n'était d'ailleurs que de 7 %.

Aux yeux du **Dr Johannes Scholl**, une interniste d'Allemagne, la médecine est maintenant dans une autre ère. Ainsi, dans les essais cliniques étudiés, les seuils diagnostiques utilisés étaient très différents, et l'hypertension et l'hypercholestérolémie, non traitées adéquatement. Les chercheurs « ont analysé des études dans la plupart desquelles il n'y avait pas du tout d'enseignement au patient ou d'accompagnement concernant le mode de vie, pas de counselling en nutrition, ni de mesures de la forme physique. Ils ont ensuite transposé l'absence de résultats de ces méthodes diagnostiques vieilles et inutiles à des bilans de santé modernes, ce qui n'est pas approprié ».

> ***Les examens de santé généraux n'ont réduit ni la morbidité ni la mortalité globale ou attribuable à des problèmes cardiovasculaires ou au cancer. Cependant, ils ont accru le nombre de nouveaux diagnostics***
>
> – Dr Krogsbøll et ses collaborateurs

Répliques de l'auteur principal

L'auteur principal de la méta-analyse, le **Dr Lasse Krogsbøll**, du Centre Cochrane nordique, au Danemark, a récemment répondu à ses détracteurs. Entre autres au Dr Scholl. « Il semble assumer implicitement que les bilans de santé doivent nécessairement être plus efficaces aujourd'hui que lorsque les essais cliniques ont été faits, que les médicaments d'aujourd'hui doivent être plus efficaces et moins nocifs pour la population visée que les traitements antérieurs, que les changements dans les marqueurs de substitution – comme les facteurs de risque cardiaque – découlant du bilan de santé doivent absolument améliorer la santé. » Le Dr Krogsbøll dénonce également le fait que son collègue allemand paraît croire « que les seuils de cholestérol et d'hypertension plus bas d'aujourd'hui doivent rendre plus utiles les examens destinés à la population, que les conseils et l'encadrement concernant le mode de vie doivent être utiles et que les avis diététiques vont nécessairement être bénéfiques ».

Le chercheur réplique également au Dr Imsfeld qui faisait valoir les récents progrès de la science. « La plupart des avancées en médecine s'appliquent au traitement des malades, et non aux interventions destinées à ceux qui sont en bonne santé », rétorque le chercheur.

Le Dr Krogsbøll soulève, par ailleurs, la question de la responsabilité éthique. Une responsabilité plus lourde quand les examens médicaux périodiques s'adressent à des personnes sans maladie. « On a établi, dans le passé, la pratique médicale des bilans de santé chez les adultes sains sans avoir de données pour l'appuyer. Ceux qui offrent cette intervention à des gens en bonne santé n'ont pas prouvé son efficacité ni son innocuité, comme ils auraient dû le faire. Nous pensons que c'est non éthique, parce que les examens médicaux peuvent avoir des effets nuisibles. »

De nombreux autres médecins ont également critiqué la méthode de l'étude du Dr Krogsbøll sur le site du *BMJ*. Comme le **Dr David Owen**, omnipraticien au Spire Hospital, au Royaume-Uni. « Il n'est pas du tout clair que la méta-analyse présentée par Krogsbøll et ses collaborateurs était suffisamment puissante pour détecter quelque avantage que ce soit de l'examen médical

périodique. Et le fait de se concentrer sur les dommages possibles, un point qui n'était pas examiné dans les études utilisées dans la méta-analyse, était une erreur. »

Un médecin de famille retraité, le **Dr Nigel Higson**, estime quant à lui qu'il aurait fallu étudier les bienfaits à long terme du bilan de santé. « Si on doit utiliser la recherche et les revues de littérature pour déterminer si une intervention en soins de première ligne vaut la peine, s'il-vous-plaît, mesurez les résultats au cours de décennies et non pas de mois », écrit-il.

Des avis partagés

Et qu'en pensent les autres lecteurs du *BMJ* ? La publication a fait un sondage maison sur son site Internet. Sur les 653 répondants, 63,5 % ont estimé que les examens médicaux périodiques étaient valables. Mais 36,5 % les pensaient inutiles.

Le Dr Krogsbøll et ses collaborateurs ont par ailleurs des appuis. Aux États-Unis, le **Dr Allan Prochazka** et le **Dr Tanner Caverly**, de l'Université du Colorado, jugent que leur méta-analyse « arrive au bon moment et est pertinente en mettant en évidence l'inefficacité des bilans de santé généraux[2] ».

Selon les médecins américains, qui ont écrit dans le *JAMA Internal Medicine* de mars dernier, le fardeau de la preuve revient aux partisans de l'examen médical périodique. Ils ont la charge de démontrer que les tests de dépistage actuels sont plus efficaces que les anciens. Les Drs Prochazka et Caverly ne se font par ailleurs pas d'illusions sur la portée d'études comme celle du Dr Krogsbøll. « La croyance de la valeur de l'examen médical général persiste, malgré l'accumulation de preuves. »

Le rédacteur en chef du secteur des soins de première ligne du *BMJ*, le **Dr Domhnall MacAuley**, lui, n'y va pas de main morte. « L'histoire de la promotion de la santé par des examens médicaux de routine a été celle d'un magnifique échec, mais des générations de cliniciens et de médecins de santé publique bien intentionnés se battent pour se permettre d'y croire », écrit-il dans son éditorial[3].

Les examens généraux sont peut-être inutiles aux yeux de certains, mais sont-ils nuisibles ? C'est la question la plus intéressante à poser, estime l'éditorialiste. Les faux positifs, comme les faux négatifs, peuvent avoir des répercussions néfastes. « Krogsbøll et ses collègues ont découvert, par exemple, que les bilans de santé augmentent le nombre de diagnostics et de traitements de l'hypertension, mais n'améliorent pas les résultats, ce qui leur fait conclure qu'il semble y avoir surdiagnostic et surtraitement. »

> ***« Combien de fois les bilans de santé mènent-ils à une cascade de tests ou au surdiagnostic de maladies ? »***
>
> – Drs Allan Prochazka et Tanner Caverly

Les Drs Prochazka et Caverly soulèvent eux aussi ce problème. « Combien de fois les bilans de santé mènent-ils à une cascade de tests ou au surdiagnostic de maladies ? » Cependant, ils déplorent que les études de la méta-analyse comportent peu de données sur les préjudices causés par les examens généraux.

Et l'évaluation médicale périodique ?

À la Direction de santé publique de Montréal, le Dr Thivierge croit, malgré la controverse, à l'évaluation médicale périodique. « Si l'on retire l'EMP de la pratique médicale, à quel moment le médecin pourra-t-il parler de prévention avec son patient ? » Le document sur lequel repose l'EMP est par ailleurs un guide. « Il sert à baliser l'ensemble des pratiques préventives qui reposent sur des données probantes et pour lesquelles des interventions sont à faire. On sait qu'il y a encore beaucoup de cliniciens qui prescrivent des tests de dépistage, comme une radiographie pulmonaire, un électrocardiogramme, une épreuve d'effort cardiovasculaire ou même une tomographie pour le dépistage du cancer du poumon, qui ne sont pas nécessairement indiqués. L'EMP permet de baliser ce qui est souhaitable et ce qui ne l'est pas. »

Le **Dr Yves Robert**, secrétaire du Collège des médecins du Québec, estime pour sa part que les données de la méta-analyse du Dr Krogsbøll

s'appliquent en fait non pas à des évaluations comme l'EMP, mais plutôt aux bilans de santé que certaines cliniques privées proposent à prix d'or à leurs patients. « Généralement, ce qu'elles offrent, c'est une gamme d'examens qui sont ou non présents dans l'EMP et pour lesquels on a ou non des données probantes. Elles donnent au patient l'illusion que plus il va passer d'examens, plus il sera en bonne santé. Et cela n'est rentable que pour la clinique. Le Collège dénonce cette pratique depuis des années. »

Photo : Paul Labelle

Dr Yves Robert

Par ailleurs, selon certains, comme les Drs Prochazka et Caverly, il serait possible d'effectuer des interventions préventives sans faire de bilan de santé officiel, c'est-à-dire sans consacrer une consultation uniquement au counselling préventif et aux tests de dépistage. « Avec le développement des dossiers médicaux électroniques qui offrent des aide-mémoire précis et faits sur mesure, il est plus simple d'incorporer des tests préventifs dans les soins continus du patient que d'avoir une consultation séparée pour un examen de santé », indiquent les deux cliniciens.

> ***Si l'on retire l'EMP de la pratique médicale, à quel moment, le médecin pourra-t-il parler de prévention à son patient ?***
>
> – Dr Claude Thivierge

Les chercheurs eux-mêmes ne rejettent pas cette solution. « Nos résultats ne signifient pas que les médecins doivent cesser d'effectuer les tests nécessaires sur le plan clinique et les activités de prévention. » Le recours à ce type de mesures expliquerait peut-être même le peu d'efficacité qu'ont eu les bilans de santé dans leur étude, affirment les auteurs.

L'EMP, pour sa part, est actuellement en pleine transformation. Déjà, elle peut être fragmentée, espacée, partagée avec d'autres professionnels de la santé. Elle évolue aussi rapidement sur le plan scientifique, soutient le Dr Thivierge. « Les mises à jour sont de plus en plus fréquentes. Ainsi, la version de l'EMP de février 2012 sera mise à jour en mai 2013, parce que beaucoup de nouvelles lignes directrices ont été publiées. Les sociétés savantes sont maintenant beaucoup plus diligentes. »

Un nouvel éclairage

Au MSSS, l'article du Dr Krogsbøll et de ses collaborateurs a été lu avec intérêt. « Quand on voit une étude comme celle-là apparaître, cela nous permet de remettre en question certaines grandes vérités qui n'ont jamais été ébranlées auparavant, indique le **Dr Antoine Groulx**. Je trouve que c'est une analyse qui apporte de l'eau au moulin, qui stimule la discussion et les réflexions. » Évidemment, elle n'est pas parfaite. « Il y a toujours des critiques que l'on peut formuler à l'égard d'une étude ou d'une autre. Celle-ci apporte un éclairage différent qui permet de nuancer un peu les approches que l'on a à l'égard de l'intégration des pratiques cliniques préventives. Ce n'est toutefois pas sur la base de cette seule analyse que l'on va sacrifier des dizaines d'années de preuve de la pertinence de plusieurs pratiques cliniques préventives. Je pense qu'il faut simplement raffiner notre approche avec le temps. Les études évoluent cependant d'année en année. Peut-être que dans deux ans une autre méta-analyse montrera le contraire… »

Références

1. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Grønhøj Larsen C et coll. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2012 ; 345 : e7191.
2. Prochazka AV et Caverly T. General Health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease. *JAMA Intern Med* 2013 ; 173 (5) : 371-2.
3. MacAuley D. The value of conducting periodic health checks. *BMJ* 2012 ; 345 : e7775.