



*LA PRÉVENTION
DANS LA PRATIQUE*

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

LA REVUE DE
LA FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

POUR LE PSORIASIS DU CORPS* ET DU CUIR CHEVELU, ENVISAGEZ DOVOBET® GEL



Un corticostéroïde et un analogue de la vitamine D dans une seule formulation.

Possédant un double mode d'action[†] :
des propriétés anti-inflammatoires et supprime la prolifération des kératinocytes

Le gel Dovobet® (calcipotriol et dipropionate de bêtaméthasone) est indiqué pour le traitement topique du:

- psoriasis vulgaire modéré à grave du cuir chevelu chez les patients âgés de 18 ans ou plus, pendant une période pouvant aller jusqu'à quatre semaines.
- psoriasis vulgaire léger à modéré sur le corps chez les patients âgés de 18 ans ou plus, pendant une période pouvant aller jusqu'à huit semaines.

*Ne doit pas être appliqué sur le visage, les aisselles, les plis de flexion, l'aîne ou les organes génitaux. † Signification clinique inconnue.

Contre-indications

- Troubles du métabolisme calcique
- Lésions cutanées virales, fongiques, bactériennes, parasitaires ou manifestations cutanées relatives à la tuberculose ou à la syphilis
- Dermite périorale
- Atrophie cutanée ou vergetures
- Fragilité des veines cutanées
- Ichtyose
- Acné vulgaire, acné rosacée ou rosacée
- Ulcères et plaies
- Prurit périanal ou génital
- Psoriasis en gouttes, érythrodermique, exfoliatif et pustuleux
- Insuffisance rénale grave
- Troubles hépatiques graves
- Usage ophtalmique

Mises en garde et Précautions pertinentes

- Ne doit pas être appliqué sur le visage, les aisselles, les plis de flexion, les aines ou les organes génitaux
- Risque d'effets indésirables sur la peau : L'application sur de grandes surfaces de peau endommagée, sous des pansements occlusifs ou dans des replis cutanés doit être évitée
- L'utilisation prolongée de préparations contenant un corticostéroïde peut provoquer des vergetures ou une atrophie cutanée ou sous-cutanée

- La supervision médicale est recommandée au-delà de l'arrêt du traitement en raison du risque d'un psoriasis pustuleux ou d'un psoriasis de rebond lors de l'arrêt d'un traitement par corticostéroïdes après une période prolongée d'utilisation
- Une hypercalcémie et une hypercalciurie peuvent apparaître si la dose maximale quotidienne (15 g), ou hebdomadaire (100 g) est excédée, ou si la zone traitée excède 30 % de la surface corporelle
- Recommandation de surveillance : avant le début du traitement et à des intervalles convenables pour la calcémie
- Lorsqu'il est utilisé en combinaison avec des rayons ultraviolets (RUV), le calcipotriol peut amplifier l'effet cancérigène connu des RUV sur la peau.
- Risque d'amplification de l'effet cancérigène lors de l'exposition aux rayons ultraviolets Éviter une exposition excessive à la lumière du soleil naturelle et artificielle.
- Peut causer l'irritation des yeux Éviter le contact avec les yeux ou la conjonctive
- Éviter d'administrer simultanément d'autres corticostéroïdes
- Recommandation de surveillance de l'axe HHS liée à l'absorption générale des corticostéroïdes topiques
- Risques d'effets indésirables liés à l'absorption systémique des corticostéroïdes topiques : manifestations du syndrome de Cushing, effets sur la régulation métabolique du diabète sucré, ainsi que révéler un diabète sucré latent
- Risque de dermatite

- Non recommandé chez les femmes enceintes et les femmes qui allaitent

Effets indésirables

- Le plus courant était le prurit (0,6 % sur le corps et 2,3 % sur le cuir chevelu)
- Autres, survenant chez ≥ 1 % des patients Corps : douleur au point d'application (0,4 %)
- Autres, survenant chez ≥ 1 % des patients Cuir chevelu : céphalées (0,5 %), irritation cutanée (0,5 %), alopecie (0,4 %), et érythème (0,4 %)

Pour de plus amples renseignements

Veillez consulter la monographie du produit sur le site www.leo-pharma.ca/dovobetgel_mp pour des informations importantes concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et l'information sur le schéma posologique non présentées ici.

On peut aussi obtenir la monographie du produit en contactant le Service de l'information médicale de LEO Pharma au 1-800-263-4218.



Dovobet® Gel
calcipotriol / dipropionate de bêtaméthasone

LEO®

© Marque de commerce déposée de LEO Pharma A/S utilisée sous licence et distribuée par LEO Pharma Inc., 123 Commerce Valley Dr. E., Suite 400, Thornhill, Ontario L3T 7W8

1. Monographie du gel Dovobet®. LEO Pharma Inc., le 3 juillet 2013.

www.leo-pharma.ca

CCPP*

Membre
R&D

DOV-007-15F





VOLUME 50, NUMÉRO 5, MAI 2015

FMOQ
FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

LA REVUE DE
LA FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC



LA PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE

ÉGALEMENT DANS LE MONDE SYNDICAL

MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE :
OÙ EN EST-ON ?

QUEL EST LE BILAN DES
INTERVENTIONS DE LA FMOQ ?



Dans le traitement du SCI-C et de la CIC chez les adultes

PrCONSTELLA® (linaclotide) est indiqué pour le traitement :

- du syndrome du côlon irritable avec constipation (SCI-C) chez les adultes
- de la constipation idiopathique chronique (CIC) chez les adultes

Avec CONSTELLA, atténuation significative de la gêne abdominale démontrée par rapport au placebo (critères d'évaluation secondaires, variation moyenne entre le début de l'étude et la semaine 12)



SCI-C :

-2,0 vs -1,2 (Essai 1); -1,9 vs -1,1 (Essai 2)
($p < 0,0001$)*



CIC :

-0,5 vs -0,3
($p < 0,001$)†

Les paramètres des études peuvent être consultés sur le site www.frx.ca/_products/constella.htm.

Usage clinique :

Les études cliniques sur CONSTELLA ne comprenaient pas un nombre suffisant de sujets âgés de 65 ans ou plus pour que l'on puisse déterminer s'ils répondent différemment, par comparaison aux sujets plus jeunes.

CONSTELLA est contre-indiqué chez les enfants de moins de 6 ans et n'est pas recommandé chez les enfants âgés de 6 à 18 ans, car l'innocuité et l'efficacité de ce médicament chez les enfants n'ont pas été établies.

Contre-indications :

- Enfants de moins de 6 ans
- Patients aux prises avec une occlusion intestinale mécanique confirmée ou soupçonnée

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Enfants : CONSTELLA n'est pas recommandé chez les enfants âgés de 6 à 18 ans.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- La diarrhée est la réaction indésirable la plus courante; CONSTELLA peut entraîner une diarrhée grave.
- Pendant la grossesse, n'administrer que si le bienfait éventuel justifie le risque potentiel pour le fœtus.
- La prudence est de mise lorsqu'on administre CONSTELLA à des femmes qui allaitent.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie du produit à l'adresse www.actavis.ca/NR/rdonlyres/2E5D0D0E-086C-4356-815E-B46B12562813/0/CONSTELLA_ProductMonograph_fr.pdf pour obtenir d'importants renseignements sur les réactions indésirables, les interactions alimentaires et la posologie, lesquels n'ont pas été détaillés dans le présent document. Vous pouvez également obtenir la monographie du produit en téléphonant à Actavis Specialty Pharmaceuticals au 1-855-892-8766.

Constella[®]
capsules du linaclotide

* Échelle ordinale de 11 points; essai 1, essai 2.

† Échelle ordinale de 5 points; essais 3 et 4.

CONSTELLA[®] est une marque déposée appartenant à Ironwood Pharmaceuticals, Inc., utilisée sous licence par Actavis Specialty Pharmaceuticals Co. ou ses sociétés affiliées.

©2015 Actavis Specialty Pharmaceuticals Co., Mississauga ON. Tous droits réservés.

Référence : 1. Monographie de CONSTELLA (linaclotide), Forest Laboratories Canada Inc., 12 mai 2014.

MISSION ET ENGAGEMENT

Au cours des derniers mois, il s'est véhiculé beaucoup de faussetés et d'ignorance au Québec sur le travail des médecins de famille. Autant sur la forme que sur le fond, bon nombre de commentateurs et d'observateurs, encouragés en ce sens par un Gaétan Barrette jouant à fond la carte du dénigrement, ont écrit et dit des choses farfelues par rapport non seulement à notre charge de travail, mais également à notre mission fondamentale et à notre engagement social. Nous avons donc dû consacrer énormément de temps et de ressources afin de rétablir les faits et d'informer la population des véritables causes derrière les problèmes d'accessibilité aux soins et de faire connaître les solutions porteuses que nous proposons pour améliorer la situation. Ce combat, que nous entendons continuer de mener avec détermination pour que la vérité sur nos conditions de pratique soit connue et comprise par tous, ne doit toutefois pas nous éloigner de ce qu'est justement notre mission fondamentale : prévenir et soigner. De là l'importance de toujours pousser plus loin notre engagement social, autant sur les plans individuels que collectifs, afin d'offrir à nos concitoyens toutes les chances de vivre longtemps et en santé.

Dans ce contexte, j'ai l'intime conviction que c'est avec beaucoup de fierté et d'enthousiasme que les médecins de famille de partout vont se joindre à la grande aventure du Grand défi Pierre Lavoie (GDPL) en devenant les parrains d'honneur pour l'année qui vient. On parle d'un titre qui est tout, sauf purement symbolique, puisque les médecins de famille devront jouer un rôle proactif pour sensibiliser leurs patients aux saines habitudes de vie en prescrivant des « cubes énergie » à leurs patients dès l'automne 2015 et en participant à une série d'événements rassembleurs où tous pourront bouger à leur rythme (de l'information et du maté-

riel seront transmis dans les semaines à venir à ce sujet). À noter, par ailleurs, qu'on parle d'une association entre la FMOQ et le GDPL qui s'étendra sur plusieurs années et qu'on souhaite durable dans le temps. Comme fédération représentant les médecins omnipraticiens, nous croyons qu'il est de notre devoir de s'associer à une campagne de grande envergure afin que les Québécois de tous les âges, de toutes les conditions et de toutes les régions se mettent à bouger. C'est là le meilleur investissement pour la santé puisque l'exercice physique constitue le moyen par excellence pour prévenir un large éventail de maladies importantes.

Alors guérir oui, mais prévenir c'est encore mieux! Voilà un leitmotiv qui va parfaitement avec la mission professionnelle des médecins de famille qui est d'accompagner leurs concitoyens non seulement dans le traitement de la maladie, mais aussi dans sa prévention. D'ailleurs, tous les médecins rencontrés depuis l'automne dernier (moment de la conclusion officielle de l'entente de partenariat FMOQ-GDPL) m'ont fait part de leur enthousiasme à ce sujet. Quelle association naturelle que celle entre le GDPL et les médecins de famille du Québec! Promouvoir de saines habitudes de vie est un devoir quotidien pour nous. En unissant notre voix à celle d'un visionnaire comme Pierre Lavoie, nous espérons lancer un message sans équivoque : bouger et être actif physiquement est non seulement essentiel, mais aussi à la portée de tous. Il est plus que temps de s'offrir collectivement une révolution « énergie »! Enfin, en ces temps troubles sur le plan professionnel, prendre une petite pause des enjeux politiques et revenir à l'essentiel, soit la santé de nos patients jeunes et moins jeunes, ne peut qu'être salutaire pour tous.

Le 22 avril 2015

Le président, D^r Louis Godin



LE MÉDECIN DU QUÉBEC

Tous les sites Internet mentionnés dans les articles du *Médecin du Québec* sont présentés sous forme de liens hypertextes sur notre site Internet au www.lemedecinquebec.org. Vous avez donc accès directement aux références indiquées d'un simple clic de souris.

**DIRECTEUR DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE**
D^r Claude Guimond

RÉDACTEUR EN CHEF
D^r Martin Labelle

COMITÉ ÉDITORIAL
D^r Marcel Guilbault, président
D^r Serge Lalonde
D^r Serge Dulude
D^r Claude Guimond
D^r Martin Labelle
M. Jean-Pierre Dion

COMITÉ DE RÉDACTION SCIENTIFIQUE
D^{re} Louise Champagne, présidente
D^{re} Caroline Bélique
D^{re} Geneviève Painchaud
D^r Alexandre Motard
D^r Mathieu Pelletier
D^r Claude Guimond
D^r Martin Labelle

**COORDONNATRICE DE LA PRODUCTION
ET INFOGRAPHISTE**
Anne-Marie Boiteau

**JOURNALISTE MÉDICALE
ET RÉDACTRICE SYNDICALE**
Emmanuèle Garnier

RÉVISEUSE ET TRADUCTRICE
Martine Picard

SECRÉTAIRES DE RÉDACTION
Lucie Beauclair
Ginette Dignard

SOUTIEN ADMINISTRATIF À LA PUBLICITÉ
Lise Franceur
Diane Gatién

**SECRÉTAIRE À LA
FORMATION PROFESSIONNELLE**
Christine Brendell-Girard

PHOTOGRAPHE
Emmanuèle Garnier

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Mélisande Leduc

PUBLICITÉ
Keith Communications inc.
Montréal : 1 800 661-5004, poste 18
Toronto : 1 800 661-5004, poste 13

IMPRIMEUR
Transcontinental/Interglobe inc.
(certifié ISO 9002)
Beauveville (Québec)

ATTESTATION

L'éditeur atteste que la déduction des frais de publicité du présent journal n'est pas restreinte par l'article 19 de la *Loi de l'impôt canadien sur le revenu*. Un annonceur qui remplit une déclaration d'impôt fédéral peut réclamer à titre de frais d'exploitation les frais de publicité dans la présente publication.

Le Médecin du Québec, mensuel de la FMOQ, est envoyé aux médecins omnipraticiens du Québec ainsi qu'à certains médecins spécialistes. Ceux qui désirent renoncer à leur abonnement doivent en faire la demande par écrit à la rédaction :

2, Place Alexis Nihon, 20^e étage,
2000-3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Westmount (Québec) H3Z 3C1
Téléphone : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499 / Télécopieur : 514 878-2659
Courrier électronique : mq@fmoq.org / Site Internet : lemedecinquebec.org

Abonnement : 150 \$ par année, taxes applicables en sus.
Tirage : 10 045.

Le Médecin du Québec ouvre ses pages à toute collaboration pouvant intéresser la profession médicale sur les plans syndical, professionnel, économique et social. Les textes de la section de formation continue de même que ceux à caractère scientifique sont révisés par des pairs (comité de rédaction scientifique).

Avant de prescrire un médicament mentionné dans la revue *Le Médecin du Québec*, l'éditeur conseille aux lecteurs de consulter les renseignements thérapeutiques publiés par les fabricants pour connaître la posologie, les mises en garde, les contre-indications et les critères de sélection des patients. *Le Médecin du Québec* se dégage de toute responsabilité à cet égard.

Les textes publiés dans cette revue n'engagent que leurs auteurs.
Membre de l'Association des médias médicaux du Canada.
Le Médecin du Québec est une revue indexée dans la base de données Repère.

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique. Toutes les autres annonces doivent recevoir l'approbation de l'éditeur.

Envoi de Poste – Publications – Convention n^o 40068972

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec – ISSN 0025-6692
Reproduction interdite sans autorisation.
© *Le Médecin du Québec*, 2015.



CHRONIQUES

23 QUOI DE NEUF EN FMC ?
PRINCIPES DE GESTION EN ASSURANCE
INVALIDITÉ : PRINCIPES DE BASE
Daniel Paquette

65 ALLEZ PLUS LOIN GRÂCE À INTERNET
PRÉVENTION CLINIQUE
Robert Aubin

69 INFO-COMPRIMÉE
LES MÉTHODES BARRIÈRES :
OÙ EN SOMMES-NOUS ?
Jocelyn Bérubé et Marie-Josée Papillon

73 ZONE TECHNO
TRUCS ET ASTUCES – I
Gilles Tousignant

75 DROIT AU BUT
LE RÔLE DES INFIRMIÈRES
EN PREMIÈRE LIGNE : COMMENT
PARTAGER EFFICACEMENT
LES RESPONSABILITÉS ? – II
Christiane Larouche

81 FONDS FMOQ
QU'EST-CE QUE LA RÉSERVE FÉDÉRALE
AMÉRICAINNE ?

85 EN FIN... LA FACTURATION
RÉMUNÉRATION DE LA GARDE
EN DISPONIBILITÉ : CLSC, GMF, SOINS
PALLIATIFS ET AUTRE CLIENTÈLE
Michel Desrosiers

82 INDEX DES ANNONCEURS

LA VIE PROFESSIONNELLE

Emmanuèle Garnier

- 6 MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE : OÙ EN EST-ON ?
- 7 SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ-SÉCURITÉ AU TRAVAIL : BIENTÔT LA RÉMUNÉRATION MIXTE
- 8 QUEL EST LE BILAN DES INTERVENTIONS DE LA FMOQ ? ENTREVUE AVEC LE PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE CLSC DU QUÉBEC
- 10 SONDAGE : LES QUÉBÉCOIS ET LE PROJET DE LOI N° 20
- 11 ACCÈS ADAPTÉ : DES RETOMBÉES POSITIVES À PORT-CARTIER
- 12 L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL : LA MALADIE CACHÉE
- 19 PRATICO-PRATIQUE

ÉDITORIAL

- 1 MISSION ET ENGAGEMENT
Louis Godin

FORMATION CONTINUE

- 25 LA PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE : C'EST LE TEMPS DE S'AJUSTER
Irma Clapperton
- 27 LE DÉVELOPPEMENT DES TOUT-PETITS : LES FONDATIONS D'UNE VIE
Catherine Risi et Hawa Sissoko
- 35 PRÉVENTION EN CLINIQUE : FAIRE MOINS POUR MIEUX FAIRE
Irma Clapperton et Caroline Marcoux-Huard
- 43 LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES : SE DOTER DE STRATÉGIES EFFICACES
Jessica Moramarco et Marie-France Langlois
- 49 DÉTECTER ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES
Marie Hayes et Pasquale Roberge
- 59 TIC ET PRÉVENTION CLINIQUE : BIENVENUE DANS LE PRÉSENT !
Huguette Bélanger et Marie-Ève Guévin
- 67 POST-TEST (AVEC CRÉDITS)



VOICI FORXIGA

- FORXIGA est un inhibiteur réversible du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2) qui améliore l'équilibre glycémique en réduisant la réabsorption rénale du glucose, ce qui entraîne l'excrétion de l'excédent de glucose dans l'urine^{1*†}
- FORXIGA a été prescrit à plus de 193 000 patients à l'échelle mondiale (toutes indications confondues)

SCHÉMA POSOLOGIQUE UNIQUOTIDIEN PRATIQUE^{1†§¶}



**DOSE DE DÉPART
RECOMMANDÉE:**
5 mg

Patients qui tolèrent FORXIGA à 5 mg et qui ont besoin d'une maîtrise plus rigoureuse de la glycémie : la dose peut être augmentée à 10 mg



**PEUT ÊTRE PRIS
À N'IMPORTE
QUEL MOMENT
DE LA JOURNÉE**



**AVEC
OU SANS
ALIMENTS**

- FORXIGA est indiqué en monothérapie comme traitement d'appoint à un régime alimentaire et à l'exercice en vue d'améliorer l'équilibre glycémique chez les patients atteints de diabète de type 2 à qui la metformine ne convient pas en raison de contre-indications ou d'une intolérance¹.
- FORXIGA est aussi indiqué en association avec la metformine, une sulfonylurée ou de l'insuline (seule ou avec la metformine) chez les patients atteints de diabète de type 2 en vue d'améliorer l'équilibre glycémique lorsque le traitement actuel, un régime alimentaire et l'exercice ne permettent pas d'équilibrer la glycémie de manière satisfaisante¹.

En association avec la metformine, **FORXIGA** a entraîné des réductions importantes du taux d'HbA_{1c} comparativement à l'association placebo + metformine aux semaines 24 et 102^{1,2**}

- Variation moyenne ajustée entre le début de l'étude et la semaine 24 (RADO): -0,70% avec l'association FORXIGA à 5 mg + metformine et -0,84% avec l'association FORXIGA à 10 mg + metformine par rapport à -0,30% avec l'association placebo + metformine ($p < 0,0001$)
- Variation moyenne ajustée entre le début de l'étude et la semaine 102 (étude de prolongation): -0,58% avec l'association FORXIGA à 5 mg + metformine et -0,78% avec l'association FORXIGA à 10 mg + metformine par rapport à 0,02% avec l'association placebo + metformine ($p < 0,0001$)

Résultats liés au poids corporel obtenus avec **FORXIGA** en association avec la metformine comparativement à l'association placebo + metformine aux semaines 24 et 102 (critère d'évaluation secondaire)^{1,2**}

- Variation moyenne ajustée entre le début de l'étude et la semaine 24 (RADO): -3,04 kg avec FORXIGA à 5 mg et -2,86 kg avec FORXIGA à 10 mg par rapport à -0,89 kg avec l'association placebo + metformine ($p < 0,0001$)
- Variation moyenne ajustée entre le début de l'étude et la semaine 102 (étude de prolongation): -3,38 kg avec l'association FORXIGA à 5 mg + metformine et -2,81 kg avec l'association FORXIGA à 10 mg + metformine par rapport à -0,67 kg avec l'association placebo + metformine

FORXIGA n'est pas indiqué pour la réduction pondérale.

Usage clinique:

Ne pas utiliser chez les enfants (< 18 ans).

Chez les sujets âgés de 65 ans ou plus, une proportion plus élevée de patients traités par FORXIGA ont présenté des effets indésirables liés à une déplétion volémique et à une atteinte ou à une insuffisance rénales comparativement aux patients qui ont reçu un placebo.

Contre-indications:

- Patients présentant une insuffisance rénale modérée à grave, définie par un taux de filtration glomérulaire estimé (TFGe) inférieur à 60 mL/min/1,73 m², ou une néphropathie terminale

Mises en garde et précautions pertinentes:

- Ne pas utiliser pour le traitement du diabète de type 1 ou de l'acidocétose diabétique
- Ne pas utiliser chez les patients présentant un cancer de la vessie évolutif et utiliser avec prudence chez les patients ayant des antécédents de cancer de la vessie
- Ne pas utiliser chez les patients déjà traités par la pioglitazone
- Non recommandé chez les patients qui présentent une déplétion volémique; prudence chez les patients pour qui une chute tensionnelle causée par FORXIGA pourrait comporter un risque ou ceux qui présentent des affections intercurrentes pouvant mener

à une déplétion volémique; une surveillance minutieuse de l'état volémique est recommandée et, en cas de déplétion volémique, une interruption temporaire de l'administration de FORXIGA devrait être envisagée jusqu'à ce que la déplétion soit corrigée

- Risque d'hypoglycémie lorsqu'il est utilisé en association avec l'insuline ou les sécrétagogues de l'insuline
- Augmentation du taux de C-LDL liée à la dose; surveiller le taux de C-LDL
- Valeurs moyennes accrues du taux d'hémoglobine et d'hématocrite et fréquence accrue de valeurs anormalement élevées du taux d'hémoglobine et d'hématocrite
- Risque accru de mycoses génitales
- La fonction rénale devrait être évaluée avant l'instauration du traitement par FORXIGA et régulièrement par la suite
- Ne pas utiliser chez les femmes enceintes ou qui allaitent

Pour de plus amples renseignements:

Veillez consulter la monographie du produit au www.azinfo.ca/forxiga/pm367 pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en téléphonant au 1-800-461-3787.

* Portée clinique inconnue.

† La quantité de glucose retirée par le rein par ce mécanisme dépend de la glycémie et du TFG.

‡ L'efficacité de FORXIGA dépend de la fonction rénale. L'évaluation de la fonction rénale est recommandée avant la mise en route du traitement par FORXIGA et périodiquement par la suite.

§ Chez les patients affichant des signes de déplétion volémique, ce trouble doit être corrigé avant l'instauration du traitement par FORXIGA.

¶ Veuillez consulter la monographie du produit pour avoir de l'information complète sur la posologie et l'administration.

** Étude de 24 semaines, menée à double insu et contrôlée par placebo, suivie d'une phase de prolongation de 78 semaines, contrôlée et menée à l'insu auprès de 546 patients atteints de diabète de type 2, ayant un taux d'HbA_{1c} ≥ 7% et ≤ 10%, et traités par la metformine à une dose ≥ 1500 mg/jour. Après une période préliminaire de 2 semaines, les patients ont été répartis aléatoirement pour recevoir la dapagliflozine à 2,5 mg, à 5 mg ou à 10 mg une fois par jour ou un placebo. Valeurs initiales moyennes du taux d'HbA_{1c}: association FORXIGA à 5 mg + metformine: 8,17%; association FORXIGA à 10 mg + metformine: 7,92%; association placebo + metformine: 8,11%. Poids corporel initial moyen: association FORXIGA à 5 mg + metformine: 84,73 kg; association FORXIGA à 10 mg + metformine: 86,28 kg; association placebo + metformine: 87,74 kg. RADO: report en aval de la dernière observation (avant le médicament de secours pour les patients qui en ont reçu).

Références: 1. Monographie de FORXIGA. AstraZeneca Canada Inc., 10 décembre 2014. 2. Bailey C et al. Dapagliflozin add-on to metformin in type 2 diabetes inadequately controlled with metformin: a randomized, double-blind, placebo-controlled 102-week trial. *BMC Medicine* 2013;11:43.



AstraZeneca

FORXIGA® et le logo d'AstraZeneca sont des marques déposées d'AstraZeneca AB, utilisées sous licence par AstraZeneca Canada Inc. © 2015 AstraZeneca Canada Inc.

forxiga
(dapagliflozine)

MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

OÙ EN EST-ON ?

Photo: Emmanuèle Garnier



M^{me} Sylvie Fortin

Le mode de rémunération mixte commence à devenir une réalité. Déjà les médecins de la santé publique et de la santé et sécurité au travail sont sur le point d'en bénéficier (voir le texte suivant). Les prochains devraient être les omnipraticiens des unités de médecine familiale (UMF) et du secteur ambulatoire des CLSC.

« Notre objectif est l'entrée en vigueur du mode de rémunération mixte dans plusieurs secteurs à l'automne », explique **M^{me} Sylvie Fortin**, actuaire aux Affaires économiques de la FMOQ, qui a travaillé à l'élaboration du mode de rétribution mixte. Certains domaines, comme celui des programmes de CLSC, demanderont toutefois plus de temps.

Le nouveau mode va concerner les omnipraticiens pratiquant notamment en gériatrie, en psychiatrie, en soins palliatifs, en soins à domicile, en réadaptation et en toxicomanie. Il sera également proposé dans des milieux comme les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les CLSC et les UMF.

Comment fonctionnera la rémunération mixte? Les activités médicales seront divisées en trois catégories payées différemment: le domaine clinique, le clinico-administratif et le médico-administratif (encadré).

La rémunération mixte sera financièrement plus avantageuse que le tarif horaire et les honoraires fixes. Elle a d'ailleurs été conçue pour permettre aux médecins payés par ces modes d'obtenir l'augmentation qui a été négociée dans la dernière entente générale.

La bonification qu'offre le nouveau mode de rémunération est concentrée dans les activités cliniques. La rétribution des tâches médico-administratives, par contre, reste l'équivalent du tarif horaire. En ce qui concerne le travail clinico-administratif, des modifications seront éventuellement apportées. « Certains actes pourraient être créés lorsque la nouvelle nomenclature en cabinet sera mise sur pied. Cela a été le cas avec la nouvelle nomenclature en établissement », indique M^{me} Fortin.

Dans tous les secteurs de pratique, le forfait de quelque 57\$ l'heure sera par ailleurs le même. Cependant, le pourcentage de l'acte changera selon les domaines. « On va tenir compte d'une multitude de facteurs, dont les mesures déjà en place et la nomenclature qui s'applique dans chacun des secteurs. Le pourcentage de l'acte variera donc d'un domaine à l'autre afin de tenir compte de la réalité de chacun », explique M^{me} Fortin.

Qu'en est-il des différents forfaits? « Les médecins qui adopteront le mode mixte pourront continuer à facturer parallèlement tous les forfaits liés à l'inscription, au guichet d'accès ou à la garde en disponibilité. Cela n'aura pas d'incidence sur la rémunération mixte. » Certains suppléments, comme celui de l'examen périodique d'un enfant de 5 ans et moins, seront également payés à 100% au sein du mode mixte. Des actes comme la réanimation cardiorespiratoire, aussi.

Les médecins de famille rémunérés à honoraires fixes ou à tarif horaire auront donc sous peu une décision à prendre. Ils auront trois mois pour décider s'ils adoptent le nouveau mode de rétribution à partir de la date d'entrée en vigueur de ce dernier dans leur secteur ou du renouvellement de leur nomination. **EG**

| Type d'activité | Définition | Nouvelle rémunération pour les médecins actuellement payés à : | |
|------------------------|---|--|---------------------------------|
| | | tarif horaire | honoraires fixes |
| Clinique | Activité auprès des patients | Forfait (57 \$/h) + % de l'acte* | Honoraires fixes + % de l'acte* |
| Clinico-administrative | Activité qui concerne le patient, mais faite sans sa présence (ex.: lecture des résultats de laboratoire) | Forfait (57 \$/h) seulement | Honoraires fixes |
| Médoco-administrative | Activité non liée à un patient (ex.: réunion) | Forfait (57 \$/h) + % de l'acte* médico-administratif† | Honoraires fixes |

* Le pourcentage de l'acte variera selon différents facteurs. † Le total sera équivalent au tarif horaire.

SANTÉ PUBLIQUE ET SANTÉ-SÉCURITÉ AU TRAVAIL

BIENTÔT LA RÉMUNÉRATION MIXTE

Emmanuèle Garnier

Le mode de rémunération mixte pour les médecins de la santé publique et de la santé-sécurité au travail est déjà en vigueur depuis le 1^{er} avril 2015. Mais à cause des contraintes de la Régie de l'assurance maladie du Québec, il ne sera mis en application que le 1^{er} juillet. Les omnipraticiens touchés auront toutefois droit à un paiement rétroactif.

Pour permettre aux médecins de santé publique et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), actuellement payés à honoraires fixes ou à tarif horaire, d'avoir un mode de rémunération mixte, plusieurs actes ont été créés :

- ▶ connaissance et surveillance de l'état de santé de la population ;
- ▶ promotion et prévention de la santé de la population ;
- ▶ protection de la santé de la population, entre autres dans le domaine des maladies infectieuses et de la santé environnementale ;
- ▶ évaluation des interventions, programmes et services de santé ;
- ▶ avis médical et expertise ;
- ▶ activités dans le cadre de programmes ou au sein d'un comité (acte médico-administratif).

Certains actes ont été conçus pour des domaines précis :

- ▶ activités de dépistage du cancer du sein ;
- ▶ activités de consultation dans le cadre du programme de maternité sans danger de la CSST ;
- ▶ activités effectuées pour le compte de la CSST.

« Ce ne sont donc pas des actes de médecin à patient, mais plutôt des actes à caractère populationnel », précise **M^{me} Sylvie Fortin**, actuaire aux Affaires économiques de la FMOQ.

La valeur de la plupart des actes, qui ont une durée de 15 minutes, est d'environ 30\$. Les médecins ne toucheront toutefois qu'un pourcentage de ce tarif, auquel s'ajoutera un forfait d'environ 57\$ l'heure.

Cette nouvelle rémunération sera plus élevée que celle qu'ont actuellement les médecins de la santé publique et de la CSST. « Dans le cadre de la dernière entente générale, ces omnipraticiens avaient droit à une hausse de rémunération au même titre que leurs collègues des autres secteurs d'activité. Il fallait donc tenir compte du fait que contrairement à ceux-ci, ils n'ont pas bénéficié entre autres des mesures comme la modulation de l'inscription des patients ou les forfaits venant du guichet d'accès », explique M^{me} Fortin.

CHANGEMENT VERS LE MODE DE RÉMUNÉRATION MIXTE

Pour les médecins de la santé publique et de la CSST actuellement rétribués à tarif horaire, le mode de rémunération mixte comprendra :

- 1) un forfait de 57\$ l'heure qui peut être divisé en quarts d'heure ;
- 2) un pourcentage du tarif de l'acte qui sera de 52 %.

Pour les omnipraticiens payés à honoraires fixes, la modalité équivalant au mode de rémunération mixte comprendra :

- 1) leur salaire actuel qui tiendra lieu de forfait ;
- 2) un pourcentage du tarif de l'acte qui sera de 21 %.

Cette manière de procéder pour les médecins rétribués à honoraires fixes permet de ne pas les pénaliser. « On ne pouvait pas éliminer leur mode de rémunération, parce qu'il est lié à des avantages comme le régime de retraite. Dans le modèle que l'on a conçu, le médecin conserve donc tant son salaire que ses avantages sociaux, mais un pourcentage du tarif de l'acte s'y ajoute », indique M^{me} Fortin.

Les nouveaux actes ont été créés en consultant des médecins de santé publique et de la CSST. « On leur a présenté des modèles. On s'est entre autres inspiré de ce qui existait chez les spécialistes », précise l'actuaire. Les spécialistes en médecine communautaire ont des actes qui ressemblent beaucoup à ceux des omnipraticiens travaillant en santé publique

Ces derniers et ceux de la CSST ont par ailleurs tout intérêt à adopter le mode de rémunération mixte. « C'est la manière dont ils pourront obtenir la bonification accordée par le dernier accord-cadre. » //

QUEL EST LE BILAN DES INTERVENTIONS DE LA FMOQ ?

ENTREVUE AVEC LE PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE CLSC DU QUÉBEC

Deuxième vice-président de la FMOQ et président de l'Association des médecins de CLSC du Québec, le Dr Sylvain Dion fait le point sur la lutte que mène la Fédération contre le projet de loi n° 20. Il raconte également son expérience dans le tournage de la vidéo *Traitement 20*.



Texte et photo : Emmanuèle Garnier

M.Q. – POUR CONTRER LE PROJET DE LOI N° 20, LA FÉDÉRATION A FAIT DE GRANDES ASSEMBLÉES, DES CAMPAGNES DE PUBLICITÉ, UNE VIDÉO, UN MÉMOIRE ET A PARTICIPÉ À LA COMMISSION PARLEMENTAIRE. EST-CE QUE TOUS CES EFFORTS EN VALAIENT LA PEINE ?

S.D. – Cela en valait certainement la peine. La Fédération se devait de mener différentes actions pour combattre le projet de loi. En parallèle, on assistait à une mobilisation sans précédent des médecins, entre autres dans les médias sociaux. Ce mouvement va peut-être ébranler le ministre qui ne s'attendait pas à ça. À tout le moins, il a eu une influence sur les médias.

M.Q. – QUEL EFFET A EU, POUR SA PART, LA FMOQ SUR LES MÉDIAS ?

S.D. – Je crois qu'on a été capable de faire passer de bons messages. Autant plusieurs représentants des médias ont applaudi à l'intention du ministre de mettre au pas les médecins lors du dépôt du projet de loi, autant ces mêmes faiseurs d'opinion ont pu constater que le ministre Gaétan Barrette ne détenait pas la vérité. Ils ont appris que les chiffres sur le nombre de jours travaillés par les médecins avaient été maquillés. Les journalistes et le public se sont ainsi rendu compte que le ministre pouvait errer. Des gens dans la population ont également compris l'effet que pouvaient avoir les quotas et l'approche mathématique du ministre sur la qualité des services. Est-ce qu'on a été capable d'obtenir l'appui de la majorité de la population ? Je ne saurais le dire pour l'instant, mais à tout le moins on sent maintenant qu'on a davantage le soutien des gens.

M.Q. – QUELLES RÉPERCUSSIONS ONT EUES VOS INITIATIVES SUR LES MÉDECINS ?

S.D. – Je pense qu'on a amené nos membres en mode solution. On savait très bien que l'on ne pouvait pas seulement critiquer le projet de loi, car le problème d'accès à la première ligne est bien réel. Il fallait donc trouver des solutions. Les médecins ont accueilli favorablement celles que l'on a présentées lors des assemblées de mars. Je pense que cela a été mobilisateur.

M.Q. – QUE PEUT-ON S'ATTENDRE DU MINISTRE DE LA SANTÉ ?

S.D. – Il est évident que le ministre persiste et signe dans son approche rigide et autocratique. Dans les discussions informelles, il semble peut-être plus ouvert. Il nous envoie un message clair qu'il est prêt à explorer une autre voie que le projet de loi n° 20 pour améliorer l'accessibilité. Néanmoins, il ne se gêne pas à l'occasion pour remettre de l'huile sur le feu. Le discours public du ministre amène beaucoup d'inquiétudes chez nos membres au sujet de l'avenir de leur pratique. On craint un bâillon comme avec le projet de loi n° 10.



M.Q. – QUE SE PASSERA-T-IL SI LE PROJET DE LOI N° 20 EST RETIRÉ ?

S.D. – Si les choses tournent favorablement, on va collaborer avec le ministère de la Santé pour améliorer l'accès de la population à la première ligne à partir de notre plan d'accessibilité. Au cours de la tournée qu'il a faite en mars, le président, le **Dr Louis Godin**, a rencontré près de 2000 omnipraticiens qui ont donné leur appui aux solutions qu'il leur a présentées. Donc, si le ministre se montre ouvert, on va collaborer avec lui pour améliorer dans une période de 24 à 30 mois l'accès des patients à leur médecin de famille ou au moins à un omnipraticien.

M.Q. – ET SI LE PROJET DE LOI EST ADOPTÉ ?

S.D. – Il est évident que les médecins vont réagir. La Fédération planche sur des actions pour faire entendre raison au ministre. Bien entendu, il y aura un jeu de pressions politiques. Il y a le ministre de la Santé, mais il y a également un premier ministre. Si le gouvernement demeure inflexible, il devra s'attendre à des perturbations importantes sur le plan de l'organisation de la première ligne.

Il pourrait, par ailleurs, y avoir un exode de certains médecins vers l'Ontario, le Nouveau-Brunswick ou d'autres provinces canadiennes. D'autres omnipraticiens vont cependant décider d'assumer la pénalité de 30%. En contrepartie, je crois que cela va en être terminé de la collaboration des médecins pour améliorer l'accessibilité. Tout plan que le ministre pourrait déposer risque de se buter à l'opposition des médecins. On se rappellera qu'il veut mettre sur pied des supercliniques. Ce n'est certainement pas en adoptant le projet de loi n° 20 qu'il va obtenir la coopération des omnipraticiens.

M.Q. – QUELLE RELATION ACTUELLEMENT LA FÉDÉRATION AVEC LE MINISTRE ?

S.D. – Pour l'instant, la FMOQ collabore avec lui. Je pense qu'il faut respecter les étapes du processus de recherche de solution. Notre patience ne sera toutefois pas éternelle. À un moment donné, on devra mettre le poing sur la table et dire au ministre : « Écoutez, vous embarquez avec nous ou non ? »

Les moyens de pression auxquels les médecins de famille peuvent recourir sont cependant limités, eu égard à notre code de déontologie et à la *Loi sur les services essentiels*. Pour le moment, le message de la Fédération aux médecins reste : « Faites bien votre travail. Occupez-vous bien de vos patients. » Cependant, la FMOQ est prête à aller plus loin. Sans mettre nos membres dans une situation illégale, on est cependant capable de faire certaines actions qui feront réfléchir le gouvernement.

M.Q. – VOUS APPARISSEZ DANS LA VIDÉO TRAITEMENT 20. QUEL MESSAGE VOULIEZ-VOUS TRANSMETTRE EN TANT QUE MÉDECIN ?

S.D. – Le premier message, c'est que malgré tout ce qui arrive depuis novembre dernier, le mépris du ministre, son arrogance, je demeure fier d'être un médecin de famille. Quand j'ai reçu l'équipe de production pour le tournage, j'étais fier de montrer ce qu'est mon quotidien quand je rencontre mes patients. Dans la vidéo, on voit la fierté des médecins. Nous sommes fiers de faire un travail dans lequel la relation avec le patient est primordiale. En même temps, on voulait aussi attirer l'attention de la population et du ministre sur nos solutions pour améliorer l'accès à la première ligne.

M.Q. – COMMENT S'EST DÉROULÉ LE TOURNAGE ?

S.D. – L'équipe de production venait dans notre milieu de travail. Dans mon cas, elle est d'abord arrivée au CLSC de Lac-Etchemin. Le matin, j'avais sept ou huit patients à voir en consultation. Bien entendu, on a demandé aux gens si on pouvait les filmer. La majorité a accepté. Dans le cabinet, je n'étais plus tout seul avec mes patients. Il y avait le caméraman, le preneur de son, la réalisatrice et un de ses adjoints. Ce qui est étonnant, c'est que malgré la présence de tout ce monde, à mon point de vue, la relation médecin-patient n'était pas du tout modifiée. Les gens restaient naturels.

L'après-midi, on avait planifié une visite à un patient dans un CHSLD et une autre à domicile. Pour ces consultations, j'avais averti les patients à l'avance. Il y a ensuite eu une entrevue de quelques heures avec la réalisatrice où on parlait entre autres de notre travail de médecin de famille. Qu'est-ce qui nous avait amenés à cela ? Qu'est-ce que je faisais ? Et la deuxième partie portait sur les solutions que l'on voyait pour améliorer l'accessibilité.

M.Q. – QUEL BILAN FAITES-VOUS DES ACTIONS DE LA FMOQ ?

S.D. – Je crois qu'on a été capable de canaliser la mobilisation spontanée qu'il y a eu sur le terrain à la fin de l'année 2014. On a aussi réussi à faire des propositions réalistes au ministre et on a pu lui dire, grâce à la tournée, qu'on a l'appui de nos membres. Je crois qu'on a fait le bout de chemin qui devait être fait. Notre plan de communication nous a par ailleurs permis d'être présents dans les médias. La campagne de pub a été complétée par une vidéo qui présente vraiment bien notre vision des solutions. Il faut maintenant que l'on soit capable d'obtenir rapidement du ministre et du gouvernement un engagement à travailler avec nous. //

SONDAGE

LES QUÉBÉCOIS

ET LE PROJET DE LOI N° 20

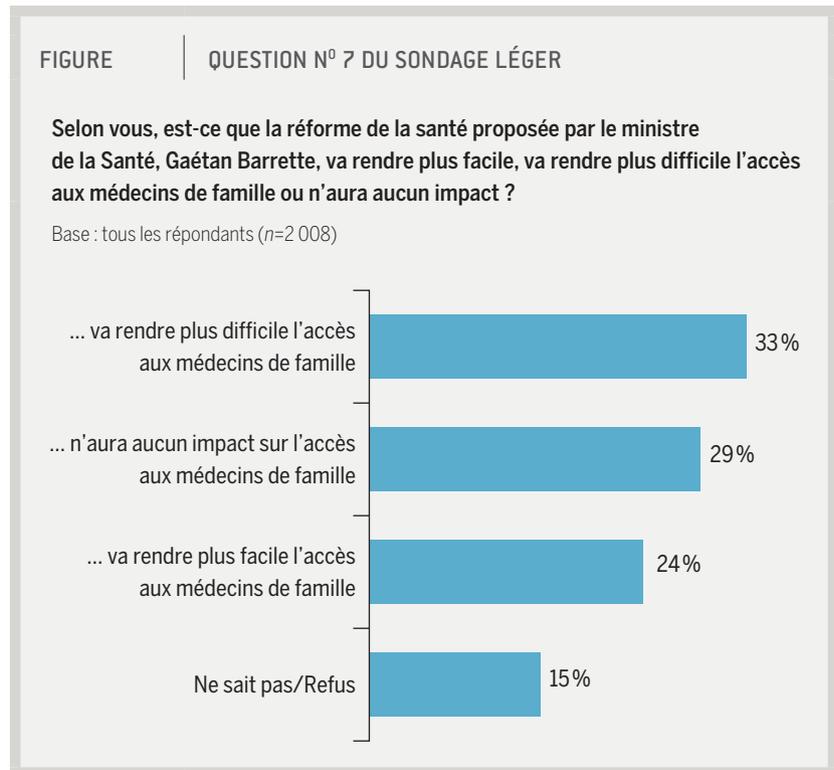
Emmanuèle Garnier

Que pensent les Québécois de la réforme de la santé proposée par le ministre Gaétan Barrette? Seulement 24 % croient qu'elle va faciliter l'accès à un médecin de famille. Mais 62 % estiment qu'elle aura l'effet contraire ou ne changera rien (figure). Ce sont les résultats qui ressortent d'un sondage Léger réalisé par Internet auprès de 2008 Québécois du 25 au 29 mars 2015 pour le compte de la FMOQ.

Parmi les personnes qui ont répondu au questionnaire, 58 % estiment que le projet de loi n° 20 impose aux médecins de famille des quotas de patients au détriment de la qualité des soins. La majorité croit également que la surcharge de travail imposée aux omnipraticiens rendra la médecine familiale moins attrayante pour les jeunes médecins et poussera à la retraite ceux qui sont en fin de carrière. Par ailleurs, 85 % des répondants croient que pour réussir sa réforme, le ministre de la Santé doit s'entendre avec les intervenants du milieu de la santé.

Qu'en est-il du recours à la ligne dure? Cinquante-trois pour cent des gens ne sont pas d'accord avec le fait de réduire la rémunération des médecins de famille qui ne respectent pas les quotas de patients, et la même proportion s'oppose à l'imposition de quotas de patients. Et si 45 % des répondants considèrent que pour réussir sa réforme, le ministre doit imposer ses vues aux intervenants du milieu de la santé, la même proportion pense le contraire.

Les propositions que la FMOQ a faites dans son plan pour accroître l'accès



à la première ligne sont bien accueillies par les personnes interrogées. Ainsi, environ 90 % des répondants estiment que l'informatisation des dossiers médicaux et l'accès adapté sont de bonnes mesures. Plus de 80 % considèrent que le travail interdisciplinaire, la création de supercliniques et la prise en charge, de façon volontaire, de plus de patients par médecin de famille permettraient aussi d'améliorer l'accès à un omnipraticien.

Qui inspire le plus confiance dans les débats sur la réforme de la santé? Le Dr Louis Godin, président de la FMOQ, et le ministre de la Santé ont chacun la confiance d'environ 28 % des répon-

dants. Par contre, 51 % affirmaient ne pas faire confiance à M. Barrette et 17 %, au président de la Fédération. En ce qui concerne ce dernier, 50 % indiquaient ne pas le connaître assez pour se prononcer.

Les résultats de ce sondage électronique ont été pondérés à l'aide des données du recensement de 2011 selon l'âge, le sexe, la langue maternelle, la région et le niveau de scolarité pour rendre l'échantillon représentatif de la population. Aux fins de comparaison, un échantillon probabiliste de 2008 répondants aurait une marge d'erreur de $\pm 2,2\%$ dans 19 cas sur 20. //

ACCÈS ADAPTÉ

DES RETOMBÉES POSITIVES À PORT-CARTIER

Claudine Hébert



Photo: Emmanuèle Garnier

D^r Pierre Gosselin

Déjà, en 2013, le nombre de consultations à l'urgence de Port-Cartier avait considérablement fondu, mais en 2014 les résultats sont encore meilleurs. Le nombre de visites annuelles, compilées par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Port-Cartier, se retrouve maintenant sous la barre des 17 000, soit 16 454 (figure). Du jamais vu dans la région!

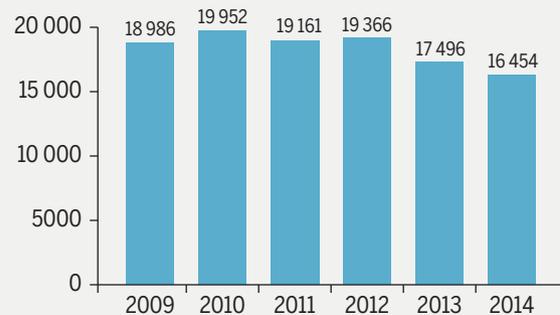
«C'est plus de 3000 visites de moins par année que la moyenne annuelle de 19 493 visites que l'on avait de 2010 à 2012», signale le **D^r Pierre Gosselin**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord. Depuis 18 mois, poursuit-il, on maintient une baisse de 17% des consultations à l'urgence par rapport aux années antérieures.

Rappelons qu'entre octobre 2013 et janvier 2014, le Groupe de médecine familiale (GMF) de Port-Cartier et la direction du CSSS ont mis en place trois mesures pour réduire l'achalandage de l'urgence du CSSS de Port-Cartier. Soit l'Accès adapté qui permet aux patients d'obtenir un rendez-vous dans les 24 h à 48 h, un service de consultation sans rendez-vous ouvert les lundis et jeudis pour traiter les patients classés P4 et P5 qui se présentent à l'urgence, ainsi que la prolongation des heures du service de santé courant, maintenant ouvert de 7 h à 15 h sept jours sur sept.

Des trois mesures, l'Accès adapté est probablement celle qui a le plus contribué à diminuer le nombre de consultations à l'urgence. «Cette méthode demande un peu plus d'heures par semaine en clinique. On voit en général deux patients de plus par jour. En revanche, l'achalandage est beaucoup moins lourd à l'urgence. Depuis octobre 2013,

FIGURE | VISITES ANNUELLES À L'URGENCE

Visites à l'urgence



Données du CSSS de Port-Cartier. Reproduction autorisée.

on compte en moyenne 64 visites de moins par semaine, soit 9 visites de moins par jour», indique le D^r Gosselin. Pratiquant à la fois au GMF et à l'urgence, le clinicien voit les deux côtés de la médaille.

La population de Port-Cartier, pour sa part, est très reconnaissante de cette nouvelle façon de faire. «On sent beaucoup moins de frustration dans les salles d'attente. C'est très gratifiant de travailler dans ces conditions. On voit que l'on rend service aux patients au moment même où ils en ont vraiment besoin.»

Grâce à l'Accès adapté, certains patients consultent par ailleurs alors qu'ils sont dans la phase aiguë de leur maladie. L'an dernier, l'un des patients du D^r Gosselin ressentant des symptômes inquiétants s'est présenté au GMF. Il a pu voir rapidement le médecin. «Ce patient se plaignait de douleur thoracique d'allure cardiaque. Après une courte évaluation, on a appelé l'ambulance, et il a été transféré au service des urgences. La pratique en cabinet n'est plus comme auparavant», indique le médecin.

Le D^r Gosselin estime que l'Accès adapté dans les cliniques médicales constitue une des solutions pour régler les problèmes d'achalandage dans les urgences. Il faut cependant que tout le monde collabore. Sans le soutien de l'ensemble des médecins, des infirmières et de l'adjointe administrative qui reçoit les appels, les mesures pour réduire l'achalandage aux urgences, conclut-il, n'auraient jamais obtenu autant de succès. //

L'APNÉE OBSTRUCTIVE DU SOMMEIL

LA MALADIE CACHÉE

L'apnée obstructive du sommeil est souvent difficile à détecter. Ses symptômes peuvent ressembler à ceux de nombreuses autres affections. Et elle n'est pas sans risque. Les micro-éveils et l'hypoxémie qu'elle peut entre autres provoquer sont susceptibles d'avoir de graves conséquences.

Emmanuèle Garnier



Photo: Emmanuèle Garnier

D^{re} Kateri Champagne

Dès le premier coup d'œil, la D^{re} **Kateri Champagne** reconnaît ses futurs patients. Menton fuyant, visage long et mâchoire étroite pour certains; tour de taille important et faible masse musculaire pour d'autres. Pour la pneumologue spécialisée en médecine du sommeil, ces caractéristiques sont révélatrices. Avant même d'avoir interrogé la personne et de lui avoir fait passer des tests, elle connaît le diagnostic: apnée obstructive du sommeil.

Ce trouble respiratoire du sommeil est une maladie invisible. Une affection que les premiers concernés ignorent souvent eux-mêmes. Caractérisée par des pauses respiratoires de dix secondes et plus pendant le sommeil, elle provoque de graves perturbations. Des organes, comme le cœur et le cerveau, peuvent dans certains cas subir des dommages irréversibles.

Environ 5% de la population souffre d'apnée obstructive du sommeil. Mais chez plus de 90% des gens touchés, la maladie ne serait pas diagnostiquée. Ainsi, au Québec, quelque 350 000 personnes non traitées en souffriraient à divers degrés¹. Beaucoup pourraient cependant être repérés grâce à leur physique.

Un visage mince et un menton effacé sont des indices de voies respiratoires supérieures étroites, ce qui prédispose à l'apnée obstructive du sommeil. Un abdomen proéminent, d'un autre côté, va souvent de pair avec une accumulation de graisse dans la langue et le cou, dépôts qui réduiraient le calibre des voies respiratoires. Une faible masse musculaire, elle, révèle une musculature du cou qui peine à garder les voies respiratoires ouvertes pendant le sommeil.

« Ces caractéristiques devraient frapper le médecin et l'inciter à demander au patient s'il ronfle et à l'interroger sur la qualité de son sommeil. En présence de certains diagnostics, comme la dépression ou l'hypertension, le clinicien devrait aussi penser à l'apnée du sommeil », affirme la D^{re} Champagne, directrice médicale de l'Institut de médecine du sommeil. Environ la moitié des patients hypertendus ou dépressifs souffriraient de ce problème respiratoire¹.

DES PROBLÈMES COGNITIFS

L'apnée du sommeil peut gravement nuire aux fonctions cognitives. Souvent, cependant, les personnes touchées ne se doutent de rien. La neuropsychologue **Nadia Gosselin**, elle, constate les problèmes dans les tests qu'elle fait passer. « Nous voyons que les patients ont des problèmes cognitifs dans trois sphères: l'attention, la mémoire épisodique, (qui est la capacité d'apprendre de nouvelles choses) et les fonctions exécutives (qui incluent la capacité de planifier des tâches et de faire des travaux complexes) », explique la chercheuse du Centre d'études avancées en médecine du sommeil de l'Hôpital du Sacré-Cœur à Montréal.

Que produit de si néfaste l'apnée du sommeil? Pour commencer, elle fragmente le sommeil. Souvent, les pauses respiratoires se terminent par un micro-éveil dont le patient n'est même pas conscient. Il peut ainsi se réveiller plus de trente fois en une heure dans les cas graves. Cependant, non seulement la quantité de sommeil est touchée, mais la qualité aussi. Le sommeil est moins profond. « Quand le patient se réveille pendant le sommeil paradoxal et qu'il se rendort tout de suite après, il retombe en sommeil de stade 1 ou 2, mais pas en sommeil paradoxal. Ce stade joue un rôle sur le plan cognitif. »



Le lendemain, les gens apnéiques sont fatigués et ainsi moins capables d'apprendre. S'ils dorment mal la nuit suivante, ils auront, en outre, de la difficulté à encoder les nouvelles informations. « On a besoin d'une bonne nuit de sommeil pour bien consolider les apprentissages que l'on a faits dans la journée », explique M^{me} Gosselin, également professeure adjointe au Département de psychologie de l'Université de Montréal.

Une nuit ponctuée de micro-éveils touche aussi l'attention. Le patient aura plus de difficulté à exécuter des tâches qui demandent de l'attention, mais aussi à faire des travaux complexes, comme n'importe quelle personne qui a mal dormi.

Un second mécanisme est également en jeu dans l'apnée du sommeil : la diminution du taux d'oxygène dans le sang, l'hypoxémie. Le cerveau peut alors subir des dommages. « Il y a deux régions cérébrales qui sont plus sensibles au manque d'oxygène : le cortex préfrontal et les régions hippocampiques. L'hypoxémie peut causer la mort de neurones dans ces zones. La personne va alors avoir de la difficulté à faire les tâches gérées par ces régions : le cortex préfrontal est responsable des fonctions exécutives ; et les régions hippocampiques, de la mémoire épisodique. »

MANQUE D'OXYGÈNE AU CERVEAU

Lorsqu'elle est grave, l'apnée du sommeil a souvent des répercussions sur le quotidien. Les personnes atteintes sont somnolentes et ont de la difficulté à fixer longtemps leur attention. « Au volant, elles peuvent s'endormir, être plus lentes à réagir ou ne pas réagir du tout devant un obstacle. Il va également leur être difficile de réaliser une tâche de plus de vingt minutes, surtout si elle est monotone. » Ces gens éprouvent aussi de la difficulté à diviser leur attention. Il leur est ardu, par exemple, d'écouter pendant une réunion, tout en prenant des notes. Apprendre de nouvelles tâches n'est pas non plus facile pour elles.

Lorsque le cortex préfrontal est touché, les personnes peuvent avoir de la difficulté à récupérer l'information en mémoire. Elles peinent à se souvenir, par exemple, de la liste



Pr^o Nadia Gosselin

d'épicerie qu'elles ont faite. Comme les fonctions exécutives sont atteintes, les tâches qui demandent plusieurs étapes deviennent également fastidieuses. La personne aura ainsi de la difficulté à faire un plan et à le suivre ou à organiser un repas pour plusieurs convives.

Certains des effets de l'apnée sur le fonctionnement intellectuel sont réversibles. Ils s'atténuent ou disparaissent lorsque le patient est traité avec un appareil à pression positive continue. « Le premier bienfait est la diminution de la somnolence. Le fait de ne plus avoir de fragmentation du sommeil réduit ce symptôme et, par conséquent, améliore le fonctionnement en général. Sur le plan cognitif, le traitement augmente l'attention », indique la Pr^o Gosselin.

Mais certaines séquelles peuvent demeurer. Le traitement n'améliore pas, par exemple, la mémoire de travail², qui est la capacité de retenir et de manipuler des informations pendant une tâche. « Quand ils sont traités, les gens qui ont eu de l'apnée du sommeil très importante et subi des dommages irréversibles au cerveau vont mieux réussir les tests qui mesurent les fonctions exécutives, mais leurs résultats restent au-dessous de la moyenne. »



D^r Marcel Baltzan

La gravité de l'apnée est le facteur déterminant. Les personnes ayant des formes légères, marquées par de cinq à quinze pauses respiratoires par heure et ayant peu de désaturation seraient moins touchées sur le plan cognitif.

DES EFFETS DE LA TÊTE AUX PIEDS

MALADIES CARDIAQUES

L'apnée du sommeil ne touche pas que le cerveau. «Aucun système n'est épargné. On risque d'être atteint de la tête au pied», indique la D^{re} Champagne, coauteure du guide d'exercice sur l'apnée obstructive du sommeil du Collège des médecins du Québec¹. Le cœur peut lui aussi subir des dommages. L'apnée déclenche divers mécanismes qui lui sont néfastes : entre autres la production d'un stress oxydatif, l'augmentation de la pression artérielle et la hausse du taux de coagulation. Elle constituerait un facteur de risque de maladie cardiovasculaire aussi important que le tabagisme, l'obésité et le diabète.

L'apnée est particulièrement dangereuse en présence de maladie cardiaque. «L'être humain peut subir de brèves périodes de manque d'oxygène tant que les tissus ne sont pas en ischémie et que les cellules ne sont pas mortes. L'être humain est résistant», affirme le **D^r Marcel Baltzan**, pneumologue ayant une formation en médecine du sommeil et pratiquant à l'Hôpital Mont-Sinaï, à Montréal. Cependant, avoir une maladie coronarienne grave et une hypoxie est une mauvaise combinaison. Il y a un double péril pour les cellules cardiaques. C'est là qu'on voit des complications chez les patients qui ont une apnée du sommeil non traitée.»

DIABÈTE

L'apnée du sommeil pourrait aussi déclencher le diabète. D'ailleurs, 86 % des patients atteints du diabète de type 2 sont apnéiques¹. «La désaturation et le temps passé avec un taux d'oxygène inférieur à 90 % sont des facteurs de risque associés à l'apparition du diabète. Pourquoi? Parce que lorsqu'il y a des difficultés respiratoires, le taux de cor-

tisol et d'hormone de croissance s'élèvent et font monter la glycémie. La concentration d'adrénaline et de noraadrénaline grimpe aussi. Il y a donc plusieurs facteurs de risque au-delà du fait que le patient diabétique est souvent obèse. D'après certaines études préliminaires, on pourrait améliorer la maîtrise de la glycémie en traitant l'apnée du sommeil», explique la D^{re} Champagne.

DÉPRESSION

L'apnée du sommeil accroît par ailleurs le risque de dépression. Les deux affections semblent s'entremêler. Le traitement de l'apnée, par exemple, stabiliserait l'humeur. Mais il y a plus! «Parmi les patients dépressifs qui répondent bien aux médicaments, un certain nombre continuent à ressentir de la fatigue et ont un manque d'énergie résiduel à cause de l'apnée du sommeil, explique le D^r Baltzan. Il y a aussi le fait que ces patients, à cause de la dépression ou de leurs médicaments, ont tendance à gagner du poids, ce qui pourrait faire apparaître l'apnée du sommeil. Elle était peut-être déjà présente, mais au lieu d'être légère, elle devient grave, et le diagnostic devient alors évident.»

Les symptômes de l'apnée du sommeil miment souvent ceux de la dépression. «La fatigue, la mauvaise qualité de sommeil, des changements de poids, le manque d'énergie, de concentration et de motivation, tout cela peut être purement dû à l'apnée du sommeil», affirme le pneumologue, également directeur médical du laboratoire OSR Médical. Mais on peut distinguer les deux maladies par certains indices. «Il y a des symptômes de dépression qui ne sont pas du tout caractéristiques de l'apnée du sommeil, comme la grande mélancolie, accompagnée de profonds soupirs et de larmes, l'autocritique exagérée et les idées suicidaires.» La variation du poids peut aussi donner une indication : le dépressif en perdra alors que l'apnéique en gagnera.

UNE AFFECTION DÉCONCERTANTE

«Comme médecin, peu importe le diagnostic ou la raison de consultation du patient, que ce soit le diabète, la grossesse ou l'hypertension, on prend l'habitude de penser à l'apnée du sommeil. Cette affection peut modifier le cours de la maladie, mais aussi en imiter bien d'autres», avertit la D^{re} Champagne, également directrice médicale du laboratoire du sommeil de la Clinique Neuro-Outaouais.

L'apnée peut effectivement facilement mystifier le clinicien. Chez les hommes, par exemple, la nycturie qu'elle provoque parfois peut faire croire à un problème de prostate. Chez les femmes, les sudations nocturnes qui accompagnent les éveils peuvent être prises pour des symptômes de ménopause. Les réveils fréquents peuvent passer pour de l'insomnie.

Certains patients mettent cependant eux-mêmes le médecin sur la piste. Ils lui mentionnent qu'ils sont exténués et s'endorment souvent. «Ce qui réduit d'abord la qualité de vie du



patient apnéique, c'est la fatigue. Elle se manifeste par un manque d'énergie, de concentration et de motivation. Il y a ensuite le phénomène de la somnolence le jour. Le patient cherche à dormir, ses yeux se ferment. Il a peur de s'assoupir au volant, au travail, au téléphone, devant les gens dans une réunion», explique le D^r Baltzan.

Une étude à laquelle le pneumologue a participé montre que les patients subissent les symptômes de l'apnée du sommeil en moyenne neuf ans avant qu'un diagnostic soit posé³. «Ceux qui ont le plus de chance d'avoir une consultation en médecine du sommeil sont les patients qui insistent et refusent d'accepter d'être fatigués tout le temps.»

L'apnée du sommeil n'est pas toujours grave. «Il y a facilement de 20 % à 30 % des gens qui en font, ressentent ses effets sans le savoir, mais réussissent à fonctionner quand même dans la journée», affirme la P^{re} Gosselin.

L'affection toutefois s'aggrave souvent avec le temps. «La prise de poids qui survient avec les années empire l'apnée du sommeil. La perte de tonus musculaire, surtout dans le cou, accentue aussi le problème avec l'âge. On sait qu'avec les années, les gens ont tendance à avoir plus d'arrêts respiratoires durant la nuit», mentionne la neuropsychologue.

LES HOMMES ET LES FEMMES

Quand on pense à l'apnée du sommeil, on voit un homme de plus de 65 ans, obèse, somnolent, qui ronfle bruyamment la nuit. Ce type de patient a effectivement plus de 80 % de risque de faire de l'apnée. Mais 50 % des personnes qui en sont atteintes n'émettent pas de ronflement sonore, et 40 % ne sont pas obèses¹. Et beaucoup ne sont pas des hommes.

Les femmes apnéiques sont souvent difficiles à détecter. Elles nient ronfler régulièrement. Elles ne se plaignent généralement pas de somnolence. Elles vont plutôt parler de fatigue. «Le médecin va souvent leur dire qu'elles font une dépression. Donc, non seulement elles ne présentent pas le tableau classique d'apnée du sommeil, mais quand elles parlent à leur clinicien, elles ne l'aident pas à les diriger vers un spécialiste de la médecine du sommeil», affirme la D^{re} Champagne.

Mais chez quelles femmes faut-il soupçonner l'apnée du sommeil? «Toute femme en âge de procréer qui a un tableau de dépression, de diabète ou une hypertension chronique devrait être interrogée et évaluée en médecine du sommeil. Celles qui ont déjà eu une grossesse compliquée d'hypertension devraient l'être également, parce que la majorité fait de l'apnée du sommeil.»

Durant certaines phases de la vie, l'apnée du sommeil devient plus fréquente chez la femme. Sa prévalence croît, par exemple, pendant la grossesse. Quand l'apnée apparaît,

ENCADRÉ 1

DÉPISTAGE DES PROBLÈMES LIÉS AU SOMMEIL

Un questionnaire à faire remplir au patient

Des chercheurs québécois, M^{me} Sally Bailes, psychologue à l'Hôpital général juif, et son équipe, ont créé le *Questionnaire sur les symptômes liés aux problèmes de sommeil* ou SSC (Sleep Symptom Checklist). Cet outil rapide et facile à utiliser est destiné à aider les médecins à évaluer le sommeil d'un patient. Ce dernier y indique la gravité de divers symptômes liés à quatre aspects : l'insomnie, le fonctionnement diurne, les troubles du sommeil et l'état psychologique (voir p. 16).

RÉFÉRENCES

- Bailes S, Baltzan M, Rizzo D et coll. Sleep disorder symptoms are common and unspoken in Canadian general practice. *Fam Practice* 2009; 26 (4) : 294-300.
- Bailes S, Baltzan M, Rizzo D et coll. A diagnostic symptom profile for sleep disorder in primary care patients. *J Psychosom Res* 2008; 64(4) : 427-33.
- On peut obtenir la version anglaise du questionnaire à : <http://bit.ly/1DkJWxu> ou <https://fmoq-mdq.s3.amazonaws.com/2015/05/SSC.pdf>

elle peut être associée à l'hypertension de la grossesse et à la prééclampsie. L'une des solutions novatrices est d'intervenir sur la première affection. «Des données préliminaires semblent indiquer que le traitement de l'apnée du sommeil a un très grand effet sur la pression artérielle pendant la grossesse. Cela permet de donner moins de médicaments.» L'apnée reste toutefois rare chez les femmes dont la pression est normale et la grossesse, à faible risque⁴.

La fréquence de l'apnée du sommeil augmente également chez les femmes ménopausées. «La prévalence devient aussi importante que chez les hommes», précise la pneumologue.

L'APNÉE DU SOMMEIL AU TROISIÈME ÂGE

L'apnée du sommeil frappe souvent au troisième âge. «Ce problème est plus fréquent chez les personnes âgées, parce qu'elles ont souvent eu le temps d'avoir plus de complications, comme le diabète, un infarctus, l'hypertension, etc., des affections qui peuvent en favoriser l'apparition. Elles font également moins d'exercice et accumulent plus de tissus adipeux», mentionne la D^{re} Champagne.

L'un des risques associés à l'apnée du sommeil après un certain âge est l'émergence de la démence. «Si un processus neurodégénératif est enclenché dans le cerveau, l'apnée du sommeil l'accélérerait. Les conséquences sur le comportement apparaîtraient alors plus rapidement, selon nos études», dit la P^{re} Gosselin.

Veillez indiquer l'intensité de chacun des symptômes au cours du dernier mois en mettant un crochet dans la colonne appropriée.

0 = absent 1 = léger 2 = moyen 3 = fort

| Symptôme du patient | Intensité | | | | Notes |
|--|-----------|---|---|---|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | |
| Éveil la nuit et difficulté à se rendormir | | | | | |
| Insomnie | | | | | |
| Difficulté à s'endormir | | | | | |
| Sommeil de mauvaise qualité | | | | | |
| Réveil trop tôt le matin | | | | | |
| Éveils fréquents causés par une envie d'uriner | | | | | |
| Somnolence pendant la journée | | | | | |
| Manque de vitalité ou d'énergie | | | | | |
| Douleurs physiques | | | | | |
| Fatigue pendant la journée | | | | | |
| État de santé qui limite certaines activités | | | | | |
| Sommeil non réparateur | | | | | |
| Mal de tête au réveil | | | | | |
| Ronflements | | | | | |
| Interruption de la respiration durant le sommeil | | | | | |
| Mouvements brusques des jambes et des bras pendant la nuit | | | | | |
| Somnolence pendant la journée à des moments inopportuns | | | | | |
| Bouche sèche au réveil | | | | | |
| Sensation d'inconfort dans les jambes qui entraîne le besoin de les bouger | | | | | |
| Dépression | | | | | |
| Anxiété | | | | | |
| Faible sentiment de bien-être | | | | | |

Source : © Sally Bailes. Reproduction autorisée.

Le traitement par pression positive offre cependant de l'espoir. Il ralentirait ou stabiliserait le processus neurodégénératif lorsqu'il est peu avancé. Par exemple, chez les gens présentant des troubles cognitifs légers. Mais même quand la maladie a progressé, le traitement reste utile bien qu'il ne

ralentisse plus le processus dégénératif. « Certaines études ont montré que chez les gens atteints à la fois de la maladie d'Alzheimer et de l'apnée du sommeil, le fait de traiter cette dernière améliore le fonctionnement cognitif. Le processus neurodégénératif ne change pas. Le nombre de



ENCADRÉ 3 | ENFANTS TURBULENTS OU APNÉIQUES ?

L'apnée du sommeil peut avoir de lourdes conséquences chez les enfants. Ceux qui en sont atteints ont de trois à quatre fois plus de risque d'avoir des problèmes de comportement ou des troubles de conduite. Leur probabilité d'avoir un diagnostic ou des symptômes du trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est également deux fois plus grande.



D^{re} Evelyn Constantin

La D^{re} Evelyn Constantin, pédiatre au Centre universitaire de santé McGill, et ses collaborateurs, ont constaté ces faits dans une étude qu'ils ont menée sur 605 enfants de la grande région de Montréal. « Il peut être important pour les cliniciens de poser des questions sur les symptômes d'apnée obstructive du sommeil chez les enfants qui présentent des troubles du comportement et, de manière similaire, de considérer les troubles du comportement comme une séquelle potentielle de l'apnée du sommeil », écrivent les chercheurs dans la revue *Behavioral Sleep Medicine* dans laquelle ils ont publié leurs résultats.

Pour effectuer leur étude, les chercheurs ont évalué rétrospectivement les données d'un questionnaire rempli par des parents au sujet de leur enfant. Les questions portaient sur les symptômes de l'apnée du sommeil et du TDAH, sur les problèmes de comportement et sur les troubles des conduites (vol, fugue, bagarres, vandalisme, etc.). Les liens qui ressortent confirment et complètent les données qui existaient déjà.

Mais comment un problème respiratoire du sommeil peut-il être lié à un trouble du comportement ? « Les enfants qui font de l'apnée du sommeil se réveillent plusieurs fois durant la nuit. La perturbation et la fragmentation de leur sommeil peuvent interférer avec le processus de récupération qui a lieu dans le cerveau. Cela peut nuire à leur fonctionnement », explique la D^{re} Constantin, également directrice du service de consultation sur les troubles du sommeil de l'Hôpital de Montréal pour enfants.

L'apnée du sommeil a aussi des répercussions sur le plan cognitif. Les enfants qui en sont atteints peuvent avoir des difficultés d'apprentissage et de moins bons résultats scolaires. Sur le plan physique, ils peuvent présenter des retards de croissance. Une étude chinoise montre une différence moyenne de 11 cm chez dix-sept paires de jumeaux de 3 à 12 ans, dont l'un était atteint d'apnée du sommeil et l'autre pas².

Un trouble à diagnostiquer précocement

L'apnée du sommeil toucherait de 1 % à 5 % des enfants. Généralement causée par l'hypertrophie des amygdales et des tissus adénoïdes, elle est traitée par adénoamygdalectomie. « L'opération permet de réduire les symptômes dans 80 % des cas, mais n'élimine pas forcément totalement l'apnée du sommeil chez certains enfants », précise la D^{re} Constantin, également professeure adjointe de pédiatrie à l'Université McGill.

Mais comment repérer les enfants atteints d'apnée du sommeil ? « L'American Academy of Pediatrics recommande de demander aux parents de tous les enfants de 1 an et plus si ces derniers ronflent », indique la pédiatre. Si c'est le cas, le médecin peut alors vérifier la présence des autres symptômes : la difficulté à respirer la nuit, la respiration par la bouche, les réveils fréquents, un sommeil non réparateur ou agité et des pauses respiratoires. Le jour, l'enfant peut présenter une hyperactivité, des problèmes de comportement ou de la fatigue.

Un dépistage rapide est important. « Le diagnostic et le traitement précoces pourraient contribuer à diminuer le comportement perturbateur associé à l'apnée du sommeil, améliorer l'apprentissage et réduire les interruptions dans le développement social et cognitif de l'enfant », expliquent les auteurs de l'étude. L'adénoamygdalectomie permet aussi d'accélérer la croissance de l'enfant. L'étude chinoise montre qu'un an après l'opération, la différence de taille entre les jumeaux était réduite à 6 cm. L'effet était encore plus marqué chez les enfants de moins de 6 ans².

1. Constantin E, Low NC, Dugas E et coll. Association Between Childhood Sleep-Disordered Breathing and Disruptive Behavior Disorders in Childhood and Adolescence. *Behav Sleep Med* 2014; 7 : 1-13.
2. Zhang XM, Shi J, Meng GZ et coll. The Effect of obstructive sleep apnea syndrome on growth and development in nonobese children: a parallel study of twins. *J Pediatr* 2015; 166 (3) : 646-50.

plaques de bêta-amyloïdes ou la neurodégénérescence dans le cerveau ne diminuent pas, mais on voit des progrès sur le plan comportemental », explique la neuropsychologue.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic de l'apnée du sommeil commence par l'anamnèse et l'examen du patient (encadrés 1 et 2). Toutefois, il faut ensuite un test objectif. Beaucoup de laboratoires en offrent, mais

il faut se méfier. Certains vendent aussi directement aux patients des appareils à pression positive bien que le Collège des médecins demande de dissocier les activités diagnostiques et commerciales.

Les laboratoires doivent par ailleurs répondre à des normes. «Selon les directives du Collège, qui ont été élaborées avec l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec, ils doivent obligatoirement avoir un directeur médical formé en médecine du sommeil, et une clinique médicale pour donner des consultations spécialisées, offrir la polysomnographie (en laboratoire) et, en option, la polygraphie cardiorespiratoire (à domicile)», précise la D^{re} Champagne.

Faut-il traiter toutes les apnées du sommeil avec un appareil à pression positive? Même les légères? Souvent, le risque de complications lié à ces apnées est faible, et leurs symptômes, peu inconfortables. «Comme clinicien, je trouve difficile de motiver un patient à suivre un traitement difficile à tolérer. L'appareil fait un peu masque de Darth Vader dans la Guerre des étoiles. C'est effrayant pour les personnes qui n'en ont jamais vu», reconnaît le D^r Baltzan. Il existe cependant d'autres solutions pour aider ces patients.

Par contre, le pneumologue devient insistant lorsque la maladie est grave. «Avant de laisser partir un patient très atteint qui refuse le traitement par pression positive, je lui parle des futurs risques cardiovasculaires. Les risques d'arythmie cardiaque, de problèmes ischémiques, de mort subite, d'accidents vasculaires cérébraux, de mortalité précoce sont quadruplés sur une période de quatre à sept ans chez les personnes qui ne sont pas traitées par rapport à celles qui le sont, quand l'apnée est importante.»

Mais d'abord et avant tout, il faut repérer la maladie. «L'apnée obstructive du sommeil est une affection cachée, estime la D^{re} Champagne. Il faut arrêter de fermer les yeux. On doit vraiment prendre l'habitude de regarder notre patient et de le questionner sur son sommeil.» //

BIBLIOGRAPHIE

1. Collège des médecins du Québec et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec. *Apnée obstructive du sommeil et autres troubles respiratoires du sommeil*. Montréal: le Collège; 2014. 94 pages.
2. Gagnon K, Baril AA, Gagnon JF et coll. Cognitive impairment in obstructive sleep apnea. *Pathol Biol (Paris)* 2014; 62 (5): 233-40.
3. Bailes S, Baltzan M, Rizzo D et coll. Sleep disorder symptoms are common and unspoken in Canadian general practice. *Fam Pract* 2009; 26 (4): 294-300.
4. Champagne KA, Kimoff RJ, Barriga PC et coll. Sleep disordered breathing in women of childbearing age & during pregnancy. *Indian J Med Res* 2010; 131: 285-301.



XVIII^e CONGRÈS SYNDICAL DE LA FMOQ
fmoq.org

MA PROFESSION, MON ENGAGEMENT

28 ET 29 MAI 2015
LE WESTIN MONTRÉAL, MONTRÉAL

NOMBRE DE PARTICIPANTS LIMITÉ !



**En cette période de grands bouleversements,
quoi de plus approprié que de venir discuter
des enjeux de notre profession !**

– D^{re} Josée Bouchard,
présidente du congrès syndical



Inscription gratuite, mais obligatoire, avant le 15 mai

PRATICO • PRATIQUE

VOUS AVEZ DES TRUCS
À NOUS FAIRE CONNAÎTRE ?

ENVOYEZ-LES À EGARNIER@FMOQ.ORG

NON ! PAS DE COLOSCOPIE !

Certains patients sont réticents à passer une coloscopie. Ils peuvent même carrément refuser l'examen. La **D^{re} Natasha Bird**, médecin de famille à Coaticook, se doute des motifs de plusieurs d'entre eux. « Il faut chercher une histoire d'agression sexuelle », explique-t-elle.

La clinicienne a découvert le lien grâce à une patiente de 50 ans qu'elle avait envoyée passer l'examen. À son retour, la femme était en colère. Elle s'était sentie insultée et humiliée pendant la coloscopie. Elle avait dit à la gastro-entérologue qu'elle lui faisait mal, mais la spécialiste avait continué quand même. Pendant plusieurs jours, la patiente n'en avait pas dormi.

Devant la réaction de la femme, la D^{re} Bird lui a demandé si elle avait été agressée quand elle était jeune. C'était le cas. « L'examen est une pénétration, et la patiente s'était sentie impuissante. On a appris, au cours des années, qu'il y avait beaucoup plus d'enfants victimes d'agressions sexuelles qu'on ne le pensait. » Il serait donc souhaitable, selon la D^{re} Bird, que le médecin qui passe l'examen ait conscience de cette possibilité et sache se montrer empathique. **EG**

TOUCHER LA CORDE SENSIBLE

Pour bien prendre en charge certains patients diabétiques, il ne suffit pas d'être un bon clinicien, il faut aussi être un bon vendeur. On doit les convaincre de suivre fidèlement leur traitement. Il faut donc savoir trouver leur corde sensible. Découvrir l'argument qui va balayer leurs résistances.

La **D^{re} Stéphanie Lavoie-Lennon**, résidente à l'unité de médecine familiale de Shawinigan, s'est aperçue que chez les hommes le spectre du dysfonctionnement érectile était un argument très puissant. « On peut leur dire que ce trouble risque d'arriver s'ils n'en sont pas atteints ou de devenir irréversible s'ils le sont. » Échapper à cette éventualité motive les hommes plus que les risques d'infarctus du myocarde, de rétinopathie, d'insuffisance rénale, de neuropathie périphérique et autres. « Depuis que j'utilise cette technique, j'ai convaincu davantage de patients de prendre leurs médicaments et de bien maîtriser leur diabète. »

Et chez les femmes ? « On peut leur faire valoir que si elles restent en bonne santé, elles pourront voir leurs petits-enfants plus longtemps », explique la jeune clinicienne. **EG**

HASARD, DÉCOUVERTE ET KÉRATOSE

Parfois, la découverte d'une technique de traitement relève du hasard. Ce jour-là, le **D^r Robert Charron**, de l'unité de médecine familiale d'Alma, devait traiter un patient présentant une kératose séborrhéique. Normalement, on brûle ce type de tâche par cryothérapie. Cependant, la lésion à traiter était particulièrement grosse. Et dans ces cas, l'azote liquide n'est pas toujours efficace. « Quand on brûle la kératose séborrhéique, il se produit une petite nécrose dans la semaine qui suit. Si tout va bien, la lésion tombe ensuite, mais pas toujours », explique le clinicien.

Le D^r Charron décide donc de recourir à l'électrocautérisation. Il effectue une petite anesthésie sous la lésion du patient et passe à plusieurs reprises son bistouri électrique superficiellement sur la kératose. Tout à coup, il voit une petite goutte de sang dans la région qu'il traite. Il prend une gaze pour l'essuyer, et là, il s'aperçoit que la lésion se soulève. Et en frottant un peu, il la décolle. La kératose s'enlevait complètement !

Ravi de sa découverte, le D^r Charron montre le résultat au dermatologue avec qui il collabore. Surpris, le spécialiste a alors commencé à utiliser cette technique. « En procédant ainsi, on est tout de suite sûr que la lésion est partie », indique l'omnipraticien. **EG**

Voici
NOUVEAU
Nesina[®]
alogliptine



Voici Nesina®; un nouvel inhibiteur de la DPP-4 pour les patients atteints de diabète de type 2.

Remboursé par la RAMQ comme médicament d'exception (les codes à indiquer sur l'ordonnance sont disponibles).

Comparaison du remboursement par la RAMQ des préparations pharmaceutiques simples (ne renfermant qu'un seul principe actif) d'inhibiteurs de la DPP-4*

| Traitement des patients atteints de diabète de type 2 | Nesina® PRIX UNITAIRE† : 2,10 \$ REMBOURSÉ / CODE | Januvia® PRIX UNITAIRE† : 2,62 \$ REMBOURSÉ / CODE | Onglyza® PRIX UNITAIRE† : 2,30 \$ REMBOURSÉ / CODE | Trajenta® PRIX UNITAIRE† : 2,25 \$ REMBOURSÉ / CODE |
|--|--|---|---|--|
| En monothérapie lorsque la metformine et une sulfonyleurée sont contre-indiquées ou non tolérées | ✓ EN167 | ✓ S/O | S/O S/O | ✓ S/O |
| En association avec la metformine, lorsqu'une sulfonyleurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace | ✓ EN148 | ✓ S/O | ✓ EN148 | ✓ S/O |
| En association avec une sulfonyleurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace | ✓ EN149 | S/O S/O | ✓ EN149 | S/O S/O |

* La signification clinique comparative n'a pas été établie. D'après la Liste des médicaments de la RAMQ (mise à jour le 11 décembre 2014).

† Coût d'acquisition actuel; les prix excluent la marge bénéficiaire ou les frais d'exécution d'ordonnance. S/O = sans objet

NESINA® est indiqué pour améliorer la maîtrise de la glycémie chez les patients adultes atteints de diabète sucré de type 2 :

- en monothérapie comme traitement d'appoint aux mesures concernant le régime alimentaire et l'activité physique chez les patients auxquels la metformine ne convient pas en raison de contre-indications ou d'une intolérance;
- en association avec de la metformine lorsque les mesures concernant le régime alimentaire et l'activité physique plus la metformine seule ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie;
- en association avec une sulfonyleurée lorsque les mesures concernant le régime alimentaire et l'activité physique plus une sulfonyleurée seule ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie;
- en association avec de la pioglitazone lorsque les mesures concernant le régime alimentaire et l'activité physique plus la pioglitazone seule ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie;
- en association avec de la pioglitazone et de la metformine lorsque les mesures concernant le régime alimentaire et l'activité physique plus une bithérapie par ces agents ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie;
- en association avec de l'insuline (avec ou sans metformine) lorsque les mesures concernant le régime alimentaire et l'activité physique plus une dose stable d'insuline (avec ou sans metformine) ne permettent pas de maîtriser adéquatement la glycémie.

Consultez la monographie de produit à l'adresse <http://www.takedacanada.com/ca/nesinamp> pour connaître les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et les conditions d'utilisation clinique. Vous pouvez également obtenir la monographie de produit en nous téléphonant au 1-866-295-4636.

NOUVEAU
Nesina®
alogliptine



Veillez consulter la monographie de produit pour connaître les renseignements complets sur la posologie et l'administration, y compris l'ajustement posologique chez les patients atteints d'insuffisance rénale.

RÉFÉRENCE : 1. Monographie de produit de NESINA®, Takeda Canada Inc.

© 2015 Takeda Canada Inc. Tous droits réservés. Nesina® est une marque déposée de Takeda Pharmaceutical Company Limited, utilisée sous licence par Takeda Canada Inc. JANUVIA® est une marque déposée de Merck Sharp & Dohme Corp., filiale de Merck & Co., Inc., utilisée sous licence. ONGLYZA® est une marque déposée de AstraZeneca AB, utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. TRAJENTA® est une marque déposée utilisée sous licence par Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée.



NES-2015-4F

« Le projet de loi 20, c'est le cancer de la médecine familiale. »

– D^{re} GENEVIÈVE CÔTÉ, *Laval*

Dans le but d'améliorer l'accès aux médecins de famille, les médecins omnipraticiens ont des solutions à proposer au ministre Barrette. L'une d'entre elles est de faire **PLUS DE PRATIQUE EN CABINET** : ne plus forcer les médecins à passer une grande partie de leur temps dans les hôpitaux et privilégier la pratique dans les cliniques et les CLSC.

Pour découvrir
toutes nos solutions
**VISIONNEZ LA
VIDÉO-CHOC**

TRAITEMENT 20

→ pasunnumero.ca
→ [YouTube.com/LaFMOQ](https://www.youtube.com/LaFMOQ)



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

PRINCIPES DE GESTION EN ASSURANCE INVALIDITÉ

PRINCIPES DE BASE

Daniel Paquette

Vous venez de voir votre dernier patient de la journée. Maintenant, il y a ces quelques formulaires d'assurance à remplir. Celui de Claudette qui présente un trouble d'adaptation avec humeur dépressive, imbriqué dans un contexte de conflit au travail avec son supérieur et des collègues à la suite d'un réaménagement des horaires. Puis il y a le formulaire de M. Bouchard, chauffeur-livreur de 35 ans, père de trois enfants et détenteur d'un diplôme de secondaire V, à qui l'orthopédiste n'a plus rien à offrir après une chirurgie au genou droit qui ne lui permet pas de reprendre son travail habituel.

Remplir un formulaire d'assurance peut parfois paraître complexe pour le médecin et, en raison des informations qui y sont inscrites, difficile à interpréter dans certains cas par l'assureur qui doit prendre la décision d'indemniser ou non le patient. Toutes les parties sont gagnantes lorsque les formulaires sont bien remplis. Limitations fonctionnelles, invalidité totale ou partielle pour son propre emploi ou pour tout emploi, ligne temporelle, retour progressif, rôle du médecin traitant, du médecin expert, du médecin-conseil, demande d'expertise, voilà autant d'éléments à la base des principes de gestion en assurance invalidité. Vous désirez clarifier le tout, cette formation est pour vous ! Bon visionnement !

Format : Formation en ligne sur caducee.fmoq.org

Objectifs d'apprentissage :

À la fin de cette conférence interactive, le participant pourra :

- ▶ préciser les notions concernant les capacités et les incapacités de même que l'invalidité partielle et totale ;
- ▶ distinguer les limitations fonctionnelles des restrictions au travail ;
- ▶ définir la notion de retour progressif et collaborer à la réinsertion au travail ;



- ▶ déterminer les éléments clés à intégrer aux formulaires d'assurance ;
- ▶ déceler les situations où le médecin traitant aurait intérêt à communiquer avec l'assureur.

Durée : 2 heures + post-test

Début de la formation : avril 2015

Validation et crédit : La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, organisme agréé en formation continue par le Collège des médecins du Québec, reconnaît 2,5 heures de crédit de catégorie 1 aux participants à cette activité.

Comité scientifique :

- ▶ M^{me} Claude DiStasio, vice-présidente, Affaires québécoises, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) ;
- ▶ M^{me} Christiane Fortier, directrice principale, Gestion invalidité vie, SSQ, groupe financier ;
- ▶ M. Jean-François Gaillard, chef de service, Opérations Québec, Gestion de l'invalidité, Croix Bleue Medavie ;
- ▶ M^{me} Martine Gravel, directrice principale, Vie, Invalidité et Gestion des absences, Assurance collective, Financière Manuvie ;
- ▶ D^r Claude Guimond, directeur de la Formation professionnelle, FMOQ ;
- ▶ D^r Martin Labelle, rédacteur en chef de la revue *Le Médecin du Québec* et directeur adjoint de la Formation professionnelle, FMOQ ;
- ▶ D^r Daniel Paquette, directeur adjoint de la Formation professionnelle, FMOQ.

Collaboration : L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) a contribué financièrement à ce programme de formation professionnelle par une subvention à visée éducative. //

Le D^r Daniel Paquette, omnipraticien, est directeur adjoint de la Formation professionnelle à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

MAINTENANT
REMBOURSÉ PAR LA
RAMQ
(MÉDICAMENT D'EXCEPTION)*



Le premier et le seul agoniste des récepteurs β -3 pour l'HV[†].

*Pour le traitement, en monothérapie, de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace.
†La signification clinique comparative n'a pas été établie.

Myrbetriq : Efficacité prouvée pour l'HV se caractérisant par des symptômes d'incontinence urinaire par impériosités, d'urgence mictionnelle et de pollakiurie.

Indications et usage clinique :

Myrbetriq™ (mirabegron) est indiqué pour le traitement de l'hyperactivité vésicale (HV) se caractérisant par des symptômes d'incontinence urinaire par impériosités, d'urgence mictionnelle et de pollakiurie. L'innocuité et l'efficacité de Myrbetriq chez les patients pédiatriques n'ont pas été établies.

Contre-indications :

- Hypertension grave non maîtrisée [pression systolique (PAS) \geq 180 mm Hg ou pression diastolique (PAD) \geq 110 mm Hg]
- Grossesse

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Événements indésirables graves de type néoplasie
- Augmentation du taux sérique d'ALT/AST, avec ou sans augmentation de la bilirubine, et syndrome de Stevens-Johnson

- Risque d'effets affectant le système cardiovasculaire (allongement dépendant de la dose de l'intervalle QTc, élévation de la pression artérielle et élévation de la fréquence cardiaque)
- La prudence est de mise chez les patients qui présentent des facteurs de risque de torsade de pointes ou qui prennent des médicaments connus pour allonger l'intervalle QT
- Interaction avec les substrats du CYP2D6
- La prudence est de mise chez les patients qui présentent une obstruction du col vésical cliniquement significative ou qui prennent des médicaments antimuscariniques pour le traitement de l'HV
- La prudence est de mise chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique modérée. Utilisation non recommandée chez les patients présentant une insuffisance hépatique grave
- Chez les patients atteints de glaucome, il faut procéder régulièrement à des examens ophtalmologiques
- La prudence est de mise chez les patients souffrant d'insuffisance rénale grave; utilisation non recommandée chez les patients en phase terminale d'une néphropathie
- Ne pas utiliser durant l'allaitement

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie du produit à l'adresse <http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp> pour de plus amples renseignements sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans cette publicité. On peut aussi se procurer la monographie du produit en composant le 1-888-338-1824.

Référence : 1. Astellas Pharma Canada, Inc. Monographie de Myrbetriq, 2013.



Myrbetriq™ est une marque de commerce d'Astellas Pharma Canada, Inc.



Myrbetriq[™]
mirabegron

LA PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE

C'EST LE TEMPS DE S'AJUSTER

Le sujet est à l'ordre du jour, alimenté par des controverses autour de la pertinence de certains actes préventifs et des bienfaits escomptés pour les patients. Pourtant, la littérature est de plus en plus claire!

Exit le bilan de santé annuel chez une personne en bonne santé.

Remplacé par un bilan préventif ciblé et adapté aux étapes de la vie en fonction de l'âge, du sexe et des facteurs de risque.

Le virage est impérieux pour contrer, entre autres, le surdiagnostic et la surutilisation de tests. Des moyens efficaces ont déjà été pris, notamment la collaboration avec d'autres professionnels, la maîtrise d'outils informatiques, les ordonnances collectives, des stratégies organisationnelles pour systématiser la pratique préventive. Cependant, il faut aller plus loin! Nous ne sommes plus à l'étape de reconnaître les vertus de la prévention, mais bien à celle de passer à l'action pour mieux agir auprès du bon patient, au bon moment avec le bon professionnel.

La pratique clinique préventive a aussi besoin d'être soutenue par de bons outils, dont des outils d'aide à la décision clinique. Ces dernières années, le Collège des médecins du Québec a soutenu le travail utile des experts en publiant des lignes directrices. Pour continuer à assurer une pratique préventive crédible et efficiente, nous devons passer sans tarder d'un leadership reposant sur des experts cliniques à un mécanisme pérenne sous la responsabilité d'un organisme québécois. Les patients, la population et les cliniciens en bénéficieraient. Mais qui prendra le relais?

Irma Clapperton

Médecin spécialiste en médecine communautaire à la Direction de santé publique de l'Estrie



Aujourd'hui, elle se
préoccupera plus de la
couleur de son rouge à
lèvres que de son diabète.



Imaginez un monde dans lequel vivre avec le diabète est un peu plus facile. Nous croyons qu'avec du dévouement, des recherches et une attitude combative, ce jour viendra. *C'est votre jour.*

LE DÉVELOPPEMENT DES TOUT-PETITS

LES FONDATIONS D'UNE VIE

Aujourd'hui, vous avez rencontré plusieurs enfants. Au-delà du suivi périodique, vous avez pris le temps de conseiller les parents. Vos recommandations peuvent-elles vraiment faire une différence pour vos petits patients et leur famille ? Plus spécifiquement, vous repensez à M^{me} Roy, une jeune mère monoparentale et sans emploi, qui hésite à retourner aux études, car elle craint que son enfant de 2 ans manque d'affection et s'ennuie à la garderie.

Catherine Risi et Hawa Sissoko

Ce que vivent les enfants durant leurs premières années de vie aura une influence tout au long de leur vie. En effet, les récentes recherches montrent que plusieurs défis sanitaires des sociétés modernes, notamment les maladies chroniques, prennent racine pendant la petite enfance¹. Le développement au cours de cette période agit non seulement sur les apprentissages de base et la réussite scolaire, mais aussi sur la santé physique, mentale et sociale des adultes. Les milieux de vie et les services offerts aux enfants et aux familles doivent donc être de qualité et stimulants, car ce sont eux qui ont le plus de répercussions sur le développement des enfants. À n'en pas douter, les médecins peuvent faire une différence.

PORTER UN REGARD NOUVEAU SUR LE DÉVELOPPEMENT DES TOUT-PETITS

Afin de bien comprendre ce que nous pouvons faire pour favoriser le développement des tout-petits, regardons d'abord qui ils sont et comment se déroule leur développement.

EN L'AN 2020, J'AURAI 10 ANS...

La société évolue rapidement, tout comme les citoyens qui la composent. C'est le cas pour nous les adultes, mais aussi pour les enfants de 0 à 5 ans. L'encadré 1 présente certaines caractéristiques de ce groupe d'âge.

L'Enquête québécoise de 2012 sur le développement des enfants à la maternelle (EQDEM) nous fournit des données sur le degré de développement des tout-petits de la province avant leur entrée en première année. Au Québec, près de 26 % des enfants inscrits à la maternelle à temps plein sont vulnérables dans au moins un domaine de développement².

ENCADRÉ 1

LES CARACTÉRISTIQUES DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS AU QUÉBEC

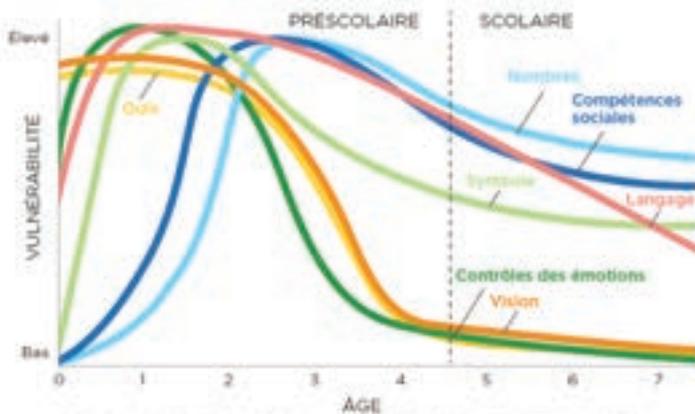
- ▶ Les enfants de 0 à 5 ans représentent 6,6 % de la population (2013)*
- ▶ En moyenne, le Québec compte près de 87 700 naissances par année (2007–2011)†
- ▶ 5,7 % des nouveau-nés ont un faible poids (moins de 2500 g) (2007–2011)†
- ▶ 82 % des bébés sont allaités au premier contact (2013–2014)‡
- ▶ 43 % des bébés sont allaités à six mois (2013–2014)‡
- ▶ 11,9 % des enfants de 0 à 5 ans vivent sous le seuil de faible revenu (2010)§
- ▶ 9,8 % des mères d'enfants de 0 à 5 ans n'ont aucun diplôme ni certificat ni « grade » (2011)§
- ▶ 13,4 % des enfants de 0 à 5 ans vivent dans une famille monoparentale (2011)§
- ▶ 80,9 % des enfants de 0 à 5 ans fréquentent régulièrement un service de garde (2012)*
- ▶ Le taux de signalements traités entre avril 2008 et en mars 2013 était de 49 pour 1000 jeunes†

*ISQ, données internes; †MSSS, données internes; ‡RAMQ, données internes; § Statistique Canada, données internes

La D^{re} Catherine Risi est médecin-conseil à la Direction de santé publique de la Montérégie et professeure d'enseignement clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

M^{me} Hawa Sissoko, infirmière, est responsable de l'équipe Pratiques cliniques préventives, à la Direction de santé publique de la Montérégie, et chargée de cours à la Faculté d'éducation permanente (Certificat en santé communautaire) de l'Université de Montréal.

FIGURE

LES PÉRIODES DE VULNÉRABILITÉ
POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT⁵

Graphique du National Council for Early Child Development (source : Nash, 1997; Early Years Study, 1999; Shonko, 2000). Adaptation française : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (2012).

Source : Direction de santé publique de la Montérégie (2013). *Rapport de la directrice de santé publique 2013. Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ; 2013. 59 p. Site Internet : www.extranet.sante.monteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf. Reproduction autorisée.

LE CERVEAU, CHEF D'ORCHESTRE
DU DÉVELOPPEMENT
DE 0 À 5 ANS

Aujourd'hui, on sait que le développement du cerveau est complexe et découle d'une interaction entre la génétique et l'environnement. La structure du cerveau prend ainsi forme dès le début de la grossesse³. Le poupon naît avec des milliards de neurones qui doivent s'activer, produire des milliards de milliards de connexions et établir des voies neuronales. Ce processus dure tout au long de la vie, mais décroît avec l'âge. Il est par ailleurs très intense pendant les trois premières années de vie, plus particulièrement durant la grossesse et la première année³. Ce phénomène de « câblage du cerveau » est également associé à un élagage. En effet, les neurones non stimulés seront éteints pour des raisons d'efficacité.

Ce développement de l'architecture du cerveau ne se fait pas de façon aléatoire, mais selon des séquences prévisibles⁴, programmées génétiquement et qui surviennent tôt dans la vie (figure⁵). Le

cerveau est alors marqué par un développement intense et présente une grande sensibilité à l'environnement^{1,3}. Il est désormais reconnu que ce sont des moments critiques dans le développement des tout-petits.

Enfin, rappelons que toutes les cellules du corps humain ont le même ADN. Cependant, on sait maintenant que l'environnement et les expériences vécues *in utero* et tôt dans la vie permettent aux cellules ayant le même ADN de s'exprimer et de fonctionner différemment⁵. Loin d'être simples, l'interaction entre l'environnement et les gènes laisse des traces indélébiles sur le cerveau du jeune enfant.

DES EFFETS SUR LA SANTÉ
TOUT AU LONG DE LA VIE

Durant la petite enfance, le cerveau est particulièrement sensible au stress. De fait, une expérience chez le tout-petit qui entraîne un stress modéré sur une courte période, mais qui s'accompagne d'un bon soutien favorisera les connexions nerveuses permettant la

création de mécanismes d'adaptation adéquats, qui seront utiles pendant toute la vie. Au contraire, un stress élevé prolongé vécu sans soutien modifiera la structure du cerveau par l'intermédiaire d'effets physiologiques et hormonaux^{4,5}. Ainsi, le lien entre le développement pendant la petite enfance, d'une part, et la santé et le bien-être tout au long de la vie, d'autre part, est clairement établi. L'exposition à un stress toxique durant la petite enfance augmente, à l'âge adulte, la vulnérabilité à plusieurs maladies chroniques.

DES FACTEURS
QUI ONT UNE INFLUENCE

Plusieurs facteurs sont reconnus pour avoir une influence positive (facteurs de protection) ou négative (facteurs de risque) sur le développement des jeunes enfants (tableau 1⁶). Ils contribuent à mettre en place les deux conditions essentielles au développement optimal, soit l'établissement de relations affectives stables qui répondent aux besoins de l'enfant et des environnements stimulants et sécuritaires pour les petits⁷.

Cependant, précisons que l'effet d'un facteur de risque isolé est insuffisant pour modifier le développement d'un enfant. C'est plutôt l'effet cumulatif de plusieurs facteurs qui est problématique^{4,7}.

DES HABITUDES DE VIE
PROPRES AUX PETITS
DE 0 À 5 ANS

Une saine alimentation est importante pour le développement des tout-petits et commence *in utero* par l'alimentation de la mère. L'allaitement a un double rôle, car il fournit les nutriments essentiels durant les premiers mois de vie et apporte aussi des occasions de contacts étroits et chaleureux qui stimulent le cerveau et favorisent l'attachement¹⁴. On reconnaît également l'effet de carences nutritionnelles sur le développement cognitif des enfants, notamment avant 3 ans¹.

TABLEAU I | LES PRINCIPAUX FACTEURS AYANT UNE INFLUENCE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS^{4,6}

| Pendant la grossesse | De la naissance à 5 ans | Famille | Collectivité | Société |
|---|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▶ Santé de la mère ▶ Habitudes de vie de la mère et mesures préventives (prise d'acide folique) ▶ Conditions de vie ▶ Stress ▶ Accouchement | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Santé physique et buccodentaire ▶ Allaitement, nutrition ▶ Stress vécu par l'enfant ▶ Vaccination ▶ Attachement ▶ Qualité des stimulus ▶ Occasions de jeux | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Pratiques parentales, qualité des soins donnés ▶ Connaissances et croyances ▶ Perception d'efficacité parentale ▶ Santé et habitudes de vie des parents ▶ Sécurité et salubrité du domicile ▶ Statut socio-économique ▶ Utilisation par les parents des ressources existantes dans la collectivité | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Services et activités visant les familles ▶ Politique familiale et du logement ▶ Soutien social ▶ Sécurité et environnement physique du quartier ▶ Services de garde éducatifs ▶ Collaboration famille-école-communauté ▶ Mobilisation de la communauté (regroupements intersectoriels) ▶ Accessibilité des services sociaux et des soins de santé | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Normes, valeurs et croyances sociales ▶ Politiques publiques et familiales (ex. : santé, éducation, environnement, transport, etc.) ▶ Programmes et services universels pour les familles (ex. : congés parentaux) ▶ Programmes et services spécifiques pour les familles vulnérables (ex. : soutien financier, Programme SIPPE*) ▶ Organisation des services |

* Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Le jeu n'est pas uniquement magique durant les premières années de vie. Explorer, apprendre et jouer contribuent au développement du cerveau et à l'attachement sécurisant. Chez les enfants plus « vieux », le jeu constitue un moyen d'être actifs et aide à leur socialisation. Il est important d'offrir aux enfants de multiples occasions de jeu^{14,8} : structuré ou non, seul, en groupe ou avec un adulte.

LA FAMILLE, LE PREMIER MILIEU DE VIE

Les parents et la famille fournissent à l'enfant les contacts humains et les expériences indispensables à leur développement. En effet, par ses soins chaleureux, affectueux et constants, l'adulte qui prend soin de l'enfant est au cœur du développement d'un attachement sécurisant. Cet attachement est important, car il offre aux tout-petits la confiance nécessaire pour explorer le monde¹⁴.

Certaines pratiques parentales sont reconnues pour favoriser un développement optimal. De fait, comparativement à la désapprobation et aux punitions inadéquates, une discipline saine et cohérente et un soutien dans la gestion des

émotions devraient être privilégiés⁴. Être parent, c'est exigeant, mais cela s'apprend ! Toutes les familles ont besoin de soutien, mais certaines plus que d'autres. Un petit poids à la naissance, la pauvreté, des problèmes de santé physique et mentale ainsi que la violence sont parmi les conditions familiales ayant le plus de répercussions sur l'attachement et le développement des enfants.

NOS PETITS PATIENTS, PAS TOUS ÉGAUX

Selon l'OMS, « les iniquités socio-économiques entraînent des iniquités sur le plan du développement des tout-petits »¹. En effet, les données nous révèlent que plusieurs problèmes de santé sont plus fréquents chez les enfants vivant dans des familles défavorisées⁴. Pas surprenant quand on sait que pauvreté rime souvent avec stress, logement insalubre, quartiers peu sécuritaires, isolement, faible scolarité des parents, problèmes de santé physique et mentale et accessibilité moindre aux services. Le cumul et la durée de tous ces facteurs de risque expliquent pourquoi l'on retrouve une proportion plus élevée d'enfants vulnérables dans les milieux socio-économiquement défavorisés.

TABLEAU II | LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES DE 0 À 5 ANS¹⁰⁻¹³

| Recommandations* | Naissance | 1-4 sem. | |
|--|----------------|----------|--|
| Counselling | | | |
| Allaitement maternel (lait à 3,25 % après 9 mois) | Exclusif _____ | | |
| Introduction des aliments solides riches en fer | | | |
| Siège d'auto, détecteur de fumée, température du chauffe-eau < 60 °C, armes à feu, centre antipoison, chutes, étouffement, animaux, prises et fils électriques, noyade | _____ | | |
| « Dodo » sur le dos, sécurité au lit, partage de la chambre et non-partage du lit | _____ | | |
| Éveils nocturnes | | | |
| Saines habitudes de sommeil | | | |
| Casque de vélo | | | |
| Protection solaire et saisonnière | | | |
| Non-exposition à la fumée secondaire | _____ | | |
| Recommandation sur l'inscription en service de garde éducatif si l'enfant vient d'un milieu défavorisé | | | |
| Brossage des dents Soie dentaire à partir de 4 ans | | | |
| Visite chez le dentiste | | | |
| Activité physique (min. 1 h/j) Limiter le temps à l'écran (max. 2 h/j) | | | |
| Dépistage | | | |
| Programme québécois de dépistage néonatal sanguin | × | | |
| Hémoglobinopathies dans les groupes vulnérables | _____ → | | |
| Trouble de la vue chez les enfants à risque | _____ → | | |
| Programme de dépistage universel de la surdité : répéter à 3 ans en cas de doute ou de retard de langage | _____ → | | |
| Anémie ferriprive (<i>encadré 2¹⁰⁻¹²</i>) | | | |
| Visite à domicile, SIPPE (<i>encadré 3¹⁴</i>) | _____ | | |
| Test cutané à la tuberculine (TCT) en cas de risque élevé de tuberculose (autochtone, immigrant récent, adoption internationale, etc.) | | | |
| Hépatite C, tout nouveau-né de mère porteuse, voir l'ABCdaire, p. 43 | _____ → | | |
| Hépatite B, dosage de l'AgHBs et de l'anti-HBs si la mère est porteuse du virus | | | |
| Plombémie chez les enfants à risque† | | | |
| Obésité : indice de masse corporelle (IMC) | | | |

* Seules les recommandations A et B ont été retenues de l'ABCdaire 2012¹⁰, du Relevé postnatal Rourke 2014¹¹ ou du guide de l'USPSTF 2014¹².

Recommandation A = données suffisantes pour appuyer la recommandation (caractères gras)

Recommandation B = données acceptables pour appuyer la recommandation (caractères réguliers)

† Recommandation I = données insuffisantes pour appuyer la recommandation, selon le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).

ENCADRÉ 2

LE POINT SUR LE DÉPISTAGE DE L'ANÉMIE FERRIPRIVE¹⁰⁻¹²

Voici les recommandations des trois groupes d'experts :

- ▶ ABCdaire : demander la formule sanguine et le dosage de la ferritine : à 6 mois pour les bébés prématurés ou de petit poids à la naissance (< 2500 g), à 9 mois pour les autres enfants à risque, à 12 mois chez les enfants pour qui cela n'a pas été fait (recommandation B)
- ▶ Relevé postnatal Rourke : dosage de l'hémoglobine entre 6 et 15 mois si l'enfant est vulnérable (recommandation B).
- ▶ U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) : le dépistage universel n'est pas recommandé chez l'enfant de 6 à 12 mois à risque accru (recommandation I) ; cependant, on recommande alors des suppléments de fer (recommandation B)

Considérant que ces informations sont différentes, la décision doit être prise selon le jugement clinique.

* Recommandation I : preuves insuffisantes

ENCADRÉ 3

DES SERVICES POUR LES FAMILLES VIVANT EN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ¹⁴

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) s'adressent aux femmes enceintes ou aux mères sous le seuil de faible revenu et sans diplôme d'études secondaires ou professionnelles ainsi qu'aux pères et à leurs enfants de 0 à 5 ans. Ces services se traduisent principalement par des visites à domicile, des interventions de groupe et l'accompagnement vers les ressources du milieu.

Objectifs :

1. diminuer la morbidité et la mortalité chez les bébés à naître, les enfants, les femmes enceintes, les mères et les pères ;
2. favoriser le développement optimal des enfants ;
3. améliorer les conditions de vie des familles vivant en contexte de vulnérabilité.

Les médecins peuvent orienter les familles vulnérables vers le CLSC pour qu'elles puissent bénéficier de ces services.

LES SERVICES DE GARDE, UN PLUS DANS UNE COLLECTIVITÉ

Que l'on parle d'environnements physiques (ex. : exposition à des contaminants comme la fumée de tabac, aires de jeu), d'environnement social (ex. : cuisine collective, maison de la famille, coalition contre la pauvreté) ou de services (ex. : services de garde ou de santé), les ressources disponibles dans un quartier ont une grande influence sur le développement des enfants et ont un effet positif.

L'Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle² a mis plus particulièrement en évidence le rôle protecteur des services de garde sur le développement des enfants. Tous les enfants tirent profit de la fréquentation d'un service de garde, mais ce sont les enfants vivant en milieu défavorisé qui en bénéficient le plus. Ainsi, les tout-petits en sortent gagnants sur toute la ligne. Non seulement les services de garde éducatifs stimulent le développement des petits selon un effet gradient, mais ils permettent aussi aux parents de travailler et, par le fait même, d'augmenter leur revenu.

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN ?

En raison de leurs contacts fréquents avec les familles ayant de jeunes enfants, les médecins de famille ont un rôle crucial à jouer dans le développement des tout-petits. Il est donc important qu'ils se perçoivent à la fois comme des diagnosticiens et comme des facilitateurs d'une bonne santé auprès de cette clientèle⁹.

LA PRÉVENTION CLINIQUE : Y PENSER

Tout contact clinique avec des enfants et des parents constitue une occasion de faire de la prévention. Le *tableau II*¹⁰⁻¹³

résume les interventions de counselling et de dépistage qui se sont révélées efficaces. L'*encadré 2*¹⁰⁻¹² fait le point sur le dépistage de l'anémie ferriprive.

Concernant la chimioprophylaxie, outre celle de l'ophtalmie gonococcique, qui est faite dès la naissance, il est recommandé de prescrire de la vitamine D à raison de 400 UI/j au bébé allaité né à terme. Si le poupon est prématuré, mais ne souffre pas de rachitisme, la dose de vitamine D préconisée jusqu'à 2 mois inclusivement est de 200 UI/j/kg à une dose maximale 400 UI/j (recommandation A)^{10,11}.

Pour ce qui est de la vaccination, le lecteur peut consulter le calendrier du *Protocole d'immunisation du Québec*¹³.

Rappelons que le travail du clinicien et, par conséquent, l'accessibilité aux services préventifs demeurent un levier important pour favoriser le développement de tous les enfants.

MÉDECIN PROMOTEUR DE LA SANTÉ

Au-delà de la vaccination ou des ordonnances, les omnipraticiens doivent promouvoir les comportements et les environnements assurant le développement optimal des enfants⁹. Par exemple, ils peuvent diriger les parents vers des ressources en alphabétisation, encourager leur retour aux études, les orienter vers les ressources de la collectivité offrant du soutien aux familles, notamment vers le programme de services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) (*encadré 3*¹⁴), leur parler du développement de leur enfant et des différents moyens de le favoriser, dépister la dépression, être à l'affût de problèmes familiaux (violence, consommation d'alcool et de drogues, abus et



négligence). Évidemment, ils ne peuvent à eux seuls éviter aux familles tous les facteurs de risque, mais ils peuvent contribuer au développement des enfants en informant les parents et en les orientant vers les ressources adéquates de manière à les rendre plus confiants dans leur rôle.

CONCLUSION ET RETOUR SUR LE CAS DE M^{ME} ROY

Quand vous repensez à M^{me} Roy, vous êtes bien content de lui avoir expliqué les avantages de la fréquentation d'un service de garde pour son enfant. Ce temps que vous avez pris pour lui offrir un counselling et un soutien est justifié, comme le confirment les données probantes. À ne pas en douter, les médecins de famille ont un rôle important à jouer auprès de leurs petits patients et de leur famille. Il est aussi vrai de dire que notre société a également un travail à faire pour appuyer les familles. Ensemble, nous pourrions favoriser le développement optimal des tout-petits et ainsi leur assurer de solides fondations pour la vie. //

Date de réception : le 30 octobre 2014

Date d'acceptation : le 8 décembre 2014

La D^{re} Catherine Risi et M^{me} Hawa Sissoko n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur : Rapport final*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2007. 76 p. Site Internet : www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
2. Simard M, Tremblay ME, Lavoie A et coll. *Enquête québécoise sur le développement des enfants à la maternelle 2012 : Portrait statistique pour le Québec et ses régions administratives*. Québec : Institut de la statistique du Québec ; 2013. 99 p. Site Internet : www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/enfants-ados/developpement-enfants-maternelle-2012.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
3. Mc Cain MN, Mustard JF, McCuaig K. *Le point sur la petite enfance 3 : Prendre des décisions et agir*. Toronto : Margaret et Wallace McCain Family Foundation ; 2011. 146 p. Site Internet : http://pointsurlapetiteenfance.org/media/uploads/report-pdfs-fr/i_131_eys3_fm_fr_2nd_ed_web_revised.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
4. Direction de santé publique de la Montérégie. *Rapport de la directrice de santé publique 2013 : Donner des ailes à leur réussite pour assurer aux tout-petits un bon départ*. Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ; 2013. 59 p. Site Internet : www.extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3566/Rapport-Colibri.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
5. National Scientific Council on the developing child. *Early Experiences Can Alter Gene Expression and Affect Long-Term Development: Working Paper 10*. Cambridge : Center on the Developing Child at Harvard University ; 2010. 10 p. Site Internet : www.developingchild.harvard.edu/index.php/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp10/ [Date de consultation : le 17 octobre 2014].
6. Poissant J. Direction du développement des individus et des communautés. *Les conditions de succès des actions favorisant le développement global des enfants : état des connaissances*. Montréal : l'Institut national de la santé publique ; 2014. 36 p. Site Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnfEtatConn.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
7. Japel C. Risques, vulnérabilité et adaptation : les enfants à risque au Québec. *Choix IRPP* 2008 ; 14 [8] : 1-46.
8. Ferland F. *Et si on jouait ? Le jeu durant toute l'enfance et pour toute la vie*. Montréal : Collection du CHU Sainte-Justine pour les parents ; 2005. 205 p.
9. Williams R, Bennett S, Clinton J et coll. La promesse de la petite enfance : Pendant combien de temps les enfants devraient-ils attendre ? *Paediatr Child Health* 2012 ; 17 [10] : 537-8.
10. Brunet G, Cossette G, Cousineau D et coll. *L'ABCdaire : Guide de référence du praticien. Un programme sur la formation continue basé sur l'apprentissage par problème (APP)*. Montréal : Université de Montréal ; 2012. 379 p. Site Internet : www.cpass.umontreal.ca/documents/formation/outils_abcdaire/ABCdaireOctobre2012FINAL.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
11. Rourke L, Leduc D, Rourke J. *Relevé postnatal Rourke : Suivi probant de la santé des nourrissons et des enfants*. St. John's : The Rourke Baby Record ; 2011. 10 p. Site Internet : http://rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2011_Nat_Fr.pdf [Date de consultation : octobre 2014].
12. U.S. Preventive Services Task Force. *The Guide to Clinical Preventive Services 2014*. Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality ; 2014. p. 65-85. Site Internet : www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/guidelines-recommendations/guide/index.html [Date de consultation : le 7 octobre 2014].
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)*. 6^e éd. Québec : le Ministère ; 2013. Site Internet : www.publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/piq_complet.pdf [Date de consultation : octobre 2014].
14. Comité-conseil post-chantier sur les SIPPE. *Optimisation des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité*. Québec : le ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2011. Site Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-836-01W.pdf> [Date de consultation : octobre 2014].

SUMMARY

Early Child Development: Laying the Foundations for Life.

What children experience during their very first years will influence them throughout their lives. The basis for optimal early child development is the brain, and we now know that brain development is complex and results from the interaction of genetics and the environment. Several factors may have a positive effect (protective factors) or a negative effect (risk factors) on child development.

Through their frequent contact with the families of young children, family physicians have an important role to play in fostering infant development. Beyond their roles as clinicians, however, physicians can contribute to child development by providing parents with information and referring them to appropriate resources, serving to boost parents' confidence in their own roles. Lastly, society also has an important role to play.

CE N'EST PAS PROPRE À MOINS DE TOUT FAIRE PARTIR

TUER LES MICROBES NE LES FAIT PAS DISPARAÎTRE.

Arrêtez la chaîne d'infection avec les chiffons en microfibre jetables Rubbermaid HYGEN™ éprouvés pour enlever les microbes morts et éliminer la source alimentaire pour les pathogènes vivants.

Les chiffons éliminent

99.9%

des microbes, arrêtant ainsi
la chaîne d'infection.*



AVEC TECHNOLOGIE
RÉGÉNÉRANTE
INTÉGRÉE



HYGEN™

PRÉVENTION EN CLINIQUE

FAIRE MOINS POUR MIEUX FAIRE

M^{me} Sansoucy, 47 ans, se présente à votre clinique pour son examen annuel et son test de Papanicolaou. Elle est en bonne santé, mais sa mère a déjà eu une « bosse au sein ». Que faites-vous ?

M. Lebeau, fumeur de 63 ans, en bonne santé, vient pour son examen annuel. Son cholestérol, mesuré l'année dernière, était normal. Aujourd'hui, il aimerait passer des prises de sang. Est-ce justifié ?

Irma Clapperton et Caroline Marcoux-Huard

BILAN DE SANTÉ PRÉVENTIF AU CABINET : POUR OU CONTRE ?

La pratique préventive fait référence au counselling, au dépistage, à l'immunisation et à la chimioprophylaxie. On parle aussi de pratiques cliniques préventives. Les interventions sont effectuées par un professionnel de la santé dans le cadre d'un bilan de santé ou d'une consultation pour un problème spécifique. Toutes les occasions cliniques sont propices à une intervention préventive.

Il existe actuellement une controverse scientifique^{1,2} quant à la pertinence et aux conséquences des bilans de santé, également appelés évaluation médicale périodique, bilan de santé annuel ou « examen de routine ».

Le bilan de santé annuel est un examen systématique et généralisé fait chaque année qui comprend diverses mesures demandées en prévention. Il est de plus en plus reconnu que cette pratique est à proscrire.

Lorsqu'ils s'appuient sur des niveaux de preuve solides³, les actes préventifs établis selon l'âge, le sexe et les facteurs de risque de chaque patient demeurent appropriés. C'est de cette approche qu'est issu l'examen médical périodique⁴.

Différents organismes, dont le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP)⁵ et le U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)⁶, soutiennent toujours l'évaluation préventive dans la pratique clinique par la révision continue des recommandations appuyées sur des données probantes. Toutefois, une des grandes difficultés de cette évaluation réside dans la conformité aux recommandations.

La D^{re} Irma Clapperton, spécialiste en médecine communautaire, travaille à la Direction de santé publique de l'Estrie et est professeure d'enseignement clinique à l'Université de Sherbrooke. La D^{re} Caroline Marcoux-Huard est résidente de cinquième année en santé publique et médecine préventive à l'Université de Sherbrooke.

Ainsi, l'organisme *Choisir avec soin*⁷, préoccupé par la surutilisation des tests et le surdiagnostic, a émis récemment des recommandations sur les pratiques à ne plus faire. Pour explorer ce phénomène au Québec, une étude a été menée auprès des omnipraticiens de la Montérégie et de l'Estrie⁸. Elle a révélé que bien que certaines pratiques cliniques préventives soient appliquées en respectant les recommandations, plusieurs sont omises ou sont faites malgré l'absence de recommandation. Les tableaux I et II⁸ indiquent les pratiques effectuées ou non à plus de 50%. On observe que pour des pratiques cliniques préventives non conformes, les éléments de confusion sont l'âge, la fréquence ou les facteurs de risque.

COMMENT GAGNER DU TEMPS : CE QU'IL FAUT FAIRE ET NE PAS FAIRE

VRAI OU FAUX

Pour M^{me} Sansoucy, l'évaluation médicale périodique⁴ préconise les examens suivants ?

- ▶ **Dépistage du diabète**
Vrai. Le dépistage du diabète est recommandé tous les trois ans chez les patients de 40 ans et plus sans facteur de risque cardiovasculaire. Par contre, 86% des médecins croient qu'ils doivent le faire tous les ans⁸.
- ▶ **Dépistage du cancer du col**
Vrai. Le dépistage du cancer du col doit avoir lieu si la dernière cytologie remonte à deux ou trois ans ou s'il y avait une anomalie.
- ▶ **Dépistage du cancer du sein**
Faux. Comme la « bosse » de la mère de M^{me} Sansoucy n'était pas néoplasique, selon les éléments recueillis à l'anamnèse, vous pouvez attendre à 50 ans pour procéder à la mammographie. Par ailleurs, 80% des omnipraticiens pensent qu'ils doivent faire un examen clinique annuel des seins⁸, même si ce n'est plus formellement recommandé.
- ▶ **Dépistage du cancer de la peau**
Vrai. Le dépistage du cancer de la peau est recommandé en cas de facteurs de risque. Vous lui conseillerez aussi une protection solaire comportant un FPS d'au moins 30.

TABLEAU I

**PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES
EFFECTUÉES PAR AU MOINS 50 %
DES OMNIPRATICIENS*⁸**
Pratiques recommandées

- ▶ Dépistage du cancer du col de l'utérus par cytologie tous les 2 ou 3 ans chez les femmes non hystérectomisées de 21 à 65 ans (96,9 %)
- ▶ Mammographie tous les 2 ans pour toutes les femmes de 50 à 69 ans (98,9 %)
- ▶ Mammographie tous les 2 ans pour toutes les femmes de 70 à 74 ans (62,7 %)
- ▶ Dépistage du cancer du côlon par recherche de sang occulte dans les selles par test immunologique tous les 2 ans chez les patients de 50 à 75 ans sans facteur de risque (95,7 %)
- ▶ Dépistage de l'ostéoporose par mesure de la densité osseuse pour toutes les femmes de plus de 65 ans (94,7 %)
- ▶ Recommandation ou prescription de suppléments de calcium et de vitamine D à toutes les femmes à partir de 50 ans (95,8 %)

Pratiques non recommandées

- ▶ Examen annuel des seins chez les femmes de plus de 50 ans (79,8 %)
- ▶ Dépistage du cancer de la prostate par toucher rectal ou dosage de l'APS chez les patients de 55 à 70 ans sans antécédents familiaux (73,5 %)
- ▶ Dépistage du diabète de type 2 par dosage de la glycémie à jeun ou de l'hémoglobine glyquée une fois par année chez tous les patients à partir de 40 ans (86,4 %)
- ▶ Dépistage de la dyslipidémie par un bilan lipidique annuel chez les femmes de 50 à 75 ans sans facteur de risque cardiovasculaire (79,8 %)
- ▶ Dépistage de la dyslipidémie par un bilan lipidique annuel chez les hommes de 40 à 75 ans sans facteur de risque cardiovasculaire (76,6 %)
- ▶ Recherche de signes précoces de dépression chez tous les patients (63,6 %)
- ▶ Prescription d'un bilan de base annuel chez les patients de plus de 50 ans non obèses et en bonne santé (57,4 %)

*Conformément aux recommandations publiées par le Collège des médecins du Québec en 2014

- ▶ **Dépistage de la violence familiale**
Vrai. Le dépistage de la violence familiale est recommandé.
- ▶ **Dépistage de la dépression**
Faux. Près de 64 % des omnipraticiens croient qu'ils doivent rechercher des signes précoces de dépression chez tous les patients^{8,9} (voir l'article des D^{res} Marie Hayes et Pasquale Roberge dans le présent numéro)⁹.

TABLEAU II

**PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES
NON EFFECTUÉES PAR AU MOINS
50 % DES OMNIPRATICIENS*⁸**
Pratiques recommandées

- ▶ Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par une échographie abdominale chez tous les hommes de 65 à 75 ans (76,3 %)

Pratiques non recommandées

- ▶ Enseignement de l'auto-examen des seins aux femmes de plus de 50 ans (67,7 %)
- ▶ Dépistage du cancer du côlon par recherche de sang occulte dans les selles par test immunologique tous les 2 ans chez les patients à partir de 75 ans (51,1 %)
- ▶ Dépistage du cancer du col de l'utérus par cytologie tous les 2 ou 3 ans chez les femmes non hystérectomisées de plus de 65 ans, dont les 2 derniers examens étaient normaux (63 %)
- ▶ Dépistage du cancer de la prostate par toucher rectal ou par dosage de l'APS chez les patients de plus de 70 ans (54,3 %)
- ▶ Dépistage du cancer du col de l'utérus par cytologie tous les 2 ou 3 ans chez les femmes de moins de 21 ans actives sexuellement (72,8 %)
- ▶ Dépistage de la gonorrhée chez tous les adultes sexuellement actifs (76,6 %)
- ▶ Prescription d'AAS à faible dose en prévention primaire à tous les patients de plus de 50 ans (95,7 %)
- ▶ Prescription d'un rappel du vaccin Pneumovax 23 tous les 5 ans après la première dose prévue à 65 ans à tous les patients l'ayant reçu (81,7 %)
- ▶ Dépistage de la chlamydie chez tous les adultes sexuellement actifs (64,5 %)

*Conformément aux recommandations publiées par le Collège des médecins du Québec en 2014

**Et pour M. Lebeau, l'évaluation médicale périodique⁴
préconise les examens suivants ?**

- ▶ **Dépistage de l'obésité**
Vrai. Les mesures de l'IMC et du tour de taille sont recommandées chez tous les adultes.
- ▶ **Bilan sanguin de base (formule sanguine, électrolytes)**
Faux. Le bilan sanguin de base ne fait pas partie des pratiques cliniques préventives chez un patient en bonne santé. Cependant, près de 57 % des omnipraticiens croient qu'ils doivent le faire tous les ans⁸.
- ▶ **Bilan lipidique**
Faux. L'intervalle recommandé pour le dépistage de la dyslipidémie chez les hommes de 40 à 75 ans sans facteur de risque cardiovasculaire est de trois à cinq ans. Cependant, de 76 % à 80 % des médecins croient qu'ils doivent le faire tous les ans⁸.

TABLEAU III | RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES LIÉES AUX HABITUDES DE VIE^{4,10-16}**Tabagisme¹⁰**

- ▶ Établir le statut tabagique du patient
 - ▶ Encourager le patient à cesser de fumer
 - ▶ Faire le counselling approprié
 - ▶ Prescrire des aides pharmacologiques et, au besoin, diriger le patient en spécialité
- Site Internet : www.nicotinedependenceclinic.com/English/CANADAPT/Guideline/Counselling%20and%20Psychosocial%20Approaches/Summary%20Statements.aspx

Obésité^{11,12}

- ▶ Mesurer l'IMC et le tour de taille[†] chez tous les adultes
 - ▶ Offrir des interventions comportementales structurées au besoin ou diriger le patient vers les ressources appropriées
- Sites Internet : [www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(11\)00138-3/fulltext](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(11)00138-3/fulltext) et <http://canadiantaskforce.ca/ctfphc-guidelines/2015-obesity-adults>

Alimentation^{13,14}

- ▶ Orienter les sujets qui présentent des facteurs de risque (ex. : hypertension) vers une diététiste ou un programme global
 - ▶ Suivre le *Guide alimentaire canadien*
- Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/food-guide-aliment/view_eatwell_vue_bienmang-fra.pdf
- ▶ Prescrire 1200 mg/j de calcium et 800 UI – 1000 UI/j de vitamine D aux patients de plus de 50 ans sans ostéoporose établie afin de prévenir les fractures
- Site Internet : www.cmaj.ca/content/182/17/1864.full.pdf+html?sid=d4dff954-74c4-4602-9357-c96aaf32bfe9

Activité physique¹⁵

- ▶ Recommander au moins 150 minutes d'activités aérobiques d'intensité moyenne par semaine et des exercices de musculation au moins deux fois par semaine ou plus aux adultes de 18 à 64 ans
 - ▶ À partir de 65 ans, ajouter des exercices d'équilibre
- Site Internet : www.csep.ca/francais/view.asp?x=804

Alcool¹⁶

- ▶ Faire le dépistage d'une consommation d'alcool problématique chez tous les adultes
- Site Internet : www.ccsa.ca/Resource%20Library/2011-Summary-of-Evidence-and-Guidelines-for-Low-Risk%20Drinking-fr.pdf

* Pratiques cliniques préventives qui ont changé depuis 2012-2013.

† Plusieurs organismes et associations font cette recommandation, mais non le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Les auteurs ont utilisé le document *EMP 2014*⁴ pour faire ce tableau. Les autres références indiquées sont soit celles sur lesquelles les experts se sont appuyés pour créer le document *EMP 2014*⁴, soit des références plus récentes.

▶ Dépistage du cancer de la prostate

Faux. Le dépistage n'est pas recommandé systématiquement. Lorsqu'il est envisagé, il faut faire un counselling adéquat et combiner le toucher rectal au dosage de l'antigène prostatique spécifique.

▶ Dépistage du cancer du côlon

Vrai. Le dépistage à l'aide du test immunochimique ou du test au gaïac est recommandé tous les deux ans chez les personnes de 50 à 74 ans sans antécédents.

▶ Dépistage du cancer du poumon

Faux. Aucun test n'est recommandé chez les fumeurs sans symptômes.

▶ Dépistage d'un anévrisme de l'aorte abdominale

Vrai. Le dépistage d'un anévrisme de l'aorte abdominale n'est effectué que par 23% des omnipraticiens⁸. Au moins un dépistage par échographie est recommandé chez

les hommes de 65 à 75 ans sans antécédents familiaux d'anévrisme abdominal.

Les *tableaux III*^{4,10-16}, *IV*^{4,17-21} et *V*^{4,22-27} présentent certaines des recommandations les plus récentes chez l'adulte, parmi les recommandations québécoises ou canadiennes et, le cas échéant, américaines.

COMMENT ALLER PLUS LOIN EN PRÉVENTION ?

Pour soutenir votre pratique individuelle, profitez de votre équipe pour en faire plus en prévention. La collaboration avec les infirmières, l'application des ordonnances collectives, un meilleur arrimage avec d'autres ressources de la collectivité (CISSS, milieux communautaires) constituent des atouts. Chaque milieu de pratique peut trouver des stratégies efficaces et utiles adaptées à sa réalité.

TABLEAU IV

RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES LIÉES AUX MALADIES CARDIOVASCULAIRES^{4,17-21}**Dyslipidémie***¹⁷

- ▶ Faire un bilan lipidique tous les 3 à 5 ans chez tous les hommes de 40 à 75 ans et chez toutes les femmes de 50 à 75 ans
 - ▶ Faire un bilan lipidique tous les ans chez les patients atteints d'une maladie cardiovasculaire connue et tous les ans ou deux ans chez les patients diabétiques
- Site Internet : [www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(12\)01510-3/fulltext#sec1](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(12)01510-3/fulltext#sec1)

AAS¹⁸

La prise d'AAS n'est pas proposée en prévention primaire, même chez les patients diabétiques sans maladie vasculaire; elle est seulement indiquée si le profil de risque cardiovasculaire des patients diabétiques et hypertendus est élevé

Site Internet : [www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(10\)00031-0/fulltext](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(10)00031-0/fulltext)

Hypertension artérielle¹⁹

Mesurer la pression artérielle de chaque patient à chaque consultation appropriée.

Site Internet : <http://hypertension.ca/fr/chep>

Diabète de type 2²⁰

Faire un dépistage tous les 3 ans chez les patients sans facteur de risque à partir de 40 ans et chez ceux de moins de 40 ans ayant des facteurs de risque cardiovasculaire

Site Internet : http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf

Anévrisme de l'aorte abdominale²¹

- ▶ Faire au moins un dépistage par échographie chez les hommes de 65 à 75 ans et chez ceux de moins de 65 ans ayant des antécédents familiaux
 - ▶ Envisager le dépistage chez les femmes de plus de 65 ans ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie vasculaire cérébrale
- Site Internet : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Depistage/ETMIS2010_Vol6_No1.pdf

*Pratiques cliniques préventives qui ont changé depuis 2012-2013.

Les auteurs ont utilisé le document *EMP 2014*⁴ pour faire ce tableau. Les autres références indiquées sont soit celles sur lesquelles les experts se sont appuyés pour créer le document *EMP 2014*⁴, soit des références plus récentes.

Voici un exemple d'une démarche pour mettre en place un système de soins favorisant l'activité physique :

- ▶ vérifier si votre milieu est prêt pour un changement
 - s'assurer de l'accord de votre équipe et désigner une personne responsable de la démarche;
- ▶ établir le portrait de vos pratiques préventives actuelles
 - évaluer un échantillon de dossiers pour vérifier le nombre de patients à qui vous avez fait des recommandations d'exercices physiques;
- ▶ élaborer un protocole de soins préventifs pour harmoniser les pratiques, établir notamment la clientèle cible, les lignes directrices à suivre, les limites et les conditions d'application et la date d'adoption et de révision;
- ▶ déterminer la façon d'appliquer le protocole: distribuer les tâches, faire circuler l'information et obtenir la collaboration des professionnels et du personnel de soutien administratif;
- ▶ choisir les outils à utiliser par les professionnels et ceux à remettre aux patients;
- ▶ évaluer, réajuster et peaufiner
 - choisir la démarche d'évaluation (vérification des dossiers, questionnaire sur la satisfaction);
 - préciser ce que l'on veut améliorer, comment et quand.

RETOUR SUR LES CAS CLINIQUES

Ainsi, pour M^{me} Sansoucy et M. Lebeau, l'évaluation préventive demeure pertinente. Toutefois, il faut s'assurer de la conformité aux recommandations, ce qui peut être fait en se basant sur le sexe, l'âge et les facteurs de risque des patients. Pour optimiser l'efficacité, plusieurs de ces pratiques préventives méritent d'être appliquées en collaboration avec l'équipe de votre milieu.

CONCLUSION

La prévention tout au long de la vie demeure utile et efficace. Pour éviter la surutilisation des tests, pour gagner du temps et pour être efficace, il faut mettre fin aux pratiques non recommandées. De plus, l'évolution rapide des connaissances dans ce domaine nécessite de bien informer le patient par un counselling éclairé. Le dossier médical électronique peut vous aider (voir l'article des D^{res} Huguette Bélanger et Marie-Ève Guévin intitulé: « TIC et prévention clinique, bienvenue dans le présent! », dans ce numéro).

Pour garder le cap sur les bons choix, vous êtes à un clic d'une information à jour au http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-322-4.pdf //

TABLEAU V | RECOMMANDATIONS SUR LES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES LIÉES AU CANCER^{4,22-27}**Cancer colorectal²²**

- ▶ Patients de 50 à 74 ans
 - Faire un test par immunochimie ou au gaïac tous les deux ans; coloscopie non indiquée, sauf si le résultat du test est positif
- ▶ Patients de 75 ans et plus
 - Aucun dépistage systématique
- ▶ Patients ayant des antécédents familiaux ou personnels de polypes ou de cancer colorectal
 - Voir les algorithmes de prise en charge au www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/pqdcrr/documents/Algorithmes%20de%20prise%20en%20charge%20et%20de%20surveillance_2012-02-22.pdf

Cancer du sein²³

- ▶ Femmes à risque moyen
 - Faire une mammographie tous les 2 ans pour les femmes de 50 à 69 ans (dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein) et de 70 à 74 ans
 - L'enseignement de l'auto-examen des seins n'est plus recommandé formellement
 - L'examen clinique des seins peut apporter des informations supplémentaires, mais n'est plus recommandé formellement pour le dépistage
- ▶ Femmes ayant des antécédents familiaux importants
 - Faire un dépistage génétique

Site Internet : www.cmaj.ca/content/183/17/1991.full.pdf+html?sid=b6323505-1cc7-49ce-923d-c875df28faa8

Cancer du col de l'utérus²⁴

- ▶ Procéder à une cytologie cervicale tous les 2 ou 3 ans chez les femmes de 21 à 65 ans non hystérectomisées
- ▶ Ne pas le faire chez les femmes ayant subi une hystérectomie pour une maladie non maligne
- ▶ Chez les femmes de plus de 65 ans, ne pas faire de cytologie si les deux derniers résultats étaient négatifs

Site Internet : www.inspq.qc.ca

Cancer du poumon²⁵

- ▶ Aucun test de dépistage n'est recommandé pour l'instant

Site Internet : www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2014_Jun11.pdf

Cancer de la peau²⁶

- ▶ Dépistage chez les patients ayant des facteurs de risque (ex. : roux ou blond, yeux bleus, antécédents de mélanome)
- ▶ Favoriser la protection solaire comportant un FPS d'au moins 30

Site Internet : www.adq.org/doc_publicue/Enonce_de_position_ADQ.pdf

Cancer de la prostate²⁷

- ▶ Envisager le dépistage par APS et toucher rectal chez les patients de 55 à 70 ans dont l'espérance de vie dépasse 10 ans; bien les informer des avantages et des inconvénients
- ▶ Envisager le dépistage avant 55 ans chez les patients présentant un risque plus élevé (antécédents familiaux ou race noire); bien les informer des avantages et des inconvénients

Site Internet : www.cmq.org/fr/RSSFeeds/~~/media/Files/Lignes/Lignes-depistage-cancer-prostate-2013.pdf

* Pratiques cliniques préventives qui ont changé depuis 2012-2013.

Les auteures ont utilisé le document *EMP 2014*⁴ pour faire ce tableau. Les autres références indiquées sont soit celles sur lesquelles les experts se sont appuyés pour créer le document *EMP 2014*⁴, soit des références plus récentes.

Date de réception : le 30 octobre 2014

Date d'acceptation : le 30 novembre 2014

La D^{re} Irma Clapperton et la D^{re} Caroline Marcoux-Huard n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Krogsbøll LT, Jørgensen KJ, Larsen CG et coll. General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BJM* 2012; 345 : e7191.
2. Si S, Moss JR, Sullivan TR et coll. Effectiveness of general practice-based health checks: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2014; 64 [618] : e47-e53.
3. Collège de la Haute-Autorité de Santé de France. *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. La Plaine Saint-Denis : le Collège; 2013. 92 p. Site Internet : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf [Date de consultation : septembre 2014].
4. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *EMP 2014*. Montréal : l'Agence; 2014. 42 p. Site Internet : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-322-4.pdf [Date de consultation : mars 2015].

SUMMARY

Clinical Prevention: Less Is Better. Preventive practice refers to counselling, screening, immunization and chemoprophylaxis. These interventions are performed by health professionals. They are provided during health checks or consultations for specific problems. Controversy currently reigns over the relevance and impact of health checks, also known as periodic health examinations (PHE), annual physicals and routine medical examinations. Supported by recognized bodies and backed by levels of evidence, preventive practices determined by each patient's age, sex and risk factors remain appropriate. This approach has led to the PHE. One of the major difficulties lies with compliance with recommendations. Choosing Wisely Canada (CWC) has recently issued recommendations on practices that should be discontinued. To avoid overusing tests, to save time and to be effective, we need to do less to do better.

- Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs 2014. *Procedure Manual*. Site Internet: <http://canadiantaskforce.ca/methods/procedural-manual> [Date de consultation : septembre 2014].
- U.S. Preventive Services Task Force. *Published Recommendations*. Rockville : USPSTF ; 2014. Site Internet: www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstocs.htm#AZ [Date de consultation : septembre 2014].
- Forum de l'Association médicale canadienne et Collège des médecins de famille du Canada. *Choisir avec soins*. Toronto : l'Association et le Collège ; 2014. 4 p. Site Internet: www.choisiravecsoin.org/recommandations/le-forum-de-l-association-medicale-canadienne-et-le-college-des-medecins-de-famille-du-canada [Date de consultation : septembre 2014].
- Clapperton I, Bélanger H et Duford J. *Étude sur les pratiques à faire ou à cesser présentée dans le cadre des stages d'externat en santé communautaire*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke ; 2014.
- Pfizer. *The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) – Overview*. Kirkland : Pfizer ; 1999. Site Internet: www.cqaimh.org/pdf/tool_phq2.pdf [Date de consultation : le 20 octobre 2014].
- CAN-ADAPT. *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme : énoncés sommaires. Réseau d'action canadien pour l'avancement, la dissémination et l'adoption de pratiques en matière de traitement du tabagisme fondées sur l'expérience clinique*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale ; 2011.
- Leiter LA, Fitchett DH, Gilbert, RE and coll. Identification and Management of Cardiometabolic Risk in Canada: A Position Paper by the Cardiometabolic Risk Working Group [Executive Summary]. *Can J Cardiol* 2011 ; 27 [92] : 124-31.
- Brauer P, Connor-Gorber S, Shaw E et coll. Recommendations for prevention of weight gain and use of behavioural and pharmacologic interventions to manage overweight and obesity in adults in primary care. *CMAJ* 2015 ; 187 (3) : 184-95.
- Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*. Ottawa : Santé Canada ; 2011.
- Papaioannou A, Morin S, Angela M et coll. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: summary. *CMAJ* 2010 ; 182 [17] : 1864-73.
- Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Directives canadiennes en matière d'activité physique et en matière de comportement sédentaire*. Ottawa : la Société ; 2011.
- Butt P, Beirmis D, Gliksman L et coll. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ; 2011.
- Anderson TJ, Gregoire J, Hegele RA et coll. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. *Can J Cardiol* 2013 ; 29 [2] : 151-67.
- Bell AD, Roussin A, Cartier R et coll. The Use of Antiplatelet Therapy in the Outpatient Setting: Canadian Cardiovascular Society Guidelines. *Can J Cardiol* 2011 ; 27 [3] : S1-S59.
- Hypertension Canada. *Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH). Recommandations 2015*. Markham : Hypertension Canada ; 2015. 57 p. Site Internet: <http://hypertension.ca/fr/chep> [Date de consultation : septembre 2014].
- Comité d'experts des Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes* 2013 ; 37 [suppl. 5] : S361-S598.
- Côté B, Lance JMR, Lebrun M. *Dépistage systématique de l'anévrisme de l'aorte abdominale*. Québec : l'INESSS ; 2010.
- Barkun A, Champagne M. *Algorithmes de prise en charge du cancer colorectal*. Québec : le MSSS ; 2012.
- The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. *CMAJ* 2011 ; 183 [17] : 1991-2001.
- Auger M, Cloutier L, Coutlée F et coll. *Lignes directrices sur le dépistage du cancer du col utérin au Québec*. Québec : l'INSPQ ; 2011.
- Decramer M, Vestbo J, Bourgeois J et coll. *Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Update 2014*. Global Initiative Obstructive Lung Disease [GOLD] ; 2015. p. 1-80.
- Association des dermatologistes du Québec. *Énoncé de position de l'Association des dermatologistes du Québec sur le dépistage des cancers cutanés par les omnipraticiens lors de l'examen médical périodique*. Montréal : l'Association ; 2012.
- Le Collège des médecins du Québec. *Le dépistage du cancer de la prostate – Mise à jour 2013. Lignes directrices*. Montréal : le Collège ; 2013.

Indications et usage clinique :

Symbicort[®] est indiqué dans le traitement de l'asthme chez les patients de 12 ans et plus qui présentent une maladie obstructive réversible des voies respiratoires. Chez les patients asthmatiques, il existe deux stratégies thérapeutiques : Traitement d'entretien par Symbicort[®], où Symbicort[®] est pris comme traitement d'entretien régulier avec un bronchodilatateur à action rapide distinct comme médicament de secours et Traitement d'entretien et de secours avec Symbicort (SMART[™]), où Symbicort[®] est pris comme traitement d'entretien régulier et au besoin en réponse aux symptômes. Symbicort[®] ne doit pas être utilisé chez les patients dont l'asthme peut être traité par l'emploi occasionnel d'un bêta₂-agoniste en inhalation à courte durée d'action qui agit rapidement, ni chez les patients dont l'asthme peut être pris en charge avec un corticostéroïde en inhalation et l'emploi occasionnel d'un bêta₂-agoniste en inhalation à courte durée d'action qui agit rapidement.

Contre-indications :

- Hypersensibilité au lactose inhalé

Mises en garde et précautions

les plus importantes :

Risque de décès lié à l'asthme : Les bêta₂-agonistes à longue durée d'action (BALA) tels que le formotérol, l'un des ingrédients actifs de Symbicort[®], peuvent augmenter le risque de décès lié à l'asthme. Cette observation sur le salméterol est considérée comme un effet de classe pour les BALA. Les BALA peuvent augmenter le risque d'hospitalisation liée à l'asthme chez les enfants et les adolescents. On ignore si l'utilisation concomitante de corticostéroïdes en inhalation ou d'autres antiasthmatiques de fond atténue le risque plus élevé de décès lié à l'asthme associé aux BALA. Par conséquent, dans le traitement des patients asthmatiques, Symbicort[®] ne doit être prescrit qu'aux patients dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé avec un antiasthmatique de fond tel qu'un corticostéroïde en inhalation ou dont la gravité de la maladie justifie clairement l'instauration d'un traitement à la fois par un corticostéroïde en inhalation et un BALA. Une fois la maîtrise de l'asthme atteinte et maintenue, il faut évaluer le patient à intervalles réguliers et ne pas utiliser Symbicort[®] chez les patients dont l'asthme est adéquatement maîtrisé par une dose faible à modérée de corticostéroïde en inhalation.

Médicament de secours : Informer les patients asthmatiques de se munir d'un médicament de secours en tout temps.

Posologie recommandée : Ne pas dépasser.

Emploi chez l'adolescent : Envisager des réévaluations périodiques étant donné que la gravité de l'asthme peut varier avec l'âge.

Autres mises en garde et précautions

pertinentes :

- Le traitement ne devrait pas être abandonné soudainement
- Effets cardiovasculaires
- Candidose
- Hyperglycémie, hypokaliémie
- Effet accru des corticostéroïdes chez les patients souffrant d'hypothyroïdie et de cirrhose
- Insuffisance surrénalienne chez les patients auparavant traités par un corticostéroïde à action générale
- Vulnérabilité ou affaiblissement de la résistance aux infections
- Bronchospasme paradoxal
- Risques durant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement
- La maîtrise de l'asthme doit être surveillée

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie du produit à azinfo.ca/symbicort/pm796 pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en appelant AstraZeneca Canada au 1-800-461-3787.



SYMBICORT[®], SMART[™] DE SYMBICORT, TURBUHALER[®] et le logo d'AstraZeneca sont des marques déposées du groupe AstraZeneca. © AstraZeneca Canada Inc. 2014

INSPIREZ



Explorez les possibilités

Pr **Symbicort**[®]
budésonide/fumarate
de formotérol dihydraté





Pour le traitement de la colite ulcéreuse (CU)...

choisissez SIMPONI®

SIMPONI® est indiqué chez les patients adultes atteints de colite ulcéreuse (CU) modérément à sévèrement active qui n'ont pas répondu de manière satisfaisante aux traitements standard, par exemple les corticostéroïdes, les aminosalicyles, l'azathioprine (AZA), ou la 6-mercaptopurine (6-MP), ou qui présentent des contre-indications médicales à ces traitements, pour l'induction et le maintien de la réponse clinique (réduction des signes et des symptômes), l'induction d'une rémission clinique, l'obtention d'une rémission clinique soutenue chez les patients ayant répondu au traitement d'induction, l'amélioration de l'apparence endoscopique de la muqueuse intestinale pendant le traitement d'induction¹.

Une amélioration rapide de l'aspect de la muqueuse démontrée à l'endoscopie (guérison de la muqueuse)

Un nombre significativement plus élevé de patients ont obtenu une **amélioration de l'aspect de la muqueuse à l'endoscopie** (guérison de la muqueuse, critère d'évaluation secondaire) à la semaine 6 par rapport aux patients sous placebo (42 % p/r à 29 %, $p = 0,0014$)^{1,2*}.

Usage clinique

Enfants : L'innocuité et l'efficacité de SIMPONI® n'ont pas été établies chez les enfants.

Personnes âgées (≥ 65 ans) : La prudence s'impose lors du traitement des patients âgés.

Contre-indications

- Infection grave comme la sepsie, la tuberculose et les infections opportunistes
- Insuffisance cardiaque congestive modérée ou grave (de classe III ou IV selon la NYHA)
- Hypersensibilité au latex

Mises en garde et précautions les plus importantes

- **Infections** : Des infections graves ayant entraîné une hospitalisation ou un décès, y compris la sepsie, la tuberculose (TB), les infections fongiques invasives et d'autres infections opportunistes, ont été observées à la suite de l'emploi d'antagonistes du TNF, y compris SIMPONI®. Si un patient présente une infection grave ou une sepsie, le traitement par SIMPONI® doit être cessé. La tuberculose (principalement sous la forme clinique disséminée ou extrapulmonaire) a été observée chez des patients ayant reçu des inhibiteurs du TNF, y compris SIMPONI®. La tuberculose pourrait être due à la réactivation d'une tuberculose latente ou à une nouvelle infection. Avant d'entreprendre un traitement par SIMPONI®, il importe d'évaluer tous les patients, afin de s'assurer qu'ils ne sont pas atteints de la forme active ou latente de la tuberculose. Un traitement antituberculeux devrait être instauré avant de commencer un traitement chez les patients qui reçoivent un diagnostic de tuberculose latente. Les médecins doivent surveiller les patients recevant SIMPONI® pour déceler tout signe ou symptôme de tuberculose

Réponse rapide et soutenue démontrée^{1,2†}

Réponse clinique continue démontrée à chaque évaluation (toutes les 4 semaines) jusqu'à la semaine 54^{1‡}

Semaine 2 : une réduction plus importante du score Mayo partiel a été observée dès la semaine 2 par rapport au placebo (SIMPONI® à 200/100 mg; critère d'évaluation secondaire)^{1,2†}.

Semaine 6 : un nombre significativement plus élevé de patients ont obtenu une **réponse clinique à la semaine 6** par rapport aux patients sous placebo (51 % du groupe SIMPONI® 200/100 mg par rapport à 30 % du groupe placebo; $p < 0,0001$)^{1,2†}.

Jusqu'à la semaine 54 : Un nombre significativement plus important de patients étaient dans un **état de réponse clinique continue** à chaque évaluation jusqu'à la semaine 54 par rapport aux patients sous placebo (47 % du groupe SIMPONI® à 50 mg par rapport à 31 % du groupe placebo, $p = 0,01$)^{1†}.

- L'activité de la maladie a été évaluée toutes les 4 semaines à l'aide du score Mayo partiel – les patients ayant maintenu une réponse étaient dans un **état de réponse clinique continue** à chaque évaluation^{1†}.

active, y compris les patients ayant un résultat négatif au test de dépistage de la tuberculose latente. Le traitement par SIMPONI® ne devrait pas être amorcé chez des patients présentant des infections évolutives, y compris des infections chroniques et localisées. Les médecins doivent user de prudence avant de prescrire SIMPONI® à des patients ayant des antécédents d'infections récurrentes ou latentes, y compris la TB, ou de troubles sous-jacents, lesquels pourraient prédisposer à des infections, ou les patients qui ont résidé dans des régions où la TB et les infections fongiques invasives, comme l'histoplasmosse, la coccidioidomycose ou la blastomycose, sont à l'état endémique.

- **Affections malignes** : Des lymphomes et autres tumeurs malignes, parfois fatals, ont été signalés chez des enfants et des adolescents ayant reçu un traitement au moyen d'inhibiteurs du TNF, dont fait partie SIMPONI®.

Autres mises en garde et précautions pertinentes

- Risque de réactivation du virus de l'hépatite B
- Risque d'aggravation ou d'apparition d'une insuffisance cardiaque congestive
- L'emploi concomitant de l'anakinra ou de l'abatacept ou d'autres agents biologiques n'est pas recommandé

- Risque d'anomalies hématologiques
- Risque d'immunosuppression
- Risque de réactions d'hypersensibilité
- L'emploi concomitant de vaccins vivants ou d'agents infectieux thérapeutiques n'est pas recommandé
- Risque d'auto-immunité
- Risque d'apparition ou d'exacerbation de troubles de démyélinisation du SNC
- Risque d'infection chez les patients durant la période périopératoire
- Contraception recommandée chez les femmes en mesure de procréer; doit être poursuivie six mois après le dernier traitement
- Prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique
- Pourrait exercer une légère influence sur la capacité à conduire et à utiliser des machines

Pour de plus amples renseignements

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.ca/fr/product/238> pour obtenir des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-387-8781.

* Étude multicentrique, à double insu, à répartition aléatoire et contrôlée par placebo (étude UC-1 : PURSUIT – Induction) menée chez 761 adultes atteints de CU modérément à sévèrement active (score Mayo de 6 à 12; score endoscopique ≥ 2) qui n'avaient pas répondu de manière satisfaisante ou étaient intolérants aux traitements standard, ou qui présentaient une cortico-dépendance. Les patients ont été randomisés pour recevoir soit SIMPONI® à 200 mg/100 mg (n = 253), soit un placebo (n = 251) par voie sous-cutanée aux semaines 0 et 2 respectivement. La prise concomitante par voie orale de doses stables d'aminosalicylates, de corticostéroïdes et/ou d'agents immunomodulateurs était permise.

† Définie par une diminution du score Mayo ≥ 30 % et une diminution ≥ 3 points par rapport à la semaine 0 de la phase d'induction, s'accompagnant d'une diminution du sous-score des saignements rectaux ≥ 1 ou d'un sous-score des saignements rectaux de 0 ou de 1.

‡ Cette étude sur le traitement d'entretien (étude UC-2 : PURSUIT – Entretien) a été menée chez 456 patients ayant obtenu une réponse clinique avec le traitement d'induction par SIMPONI® pour évaluer l'efficacité de SIMPONI® jusqu'à la semaine 54. Les patients étaient répartis aléatoirement pour recevoir SIMPONI® à 50 mg (n = 151), SIMPONI® à 100 mg (n = 151) ou un placebo (n = 154) par voie sous-cutanée toutes les 4 semaines. La prise concomitante par voie orale de doses stables d'aminosalicylates, de corticostéroïdes et/ou d'agents immunomodulateurs était permise.

La dose de corticostéroïdes devait être diminuée au début de l'étude sur le traitement d'entretien. Les patients qui avaient subi un changement interdit dans les médicaments concomitants contre la CU, une stomie ou une colectomie, un arrêt de l'agent à l'étude par manque d'effet thérapeutique, ou un ajustement de la dose dans l'étude UC-2 étaient considérés comme n'ayant pas obtenu de réponse clinique à partir de l'événement.

Références : 1. Monographie de SIMPONI®, Janssen Inc., 19 septembre 2013.

2. Sandborn WJ, Feagan BJ, et al. Subcutaneous Golimumab Induces Clinical Response and Remission in Patients with Moderate to Severe Ulcerative Colitis. *Gastroenterology* 2013;111-118.

Janssen Inc. 19 Green Belt Drive | Toronto (Ontario) | M3C 1L9 | www.janssen.ca

© 2015 Janssen Inc. | Marques de commerce utilisées sous licence. SGJA140653F (R&D) (CCP)



LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

SE DOTER DE STRATÉGIES EFFICACES

M. Voisin, 40 ans, est inquiet, car son père est récemment décédé d'insuffisance cardiaque tandis que sa mère souffre de diabète de type 2 et d'arthrose. Il a arrêté de fumer depuis peu, mais boit de deux à quatre verres de vin par jour. Sa pression artérielle est de 135 mmHg/82 mmHg, son IMC, de 29 kg/m² et son tour de taille, de 110 cm. Le reste de son examen physique et son bilan sanguin sont normaux. Il vous demande s'il risque de souffrir de maladies chroniques comme ses parents et s'il peut faire quelque chose pour les prévenir. Que lui répondez-vous ?

Jessica Moramarco et Marie-France Langlois

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les maladies chroniques non transmissibles constituent dorénavant la première cause de décès dans le monde¹. Elles évoluent sur une longue période et ne se guérissent généralement pas. Elles peuvent engendrer des incapacités et diminuer la qualité de vie. Les maladies cardiovasculaires, l'obésité, le diabète, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et les atteintes de l'appareil locomoteur sont les principales. Bien qu'elles soient en partie liées au vieillissement et à des facteurs génétiques, ces maladies ont des facteurs de risque modifiables communs liés aux habitudes de vie², qui peuvent être réduits par des interventions thérapeutiques.

LE PATIENT AYANT DES FACTEURS DE RISQUE MODIFIABLES... QUI EST-IL ?

Certains facteurs de risque, comme le tabagisme et l'alcool, sont ciblés depuis longtemps en médecine préventive. L'excès de poids, l'inactivité physique et les habitudes alimentaires suscitent toutefois de plus en plus l'intérêt dans le contexte actuel de la prévalence croissante de l'obésité. D'autres, comme le stress et le manque de sommeil, ont été découverts plus récemment.

LE TABAGISME

Le tabagisme est un facteur de risque bien connu de maladies cardiovasculaires, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et de plusieurs cancers. Toutefois, près d'un Québécois sur cinq fume encore aujourd'hui³. Il n'y a pas de seuil sécuritaire pour la cigarette. Même l'exposition secondaire est associée à un risque cardiovasculaire, pulmonaire et néoplasique⁴.

La D^{re} Jessica Moramarco, endocrinologue, exerce à l'Hôpital Charles-Le Moyne, à Greenfield Park.

La D^{re} Marie-France Langlois, endocrinologue, pratique au Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke. Elle est professeure titulaire au Département de médecine de l'Université de Sherbrooke et chercheuse nationale du FRQS.

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Bien que l'alcool offre un effet protecteur en petite quantité (1 ou 2 consommations par jour), toute consommation supérieure est associée à un risque accru de plusieurs affections, telles que les maladies cardiovasculaires et hépatiques, certains cancers et les troubles cognitifs⁵.

LA SÉDENTARITÉ

La sédentarité constitue également un facteur de risque de maladies cardiovasculaires et de plusieurs autres maladies chroniques, comme le diabète, l'obésité et les atteintes musculosquelettiques. De plus, l'inactivité physique est associée à un risque accru de cancer du sein et du côlon. Sa prévalence est bien plus importante que celle de tout autre facteur de risque⁶, plus de 50 % de la population canadienne étant sédentaire.

L'ALIMENTATION

Une alimentation saine joue un rôle important dans la prévention des maladies chroniques cardiométaboliques⁷. Le guide alimentaire canadien recommande un apport limité en gras et en sucres concentrés. Au Québec, le quart des adultes mangent trop de gras. De plus, la consommation de boissons gazeuses, d'aliments très gras, très salés, très sucrés ou prêts-à-manger est particulièrement élevée chez les jeunes adultes⁸.

L'EMBOÛPOINT ET L'OBÉSITÉ

L'emboûpoint, et surtout l'obésité, définis respectivement par un indice de masse corporelle (IMC) de 25 kg/m² à 29,9 kg/m² et de 30 kg/m² ou plus, sont associés à un risque accru pour la santé. L'IMC peut cependant être un outil imparfait chez les patients âgés, ceux souffrant d'œdème ou ceux qui sont très musclés. L'obésité abdominale est davantage liée au risque cardiométabolique⁹ en raison des propriétés proathérogènes du gras viscéral qui sont liées à l'inflammation et à l'insulinorésistance¹⁰. Afin d'évaluer ce paramètre, la mesure du tour de taille est très révélatrice, particulièrement lorsque l'IMC est inférieur à 30 kg/m².

TABLEAU I

EFFETS SUR LA SANTÉ DE LA MODIFICATION DE CERTAINS FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES CHRONIQUES¹³⁻¹⁷

| | |
|--|---|
| Arrêt tabagique | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Incidence de la BPCO de 39 % chez les fumeurs actifs contre 13 % chez les anciens fumeurs, sur 25 ans ▶ Diminution d'au plus 47 % du taux d'accidents cardiaques chez les personnes sans athérosclérose coronarienne |
| Alimentation | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diète méditerranéenne enrichie d'huile d'olive ou de noix Diminution de 30 % ou de 28 % du taux d'accidents ou de décès d'origine cardiovasculaire ▶ Diète Dash avec apport réduit en sel Diminution de la pression artérielle systolique de 7 mmHg à 12 mmHg ▶ Diète pour perte de poids Diminution de la pression artérielle systolique de 6 mmHg |
| Changement des habitudes de vie | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diète hypocalorique et au moins 150 minutes d'activité physique par semaine Diminution du risque de diabète de type 2 de plus de 50 % ▶ Perte de plus de 5 % du poids par une prise en charge médicale intensive Diminution de la prévalence à 2 ans de l'anxiété et de la dépression (69 % contre 57 %) et diminution de la prévalence des douleurs articulaires (77 % contre 67 %) |

LE MANQUE DE SOMMEIL

Le manque de sommeil est de plus en plus associé, dans des études épidémiologiques et cliniques, à un risque accru de diabète de type 2, d'obésité et de syndrome métabolique. Au cours des dernières décennies, la durée moyenne de sommeil par nuit a été réduite de 1,5 à 2 heures, et un nombre important de personnes dorment moins de 7 heures par nuit¹¹. Par ailleurs, les postes de travail variables ou de nuit perturbent le cycle circadien de sommeil. Les conséquences de cette réduction du sommeil sur la santé suscitent beaucoup d'intérêt. Il a été montré que le manque de sommeil altère le métabolisme du glucose en diminuant la sensibilité à l'insuline et la tolérance au glucose. De plus, la ghréline, la leptine et le cortisol, les hormones en cause dans la régulation de l'appétit, sont modifiés, ce qui entraîne une augmentation de l'appétit. Ces mécanismes pourraient expliquer les conséquences métaboliques et le lien avec l'obésité que l'on observe. Il est donc très pertinent d'évaluer chez les patients la durée, la qualité et les facteurs nuisant au sommeil, comme l'usage de stimulants, le stress ou l'horaire de travail.

LE STRESS

Le stress, surtout chronique, peut avoir un effet important sur la santé et les habitudes de vie. Le stress psychosocial (notamment le stress général et financier, les antécédents de dépression et les événements importants de la vie) est considéré comme un des principaux facteurs de risque cardiovasculaires modifiables dans une grande étude comparative multicentrique⁹. Le stress est également associé à l'hypertension, à un risque accru d'AVC et, possiblement, au diabète de type 2. L'activation de l'axe hypothalamo-hypophysé-surrénalien et du système nerveux sympathique est possiblement en cause. Le stress semble promouvoir le développement de l'athérosclérose et modifie la réactivité vasculaire¹². En outre, le stress chronique peut favoriser des

habitudes de vies malsaines, telles que le tabagisme, l'abus d'alcool ou une mauvaise alimentation, et nuire au changement de ces habitudes. Le degré de stress ainsi que la connaissance des événements importants de la vie et de leur effet sur le patient a donc une place dans l'évaluation du risque de maladie chronique. Lorsqu'ils sont grandement présents, ces paramètres devront être pris en compte au moment de recommander des changements d'habitudes de vie ou la prise de médicaments afin de maximiser l'observance.

LES HABITUDES DE VIE : QUOI ET COMMENT OPTIMISER ?

L'effet sur la santé de la modification de certains facteurs de risque de maladies chroniques est indiqué dans le tableau I¹³⁻¹⁷. Lorsqu'un médecin conseille à un patient, dans une intervention brève de trois minutes ou moins, de cesser de fumer, il accroît considérablement les chances de succès de l'arrêt tabagique. Il s'agit d'une des interventions de prévention les plus utiles en santé publique. L'intervention comportementale associée à une pharmacothérapie augmente les chances de succès. L'entretien motivationnel, le soutien et la résolution de problème constituent des éléments de counselling efficaces et devraient être adaptés en fonction du stade de réceptivité au changement du patient¹⁸. Il faut souligner que les bienfaits de l'arrêt tabagique sur la santé se font sentir dès les premières semaines. L'excès de risque cardio- et cérébrovasculaire diminue rapidement et ceux de cancers et de BPCO sont également diminués¹⁹. Les patients peuvent être dirigés vers le centre d'abandon tabagique de leur CISSS ou à la ligne téléphonique « J'arrête » (www.jarrete.qc.ca/).

Moins de dix consommations d'alcool par semaine pour les femmes et moins de quinze pour les hommes, avec une limite de deux ou trois par jour selon le sexe, représente



une consommation à faible risque, selon Santé Canada²⁰. Les études épidémiologiques révèlent que la consommation légère ou modérée d'alcool (1-2 par jour) est associée à un risque moindre de maladie cardiovasculaire, d'hypertension, d'AVC, de diabète de type 2 et de décès (relation courbe en J). L'effet protecteur semble lié à une augmentation du taux de cholestérol HDL et de la sensibilité à l'insuline et à une diminution de l'inflammation²¹. Cependant, il est déconseillé aux patients ne prenant pas d'alcool de se mettre à en boire, en raison des risques potentiels d'abus, de dépendance ou d'accidents.

Dans un but de diminution du risque cardiovasculaire, une alimentation riche en fruits, en légumes et en grains entiers, comprenant aussi des produits laitiers à faible teneur en gras, des huiles végétales, des noix et des viandes maigres, est recommandée en cas de facteurs de risque. Les boissons sucrées, la viande rouge, ainsi que le pourcentage de calories provenant du gras (surtout les gras saturés et les gras *trans*) devraient être limités. Les patients souffrant d'hypertension doivent limiter la quantité de sel ingérée à 2000 mg par jour ou moins²². En plus des nombreuses études épidémiologiques appuyant ces recommandations, des études d'intervention à répartition aléatoire confirment ces bienfaits : une réduction de pression artérielle de 6 mmHg à 11 mmHg a été observée chez les patients suivant la diète DASH avec apport réduit en sel¹³. De plus, une diminution des infarctus du myocarde, des AVC et des décès cardiovasculaires a été notée chez les patients adoptant la diète méditerranéenne enrichie d'huile d'olive (RR 0,7) ou de noix (RR 0,72)²³. En cas de risque de diabète ou d'obésité, une perte de poids de 5 % à 10 % est suffisante pour obtenir des bienfaits sur la santé. À cette fin, c'est le changement de la balance énergétique (par exemple, un déficit calorique de 500 kcal/j à 750 kcal/j), et non la composition de la diète qui est importante. Lorsqu'une perte de poids est souhaitable, un programme de modification des habitudes de vie à long terme associant les modifications diététiques, l'activité physique et la thérapie comportementale est recommandée¹⁰. Les régimes à très faible apport calorique sont déconseillés dans la majorité des cas en raison des carences nutritionnelles possibles et de leurs échecs à long terme.

La pratique d'activité physique régulière diminue le risque de plusieurs maladies chroniques, comme l'hypertension, le diabète de type 2, l'obésité, le cancer, la dépression et l'ostéoporose. Les personnes actives physiquement ont même un risque de décès toutes causes confondues et de décès d'origine cardiovasculaire significativement réduit (RR : 20 %-35 % et 50 %, respectivement)⁶. En ce qui a trait à la prévention cardiovasculaire, la pratique de 150 minutes par semaine d'activité physique d'intensité au moins modérée par période de dix minutes ou plus permet d'obtenir la majorité des bienfaits pour la santé et est recommandée²⁴. Toute activité physique même minimale améliore la santé.

TABLEAU II

MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE^{10,20,24,26}**Recommandations concernant les habitudes de vie**

- ▶ Arrêt tabagique
- ▶ Perte de poids de 5 % à 10 %, en cas de surpoids, par des modifications diététiques et l'activité physique
- ▶ De 30 à 60 minutes d'activité physique de modérée à vigoureuse la plupart des jours de la semaine
- ▶ Consommation d'alcool limitée à neuf par semaine chez les femmes et à 14 chez les hommes, sans dépasser 2 ou 3 par jour
- ▶ Alimentation comportant beaucoup de fruits et légumes, de grains entiers, de fibres solubles et de produits laitiers faibles en gras ; limiter le sel, les sucres concentrés, les gras saturés et le cholestérol.

Néanmoins, davantage d'activité physique apporte plus de bienfaits. La sédentarité, plus que le fait d'être inactif, est particulièrement associée à un risque accru pour la santé. Quant à la gestion du poids, la quantité d'activité physique recommandée se situe davantage autour de 200 à 300 minutes par semaine et est utile surtout pour le maintien du poids perdu.

Tout comme pour l'arrêt tabagique, une meilleure alimentation, l'augmentation du degré d'activité physique et la maîtrise du poids constituent des changements de comportements demandant aux patients de sérieux efforts de motivation et de planification. Une intervention comportementale répétée, adaptée en fonction du stade de réceptivité au changement et des barrières individuelles, s'avère également efficace et permet d'obtenir plus de succès. Il est donc crucial d'adopter des techniques d'intervention permettant au patient de bâtir sa motivation et au médecin d'accompagner ce dernier efficacement dans le changement²⁵.

La gestion du stress ou l'amélioration de l'hygiène de sommeil pourraient potentiellement réduire le risque de certaines maladies chroniques. En attendant des études d'intervention, ces éléments devraient être considérés individuellement selon l'intensité du stress et du manque de sommeil et selon la perception qu'a le patient des effets de ces éléments sur sa santé et ses autres habitudes de vie. Le *tableau II*^{10,20,24,26} résume les principales modifications à apporter aux habitudes de vie.

Y A-T-IL PLACE AUX MÉDICAMENTS EN PRÉVENTION ?

Plusieurs médicaments peuvent avoir un rôle en prévention primaire ou secondaire des maladies chroniques.

- ▶ Le traitement de la dyslipidémie par une statine est une intervention efficace en prévention primaire²⁴. Le score de risque de Framingham, certains paramètres secondaires

et le taux de cholestérol LDL du patient permettent d'évaluer si un traitement est indiqué. Avec la reconnaissance plus récente de certains effets indésirables, les bienfaits peuvent être matière à débat chez certains groupes de patients, comme les femmes ou les jeunes.

- ▶ Traiter l'hypertension en visant les cibles suivantes : < 140 mmHg/90 mmHg ou si le patient est diabétique < 130 mmHg/80 mmHg. Une classe spécifique d'agent antihypertenseur n'est pas recommandée chez les patients atteints d'hypertension artérielle essentielle, sauf en cas de néphropathie chronique avec protéinurie, de cardiopathie ischémique ou de diabète avec facteurs de risque additionnels, auxquels cas les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou les antagonistes du récepteur de l'angiotensine II sont indiqués²².
- ▶ Le recours à l'acide acétylsalicylique (AAS) en prévention primaire est controversé et doit être évalué au cas par cas, selon les risques de saignement et les bienfaits cardiovasculaires. Par exemple, l'AAS n'est plus conseillée systématiquement aux patients diabétiques en l'absence de maladie cardiovasculaire²⁷.
- ▶ La metformine ou l'acarbose peuvent être envisagés pour réduire d'environ 30 % le risque de diabète de type 2 chez les patients prédiabétiques, bien que la modification des habitudes de vie entraîne une diminution du risque deux fois plus importante²⁷.
- ▶ Les traitements de remplacement nicotiques, le bupropion et la varénicline constituent une aide efficace pour la cessation tabagique et augmentent considérablement les chances de succès²⁸.

CONCLUSION

L'arrêt tabagique, la modification des habitudes de vie et le traitement de la dyslipidémie et de l'hypertension constituent des stratégies efficaces de prévention des maladies chroniques. La gestion du stress, l'hygiène de sommeil et l'AAS peuvent être employés en fonction des caractéristiques de chaque patient, mais les données probantes en appuyant l'usage sont moins nombreuses ou encore le rapport risque/avantage est plus faible. La participation du patient comme acteur principal dans la prise en charge de ses facteurs de risque est essentielle, étant donné les efforts à long terme nécessaires. La prévention des maladies chroniques est un défi, votre patient est-il prêt ?

Chez M. Voisin, une intervention ciblant les habitudes de vie, comme une orientation en nutrition et la pratique d'ac-

tivités physiques régulières, pourrait être bénéfique. Vous devriez aussi penser à une limitation de la consommation d'alcool et à une perte de poids de 5 % à 10 %.

Date de réception : le 2 novembre 2014

Date d'acceptation : le 3 décembre 2014

La D^{re} Jessica Moramarco n'a déclaré aucun intérêt conflictuel. La D^{re} Marie-France Langlois a été conférencière pour Eli Lilly Canada et Novo Nordisk, elle a fait de la recherche clinique pour les Laboratoires Servier, AstraZeneca, Exelixis, Groupe TIMI, Siemens Canada et a été consultante pour AstraZeneca, Exelixis et Novo Nordisk de 2012 à 2014.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. *Maladies chroniques*. Genève : l'Organisation ; 2014. Site Internet : www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/index.html [Date de consultation : octobre 2014].
2. Dubé F, Noreau É, Landry G. *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux ; 2012. p. 1-28.
3. Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC)*. Ottawa : Santé Canada ; 2012. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat_ctums-esutc_prevalence/prevalence-fra.php [Date de consultation : le 19 mars 2015].
4. Steenland K. Passive smoking and the risk of heart disease. *JAMA* 1992 ; 267 (1) : 94-9.
5. Grønbaek M. The positive and negative health effects of alcohol and the public health implications. *J Intern Med* 2009 ; 265 (4) : 407-20.
6. Warburton DE, Nicol CW, Bredin SS. Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ* 2006 ; 174 (6) : 801-9.
7. Santé Canada. *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien : Ressource à l'intention des éducateurs et communicateurs*. Ottawa : Santé Canada ; 2011. 60 p. Site Internet : www.hc-sc.gc.ca/fr-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/pubs/res-educat-fra.pdf [Date de consultation : janvier 2015].
8. Blanchet C. *Résumé du rapport « La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes Québécois » : Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois*. Québec : Institut national de santé publique ; 2009. 12 p.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et coll. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries [the INTERHEART study]: case-control study. *The Lancet* 2004 ; 364 (9438) : 937-52.
10. Lau D, Douketis J, Morrison K et coll. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children (summary). *CMAJ* 2007 ; 176 (8) : 1-13.
11. Spiegel K, Knutson K, Leproult R et coll. Sleep loss: a novel risk factor for insulin resistance and type 2 diabetes. *J Appl Physiol* 2005 ; 99 (5) : 2008-19.
12. Esch T, Stefano GB, Frichione GL et coll. Stress in cardiovascular diseases. *Med Sci Monit* 2002 ; 8 (5) : 93-101.
13. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM et coll. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001 ; 344 (1) : 3-10.
14. Løkke A, Lange P, Scharling H et coll. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax* 2006 ; 61 (11) : 935-9.
15. Jackson E, Rubenfire M. Cardiovascular risk of smoking and benefits of smoking cessation. *UpToDate* à jour au 5 novembre 2014. Site Internet : www.uptodate.com/contents/cardiovascular-risk-of-smoking-and-benefits-of-smoking-cessation [Date de consultation : le 15 février 2015].

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Bédard J. *3 minutes pour changer un comportement*. Sherbrooke : Lemieux Bédard-Agence de publicité ; 2014 ; 17 p. Site Internet : www.lemieuxbedard.com/emc/files/3_Minutes_pour_changer_un_comportement.pdf (Date de consultation : décembre 2014).
- ▶ Venne S, Trudeau G. L'entretien motivationnel un vaccin contre la résistance du patient. *Le Médecin du Québec* 2009 ; 44 (11) : 33-7.

SUMMARY

Effective Strategies for Preventing Chronic Diseases.

Chronic non-communicable diseases, such as cardiovascular diseases, obesity, diabetes, cancers, chronic respiratory diseases and locomotor disorders, are the leading cause of death throughout the world. Although partly related to aging and genetic factors, these diseases have common modifiable risk factors associated with lifestyle choices. Some risk factors, such as smoking and drinking, are more widely known. Overweight, physical inactivity and diet are drawing increased attention with the growing prevalence of obesity; while other risk factors, such as stress and sleep deprivation, have only recently been identified. To reduce the risk of developing these diseases, several lifestyle changes may be recommended to at-risk patients, and certain medications may be considered, depending on the circumstances.

16. Horvath K, Jettler K, Siering U et coll. Long-term effects of weight-reducing interventions in hypertensive patients: systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med* 2008; 168 (6) : 571-80.
17. Agborsangaya CB, Majumdar SR, Sharma AM et coll. Multimorbidity in a prospective cohort: prevalence and associations with weight loss and health status in severely obese patients. *Obesity* 2015; 23 (3) : 707-12.
18. CAN-ADAPT. *Lignes directrices canadiennes de pratique clinique sur le renoncement au tabagisme*. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2012. p. 11. Site Internet : www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPT/Documents/Lignes%20directrices/Liste_outils.pdf [Date de consultation : octobre 2014].
19. Visier J. *Épidémiologie du tabagisme, risques pour la santé et bénéfices de l'arrêt*. Seine Saint-Denis : Sécurité sociale, l'Assurance Maladie; 2005. 58 p. Site Internet : www.sante-durable.fr/telechargement/jv_epidemia.pdf [Date de consultation : octobre 2014].
20. Butt, P, Beirness D, Gliksman L et coll. *L'alcool et la santé au Canada : résumé des données probantes et directives de consommation à faible risque*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2011.
21. O'Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and Cardiovascular Health: The Razor-Sharp Double-Edged Sword. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50 (11) : 1009-14.
22. Hypertension Canada. *Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) : Recommandations 2013*. Markham : Hypertension Canada; 2013. Site Internet : www.hypertension.ca/fr/chep [Date de consultation : octobre 2014].
23. Estruch R, Ros E, Salas-Salvado J et coll. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Engl J Med* 2013; 368 (14) : 1279-90.
24. Anderson TJ, Grégoire J, Helege RA et coll. 2012 Update of the Canadian Cardiovascular Society Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Dyslipidemia for the Prevention of Cardiovascular Disease in the Adult. *Can J Cardiol* 2013; 29 (2) : 151-67.
25. Rollnick S, WR Miller, Butler CC. Book review: Motivational Interviewing in Health Care—Helping Patients Change Behavior. *Ment Health Clin* 2012; 2 (4) : 1-210.
26. Eckel RH, Jakicic JM, Ard JD et coll. 2013 AHA/ACC guideline on lifestyle management to reduce cardiovascular risk: on the American College of Cardiology American/heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Cardiol* 2013; 129 (25 suppl. 2) : S76-S99.
27. Canadian Diabetes Association. Clinical Practice Guidelines Expert Committee, Cheng AY. Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2013; 37 (suppl. 1) : S1-S212.
28. 2008 PHS Guideline Update Panel, Liaisons et Staff. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update U.S. Public Health Service Clinical Practice Guideline executive summary. *Respir Care* 2008; 53 (9) : 1217-22.

Programme d'assurance groupe de la FMOQ



Plus de 4000 omnipraticiens font confiance à l'assurance groupe FMOQ depuis plus de 25 ans.

DPMM
Dale Parizeau
Morris Mackenzie

DES CONSEILS PRODIGUÉS AVEC SOIN, SELON VOS BESOINS

- Solutions personnalisées d'assurance
- Traitement rapide des demandes
- Accès privilégié aux meilleures protections, négociées au meilleur prix

Renseignez-vous sur les différentes protections offertes

| | |
|--|---|
|  Assurance de personnes OMNIMAX |  Assurance cabinet ou clinique |
|  Assurance habitation |  Assurance juridique |
|  Assurance automobile |  Et plus encore! |

Renseignez-vous :
dpmm.ca/fmoq
1 877 807-3756

DPMM
Dale Parizeau
Morris Mackenzie
Capitol de services financiers

Maintenant couvert par tous les régimes provinciaux au Canada¹⁻¹⁰ !

(Les prestations générales et les critères d'autorisation spéciale peuvent varier d'une province à l'autre)

TUDORZA® GENUAIR®

Imaginez
les
possibilités

TUDORZA GENUAIR a démontré une **amélioration statistiquement significative** de la fonction pulmonaire (VEMS [minimal] avant l'administration du matin) à la semaine 24 vs le placebo (TUDORZA à 400 mcg b.i.d., 55 mL vs placebo, -73 mL; $p < 0,0001$)^{11,12*}



Indications et utilisation clinique :

TUDORZA GENUAIR (bromure d'acéclidinium) est indiqué comme traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme chez les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris la bronchite chronique et l'emphysème.

- TUDORZA GENUAIR n'est pas indiqué pour soulager une exacerbation aiguë de la MPOC
- Indiqué chez des patients > 18 ans

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Ne doit pas être utilisé dans le traitement initial de crises aiguës de bronchospasme (c.-à-d. comme traitement de secours)
- Ne doit pas être amorcé chez les patients présentant une exacerbation aiguë de la MPOC
- Ne doit pas être utilisé plus souvent qu'à la fréquence prescrite ni à des doses plus élevées que celles recommandées
- Ne doit pas être utilisé plus de deux fois par jour
- Les patients qui ont utilisé régulièrement un bronchodilatateur pour inhalation à courte durée d'action doivent commencer à l'utiliser seulement pour le soulagement des symptômes; on doit fournir un bronchodilatateur pour inhalation à courte durée d'action aux patients qui n'en utilisent pas afin de traiter les symptômes de MPOC survenant de façon aiguë

- Aggravation du glaucome à angle fermé
- Aggravation de la rétention urinaire
- Réactions d'hypersensibilité immédiate; les patients ayant des antécédents de réactions d'hypersensibilité à l'atropine doivent être surveillés de près
- Bronchospasme paradoxal
- Utiliser avec prudence chez les patients présentant certaines affections cardiovasculaires
- La survenue de céphalée ou de vision trouble peut influencer sur la capacité de conduire et d'utiliser de la machinerie

Pour obtenir de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie à l'adresse www.azinfo.ca/tudorza/pm883 pour obtenir des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques ne figurant pas dans ce document.

Vous pouvez également obtenir la monographie en appelant AstraZeneca Canada au numéro 1-877-404-8277. Veuillez consulter votre liste de médicaments provinciale afin d'obtenir les critères d'admissibilité pour le remboursement de TUDORZA GENUAIR.

* Étude randomisée de 24 semaines, à double insu et contrôlée par placebo, menée chez des patients âgés de ≥ 40 ans (N=819) ayant reçu un diagnostic clinique de MPOC stable modérée à grave (VEMS après bronchodilatation $\geq 30\%$ et $< 80\%$ de la valeur normale prédite) et ayant des antécédents de tabagisme d'au moins 10 paquets-années. Le VEMS minimal (avant l'administration) du matin était défini comme le VEMS mesuré 12 heures après la prise de la dose précédente du soir de TUDORZA GENUAIR.

RÉFÉRENCES : 1. Liste des médicaments de l'Alberta. Ministère de la Santé. Novembre 2014. 2. BC PharmaCare, Liste de médicaments à couverture limitée. Ministère de la Santé. Disponible à l'adresse : <http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/sa/criteria/restricted/acclidinium.html>. Consulté le 30 septembre 2014. 3. Liste des médicaments admissibles et interchangeables du Manitoba. Ministère de la Santé. Octobre 2014. 4. Formulaire du régime des médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick. Ministère de la Santé. Octobre 2014. 5. Liste du programme de remboursement des médicaments sur ordonnance de Terre-Neuve et du Labrador. Ministère de la Santé et des Services communautaires. Novembre 2014. 6. Liste du programme d'assurance-médicaments de la Nouvelle-Écosse. Ministère de la Santé et du Bien-être. Novembre 2014. 7. Formulaire/Index comparatif des médicaments du Programme de médicaments de l'Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Août 2014. 8. Formulaire Pharmacare de l'Île-du-Prince-Édouard. Ministère de la Santé et du Bien-être, gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Novembre 2014. 9. Liste des médicaments. Régie de l'assurance maladie du Québec. Février 2014. 10. Liste des médicaments de la Saskatchewan. Ministère de la Santé. 2014. 11. Monographie de TUDORZA^{MC} GENUAIR^{MC} (bromure d'acéclidinium en poudre pour inhalation). Almirall Limitée. 26 juillet 2013. 12. Données internes. Almirall Limitée.

TUDORZA® et le logo sont des marques déposées d'Almirall, S.A., utilisées sous licence par AstraZeneca Canada Inc. GENUAIR® est une marque déposée d'AstraZeneca UK Ltd., utilisée sous licence par AstraZeneca Canada Inc. AstraZeneca Canada Inc. et Actavis Specialty Pharmaceuticals Co. sont autorisées à promouvoir conjointement TUDORZA® GENUAIR® sous licence. © AstraZeneca Canada Inc. 2015.

AstraZeneca  en co-promotion avec  Actavis

 CCPI



Tudorza Genuair 
bromure d'acéclidinium en poudre pour inhalation
400 mcg

DÉTECTER ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PERSONNES

Imaginez que vous découvrez une toute nouvelle boîte à outils qui vous rendra beaucoup plus efficace pour prévenir les complications des maladies chroniques.

Vous pourriez faire toute une différence!

Doit-on dépister la dépression chez tous les patients diabétiques ?

L'anxiété a-t-elle un véritable effet sur les maladies cardiovasculaires ?

Marie Hayes et Pasquale Roberge

La prévalence de la dépression majeure est de deux à trois fois plus élevée chez les personnes atteintes de maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer, l'arthrite et les troubles respiratoires, que chez celles en bonne santé¹. De nombreuses études montrent que la dépression constitue à la fois un facteur de risque de maladies chroniques et une cause d'aggravation de la détresse psychologique et des incapacités, de complications, de détérioration de la qualité de vie et de mortalité. Cette relation est bidirectionnelle². La maladie chronique peut aussi entraîner ou aggraver un épisode de dépression majeure, particulièrement en présence d'incapacités. Cette relation bidirectionnelle s'observe également dans les troubles anxieux³. Le chevauchement fréquent entre l'anxiété, la dépression et les maladies chroniques justifie que l'on s'y intéresse dans une perspective intégrée. Bien que nous ne connaissions pas encore tous les mécanismes physiopathologiques associés à cette relation, la détection de l'anxiété et de la dépression ainsi que le traitement de ces entités pourraient avoir un effet bénéfique sur l'incidence et l'évolution des maladies chroniques. Voici trois patients pour qui votre vigilance fera toute la différence!

QUELS OUTILS PERMETTENT UNE DÉTECTION EFFICACE DE L'ANXIÉTÉ ET DE LA DÉPRESSION EN MÉDECINE FAMILIALE ?

CAS N°1 : M^{me} CÔTÉ

M^{me} Côté, une comptable de 52 ans traitée pour un diabète de type 2 et de l'hypertension, a téléphoné ce matin. Rien ne va plus ! Elle souffre d'insomnie depuis plusieurs semaines et n'arrive plus à se concentrer au travail. Elle se demande si ses médicaments sont en cause. La D^{re} Roy, résidente dans votre UMF, assure le suivi de M^{me} Côté depuis plusieurs mois. Elle lui donne rendez-vous le jour même.

Elle évalue au préalable le dossier de sa patiente avec la pharmacienne de votre UMF: œstradiol-17β en gel transcutané, progestérone micronisée, metformine et ramipril. Les troubles du sommeil et de la concentration ne sont pas parmi les effets indésirables fréquents de ces produits. Toutefois, en révisant les guides de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, elles y relèvent une recommandation de dépistage de la dépression chez les patients atteints de diabète de type 2. La D^{re} Roy n'a pas constaté de signes de dépression chez sa patiente lorsqu'elle l'a vue précédemment au service de consultation sans rendez-vous. M^{me} Côté participait bien au traitement de son diabète et ne semblait pas triste.

Selon la mise à jour de 2013⁴ du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, le dépistage systématique de la dépression (c.-à-d. en l'absence de symptômes visibles) n'est plus recommandé en première ligne, même chez les sous-groupes à risque. Sans une approche de dépistage systématique, il est d'autant plus important d'être attentifs à la détresse psychologique de vos patients atteints de maladies chroniques.

Devant une personne souffrant de diabète de type 2 et présentant des symptômes cliniques comme l'insomnie et le manque de concentration, il faut notamment penser à une cooccurrence de dépression majeure. Cette dernière touche près d'un patient sur cinq atteint de diabète de type 2 et est associée à des effets sur la régulation glycémique, à des complications précoces du diabète, au degré d'incapacité et à la mortalité^{5,6}. De même, le diabète et ses conséquences,

La D^{re} Marie Hayes, médecin de famille, exerce au GMF Jacques-Cartier de Sherbrooke.
La D^{re} Pasquale Roberge, psychologue, est professeure adjointe au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence à l'Université de Sherbrooke et coauteur d'un protocole de soins pour la dépression.

FIGURE 1 | QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?
(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de sept jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|--------------------|------------------------|
| Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e) ; ou trop dormir | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Peu d'appétit ou trop manger | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer ; ou au contraire vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou vous avez pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Score total | | | | |

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres ?

Pas du tout difficile(s)

Plutôt difficile(s)

Très difficile(s)

Extrêmement difficile(s)

Source : Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. *Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)*. New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014). Reproduction autorisée.

TABLEAU I

DEGRÉ DE GRAVITÉ DES SYMPTÔMES DE DÉPRESSION À L'AIDE DU PHQ-9⁹

| Degré de gravité | Note totale |
|------------------|-------------|
| Minime | 0-4 |
| Léger | 5-9 |
| Modérée | 10-14 |
| Modérément grave | 15-19 |
| Grave | 20-27 |

comme l'infarctus du myocarde, risquent de déclencher ou d'aggraver un épisode de dépression.

Deux questions rapides (PHQ-2) peuvent faciliter la détection de la dépression : 1) Au cours du dernier mois, avez-vous éprouvé peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ? 2) Au cours du dernier mois, vous êtes-vous senti triste, déprimé ou désespéré ? Chez un adulte, une réponse positive à l'une de ces deux questions a une sensibilité de 96% et une spécificité de 57%⁷. Comme ces deux questions ne permettent que d'écartier la possibilité d'une dépression majeure, une autre solution consiste à avoir recours directement à une échelle

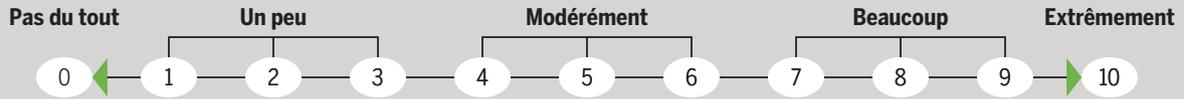
FIGURE 2 | ÉCHELLE D'INCAPACITÉ DE SHEEHAN

Mesure de l'incapacité et du dysfonctionnement selon l'évaluation du patient

Encercler une seule valeur dans chaque section

Travail* et école

Dans quelle mesure vos symptômes ont-ils nui à votre travail ou à vos études ?

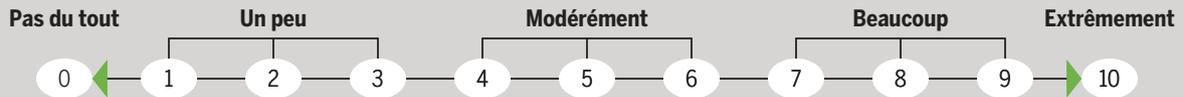


Je n'ai pas du tout travaillé/étudié au cours de la dernière semaine **pour des raisons sans lien avec mon problème.**

*Par travail, on entend les tâches rémunérées, le bénévolat ou la formation. Si vos symptômes ont nui à votre capacité à trouver ou à conserver un emploi ou ont contribué d'une façon ou d'une autre au fait que vous ne travaillez pas, vous devez indiquer une note sur l'échelle ci-dessus.

Vie sociale

Dans quelle mesure vos symptômes ont-ils nui à votre vie sociale ou à vos activités de loisir ?



Vie familiale et tâches domestiques

Dans quelle mesure vos symptômes ont-ils nui à votre vie familiale ou vous ont-ils empêché d'accomplir vos tâches domestiques ?



Jours perdus

Au cours de la dernière semaine, combien de jours avez-vous dû vous absenter de l'école ou du travail ou avez-vous été incapable d'accomplir vos tâches courantes ? _____

Perte de productivité

Au cours de la dernière semaine, combien de jours vos symptômes ont-ils été si invalidants que votre productivité à l'école, au travail ou dans vos autres tâches quotidiennes a diminué ? _____

© 1983, 2010, 2012 David V. Sheehan. Tous droits réservés. Reproduction autorisée.

comme le questionnaire PHQ-9 (figure 1⁸) qui offre l'avantage d'évaluer aussi l'intensité des symptômes (tableau 1^{9,10}). Un score de 10 ou plus a une sensibilité et une spécificité de 88%. Comme M^{me} Côté a obtenu un résultat positif aux deux questions, la D^{re} Roy vérifie ensuite les critères de dépression majeure du DSM-5¹⁰ avant de poser le diagnostic. Elle utilise des mesures validées brèves de la dépression (figure 1⁸) et du fonctionnement (figure 2¹¹) afin de préciser

la nature et la gravité des symptômes ainsi que le degré de difficultés fonctionnelles, interpersonnelles et sociales. Ces outils faciliteront également l'évaluation continue des symptômes lors du suivi.

M^{me} Côté accepte de répondre au questionnaire PHQ-9. Son score de 12 indique une dépression majeure d'intensité modérée. La D^{re} Roy lui explique alors que ce problème

médical est bien connu, qu'il existe plusieurs traitements efficaces et qu'il est important de prendre la décision ensemble. M^{me} Côté est soulagée de mieux comprendre ce qui lui arrive. Elle s'intéresse aux informations sur les avantages et les inconvénients de chaque traitement et choisit d'utiliser le Guide d'autosoins pour la dépression¹² (www.comh.ca/antidepressant-skills/adult/resources/index-asw.cfm) que son médecin lui a suggéré. Un rendez-vous de suivi est prévu dans deux semaines.

Le protocole de soins *Faire face à la dépression au Québec*¹¹ (www.qualaxia.org/sante-mentale-information/production/protocole-depression.php?lg=fr) propose des balises claires pour le dépistage, le diagnostic et le traitement de la dépression en première ligne qui s'appuient sur les recommandations des guides de pratique clinique^{13,14}.

Chez les personnes diabétiques, la dépression non traitée nuit à la bonne maîtrise du diabète et augmente la morbidité et la mortalité.

Dans le cas de M^{me} Côté, l'accès rapide à son médecin de famille, la vigilance de cette dernière envers les symptômes de dépression et la collaboration avec la pharmacienne ont permis de détecter tôt la dépression. Une consultation deux semaines plus tard a confirmé la réponse au traitement. Il sera important de poursuivre le suivi de l'évolution des symptômes sur une base régulière au cours des prochains mois.

MALADIES CHRONIQUES, TROUBLES ANXIEUX ET DÉPRESSION : INTERACTIONS COMPLEXES

CAS N°2 : M. LÉVESQUE

M. Lévesque, 67 ans, est un professeur à la retraite. Vous le suivez pour une dyslipidémie, de l'hypertension, une intolérance aux glucides et une athérosclérose coronarienne. Même s'il rencontre régulièrement l'infirmière de votre GMF et que ses médicaments sont bien ajustés, sa pression artérielle n'est toujours pas bien maîtrisée. Son épouse l'accompagne à son rendez-vous aujourd'hui et vous informe qu'il est très souvent inquiet pour ses enfants, sa maison, ses finances et sa santé. Elle se demande si tout ce stress peut être néfaste à son cœur. M. Lévesque est un peu contrarié par cette intervention, mais accepte tout de même d'évaluer ses symptômes anxieux avec vous.

TABLEAU II

QUESTIONS GÉNÉRALES POUR LE DÉPISTAGE DE L'ANXIÉTÉ

Au cours des deux dernières semaines, jusqu'à quel point avez-vous été dérangé par les problèmes suivants ?

- ▶ Sentiment de nervosité, d'anxiété, d'inquiétude ou de tension
- ▶ Sentiment de panique ou de peur
- ▶ Évitement de situations qui vous rendent anxieux

Traduit de : Katzman MA, Bleau P, Blier P, et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014 ; 14 (suppl. 1) : S1-S83. Reproduction autorisée.

Vous êtes à l'écoute de l'épouse de M. Lévesque qui vous mentionne de l'inquiétude et du stress qui semblent aller au-delà de l'anxiété normale de la vie courante et qui pourraient être la conséquence d'un trouble anxieux non diagnostiqué. Vous concevez que les craintes de M^{me} Lévesque sont justifiées, puisque des études montrent une association entre le stress, l'anxiété et les complications liées aux maladies cardiovasculaires, tant pour la morbidité que la mortalité cardiaque¹⁵.

ANXIÉTÉ : QUESTIONS GÉNÉRALES DE DÉTECTION

Vous commencez par valider les symptômes anxieux auprès de M. Lévesque à partir de quelques questions de détection (tableau II¹⁶) et d'une échelle de symptômes (figure 3¹⁷). Vous poursuivez avec une exploration du début des symptômes, des facteurs prédisposants, de la nature de l'anxiété et de l'effet sur le fonctionnement (tableau III¹⁸)¹⁶. Comme le choix d'un traitement doit être guidé par un diagnostic spécifique, vous posez quelques questions sur le trouble panique, l'agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale et le trouble d'anxiété généralisée (tableau IV^{16,19}). La comorbidité psychiatrique est la règle plutôt que l'exception dans le cas des troubles anxieux. Vous décidez donc de vérifier aussi les symptômes de dépression et de toxicomanie (alcool ou autres substances). Puisque M. Lévesque présente seulement des inquiétudes excessives, vous procédez à l'évaluation complète et au diagnostic d'un trouble d'anxiété généralisée à partir des critères du DSM-5¹⁰.

M. Lévesque a répondu au questionnaire GAD-7. Son score est de 14. Vous lui mentionnez que ce résultat peut indiquer un degré d'anxiété assez élevé. Il avoue se sentir très stressé, au point de ne pas tenir en place. Lorsqu'il travaillait, il était moins conscient de cette anxiété. Il a pris sa retraite à 61 ans, après son deuxième infarctus. L'anxiété le rend parfois irritable avec ses enfants et ses petits-enfants. Les répercussions sur sa vie sont importantes. Vous discutez avec lui des traitements existants et vous lui suggérez de consulter le site Internet de l'organisme REVIVRE (www.revivre.org).

FIGURE 3 | QUESTIONNAIRE SUR LE TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉ (GAD-7)

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?
(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

| | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Incapacité d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Difficulté à se détendre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Devenir facilement contrarié(e) ou irritable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Score total | | | | |

Source : Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. GAD-7 New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/03_GAD-7/GAD7_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014). Reproduction autorisée.

QUELS FACTEURS PRÉDISPOSENT À LA DÉPRESSION VOS PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES ?

CAS N°3 : M. LAVOIE

L'infirmière de votre GMF assure avec vous le suivi de M. Lavoie, 31 ans. Ce dernier souffre d'obésité morbide. Sa pression artérielle moyenne est de 145 mmHg/98 mmHg. Il ne fait pas d'hypothyroïdie ni d'apnée du sommeil, mais il est intolérant aux glucides et dyslipidémique. Malgré les entrevues motivationnelles et l'enseignement sur son état de santé, il ne met pas en place les changements vers de bonnes habitudes de vie. Il n'est pas allé non plus chercher les médicaments que vous lui avez prescrits. En discutant de son cas avec des collègues, vous vous demandez ce que vous pouvez faire de plus pour ce patient.

TABLEAU III | DEGRÉ DE GRAVITÉ DES SYMPTÔMES D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE À L'AIDE DU GAD-7¹⁸

| Degré de gravité | Note totale |
|------------------|-------------|
| Minime | 0-4 |
| Léger | 5-9 |
| Modéré | 10-14 |
| Grave | 15-21 |

LA DÉPRESSION EST ASSOCIÉE À UNE FAIBLE ADHÉSION À L'AUTOGESTION DES SOINS

La dépression peut constituer une barrière à la collaboration productive et positive entre les patients et les cliniciens et est associée à une faible adhésion aux activités d'autogestion des soins, notamment en ce qui a trait aux changements des habitudes de vie et à l'observance du traitement médicamenteux².

Vous décidez de vérifier si ce jeune homme souffre de dépression. Son résultat au questionnaire PHQ-2 est positif, et son

TABLEAU IV | CARACTÉRISTIQUES DES DIVERS TROUBLES ANXIEUX¹⁶

| Trouble | Caractéristiques |
|------------------------------------|--|
| Trouble panique | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Attaques de panique inattendues répétées sans déclencheur de situation évident ▶ Inquiétude persistante, appréhension ou changement de comportements liés aux attaques de panique |
| Agoraphobie | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Anxiété déraisonnable et marquée au sujet d'endroits ou de situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou d'obtenir de l'aide en cas de symptômes de type panique ▶ Évitement actif, détresse marquée ou besoin d'accompagnement dans les situations redoutées |
| Trouble d'anxiété sociale | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Crainte excessive ou irréaliste de situations sociales ou de performance ▶ Intolérance à la gêne ou au regard des autres |
| Phobie spécifique | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Crainte excessive ou déraisonnable d'un objet ou d'une situation en particulier, habituellement associée à l'évitement de l'objet ou de la situation (par exemple, un animal, le sang, les injections, les hauteurs, les orages, la conduite automobile, les voyages en avion) |
| Trouble obsessionnel compulsif | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Présence d'obsessions (pensées, images ou envies répétées, indésirables et envahissantes) occasionnant une anxiété marquée (par exemple, obsession de la contamination, doutes sur des actions, pensées religieuses, agressives ou sexuelles perturbatrices) ▶ Compulsions : comportements ou pensées dont la répétition est destinée à réduire l'anxiété engendrée par des obsessions (par exemple, vérifier, laver, compter ou répéter) |
| Trouble d'anxiété généralisée | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Inquiétudes incontrôlables et excessives presque quotidiennes relatives à certaines expériences ou activités courantes. Souvent accompagnées de symptômes physiques (par exemple, maux de tête ou d'estomac) ▶ Intolérance à l'incertitude |
| Trouble de stress post-traumatique | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Trouble se manifestant après un événement traumatisant auquel le patient réagit par une peur intense, l'impuissance ou l'horreur ; le patient revit l'événement dans sa mémoire, cherche à éviter ce qui le lui rappelle et est paralysé par l'émotion et des symptômes qui vont en augmentant ▶ Intolérance à revivre le traumatisme |

score au PHQ-9 est de 21. Dans les derniers mois, il s'est isolé de ses amis et ne fait plus de sorties. Il a manqué plusieurs fois le travail et risque maintenant la mise à pied. L'anamnèse et l'examen mental vous permettent de diagnostiquer une dépression majeure conformément aux critères du DSM-5¹⁰. Après avoir discuté avec vous, il accepte de prendre des médicaments contre la dépression. Avec votre équipe du GMF, vous assurez un suivi de son état.

Afin d'aider votre équipe du GMF à détecter la dépression chez vos patients, vous révisez avec eux la liste des facteurs de risque. Selon CANMAT¹³, les patients ayant des antécédents personnels ou familiaux de dépression, ceux vivant des situations de grande adversité psychosociale, les grands utilisateurs du système de santé et ceux qui sont atteints de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, douleur chronique et troubles neurologiques) sont particulièrement susceptibles de souffrir de dépression majeure. Vous êtes maintenant mieux outillés pour détecter la dépression et intervenir de façon globale auprès de vos patients.

M. Lavoie semble motivé à entreprendre une psychothérapie. Vous lui recommandez celle de type cognitivo-comportemental puisque son efficacité est la mieux établie à la fois pour la

dépression et les troubles anxieux. Si le degré d'amélioration de la dépression ne dépasse pas un seuil de 20 % après six semaines, il est important d'avoir recours à une stratégie d'intensification du traitement médicamenteux et à une psychothérapie d'intensité élevée.

CONCLUSION

En première ligne, le médecin de famille offre un suivi actif à des personnes ayant des problèmes de santé physique et mentale simultanés et interdépendants. La médecine familiale est une discipline communautaire. La nature même de l'être humain fait en sorte que les soins de santé mentale se trouvent intégrés à la pratique quotidienne de la médecine familiale. Le raisonnement clinique, une approche globale de la personne et les outils de détection et de suivi systématiques qui tiennent compte de ces réalités permettront d'améliorer les résultats cliniques et la prévention des complications chez les personnes souffrant de maladies chroniques. Dans nos GMF, le protocole de soins *Faire face à la dépression au Québec* soutient un travail concerté pour atteindre ces objectifs. La comorbidité fréquente entre les maladies chroniques et les troubles mentaux courants est un enjeu important à considérer dans le suivi de ces patients. Les maladies chroniques multiples dans la pratique clinique de première ligne posent des défis sur les



plans de la complexité du diagnostic et du traitement, notamment par rapport à l'intégration et à la coordination des soins, à la gestion du traitement médicamenteux complexe et à l'autogestion des soins. Il existe des outils validés pour détecter les troubles mentaux courants en première ligne afin de faciliter ce travail. Les questionnaires PHQ-9 et GAD-7 peuvent tous deux être téléchargés gratuitement dans plusieurs langues à partir du site Internet de Pfizer au www.phqscreeners.com. //

Date de réception : le 30 octobre 2014

Date d'acceptation : le 16 décembre 2014

La Dr^e Marie Hayes et M^{me} Pasquale Roberge n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. National collaborating Center for Mental Health. *Depression in adults with a chronic physical health problem. Treatment and Management*. Londres : The British Psychological Society and The Royal College Psychiatrists ; 2010. 422 p. Site Internet : www.nice.org.uk/guidance/cg91/evidence/cg91-depression-with-a-chronic-physical-health-problem-full-guideline2 (Date de consultation : septembre 2014).
2. Katon WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci* 2011 ; 13 (1) : 7-23.
3. Roy-Byrne PP, Davidson KW, Kessler RC et coll. Anxiety disorders and comorbid medical illness. *General Hosp Psychiatry* 2008 ; 30 (3) : 208-25.
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Joffres M, Jaramillo A et coll. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ* 2013 ; 185 (9) : 775-82.
5. Rustad JK, Musselman DL, Nemeroff CB. The relationship of depression and diabetes: pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology* 2011 ; 36 (9) : 1276-86.
6. Park M, Katon WJ, Wolf FM. Depression and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry* 2013 ; 35 (3) : 217-25.
7. Whooley MA, Avins AL, Miranda J et coll. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good many. *J Gen Intern Med* 1997 ; 12 (7) : 439-45.
8. Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. *Questionnaire sur la santé du patient-9 (PHQ-9)*. New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/02_PHQ-9/PHQ9_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
9. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001 ; 16 (9) : 606-13.
10. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. 5^e éd. Arlington : l'Association ; 2013. 991 p.
11. Fournier L, Roberge P et Brouillet H. *Projet Jalons : Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première*

SUMMARY

Detection of Anxiety and Depression for Improved Well-being. There is a bidirectional relationship between common mental disorders and chronic physical conditions, such as diabetes, cardiac diseases, cancer, arthritis and respiratory diseases. The prevalence of anxiety disorders and major depression is higher among patients with chronic diseases, and is associated with increased morbidity and mortality. While the mechanisms underlying that association are not well established, current evidence suggests that the detection and treatment of anxiety and depression in patients with chronic diseases could lead to improved outcomes. The clinical cases presented in this article illustrate how we can improve detection of common mental disorders in patients with chronic conditions. This article also suggests assessment tools and other references to guide the process.

- ligne. Montréal : Centre de recherche du CHUM ; 2012. 78 p. Site Internet : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1509_FaireFaceDepression0c_ProtocolSoinInterv1reLigne.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
12. Bilsker D, Patersen R. *Guide d'autosoins pour la dépression : développer des stratégies pour surmonter la dépression*. 2^e éd. Vancouver : Simon Fraser University, BC Mental Health & Addiction Services ; 2005. 63 p. Site Internet : www.comh.ca/publications/resources/asw/SCDP-French.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
 13. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV et coll. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord* 2009 ; 117 (suppl. 1) : 1-64.
 14. National Institute for Health and Care Excellence. *Depression. Treatment and management of depression in adults, including adults with a chronic physical health problem. Quick reference guide*. Manchester : l'Institut ; 2009. 64 p. Site Internet : www.nccmh.org.uk/downloads/Depression_update/CG90NICEguideline.pdf.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
 15. Roest AM, Martens EJ, de Jonge P et coll. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2010 ; 56 (1) : 38-46.
 16. Katzman MA, Bleau P, Blier P et coll. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014 ; 14 (suppl. 1) : S1-S83.
 17. Spitzer L, Williams JB, Kroenke K et coll. *GAD-7*. New York : Pfizer. Site Internet : www.phqscreeners.com/pdfs/03_GAD-7/GAD7_French%20for%20Canada.pdf (Date de consultation : septembre 2014).
 18. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB et coll. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006 ; 166 (10) : 1092-7.

Île d'Orléans Domaine agricole et équestre de 42 hectares à vendre

Vue sur le fleuve / Résidence haut de gamme sans entretien,
très lumineuse, 4 c.c., 3 ½ s.d.b., sauna, Jacuzzi, climatisation /
Écurie 4 boxes et manège (2005) / Érablière et cabane à sucre /
Lac d'élevage de truites / 22 ha en culture

Sur rendez-vous 418-829-2332



BuTrans® : Le premier et l'unique traitement qui offre une analgésie pendant **7 jours** ^{1,2}

- Une faible dose initiale (5 mcg/h) ainsi qu'une posologie souple (5/10/20 mcg/h).¹



Reportez-vous à la page qui se trouve dans l'icône en bas à droite pour obtenir des renseignements supplémentaires relatifs à l'innocuité et pour accéder à un lien Web vers la monographie de produit où il est question des sujets suivants :

- les contre-indications chez les patients présentant un iléus; chez les patients que l'on soupçonne d'être atteints d'abdomen aigu; chez les patients souffrant de douleurs légères, intermittentes ou de courte durée qui peuvent être prises en charge d'une autre façon; pour la prise en charge de la douleur aiguë; pour le soulagement des douleurs périopératoires; chez les patients souffrant d'asthme aigu ou d'autres troubles obstructifs des voies aériennes et d'un état de mal asthmatique; chez les patients souffrant de dépression respiratoire grave; chez les patients atteints d'alcoolisme, de delirium tremens et de troubles convulsifs; chez les patients atteints d'une grave dépression du SNC, d'une augmentation de la pression céphalorachidienne ou intracrânienne et d'un traumatisme crânien; chez les patients qui prennent des inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO); chez les femmes enceintes, en travail, qui accouchent ou allaitent; chez les patients dépendants des opioïdes, ou dans le contexte d'une cure de désintoxication aux narcotiques; chez les patients souffrant de myasthénie grave; chez les patients atteints d'insuffisance hépatique grave;
- les mises en garde et précautions les plus importantes concernant les restrictions d'utilisation; toxicomanie, abus et mésusage; dépression respiratoire menaçant le pronostic vital; exposition accidentelle; syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes; doses initiales : dose dépassant le timbre de 5 mcg/h chez les patients n'ayant jamais reçu d'opioïdes; dose maximale : 20 mcg/h tous les sept jours; concentrations sériques; formation d'un dépôt; administration transdermique; dépendance/tolérance; et surdosage;
- d'autres mises en garde et précautions pertinentes relatives aux risques d'augmentation involontaire de l'exposition au médicament, y compris l'exposition du site d'application à des sources de chaleur externes; graves troubles abdominaux; effets hypotenseurs; administration concomitante d'inhibiteurs ou d'inducteurs du CYP3A4; administration non approuvée pour la prise en charge des troubles de la toxicomanie; troubles hépatiques, biliaires et pancréatiques; réactions cutanées au site d'application; troubles neurologiques; déficience psychomotrice et prudence lors de la pratique d'activités nécessitant une capacité de réaction mentale; maladies pulmonaires chroniques; groupes spéciaux à risque; élimination de BuTrans®;
- les conditions d'usage clinique, effets indésirables, interactions médicamenteuses et renseignements posologiques.

Adultes : BuTrans® (timbre transdermique de buprénorphine) est indiqué dans les cas suivants : pour le soulagement de la douleur suffisamment intense pour exiger l'emploi quotidien, continu et à long terme d'un traitement opioïde; si la douleur répond aux opioïdes; et si la douleur n'est pas soulagée efficacement par d'autres options thérapeutiques.

BuTrans®

Système de diffusion transdermique de buprénorphine

5 mcg/h | 10 mcg/h | 20 mcg/h

Aide au traitement de la douleur



Pour renseignements thérapeutiques, voir page 84.

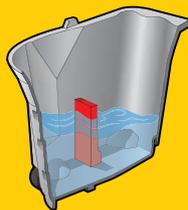


ARRIVEZ AU DÉGÂT SANS ÉCLABOUSSURE

Wavebrake réduit les éclaboussures pour un nettoyage plus rapide et plus efficace que les autres systèmes de vadrouille.

40%

RÉDUCTION
DES ÉCLABOUSSURES



DÉFLECTEURS MOULÉS
RÉDUISANT LES ÉCLABOUSSURES



TIC ET PRÉVENTION CLINIQUE

BIENVENUE DANS LE PRÉSENT!

Dans la petite cafétéria d'une clinique, les médecins discutent de la mise en œuvre du DME dans leur pratique. Le Dr Massé se demande ce que cela va lui apporter de plus de passer des heures à s'adapter à ce type de dossier. Le Dr Tremblay explique qu'il a déjà recours à des sites Web d'organismes officiels dans sa pratique et offre de les faire connaître à ses collègues!

Huguette Bélanger et Marie-Ève Guévin

Sur une échelle de un à dix, jusqu'à quel point êtes-vous convaincu que les technologies de l'information et de la communication (TIC) peuvent soutenir votre pratique en prévention? Toujours sur une échelle de un à dix, jusqu'à quel point êtes-vous certain que vous pouvez réussir à intégrer les TIC à votre quotidien? Pour faciliter l'arrimage des TIC avec votre pratique, lisez ce qui suit.

En Norvège, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, le pourcentage d'utilisation d'un dossier médical électronique (DME) par les médecins de soins primaires est très élevé, soit plus de 95%¹. Cependant, le DME est beaucoup moins répandu au Canada (56% en 2012 contre 23% en 2006) et aux États-Unis (69%)².

En 2014, selon le plus récent sondage national des médecins, près de 61% des médecins québécois pratiquant en première ligne auraient un DME dans leur cabinet³. En outre, les données de la FMOQ révèlent que 3324 médecins ont eu recours au Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique (PQADME) et que 52% de ceux qui exercent en première ligne ont un DME⁴. On peut donc voir que l'évolution du taux d'adoption du DME avance rapidement, puisqu'en 2009-2010 seulement 28% des médecins de famille y avaient accès⁵.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux implante actuellement le Dossier Santé Québec ou DSQ partout au Québec afin que les cliniques aient accès aux résultats de laboratoire et d'examen d'imagerie et à la liste de médicaments des patients. Le degré de mise en œuvre du DSQ peut être suivi sur le site Internet consacré à ce sujet au www.dossierdesante.gouv.qc.ca.

Dans une enquête effectuée auprès des omnipraticiens du Québec⁵, Paré indique les effets positifs de l'informatisation des cliniques sur les pratiques préventives. Sur le plan individuel, les médecins ont signalé une augmentation de leur efficacité (pas de perte de temps à chercher ou à retranscrire des examens, information disponible en tout temps et à distance, etc.) et une plus grande satisfaction au travail. Ils constatent aussi une amélioration de la qualité des soins (moins d'erreurs médicales grâce à l'accessibilité des données, utilisation d'un logiciel sur les interactions médicamenteuses, rappel des examens préventifs à faire, etc.).

Les obstacles les plus fréquemment mentionnés sont la complexité de numérisation initiale et les coûts élevés qui y sont associés, le manque de temps et d'expertise pour gérer le changement imposé par le DME et la complexité et la lourdeur du processus de sélection d'un DME. D'un point de vue organisationnel, les médecins soulignent par contre des effets positifs sur la clientèle, notamment sur l'accroissement des taux d'immunisation grâce aux listes de patients que le DME permet de produire.

LES TIC FAVORISENT-ELLES LA PRÉVENTION EN CLINIQUE ?

Selon plusieurs publications, les DME améliorent les pratiques préventives en milieu clinique. En effet, les systèmes de rappel destinés aux professionnels de la santé et aux patients augmentent considérablement l'observance en matière de prévention clinique⁶. Selon les résultats d'une étude d'Inforoute Santé du Canada parue en 2013, 63% des médecins utilisant un DME ont noté une plus grande continuité des soins dans la première année, se traduisant par une hausse des taux de vaccination de 49% contre l'infection à pneumocoques et de 20,7% contre la grippe.

La Dr^e Huguette Bélanger, omnipraticienne, exerce à la Direction de santé publique de la Montérégie et est professeure d'enseignement clinique au Département des sciences de la santé communautaire de l'Université de Sherbrooke. La Dr^e Marie-Ève Guévin, omnipraticienne, œuvre en première ligne à la clinique médicale de Waterloo et en périnatalité au Centre hospitalier Brome-Missisquoi-Perkins, à Cowansville.

TABLEAU I

RECOMMANDATIONS ET LIGNES DIRECTRICES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION

www.canadiantaskforce.ca/?content=pcp

Lignes directrices canadiennes en matière de prévention du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

www.uspreventiveservicestaskforce.org

Lignes directrices américaines en matière de prévention.

www.cpass.umontreal.ca/formation/auto-apprentissage/outils-de-soutien-a-la-pratique/abcdaire-du-suivi-de-lenfant-de-0-a-5-ans.html

ABCdaire du suivi périodique de l'enfant de 0 à 5 ans.

www.cmq.org/fr/medecinsmembres/profil/commun/AProposOrdre/~media/Files/Lignes/Fiche-de-prevention-clinique.pdf?21510

Fiche synthèse des recommandations sur les mesures de prévention chez l'adulte.

Tableau des auteurs.

Pour les maladies chroniques, les médecins obtiennent de meilleurs résultats : les valeurs cibles ont été atteintes chez 10,9% plus de patients pour l'hémoglobine glyquée, chez 11,1% pour la pression artérielle et chez 18,1% pour la cholestérolémie. Pour ce qui est du dépistage, une augmentation de 10% des taux de mammographie et de 12% de la mesure du cholestérol a été obtenue². Une autre étude a révélé l'efficacité d'un rappel au DME pour le suivi des patients atteints d'ostéoporose⁷.

LE DME PEUT-IL FACILITER MA PRATIQUE PRÉVENTIVE ?

Au Québec, les entreprises informatiques doivent respecter plus de 400 critères d'homologation. Ils doivent notamment offrir des fonctionnalités visant le soutien à la prévention clinique, comme l'affichage de recommandations selon l'âge et le sexe, une fenêtre de rappel des mesures préventives requises et des outils pour noter les mesures préventives effectuées et pour fixer des dates de rappel. Comme ces critères sont nécessaires à l'homologation, les fournisseurs les rendront accessibles sous peu ou sur demande.

En attendant, il existe d'autres méthodes. Par exemple, le médecin peut inscrire, dans une section de la feuille sommaire, les derniers examens de dépistage et leurs dates de suivi. Il peut créer, à l'aide de la fonction « mémo » offerte dans certains DME, une liste des examens de dépistage à venir. Il peut aussi produire des listes à partir des archives du DME pour déterminer les patients que l'infirmière pour-

rait voir pour de l'enseignement, ceux à vacciner contre la grippe ou encore contre le pneumocoque (patients atteints de BPCO).

SITES WEB POUR LES MÉDECINS : QUELS SONT LES CRITÈRES D'ÉVALUATION ?

Plusieurs critères permettent d'évaluer les sites Web : la qualité de l'information diffusée, la notoriété et la crédibilité des auteurs cités, l'absence de conflits d'intérêts (des auteurs cités ou des propriétaires des sites), la possibilité de retrouver les sources des références de même que la date des dernières mises à jour.

Différents groupes d'experts émettent des recommandations en prévention clinique. Les sources spécialisées indépendantes sont les plus fiables, souvent mises en place et financées par les gouvernements. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) et le United States Preventive Services Task Force (USPSTF) sont les plus connues. Plus près de nous, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) et le Collège des médecins proposent également des orientations, des avis et des guides de pratique (ex. : fiche de prévention clinique du Collège). D'autres associations professionnelles produisent aussi des recommandations qui peuvent toutefois contenir certains biais.

QUELS OUTILS UTILISER EN SOUTIEN AUX DÉCISIONS CLINIQUES PRÉVENTIVES ?

Une recherche qualitative effectuée auprès de médecins de trois régions du Québec a permis de recueillir de l'information sur le recours au DME, à des sites Internet et à des applications mobiles dans la pratique⁸. Ces outils facilitent la prise de décision du médecin, entre autres en matière de pratiques préventives. Les tableaux I, II, III et IV présentent quelques-unes de ces ressources.

Selon l'étude de Bélanger et Guévin⁸, afin d'échanger ces références entre eux, certaines cliniques médicales ont choisi de se doter d'un système de partage (ex. : TeamLab, intranet) qui permet d'enregistrer, sur un site commun sécurisé, différentes informations (formations, articles, etc.) pour les membres d'une même clinique.

EN QUOI LES OUTILS TECHNOLOGIQUES PEUVENT-ILS AIDER LES PATIENTS ?

Selon plusieurs études, l'accès à des informations sur la santé par la consultation de sites Web constitue un moyen pour les patients d'acquérir une plus grande autonomie (*empowerment*) par rapport à leur santé. La consultation de sites Web améliore l'acquisition de connaissances sur la santé, fournit des données sur les mesures préventives appropriées à chacun, offre des outils d'autogestion de sa



santé et de soutien pour passer à l'action. La personne peut aussi trouver les ressources de son territoire.

En outre, ces sites Web s'avèrent efficaces. Mc Tighe et Conroy ont analysé dix études portant sur le soutien à la perte de poids à l'aide des TIC. Les sites possédant des caractéristiques de rétroaction (tableau d'évolution, calculateurs physiologiques comme l'indice de masse corporelle) sont les meilleurs pour assurer une perte de poids sur six mois. Les fonctionnalités de soutien social (discussion en ligne, forums, courriels des autres participants) prédisent le succès du maintien d'un poids santé⁹. Les applications mobiles et les interventions par message texte se sont aussi révélées efficaces¹⁰ et jouent un rôle important dans l'éducation du patient et l'auto-gestion de sa santé.

Toutefois, selon le Centre facilitant la recherche et l'innovation dans les organisations à l'aide des technologies de l'information et de la communication (CEFRIO), 46,7% des ménages québécois ne disposent pas d'un téléphone intelligent ni d'une tablette numérique à la maison¹¹. Bien qu'elle signale que l'accessibilité aux sites Web ne semble pas poser de problèmes aux personnes moins fortunées¹², une vérification s'impose auprès des patients avant de leur suggérer ces outils.

CRITÈRES POUR CHOISIR UN BON OUTIL POUR LES PATIENTS

Les médecins trouvent difficiles de proposer des sites Web à leurs patients, car ils s'interrogent sur la qualité des nombreuses informations accessibles en ligne⁸. Le tableau V¹³ présente des critères de qualité et de confiance pour les sites Web s'adressant aux patients.

TABLEAU II | SITES WEB SUR LES SAINES HABITUDES DE VIE

Tabagisme

www.jarrete.qc.ca ■ ▲

Site interactif pour aider les patients à arrêter de fumer, contenant notamment la liste des centres d'abandon du tabagisme au Québec par région.

www.nicotinedependenceclinic.com/Francais/CANADAPT/Guideline/Introduction.aspx ▲

Lignes directrices canadiennes sur le renoncement au tabagisme, la dépendance et la santé mentale.

www.smat.ca ■

Aide offerte rapidement par message texte aux personnes désirant arrêter de fumer.

Activité physique

www.csep.ca/francais/view.asp?x=804 ▲

Directives de la Société canadienne de physiologie de l'exercice en matière d'activité physique selon l'âge (durée, fréquence, intensité).

www.participaction.com/fr ■

Informations sur la sédentarité et l'activité physique, plusieurs idées pour se remettre en forme.

Alimentation

www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php ■ ▲

Guide alimentaire canadien : donne des informations sur une saine alimentation et des outils, dont un guide des portions recommandées et des modules sur le choix des aliments.

www.osteoporosecanada.ca ■ ▲

Outil : « Calculatrice de calcium », informations sur l'ostéoporose et lignes directrices 2010.

www.nospetitsmangeurs.org ■

Informations du Centre de référence en alimentation pour la petite enfance sur l'alimentation des enfants, section sur les allergies alimentaires et les problèmes de santé.

Consommation d'alcool et de drogues

www.educalcool.qc.ca/alcool-et-vous/sante/guide-pour-les-medecins-et-les-professionnels-de-la-sante/#.VCSox0vR-jg ▲

Guide d'informations à communiquer aux patients sur la modération et sur les effets de l'alcool et des drogues sur la santé, calculateur du taux d'alcoolémie.

www.ccsa.ca/fra/pages/default.aspx ▲

Directives du Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Tableau des auteurs.

■ Patients ▲ Médecins

TABLEAU III

SITES WEB D'INFORMATION GÉNÉRALE

www.healthlinkbc.ca/ ■

Informations du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique sur la santé, outils interactifs (vérificateur de symptômes, aide à la décision) et ressources existantes (nutritionniste en ligne, services de santé, etc.).

www.myhealth.alberta.ca/Pages/default.aspx ■

Informations du ministère de la Santé de l'Alberta sur la santé, outils interactifs (vérificateur de symptômes, aide à la décision) et ressources existantes).

<http://phac-aspc.gc.ca/index-fra.php> ■ ▲

Renseignements de l'Agence de la santé publique du Canada sur la santé, les maladies, les aliments, les vaccins, etc.

www.choisiravecsoin.org ■ ▲

Version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Partenariat entre l'Association médicale canadienne et l'Université de Toronto qui fournit des informations sur les tests, les examens de dépistage (ex. : coloscopie), les traitements et les examens à ne plus faire.

www.fmcoeur.qc.ca ■ ▲

Informations de la Fondation des maladies du cœur sur les maladies cardiaques, les AVC, les examens et les médicaments, outils (recette saines, aide-mémoire), formation sur la RCR.

www.masexualite.ca ■

Site de la Société canadienne des obstétriciens et gynécologues, destiné aux patients, aux parents et aux professionnels de la santé, sur la santé sexuelle (contraception, ITSS, outils « SOS Reprenez le rythme » en cas de dose oubliée ou prolongée).

www.soinsdenosenfants.cps.ca ▲

Informations de la Société canadienne de pédiatrie sur la santé des enfants, sur la grossesse.

www.naitreetgrandir.com ■

Informations de la Fondation Lucie et André Chagnon sur le développement des enfants de 0 à 5 ans et outils pratiques.

Tableau des auteures.

■ Patients ▲ Médecins

LISTE DE RESSOURCES POUR LES PATIENTS

Les *tableaux II et III* énumèrent quelques sites Web consacrés à la prévention clinique pouvant être utiles aux patients.

TABLEAU IV

APPLICATIONS MOBILES DESTINÉES AUX MÉDECINS

Guides de pratique



www.epss.ahrq.gov/PDA/index.jsp

Application aidant les médecins de première ligne à choisir, parmi les recommandations du U.S. Preventive Services Task Force, les pratiques cliniques préventives en fonction de l'âge et du sexe de leurs patients.



www.hypertension.ca/fr/chep

Recommandations du Programme éducatif canadien sur le dépistage et le traitement de l'hypertension artérielle.



www.ccs.ca/index.php/fr/

Algorithmes cliniques (ex. : traitement des myalgies sous statines), lignes directrices de la Société canadienne de cardiologie sur la dyslipidémie, l'évaluation de l'aptitude à conduire et à piloter, la fibrillation auriculaire, etc.



www.osteoporosecanada.ca/les-professionnels-de-la-sante/les-ressources-pour-les-professionnels-de-la-sante/outil-de-prediction-du-risque-de-fracture/

Outil de prédiction d'Ostéoporose Canada pour permettre aux médecins de calculer le risque de fracture sur dix ans.

Tableau des auteures.

QUE SERA LA MÉDECINE EN 2025 ?

Les TIC en santé soutiennent bien la prévention clinique. Elles se développent à un rythme accéléré. La médecine est en voie de vivre une révolution importante qui transformera la nature même des soins, de réactifs à préventifs. La technologie et toutes les avancées scientifiques (nouvelles possibilités de mesures, nouvelles techniques d'imagerie, etc.) déclencheront l'émergence d'une médecine « P4 » davantage axée sur la prédiction, la prévention, la personnalisation et la participation¹⁴.

Cette médecine « P4 » est à notre porte avec l'arrivée de la génomique qui permet de prédire et de mettre en place des mesures pour prévenir l'apparition de maladies. Les déficits

TABLEAU V

CRITÈRES DE QUALITÉ ET DE
CONFIANCE D'UN SITE WEB

Contenu

- ▶ Pertinence et absence d'ambiguïté
- ▶ Information exacte, complète, valide
- ▶ Information retraçable (source, autorité)
- ▶ Mention de rigueur scientifique pour la sélection des contenus
- ▶ Langage, taille et polices adaptés pour des lecteurs de faible degré de littératie
- ▶ Mises à jour régulières et datées

Conception graphique

- ▶ Apparence attrayante, dynamique et design intuitif (convivial)
- ▶ Résolution optimale (textes, images, vidéos, etc.)
- ▶ Boutons de navigation clairs, contrastés

Éléments de confidentialité

- ▶ Garantie de confidentialité, respect de la vie privée
- ▶ Déclaration sur le traitement des informations personnelles

Fonctionnalités interactives

- ▶ Barres de progrès, icône, couleur pour indiquer la progression d'une tâche
- ▶ Outils de rétroaction itérative, personnalisée

Autres services

- ▶ Possibilité d'imprimer l'information
- ▶ Déclaration d'affiliation et d'absence de conflit d'intérêts

Adapté de : Lemieux V. *Meilleures pratiques Web pour promouvoir les comportements préventifs chez les internautes adultes*—Revue de la littérature. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2013. 105 p. Site Internet : www.publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assssmpublications/978-2-89673-319-4.pdf Reproduction autorisée

enzymatiques connus entraînent une « personnalisation » de la prescription des médicaments. De plus, le patient au cœur du *quantified self** peut participer activement aux décisions, à son suivi et à la prise en charge de sa santé¹⁵. //

Date de réception : le 30 octobre 2014

Date d'acceptation : le 26 novembre 2014

Les D^{res} Huguette Bélanger et Marie-Ève Guévin n'ont signalé aucun intérêt conflictuel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Codagnone C, Lupiañez-Villanueva F. *Benchmarking deployment of eHealth among general practitioners (2013)*. Bruxelles : European Union; 2013. 85 p.

*Le *quantified self* est la quantification de soi, des pratiques et des outils qui permettent de suivre et de partager en temps réel les données du quotidien (rythme cardiaque, calories brûlées, nombre de pas, sommeil, etc.).

SUMMARY

E-health and Clinical Prevention: Welcome to the Present!

In this era of information and communication technologies (ICT), electronic health records (EHR) can support clinical prevention by means of specific functions. Physicians can now optimize their practice and access information sources with a single click. They can also help or further engage their patients in managing their health with online tools and mobile apps. The rapid development of ICT is paving the way for a major revolution described as P4 medicine, or predictive, preventive, personalized, and participatory medicine.

2. PricewaterhouseCoopers. *Les nouveaux avantages provenant de l'utilisation du dossier médical électronique dans les cabinets de médecins*. Toronto : Inforoute Santé Canada; 2013. 16 p. Site Internet : www.inforoute-sante.ca/index.php/fr/ressources/rapports/evaluation-des-avantages/doc_download/1402-les-nouveaux-avantages-de-l-utilisation-du-dossier-medical-electronique-dans-les-cabinets-de-medecins-resume [Date de consultation : le 25 juillet 2014].
3. Sondage national des médecins. *Résultats par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, sexe, âge et pour l'ensemble des médecins : Québec*. Mississauga : Sondage national des médecins; 2014. 1 p. Site Internet : <http://nationalphysician-survey.ca/wp-content/uploads/2014/08/2014-QC-FR-07.pdf> [Date de consultation : juillet 2014].
4. Langlois S. Données internes. Québec : Direction générale des technologies de l'information du MSSS; 2015.
5. Paré G, Ortiz de Guinea A, Raymond L et coll. *L'informatisation des cliniques médicales de première ligne au Québec : Résultats d'une enquête portant sur l'adoption, l'utilisation et les impacts du DME*. Montréal : Chaire de recherche du Canada en TI dans le secteur de la santé; 2013. 21 p.
6. Hillestad R, Bigelow J, Bower A et coll. Can electronic medical record systems transform health care? Potential health benefits, savings, and costs. *Health Aff (Millwood)* 2005; 24 (5) : 1103-17.
7. Feldstein A, Elmer PJ, Smith DH et coll. Electronic medical record reminder improves osteoporosis management after a fracture: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54 (3) : 450-7.
8. Bélanger H, Guévin ME. *Les pratiques cliniques préventives à l'ère de la e-santé, Rapport de stage en santé communautaire*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke; 2014. 39 p.
9. McTigue KM et Conroy MB. Use of the internet in the treatment of obesity and prevention of type 2 diabetes in primary care. *Proc Nutr Soc* 2013; 72 (1) : 98-108.
10. Mosa AS, Yoo I, Sheets L. A systematic review of healthcare applications for smartphones. *BMC Med Inform Decis Mak* 2012; 10 (12) : 67.
11. NETendances. L'Informatisation du Québec en 2012. *Cefrio* 2012; 3 (7) : 16 p. Site Internet : www.cefr.io.qc.ca/media/uploader/NETendances7MR.pdf [Date de consultation : le 28 octobre 2014].
12. Cefrio. *NETendances. Équipement et branchement Internet des foyers Québécois*. Québec : Le Centre; 2013. 12 p. Site Internet : www.cefr.io.qc.ca/netendances/equipement-branchement-2013 [Date de consultation : le 28 octobre 2014].
13. Lemieux V. *Meilleures pratiques Web pour promouvoir les comportements préventifs chez les internautes adultes*. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2013. 105 p. Site Internet : www.publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assssmpublications/978-2-89673-319-4.pdf
14. Hood LE, Galas DJ. *P4 Medicine: Personalized, Predictive, Participatory A Change of View that Changes Everything*. Washington : Computing Community Consortium; 2008. 3 p. Site Internet : www.cra.org/ccc/files/docs/init/P4_Medicine.pdf [Date de consultation : le 28 octobre 2014].
15. Swan M. Emerging patient-driven health care models: an examination of health social networks, consumer personalized medicine and quantified self-tracking. *Int J Environ Res Public Health* 2009; 6 (2) : 492-525.

ESPACES À LOUER

IDÉAL POUR PROFESSIONS MÉDICALES



100 bvd de Montarville, Boucherville
«Centre Médical Montarville»
De 720 à 3 528 pi² disponibles
Stationnement et accès faciles



85 rue St Charles, Longueuil
De 1 000 à 2 154 pi² disponibles
Situé au coeur du vieux Longueuil accès
et stationnement faciles



1001 rue Sherbrooke Est, Montréal
De 773 à 17 400 pi² disponibles
Situé à 5 min du CHUM Saint-Luc
Édifice de classe B avec vue imprenable



4890 Bvd Taschereau, Longueuil
1 800 pi² disponibles
Centre Neuro Rive Sud au 1er Étage
Situé sur une artère principale de la ville



3781 Bvd Des Sources, DDO
De 2 500 à 2 800 pi²
Situé entre un Pharmaprix et une BMO
Accès et stationnements faciles

Frédéric Seigneur
Vice-Président Location
514.286.0188 ext 236
fseigneur@btbreit.com
www.btbreit.com



Tuan Ngo
Directeur Location
514.286.0188 ext 226
tngo@btbreit.com
www.btbreit.com

PRÉVENTION CLINIQUE

Robert Aubin, bibliothécaire professionnel

POUR LES PROFESSIONNELS

Chez les tout-petits

- ▶ **Les bons conseils de la naissance à la maternelle : quoi de neuf dans le Relevé postnatal Rourke ?**
www.cfp.ca/content/59/4/e175
La mise à jour de cet outil en 2014 (rourkebabyrecord.ca/pdf/RBR2014_Nat_Fr.pdf) se veut pratique et scientifiquement fondée pour éclairer la médecine préventive auprès des enfants de moins de 6 ans.
- ▶ **Points de repère factuels pour la surveillance du développement cognitif, linguistique et moteur**
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3993976
Bref questionnaire à remplir par les parents d'enfant de moins de 5 ans pour dépister de possibles problèmes de croissance.
- ▶ **Le développement des jeunes enfants**
https://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/ECD%20Report_0.pdf
La Société royale du Canada et l'Académie canadienne des sciences de la santé cherchent à comprendre l'influence des expériences défavorables en bas âge sur la vie des adolescents et des jeunes adultes. Elles étudient aussi les interventions qui peuvent en atténuer l'impact.

Examen médical périodique

- ▶ **Devrions-nous abandonner l'examen médical périodique ?**
www.cfp.ca/content/57/2.toc
Débat entre des omnipraticiens partisans du OUI et d'autres partisans du NON (à partir de la page 158).
- ▶ **L'examen médical périodique de l'adulte et la réduction de la morbidité**
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009009.pub2/abstract>
Les experts de la Cochrane Library concluent que les bilans de santé ne réduisent pas la morbidité des maladies, y compris celle du cancer et des maladies cardiovasculaires (mais ils font grimper le nombre de diagnostics).

Maladies chroniques

- ▶ **Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne**
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-942-01F.pdf>
Document du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans le but d'aider les différents paliers de gouvernement et les milieux cliniques à élaborer une offre de service de qualité en prévention et en gestion des maladies chroniques.

Prévention des maladies chroniques

www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook

Le Collège royal des omnipraticiens d'Australie consacre à ce sujet le chapitre 7 de ses lignes directrices sur la prévention en première ligne.

Comment utiliser en première ligne un programme d'intervention reposant sur les habitudes de vie

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4011386

Programme de changement des habitudes de vie, combinant conseils sur l'alimentation, activité physique et suivi serré.

Anxiété et dépression

Dépression et anxiété chez les patients souffrant de maladie chronique

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3817854

La dépression et l'anxiété, très présentes chez les patients atteints d'une maladie chronique, peuvent aggraver cette dernière et nuire à la participation du patient à ses soins.

Détection de la dépression chez les patients atteints de problèmes de santé chronique

<http://bjgp.org/content/61/593/e808>

Cette méta-analyse fournit la preuve qu'il existe plusieurs méthodes simples et pratiques pour une première évaluation de la dépression chez les patients atteints de maladies chroniques.

Validation du questionnaire PHQ-9 comme moyen de détection de la dépression en service de consultation externe spécialisée chez les patients atteints de diabète

www.biomedcentral.com/1472-6963/10/235

Le Patient Health Questionnaire (PHQ-9) s'est révélé un outil efficace et bien accepté pour diagnostiquer la dépression majeure chez les patients diabétiques.

POUR LES PATIENTS

Prévenir les maladies chroniques

www.lavalensante.com/sante_publique/saines_habitudes_de_vie/prevenir_les_maladies_chroniques.html

Que faut-il faire pour réduire nos risques de maladies chroniques et de cancer dans les années à venir?

Comment vivre avec une maladie chronique ?

www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=vivre_maladie-chronique_page1_2_do

Les répercussions d'une maladie chronique sur la vie sociale, la vie intime et la vie professionnelle d'un patient. //

L'ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE

AVEC CONFIANCE

L'ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE AVEC **ONGLYZA[®]**

Réduction à long terme du taux d'HbA_{1c} démontrée comparativement au placebo, tous deux administrés en association avec la metformine pendant 102 semaines

Variation moyenne du taux d'HbA_{1c} par rapport aux valeurs de départ¹ :

- À la 24^e semaine: -0,7% pour ONGLYZA + metformine (n = 186) comparativement à 0,1% pour le placebo + metformine (n = 175, IC à 95%: -1,0, -0,6, p < 0,0001)
- À la 102^e semaine: -0,7% pour ONGLYZA + metformine (n = 31 observé, n = 184 report de la dernière observation) comparativement au placebo + metformine (n = 15 observé, n = 172 report de la dernière observation)

L'ÉQUILIBRE GLYCÉMIQUE AVEC **KOMBOGLYZE[®]**

Aucune étude d'efficacité clinique n'a été menée avec les comprimés KOMBOGLYZE; par contre, la bioéquivalence de KOMBOGLYZE et des comprimés à libération immédiate de saxagliptine et de chlorhydrate de metformine pris en concomitance a été démontrée.

La commodité d'une association à doses fixes de la saxagliptine avec la metformine²



KOMBOGLYZE est indiqué en complément d'un régime alimentaire et d'un programme d'exercice pour améliorer l'équilibre glycémique chez les adultes atteints de diabète de type 2 déjà traités par la saxagliptine et la metformine ou lorsque la metformine en monothérapie ne permet pas d'atteindre un équilibre glycémique suffisant.

Veuillez consulter la monographie du produit au www.azinfo.ca/komboglyze/pm566 pour obtenir des renseignements importants sur ce qui suit:

- Contre-indications en présence de diabète de type 1, d'acidose métabolique, y compris d'acidocétose diabétique, d'antécédents d'acidose lactique, d'une maladie ou d'une insuffisance rénales, de consommation excessive d'alcool, d'insuffisance hépatique modérée à grave, d'états hypoxiques, d'états de stress, de déshydratation marquée, ainsi que pendant la grossesse et l'allaitement, et durant les épreuves radiologiques nécessitant l'administration de substances de contraste iodées
- Mises en garde et précautions les plus importantes liées à l'acidose lactique
- Autres mises en garde et précautions pertinentes touchant la pancréatite, le risque d'hypersensibilité, l'insuffisance cardiaque congestive, le faible taux de vitamine B12, l'emploi durant les interventions chirurgicales, les inducteurs du CYP 3A4, les patients immunodéprimés, les éruptions cutanées et la fonction rénale
- Conditions d'usage clinique, effets indésirables, interactions médicamenteuses et renseignements posologiques

Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en nous appelant au 1-800-461-3787.

ONGLYZA est indiqué pour améliorer l'équilibre glycémique chez les patients atteints de diabète de type 2 en association avec la metformine lorsqu'un régime alimentaire, l'exercice et la metformine seule ne permettent pas d'équilibrer la glycémie de manière satisfaisante.

Reportez-vous à la page indiquée dans l'icône inférieur droit pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'innocuité et un hyperlien menant à la section de la monographie traitant des points suivants:

- Contre-indications en présence d'acidocétose diabétique, de coma ou de précoma diabétique et de diabète de type 1
- Mises en garde et précautions pertinentes touchant l'insuffisance cardiaque congestive, l'exposition au stress, les inducteurs du CYP 3A4, le lactose, le risque d'hypersensibilité, la pancréatite, les patients immunodéprimés, les éruptions cutanées, la grossesse et l'allaitement, l'insuffisance rénale modérée à grave ainsi que la néphropathie terminale
- Conditions d'usage clinique, effets indésirables, interactions médicamenteuses et renseignements posologiques

De plus, la page contient la liste des références se rapportant à cette publicité.

komboglyze[®]

(comprimés de saxagliptine
et de chlorhydrate de metformine)

onglyza[®]
(saxagliptine)



POST-TEST

LA PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE

POUR VOTRE PADPC-FMOQ

1. **Parmi les affirmations suivantes sur le développement de l'enfant, laquelle est fautive ?**

- A** Le développement du cerveau est plus intense pendant la grossesse et la première année de vie.
- B** L'environnement dans lequel évolue l'enfant a une influence sur le développement de son cerveau.
- C** Seuls les enfants de milieux défavorisés bénéficient de la fréquentation d'un service de garde.
- D** Le stress influe de façon positive ou négative sur le développement du cerveau des jeunes enfants.

2. **Tous les énoncés suivants constituent des recommandations en prévention clinique pour les tout-petits, sauf un. Lequel ?**

- A** Idéalement, il faut poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans.
- B** Pendant le sommeil, il faut coucher l'enfant sur le dos jusqu'à 6 mois.
- C** La température du chauffe-eau devrait être réglée à moins de 60 °C.
- D** À l'âge de 3 ans, il faut prévoir une première visite chez le dentiste.

3. **Chez une femme de plus de 50 ans, quel examen n'est plus recommandé pour le dépistage du cancer du sein ?**

- A** La mammographie
- B** La mammographie chez les femmes de 70 à 74 ans
- C** Le dépistage génétique, en présence d'antécédents familiaux importants
- D** L'enseignement de l'auto-examen des seins

4. **Concernant le dépistage du cancer de la prostate, quel énoncé est faux ?**

- A** Il faut faire un toucher rectal et un dosage de l'APS.
- B** Il est nécessaire de donner de l'information éclairée sur les avantages et les inconvénients du dépistage.
- C** Il est recommandé de dépister le cancer de la prostate chez tous les hommes de 65 ans et plus.
- D** L'espérance de vie du patient doit dépasser 10 ans.

5. **Quelle consommation d'alcool est associée au plus faible risque de maladies chroniques ?**

- A** Aucune consommation
- B** 1 ou 2 par jour (tout type d'alcool)
- C** 2 ou 3 par jour (vin rouge)
- D** 3 ou 4 par jour (tout type d'alcool)

6. **Parmi les énoncés suivants sur les habitudes de vie, lequel est vrai ?**

- A** Chez les patients à risque, une perte de poids d'au moins 15 % est nécessaire pour diminuer le risque de diabète.
- B** L'activité physique est associée à un risque moindre de certains cancers.
- C** La metformine est plus efficace que l'acarbose ou que l'activité physique pour prévenir le diabète de type 2.
- D** L'AAS à petite dose est recommandée chez tout patient diabétique de plus de 40 ans.

Les réponses seront publiées dans trois mois dans le numéro d'août 2015.



POST-TEST

LA PRÉVENTION DANS LA PRATIQUE (suite)

POUR VOTRE PADPC-FMOQ

7.

QUEL QUESTIONNAIRE EST RECOMMANDÉ POUR PRÉCISER LA PRÉSENCE ET L'INTENSITÉ DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS ?

- A Le GAD-7
- B L'échelle de Sheehan
- C Le PHQ-9
- D Le SNAP-IV-26
- E Le CAGE

8.

DANS LE CONTEXTE DU SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE MALADIES CHRONIQUES CARDIOVASCULAIRES ET MÉTABOLIQUES, LEQUEL DES ÉNONCÉS CI-DESSOUS EST VRAI ?

- A Le dépistage systématique de la dépression majeure est indiqué chez les patients atteints de diabète de type 2.
- B Chez les patients atteints de diabète de type 2, la dépression non traitée augmente la morbidité et la mortalité.
- C La dépression majeure n'influe pas beaucoup sur l'adhésion aux activités d'autogestion des soins chez les patients atteints de diabète de type 2.
- D Les outils de détection des troubles mentaux courants ne sont pas valides chez les patients atteints de maladies chroniques.

9.

L'UTILISATION D'UN DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE AMÉLIORE TOUTES LES PRATIQUES PRÉVENTIVES SUIVANTES, SAUF UNE. LAQUELLE ?

- A Vaccination
- B Valeurs cibles d'hypertension
- C Valeurs cibles de cholestérol
- D Consommation d'alcool à faible risque
- E Mammographie de dépistage

10.

TOUS LES CRITÈRES DE QUALITÉ ET DE CONFIANCE SUIVANTS PERMETTENT D'ÉVALUER DES SITES WEB DESTINÉS AUX PATIENTS, SAUF UN. LEQUEL ?

- A Conception graphique dynamique
- B Absence de fonctionnalités interactives
- C Mise à jour régulière
- D Site adapté à des usagers ayant un faible degré de littératie
- E Pertinence du contenu

SOYEZ BRANCHÉS !



LEMEDECINDUQUEBEC.ORG ▶

REMPLISSEZ VOTRE POST-TEST EN LIGNE, C'EST FACILE ET RAPIDE !

1. Allez sur lemedecinduquebec.org.
2. Cliquez sur l'onglet « Post-test » en haut de la page.
3. Connectez-vous en utilisant votre mot de passe  activez votre profil d'utilisateur.
4. Remplissez le post-test correspondant et obtenez votre

résultat immédiatement. La FMOQ vous attribuera trois heures de crédits de catégorie 1 qui seront automatiquement ajoutées à votre PADPC-FMOQ si vous obtenez une note minimale de 60 %. **Répondez avant le 1^{er} août 2015.**

5. Votez pour votre article « Coup de cœur » du mois.

RÉPONSES DU POST-TEST DE FÉVRIER 2015 : 1.c 2.b 3.d 4.c 5.a 6.c 7.e 8.b 9.a 10.b

Félicitations aux 1290 médecins qui ont obtenu trois crédits de catégorie 1 en répondant au post-test de janvier 2015 !

LES MÉTHODES BARRIÈRES

OÙ EN SOMMES-NOUS ?



Jocelyn Bérubé et Marie-Josée Papillon

VOUS VOULEZ PRESCRIRE... ? LISEZ CE QUI SUIT !

Les méthodes barrières, à l'exception du condom, sont peu utilisées, car elles sont mal connues. Leur efficacité varie et repose d'abord sur un emploi assidu et adéquat. La fertilité et la fréquence des relations sexuelles auront également une influence. Les taux d'efficacité peuvent différer selon les auteurs.

QUELQUES OUTILS POUR VOUS AIDER À PRESCRIRE...

LE CONDOM MASCULIN

Taux d'échec. Utilisation parfaite : 2 % ; utilisation type : 18 %^{1,2}

Le condom masculin est la méthode barrière la plus utilisée. Il en existe plusieurs variétés (tableau D).

Les condoms avec spermicide ne sont pas recommandés, car ils n'augmentent pas l'efficacité contraceptive. En outre, le spermicide employé, le nonoxynol-9, provoque parfois une irritation de la muqueuse vaginale et favorise la transmission des ITSS.

LE CONDOM FÉMININ

Taux d'échec. Utilisation parfaite : 5 % ; utilisation type : 21 %^{1,2}

Le condom féminin (Reality FC2) est fabriqué de nitrile, un caoutchouc synthétique. Il convient donc bien aux personnes allergiques au latex, mais n'est pas vendu en pharmacie. On peut toutefois se le procurer par Internet. Il est produit par la compagnie Female Health.

Le Dr Jocelyn Bérubé, omnipraticien, est responsable de la clinique de planification des naissances du CSSS de Rimouski-Neigette et membre d'un groupe d'experts en planification familiale à l'Institut national de santé publique du Québec. M^{me} Marie-Josée Papillon est pharmacienne propriétaire.

TABLEAU I | LES CONDOMS MASCULINS

- ▶ En latex : les plus utilisés. Il en existe plusieurs variétés, grandeurs, couleurs et saveurs.
- ▶ En polyuréthane (Avanti, Trojan-Supra) : ils transmettent mieux les sensations. Ils sont plus résistants que ceux en latex et sont compatibles avec les lubrifiants à base d'huile, mais sont plus chers.
- ▶ En polyisoprène (Skyn) : le plus nouveau sur le marché. Il est de couleur naturelle (comme la peau), mince, souple et résistant.
- ▶ En membrane animale (Kling-Tite, NaturaLamb de Trojan) : ils sont offerts en une seule taille. Ils sont minces, lubrifiés, odorants et transmettent mieux la chaleur du corps. Leur protection contre les ITSS n'est cependant pas établie.

Tableau des auteurs.

LES SPERMICIDES

Taux d'échec. Utilisation parfaite : 18 % ; utilisation type : 28 %^{1,2}

Les spermicides sont peu efficaces employés seuls, mais sont recommandés en complément de la cape cervicale et du diaphragme. Le nonoxynol-9 est maintenant déconseillé à cause d'un risque de toxicité au niveau de la muqueuse vaginale³. La mousse vaginale contraceptive VCF avec nonoxynol-9 est toutefois encore offerte dans certaines pharmacies ou par Internet, tout comme le film contraceptif vaginal VCF à base de nonoxynol-9 également (mesurant 5 cm par 5 cm et ressemblant à du papier ciré). La mise en place du film est simple : on le plie en quatre et on l'insère au fond du vagin quinze minutes avant la relation. Il s'élimine naturellement.

Un autre spermicide, constitué de cellulose et d'acide lactique, est maintenant en vente au Canada. Il s'agit du gel Caya de la compagnie Trimedica. On peut se le procurer en pharmacie.

TABLEAU II | LES PRIX DES CONTRACEPTIFS BARRIÈRES

| | |
|-----------------------------------|---|
| Condom en latex | Environ 0,50 \$ l'unité (selon la marque) |
| Condom en polyuréthane | De 2,50 \$ à 3 \$ l'unité |
| Condom en polyisoprène | Environ 1,25 \$ l'unité |
| Condom en membrane naturelle | Environ 3 \$ l'unité |
| Condom féminin | De 2 \$ à 2,25 \$ l'unité |
| Mousse vaginale contraceptive VCF | Entre 13 \$ et 17 \$ pour un tube |
| Film contraceptif vaginal VCF | Environ 16 \$ pour 9 films |
| Gel Caya | De 25 \$ à 30 \$ pour un tube de 60 g (4 g par utilisation) |
| Diaphragme classique | De 100 \$ à 125 \$, plus le prix du spermicide |
| Diaphragme Caya | De 90 \$ à 100 \$, plus le prix du spermicide |
| Cape cervicale | De 100 \$ à 125 \$, plus le prix du spermicide |
| Éponge contraceptive | Environ 20 \$ pour 3 éponges |

Les prix peuvent varier selon le lieu d'acquisition des produits (différentes pharmacies, Internet et différentes compagnies). Il faut ajouter le coût du transport pour les commandes par Internet.

Tableau des auteurs.

LE DIAPHRAGME

Le diaphragme est constitué d'une coupole de silicone montée sur un anneau circulaire souple. Il est adapté à la taille du vagin et doit être utilisé avec un spermicide, idéalement 4 g de gel Caya placé dans le diaphragme et sur le rebord. Pour prévenir le syndrome du choc toxique et les mauvaises odeurs, il convient de le garder en place le moins longtemps possible (maximum vingt-quatre heures). Il faut toutefois s'assurer de respecter le délai minimal de six heures après une relation sexuelle. Il ne doit pas être employé pendant les règles. Par ailleurs, en cas de rapports sexuels successifs, on doit laisser le diaphragme en place et remettre 4 g de spermicide dans le vagin^{3,4}. Il en existe deux modèles qu'il est facile de se procurer au Canada : le classique et le Caya.

LE DIAPHRAGME CLASSIQUE (COMPAGNIE MILEX)

Taux d'échec avec spermicide. Utilisation parfaite : 6 % ; utilisation type : 12 %^{1,2}

La femme qui choisit le diaphragme classique doit être vue par un médecin qui déterminera la taille appropriée (de 60 mm à 90 mm de diamètre) à l'aide

d'une trousse de mesure et lui apprendra à le mettre en place. Une variation de poids ou encore un accouchement peuvent nécessiter une réévaluation du diamètre. Pour préserver l'intégrité de ce diaphragme en latex, il suffit de le laver, de l'enduire de bicarbonate de soude et de le ranger à l'ombre et au frais. La compagnie Milex en produit deux modèles, l'Omniflex et l'Arcing. Ce dernier est le plus utilisé.

Il est possible de se le procurer en pharmacie ou auprès du fabricant en composant le 1 800 204-2398.

LE DIAPHRAGME CAYA (COMPAGNIE TRIMEDIC)

Taux d'échec avec spermicide selon l'entreprise. Utilisation parfaite : 10 % ; utilisation type : 17 %^{1,2}

Le diaphragme Caya existe en une seule grandeur, ce qui en facilite l'utilisation puisqu'il ne nécessite aucune mesure par un médecin. Il convient à la plupart des femmes, peu importe leur poids et le nombre de grossesses. Il couvre complètement le col et se place entre le fond du vagin et la symphyse pubienne. Il s'insère comme un tampon et s'enlève sans difficulté. Ce diaphragme est

fait de silicone. S'il est bien entretenu, il peut être réutilisé pendant deux ans.

On peut se le procurer en pharmacie ou en communiquant directement avec la compagnie Trimedic au www.trimedic-inc.com.

LA CAPE CERVICALE

Taux d'échec chez les femmes nullipares. Utilisation parfaite : 9 % ; utilisation type : 16 %^{1,2}

Taux d'échec chez les femmes multipares. Utilisation parfaite : 26 % ; utilisation type : 32 %^{1,2}

Un seul modèle de cape cervicale, la FemCap, est commercialisé au Canada. Elle a la forme d'un dôme et est faite de silicone. Elle doit être posée sur le col avant la relation sexuelle et être employée avec un spermicide à l'intérieur. Elle est offerte en trois grandeurs : petite (pour les femmes qui n'ont jamais eu de grossesse), moyenne (pour celles qui ont eu un avortement, une fausse-couche ou une césarienne) et large (pour celles qui ont déjà accouché par voie vaginale). Environ 80 % des femmes³ peuvent trouver une taille qui leur convient. La cape cervicale est plus efficace chez les femmes nullipares.

On recommande de ne pas s'en servir dans les six semaines suivant un accouchement ou durant les règles. Elle doit être laissée en place au moins six heures après la relation sexuelle, mais pas plus de vingt-quatre heures.

On peut la commander en pharmacie ou par Internet au <http://medisafe-canada.com>.

L'ÉPONGE CONTRACEPTIVE

Taux d'échec chez les femmes nullipares. Utilisation parfaite : 9 % ; utilisation type : 12 %^{1,2}

Taux d'échec chez les femmes multipares. Utilisation parfaite : 20 % ; utilisation type : 24 %^{1,2}

L'éponge Today est encore vendue dans certaines pharmacies au Canada.

CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ L'efficacité des méthodes barrières est étroitement liée à leur emploi régulier et adéquat.
- ▶ Le diaphragme Caya est plus accessible que le diaphragme classique, car il ne nécessite pas l'intervention d'un médecin pour la mesure.
- ▶ À l'exception du condom, ces méthodes sont surtout destinées aux femmes chez qui une grossesse pourrait être acceptable.
- ▶ Toutes ces méthodes sont en vente libre.

Elle est fabriquée d'une mousse douce imprégnée d'un gel spermicide, le nonoxynol-9. Elle est munie d'un petit anneau pour en faciliter le retrait. Sa protection est valable pour une seule relation sexuelle. Elle doit rester dans le vagin au moins six heures après le rapport sexuel et au plus vingt-quatre heures. Elle est plus efficace chez les femmes nullipares³.

On peut se la procurer dans les pharmacies affiliées à Pharmaprix ou par Internet au www.todaysponge.com.

LES PIÈGES À ÉVITER...

- ▶ Utiliser un lubrifiant à base d'huile avec un condom en latex ou en polyisoprène.
- ▶ Utiliser un condom avec spermicide.
- ▶ Utiliser une méthode barrière autre que le condom pour se protéger des ITSS.
- ▶ Utiliser le diaphragme ou la cape cervicale sans spermicide.

ET LE PRIX ?

Le prix des différents contraceptifs est énuméré dans le *tableau II*.

EST-CE SUR LA LISTE OU PAS ?

Aucune méthode barrière n'est couverte par le régime public d'assurance médicaments du Québec. //

Le Dr Jocelyn Bérubé a été conférencier pour Bayer, Actavis et Merck en 2013 et 2014. M^{me} Marie-Josée Papillon a été conférencière pour Pfizer en 2013 et 2014.

BIBLIOGRAPHIE

1. Hatcher RA, Trussell J, Nelson LA et coll. Choosing a contraceptive: efficacy, safety and personal considerations. [chapitre 3] *Contraceptive Technology*. 20^e éd. révisée. New York : Ardent Media ; 2011. p. 45-74.
2. Hatcher RA, Trussell J, Nelson LA et coll. Contraceptive efficacy [chapitre 26]. *Contraceptive Technology*. 20^e éd. révisée. New York : Ardent Media ; 2011. p. 779-877.
3. Speroff L, Darney PD. Barrier methods of contraception [chapitre 8]. *A clinical guide for contraception*. 5^e éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins ; 2011. p. 281-313.
4. Serfaty D. Contraception vaginale [chapitre 8]. *Contraception*. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2011. p. 240-59.

Applications

pour les professionnels
de la santé créées par la FMOQ

Compatibles avec les produits Apple

Nouvelle application !

Examen
de l'épaule
(iPhone et iPad)



Lipides et MCV
(iPad)



Examen
du genou
(iPhone et iPad)



Les problèmes
thyroïdiens
(iPhone et iPad)



Découvrez nos prochaines
applications dans les numéros à venir

MERCK ET L'ASTHME

Produits pour vos patients asthmatiques

Asmanex[®]
Twisthaler[®]
(Furoate de mométasone en inhalateur de poudre sèche)



Zenhale[®]
(furoate de mométasone / fumarate de formotérol dihydraté en aérosol pour inhalation)



TRUCS ET ASTUCES – I

Voici le premier de trois articles sur les trucs et les astuces les plus utiles, sous iOS et sous Android, facilitant l'usage des tablettes numériques au quotidien. Assurez-vous d'abord d'avoir fait la dernière mise à jour du système d'exploitation de votre appareil.

Gilles Tousignant

ANDROID*

- ▶ **Afficher vos coordonnées sur l'écran d'accueil**: peut s'avérer utile pour vous contacter en cas de perte de la tablette. Afin d'activer cette fonctionnalité, allez dans Paramètres, Applications, puis Infos Propriétaire et cochez l'option Coordonnées du propriétaire sur écran verrouillé.
- ▶ **Éteindre les applications ouvertes en arrière-plan**: sans qu'on le sache, plusieurs applications continuent de fonctionner en arrière-plan et elles consomment de l'énergie. En fermant celles dont vous n'avez pas besoin, vous augmentez la durée de la pile entre les recharges. Pour activer cette fonctionnalité, allez dans Paramètres, Applications, puis En Cours. Vous accédez alors à la liste des applications en arrière-plan et vous aurez la possibilité de fermer celles que vous n'utilisez pas.
- ▶ **Prendre une photo de l'écran**: la capture d'écran[†] sera sauvegardée dans l'application « Photos » de la tablette. Cette fonctionnalité permet de conserver en un clin d'œil une image ou une partie de texte pour consultation ultérieure. Sur les versions récentes (4.0 ou plus), maintenez simultanément les boutons Volume-faible et Marche-Arrêt. Sur les versions antérieures, maintenez simultanément soit les boutons Retour et Marche-Arrêt, soit les boutons Home et Marche-Arrêt.
- ▶ **supprimer, vous aurez le choix de supprimer l'application ou d'annuler votre demande**. Pesez une fois sur le bouton principal pour revenir à la normale. Veuillez noter qu'une application supprimée peut être réinstallée en tout temps, sans frais, en allant dans l'application App Store, puis en choisissant Achats au bas de l'écran. Vous verrez alors tous vos achats. Les applications associées à un nuage à droite sont celles que vous avez supprimées. En appuyant sur le nuage, vous réinstallerez l'application.
- ▶ **Prendre une photo de l'écran**: enfoncez simultanément le bouton Marche-Arrêt et le bouton principal. La capture d'écran[†] sera sauvegardée dans l'application « Photos » de votre tablette.
- ▶ **Sortir d'une application ouverte**: appuyez une fois sur le bouton principal. L'iPad offre la possibilité d'avoir plusieurs écrans d'application. Pour revenir à l'écran d'accueil, appuyez une fois sur le bouton principal. Pour accéder à toutes les applications ouvertes, enfoncez deux fois le bouton principal. Pour lancer Siri, pressez longtemps le bouton principal. Vous devez activer Siri au préalable dans les paramètres.
- ▶ **Regrouper les applications par thème (iOS et Android)**: repérez les applications à regrouper. Posez le doigt sur l'une d'elles jusqu'à ce que la vibration débute, glissez ensuite une des applications à regrouper sur une autre. Lorsque les deux applications sont bien alignées, un fichier apparaît. Relâchez alors le doigt pour y accéder. Il est alors possible de renommer le fichier. On peut emmagasiner autant d'applications qu'on le souhaite dans un même fichier. Appuyez une fois sur le bouton principal pour terminer l'opération (iOS). Pour supprimer un fichier, procédez de manière inverse (iOS).

iOS (iPAD)

- ▶ **Fermer les applications ouvertes en arrière-plan**: appuyez deux fois sur le bouton principal (gros bouton rond au bas du iPad). Vous verrez alors toutes les applications qui sont ouvertes. Pour en fermer une, posez le doigt dessus et glissez-le vers le haut. L'application se fermera automatiquement. Il est recommandé de fermer les applications tous les jours.
- ▶ **Supprimer une application**: posez le doigt longtemps sur une application. Toutes les applications se mettront alors à vibrer, et un petit x apparaîtra dans le coin supérieur gauche de chacune. En appuyant sur le x de l'application à

Voilà pour les astuces de base. Bonne pratique d'ici le prochain article! //

M. Gilles Tousignant, physiothérapeute et gestionnaire à la retraite, est formateur en nouvelles technologies dans le domaine de la santé.

* Sous Android, les astuces peuvent différer d'un fabricant à un autre.

† Les photos occupent beaucoup d'espace sur une tablette. Il est préférable de supprimer celles qui sont inutiles ou de les conserver sur votre ordinateur, un disque dur externe ou un service d'infonuagique.

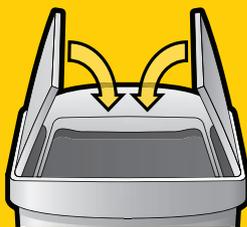
SE LOGE DANS LES ESPACES LES PLUS ÉTROITS



La nouvelle poubelle à pédale Slim Jim® est encore plus mince. Vous pouvez donc l'installer presque partout.

20%

**D'EMPRISE AU SOL
EN MOINS***



**AMORTISSEUR
DE COUVERCLE POUR UNE
FERMETURE EN DOUCEUR**



SlimJim®

LE RÔLE DES INFIRMIÈRES EN PREMIÈRE LIGNE

COMMENT PARTAGER EFFICACEMENT LES RESPONSABILITÉS? – II

Si elles ont en commun le titre d'infirmière, l'infirmière auxiliaire, l'infirmière clinicienne et l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) en soins de première ligne n'ont pas toute la même formation, le même champ d'exercice professionnel, les mêmes activités réservées ni autorisées ni les mêmes compétences. Le médecin doit donc s'y retrouver pour bien comprendre le rôle que peut jouer chaque type d'infirmière dans une équipe de soins en première ligne.

Christiane Larouche

Après avoir décrit le champ d'exercice et les activités de l'infirmière auxiliaire dans un premier article, nous tenterons cette fois-ci de mieux comprendre les différences entre l'infirmière, l'infirmière clinicienne et l'IPS en soins de première ligne et de cerner le rôle optimal de chacune au sein des équipes de première ligne.

L'INFIRMIÈRE, L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE ET L'IPS EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE : QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ?

L'infirmière, l'infirmière clinicienne ou l'IPS en soins de première ligne sont toutes membres de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Elles ont en commun le même permis d'exercice, le même champ d'exercice et les mêmes activités réservées, conformément à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*.

Ce qui les distingue est leur formation respective et les activités additionnelles que certaines d'entre elles sont autorisées à exercer.

FORMATION DE L'INFIRMIÈRE

L'infirmière possède un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers. Le programme est d'une durée de trois ans. Sa formation la prépare à exercer en soins généraux, tels que les services de chirurgie et les soins de longue durée. En 2013-2014, 53,3% des infirmières du Québec possédaient une formation de niveau collégial¹.

FORMATION DE L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE

L'infirmière clinicienne possède un baccalauréat en soins infirmiers. D'une durée de trois ans, le baccalauréat prépare la titulaire à exercer à titre d'infirmière clinicienne en soins complexes, tels que les soins intensifs, la traumatologie, la santé communautaire et la santé mentale ou à titre de

ENCADRÉ

PORTRAIT DE L'EFFECTIF INFIRMIER [2013-2014]¹

Le saviez-vous ?

- ▶ 74 145 infirmières et infirmiers étaient inscrits au tableau de l'Ordre, et 95,1% d'entre eux occupaient un emploi en soins infirmiers.
- ▶ L'âge moyen des membres de l'OIIQ était de 42,7 ans.
- ▶ 59,6% des membres travaillaient à temps complet, 31,8%, à temps partiel et 8,6%, de façon occasionnelle.
- ▶ 83,2% des membres possédaient un emploi principal dans un établissement du réseau de la santé et des services sociaux.
- ▶ 10,8% des membres exerçaient la profession dans le secteur privé, mais seulement 1,8% d'entre eux travaillaient dans les cliniques médicales.

conseillère en soins infirmiers. En 2013-2014, 34,4% des infirmières exerçant au Québec étaient titulaires d'un baccalauréat en sciences infirmières¹.

FORMATION DE L'IPS EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne possède une expérience clinique dans un domaine spécifique et a reçu une formation de 2^e cycle en sciences infirmières et en sciences médicales. Elle détient un certificat de spécialiste délivré par l'OIIQ et est habilitée à exercer certaines activités médicales selon les conditions établies dans un règlement du Collège des médecins du Québec. Cette formation lui permet de prescrire des tests diagnostiques et des traitements, en plus d'effectuer certaines interventions effractives¹.

L'IPS en soins de première ligne exerce dans différents milieux cliniques, notamment dans les GMF, en CLSC ou en cliniques médicales, dans les cliniques-réseau et dans les dispensaires en régions isolées.

M^e Christiane Larouche, avocate, travaille au Service juridique de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

Au 31 mars 2014, il y avait 232 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) exerçant au Québec, dont 173 en soins de première ligne (encadré).

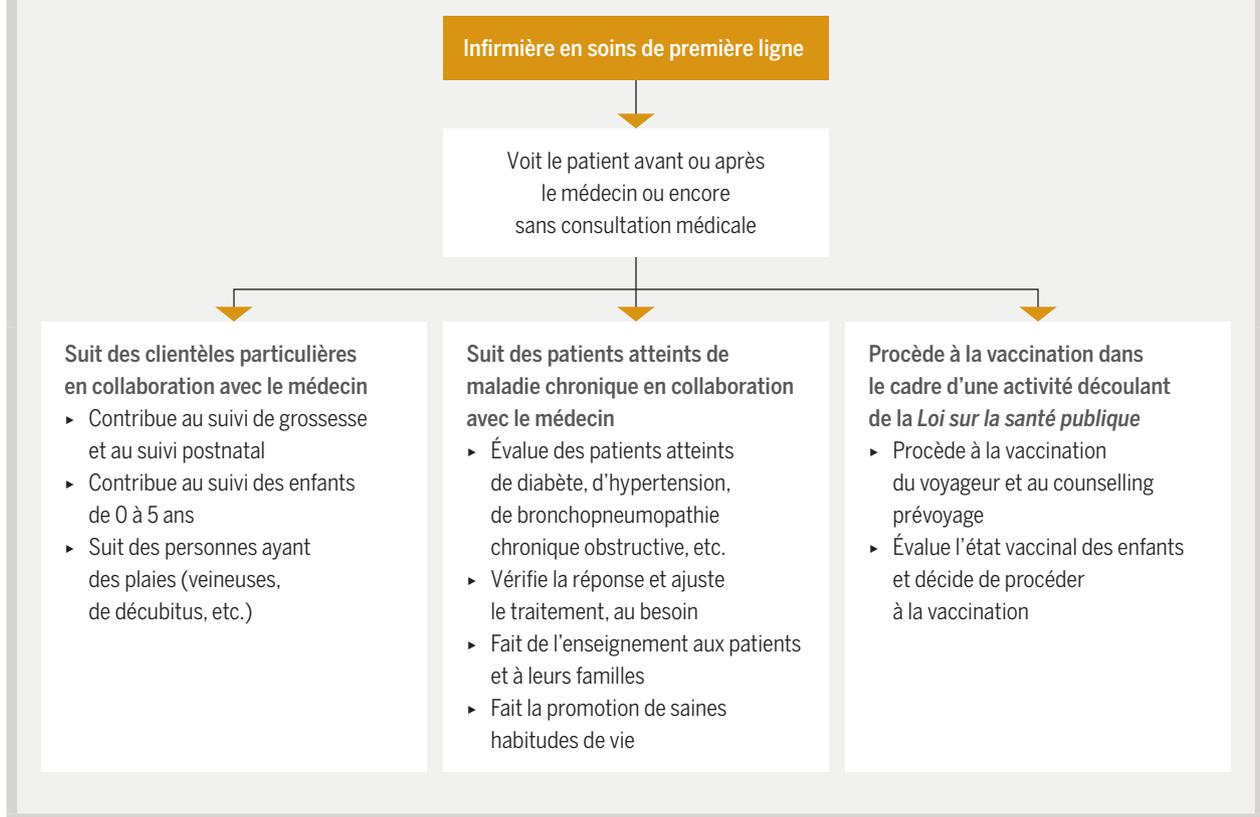
CHAMP D'EXERCICE ET ACTIVITÉS RÉSERVÉES COMMUNS À TOUTES LES INFIRMIÈRES

Le champ d'exercice infirmier commun à toutes les infirmières est défini comme suit à l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*:

«L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs».

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière conformément à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*:

1. évaluer la condition physique et mentale d'une personne présentant des symptômes. Cette activité est l'assise de l'exercice infirmier qui le distingue du champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire. La plupart des activités de l'infirmière découlent de cette évaluation qui fait appel au jugement clinique;
2. exercer une surveillance clinique des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier. Ex.: évaluer l'évolution de l'état de santé, déceler des signes de détérioration ou de complications;
3. effectuer des examens et des tests diagnostiques et thérapeutiques, **selon une ordonnance**. Ex.: demander un bilan sanguin, un ECG ou un examen radiologique, faire une culture de plaie;
4. effectuer des examens diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*. Ex.: dépistage des ITSS;
5. effectuer des examens et des tests diagnostiques effractifs, **selon une ordonnance**. Ex.: tests d'allergie, cytologie cervicale, examens diagnostiques sérologiques, biochimiques ou hématologiques;
6. ajuster des traitements médicaux, **selon une ordonnance**. Ex.: ajuster un stimulateur cardiaque;
7. déterminer le plan de traitement des plaies et des altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent. Ex.: évaluer une plaie, déterminer le plan de traitement et les soins requis, notamment les traitements locaux, la scarification, le débridement et les pansements, assurer la surveillance clinique et déterminer la fréquence des évaluations;
8. appliquer des techniques effractives. Cette activité est indissociable de certaines autres activités réservées. Ex.: le lavage d'oreille (selon une ordonnance), le cathétérisme vésical pour un prélèvement d'urine (selon une ordonnance), l'insertion d'un spéculum pour l'examen du col de l'utérus (selon une ordonnance);
9. contribuer au suivi de grossesse, aux accouchements et au suivi postnatal. Ex.: éducation prénatale, évaluation et surveillance de l'état physique et mental, examen physique de la femme, monitoring électronique des contractions utérines et monitoring foetal, examen du nouveau-né;
10. effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes. Ex.: suivi infirmier du patient atteint de diabète, d'hypertension, de bronchopneumopathie chronique obstructive;
11. administrer des médicaments ou d'autres substances et ajuster les doses **selon une ordonnance**. Ex.: décider d'administrer le médicament, l'administrer, surveiller les effets indésirables, ajuster les doses, assurer le suivi requis;
12. procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*;
13. mélanger des substances en vue de préparer un médicament, **selon une ordonnance**;
14. décider de l'application de mesures de contention;
15. décider du recours aux mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
16. évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental. Cette activité est cependant réservée à l'infirmière qui possède une formation universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques conformément aux exigences du règlement de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec et qui obtient une attestation à cette fin. Cette infirmière pourrait alors contribuer au suivi d'un patient souffrant de dépression en évaluant et en communiquant au médecin les symptômes liés à la dépression, les événements stressants, le fonctionnement social et l'évaluation du risque de passage à l'acte suicidaire;
17. évaluer un enfant qui n'est pas admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement.

FIGURE | EXEMPLES DE LA CONTRIBUTION DE L'INFIRMIÈRE EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE¹

Il est important de se rappeler que l'exercice de certaines des activités réservées aux infirmières sont assorties d'une ou de plusieurs conditions, afin de pouvoir être exercées, soit possiblement :

- ▶ une ordonnance, qu'elle soit individuelle ou collective ;
- ▶ une attestation de formation délivrée par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec ;
- ▶ une formation spécifique déterminée par règlement, comme dans le cas de l'infirmière qui évalue des troubles mentaux ;
- ▶ la conformité à un plan de traitement infirmier ;
- ▶ l'application d'une loi, comme la *Loi sur la santé publique*.

Ces conditions doivent donc être évaluées avant de conclure qu'une activité réservée peut être exercée sans plus de formalité par une infirmière.

La *figure* fait état de la contribution importante que peut apporter l'infirmière en soins de première ligne. Le champ d'exercice de l'infirmière, qu'il s'agisse d'une infirmière ou d'une infirmière clinicienne, est vaste. Il est donc judicieux de tenir compte de la formation respective de ces deux professionnelles lorsque vient le moment de répartir les tâches

des unes et des autres. Par sa formation universitaire plus poussée, l'infirmière clinicienne est généralement mieux outillée pour suivre des problèmes de santé complexes. Elle est donc toute désignée pour assurer, en collaboration avec le médecin, des suivis systématisés des patients atteints de maladies chroniques. Elle peut alors vérifier la réponse au traitement, évaluer la capacité d'auto-soins du patient, faire de l'enseignement, ajuster la posologie, etc. L'infirmière non clinicienne pourrait, quant à elle, être fort utile pour effectuer le triage au service de consultation sans rendez-vous et pourrait contribuer aux suivis de clientèle non vulnérables.

L'INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE EN PREMIÈRE LIGNE

Outre son permis d'exercice comme infirmière, elle détient un certificat de spécialiste délivré par l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. En plus des dix-sept activités réservées communes, elle est autorisée, par un règlement du Collège des médecins du Québec, à accomplir les cinq activités médicales suivantes :

- ▶ prescrire des examens diagnostiques ;
- ▶ utiliser des techniques diagnostiques effractives ou présentant des risques de préjudices ;

TABLEAU

EFFECTIF INFIRMIER EN SOINS DE PREMIÈRE LIGNE¹

| Soins de première ligne | 2012-2013 | | 2013-2014 | |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Maintien et soins à domicile | 3215 | 4,9 % | 3110 | 4,5 % |
| Clinique privée, clinique-réseau, GMF | 1180 | 1,8 % | 1777 | 2,6 % |
| Services courants | 1133 | 1,7 % | 1300 | 1,9 % |
| Petite enfance et famille | 1098 | 1,7 % | 1104 | 1,6 % |
| Santé des jeunes et santé scolaire | 864 | 1,3 % | 835 | 1,2 % |
| Santé et sécurité au travail | 868 | 1,3 % | 767 | 1,1 % |
| Info-Santé | 769 | 1,2 % | 678 | 1,0 % |
| Plusieurs autres soins de première ligne | 1025 | 1,6 % | 1434 | 2,1 % |
| Total partiel – Soins de première ligne | 10 152 | 15,4 % | 11 005 | 16,0 % |

- prescrire des médicaments ou d'autres substances ;
- prescrire des traitements médicaux ;
- utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux effractifs ou présentant des risques de préjudices.

L'IPS en soins de première ligne est autorisée à exercer ces activités médicales selon les conditions et les modalités suivantes :

1. elle doit exercer auprès d'une clientèle ambulatoire qui présente l'une des conditions suivantes :
 - elle nécessite l'évaluation de son état de santé ou le dépistage d'un problème de santé ;
 - elle a un problème de santé courant ;
 - elle est atteinte d'une maladie chronique stable ;
 - elle nécessite un suivi d'une grossesse.
2. elle doit exercer en partenariat avec un médecin de famille.

Suivant le règlement d'habilitation du Collège, les problèmes de santé courants que peut traiter l'IPS en première ligne possèdent les caractéristiques suivantes :

- ont une incidence élevée dans la collectivité ;
- entraînent des symptômes et des signes cliniques qui touchent habituellement un seul système ou un seul appareil ;
- n'entraînent pas de détérioration de l'état général ;
- ont une évolution habituellement rapide et favorable.

L'IPS en soins de première ligne peut donc suivre la clientèle ambulatoire tout au long du continuum de vie : nouveau-nés, enfants, adolescents, adultes, femmes enceintes et personnes âgées dans le cadre d'un partenariat avec un ou plusieurs médecins. Lorsqu'un patient présente un problème de santé qui n'est pas courant ou lorsque la maladie chronique dont souffre un patient n'est pas stable, l'IPS doit diriger ce patient vers un médecin partenaire.

Comme on peut le constater, l'IPS en soins de première ligne a un champ d'exercice beaucoup plus étendu que celui de l'infirmière.

CONCLUSION

Les infirmières sont trop peu nombreuses en première ligne actuellement. Le tableau qui fait état de la distribution de l'effectif infirmier en première ligne en 2013-2014 est éloquent à cet égard. Il montre à quel point il est nécessaire d'intensifier la présence des infirmières si l'on veut augmenter l'accès aux services et répondre aux besoins de santé de la population vieillissante, notamment quant aux maladies chroniques. //

SOURCE

1. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. *Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2013-2014. Le Québec et ses régions*. Montréal : l'Ordre ; 2014.

THÈMES DE FORMATION CONTINUE

DES PROCHAINS NUMÉROS

JUIN

2015

LES MALADIES ESTIVALES

JUILLET

2015

LES URGENCES
EN MÉDECINE HOSPITALIÈRE

AOÛT

2015

LES ZONNOSES

SEPTEMBRE

2015

QUAND LA SANTÉ PUBLIQUE
FAIT L'ACTUALITÉ

OCTOBRE

2015

LA CONDUITE AUTOMOBILE ET L'ÉVALUATION
DE LA CAPACITÉ À CONDUIRE UN VÉHICULE

NOVEMBRE

2015

LES TROUBLES DE L'HUMEUR

DÉCEMBRE

2015

LES FRACTURES À LA CLINIQUE
DE CONSULTATION SANS RENDEZ-VOUS

JANVIER

2016

LES TRAUMATISMES
CRANIO-CÉRÉBRAUX LÉGERS

LE MÉDECIN DU QUÉBEC



FORMATIONS EN LIGNE

RÉCENTES ET À VENIR

PRÉSENTATIONS DU CONGRÈS SUR L'ORL ET LES ALLERGIES

L'URTICAIRE CHRONIQUE IDIOPATHIQUE

D^r Jacques Hébert, spécialiste en immunologie
clinique et allergie
1 heure de crédit

LA DÉSENSIBILISATION SOUS-CUTANÉE

D^r Jean-Nicolas Boursiquot, spécialiste
en immunologie clinique et en allergie
1 heure de crédit

LES ALLERGIES AUX MÉDICAMENTS

D^r Jean-Philippe Drolet, spécialiste
en immunologie clinique et en allergie – pédiatre
1 heure de crédit

L'OTALGIE

D^r Pierre Boisvert, ORL – spécialiste
en chirurgie cervicofaciale
1 heure de crédit

LES URGENCES EN ORL

D^{re} Isabelle Drolet, ORL – spécialiste en chirurgie
cervicofaciale
1 heure de crédit

LES MASSES CERVICALES ET LA PARALYSIE FACIALE

D^r Sylvain St-Pierre (les masses cervicales)
et D^{re} Caroline Labbé (la paralysie faciale),
ORL – spécialistes en chirurgie cervicofaciale
2 heures de crédits

caducee.fmoq.org

Caducée, le portail de la formation en ligne

Consultez nos tarifs à la dernière page de la revue.



ENSEMBLE VERS L'ATTEINTE DE VOS OBJECTIFS

SERVICE-CONSEIL
PLANIFICATION FINANCIÈRE
PLANIFICATION BUDGÉTAIRE
INVESTISSEMENT
INCORPORATION
GESTION PRIVÉE
SERVICE DE FACTURATION

QU'EST-CE QUE LA RÉSERVE FÉDÉRALE AMÉRICAINE ?

À la suite de plusieurs crises, la Réserve fédérale américaine (*Federal Reserve System* ou *Fed*) a été créée en décembre 1913 en vertu du *Federal Reserve Act* (connu aussi sous le nom de *Owen-Glass Act*).

En 1791, le gouvernement américain avait créé la *First Bank of the United States*, à qui il avait confié la responsabilité d'émettre la nouvelle monnaie américaine et de réguler le crédit. En 1816, à la suite de la seconde guerre d'indépendance (guerre anglo-américaine), la banque a été remplacée par la *Second Bank of the United States* dans le but de mettre fin à une inflation effrénée. En 1830, le président Andrew Jackson, hostile aux banquiers, l'a dissoute.

Le système monétaire américain consistait alors en un troc entre les monnaies des banques nationales des États de l'Union, les *greenpapers*, qui échappaient à toute régulation fédérale. Le système est devenu anarchique, mais est néanmoins demeuré fonctionnel jusqu'aux années 1900, la banque de John Pierpont Morgan assurant en pratique le rôle de prêteur en dernier ressort.

En 1907, le marché boursier s'effondrait brusquement, perdant près de 50 % de la valeur maximale atteinte l'année précédente en pleine période de récession. Les innombrables retraits de fonds des banques et des sociétés fiduciaires qui s'ensuivirent provoquèrent une panique bancaire qui se propagea à l'ensemble du pays.

Le débat sur l'opportunité d'une banque centrale fut relancé. Le Congrès mit sur pied la *National Monetary Commission*, présidée par le sénateur républicain Nelson Aldrich, chargée d'étudier une possible réforme bancaire et monétaire. Les travaux de la Commission débouchèrent sur le *Federal Reserve Bank Act* qui fut promulgué le 29 décembre 1913 par le président Thomas Woodrow Wilson.

Cette loi a été modifiée en 1978 par le *Humphrey-Hawkins Full Employment Act* qui a fixé trois objectifs à la politique monétaire, soit le plein emploi, la stabilité des prix et des taux d'intérêt à long terme modérés. Les deux premiers

constituent le « double objectif » ou « double mandat » de la Fed. Son rôle a évolué depuis, et son indépendance a été renforcée au cours de la période d'instabilité monétaire qui a caractérisé la décennie 1975-1985.

En plus de la politique monétaire, la Fed est maintenant chargée de superviser et de réguler le système bancaire, d'assurer la stabilité du système financier et d'offrir des prestations financières aux organismes de dépôt, au gouvernement fédéral ainsi qu'aux établissements financiers étrangers. De plus, elle ausculte l'économie américaine et publie de nombreux rapports, dont le Rapport de conjoncture de la Réserve fédérale (*Summary of Commentary on Current Economic Conditions by Federal Reserve District*). Publié huit fois par année, ce « livre beige » compile et classe les informations qualitatives sur l'état de l'économie recueillies par chaque district de la Réserve fédérale américaine.

En effet, en plus de son conseil des gouverneurs (*Board of Governors*) qui est situé à Washington, la Fed compte douze banques régionales (*Regional Federal Reserve Bank*) situées dans les villes les plus importantes des États-Unis, soit New York, San Francisco, Chicago, Richmond, Atlanta, Boston, Dallas, Cleveland, Philadelphie, Kansas City, Saint-Louis, Minneapolis. Ces banques ne peuvent ni vendre ni échanger leurs parts.

Quant aux sept membres qui forment le conseil des gouverneurs (dont le président et le vice-président), ils sont nommés par le président des États-Unis et approuvés par le Sénat pour un mandat de quatorze ans non renouvelable, à l'exception du président dont le mandat de quatre ans est renouvelable (sans aucune limite). Pour la première fois depuis la création de la Fed, la présidence est assumée depuis le 31 janvier 2014 par une femme, M^{me} Janet Yellen.

Outre sa structure unique au monde pour une institution de cette nature, la Fed est indépendante des autres institutions politiques américaines. Ses décisions ne sont pas assujetties à l'autorisation du président américain. Par ailleurs, son budget n'est pas attribué par le

Congrès, qui exerce par contre un droit de surveillance (*Congressional oversight*). Le gouvernement nomme les hauts fonctionnaires de la banque et détermine leur rémunération. Les sources de financement de la Fed sont : 1) les intérêts des emprunts publics auxquels elle souscrit sur les marchés, 2) les commissions perçues pour ses prestations aux banques de dépôt et 3) les intérêts sur les changes de monnaies étrangères.

La politique monétaire est mise en œuvre à la suite des réunions du Federal Open Market Committee (FOMC), le comité sur la politique monétaire qui veille à la réglementation et au contrôle des taux d'intérêt et auquel siègent les membres du conseil des gouverneurs, le président de la Federal Reserve Bank de New York et, en alternance, quatre autres gouverneurs des districts de la Réserve fédérale. Le FOMC se réunit huit fois l'an. Les réunions du début et du milieu d'année revêtent une grande importance, car on y discute du rapport sur la politique monétaire américaine, le Monetary Policy Report to the Congress, que le président du conseil des gouverneurs présente au Congrès.

En maniant les taux d'intérêt et en influant sur la valeur du dollar américain, la Fed exerce une influence considérable sur l'économie mondiale et sur l'ensemble des marchés financiers de la planète. Et parce que cette situation n'est pas près de changer, il est important, voire primordial, de surveiller les diverses actions prises par la Fed. //

INDEX DES ANNONCEURS

| | |
|---------------------------------------|-------------|
| ACTAVIS | |
| ▶ Constella | ii |
| ASTELLAS | |
| ▶ Myrbetriq/Mirabegron | 24 |
| ASTRAZENECA | |
| ▶ Forxiga | 4-5 |
| ▶ Komboglyze / Onglyza | 66 et 82 |
| ▶ Symbicort | 40-41 |
| ▶ Tudorza Genuair | 48 |
| BOEHRINGER INGELHEIM | |
| ▶ Spiriva Respimat | Couv. II |
| BTB | |
| ▶ Espaces à louer | 64 |
| DALE PARIZEAU MORRIS MACKENZIE | |
| ▶ Services | 47 |
| DANIEL FORTIN | |
| ▶ Domaine à vendre | 55 |
| FONDS FMOQ INC. | |
| ▶ Services | 80 |
| FORMATION EN LIGNE FMOQ | |
| ▶ Forfaits | Couv. III |
| JANSSEN | |
| ▶ Simponi | 42 |
| LEO PHARMA | |
| ▶ Dovobet Gel | Couv. IV |
| LILLY | |
| ▶ Diabète | 26 |
| MERCK | |
| ▶ Zenhale / Asmanex | 72 |
| NEWELL RUBBERMAID | |
| ▶ Hygen | 34 |
| ▶ SlimJim | 74 |
| ▶ WaveBrake | 58 |
| PURDUE PHARMA | |
| ▶ BuTrans | 56-57 et 84 |
| TAKEDA | |
| ▶ Nesina | 20-21 |

LE MÉDECIN DU QUÉBEC
ACCÉPTE LES ANNONCES
514 878-1911
1 800 361-8499

komboglyze®

(comprimés de saxagliptine
et de chlorhydrate de metformine)

onglyza®

(saxagliptine)

ONGLYZA

Contre-indications :

- Acidocétose diabétique
- Coma ou précoma diabétique
- Diabète de type 1

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Non recommandé chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive
- Exposition au stress (p. ex. chirurgie)
- Interactions avec de puissants inducteurs du CYP 3A4
- Contient du lactose
- Risque d'hypersensibilité
- Stopper l'administration si une pancréatite est soupçonnée
- Patients immunodéprimés (envisager la surveillance de la numération lymphocytaire)
- Éruption cutanée (surveillance recommandée)
- Non recommandé durant la grossesse, ne devrait pas être utilisé par les femmes qui allaitent
- Non recommandé chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique modérée ou grave (non recommandé chez les patients atteints de néphropathie terminale exigeant l'hémodialyse)
- Surveiller la fonction rénale

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie du produit au www.azinfo.ca/onglyza/pm664 pour obtenir des renseignements additionnels sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui ne figurent pas dans ce document. Vous pouvez aussi obtenir la monographie du produit en nous appelant au 1-800-461-3787.

* Étude à double insu, avec répartition aléatoire et contrôlée par placebo d'une durée de 24 semaines chez des patients dont la glycémie était mal équilibrée (taux d'HbA_{1c} entre 7 et 10 % inclusivement) par l'emploi de metformine seule. Valeurs initiales observées dans le groupe sous saxagliptine : taux d'HbA_{1c} : 8,1 % (n = 186), glycémie à jeun : 9,9 mmol/L (n = 187), glycémie postprandiale : 16,4 mmol/L (n = 155). Valeurs initiales observées dans le groupe sous placebo : taux d'HbA_{1c} : 8,1 % (n = 175), glycémie à jeun : 9,7 mmol/L (n = 176), glycémie postprandiale : 16,4 mmol/L (n = 135). Pour être admissible à cette étude, il fallait recevoir la metformine en dose stable (de 1500 à 2550 mg/jour) depuis au moins 8 semaines. Les patients qui se sont présentés à toutes les consultations durant les 24 semaines de l'étude initiale et qui n'ont pas eu besoin d'un médicament de secours pour traiter une hyperglycémie étaient admissibles au volet de prolongation de longue durée contrôlé, à double insu. Les patients qui recevaient la saxagliptine durant l'étude principale de 24 semaines ont continué de recevoir cet agent à la même dose durant le volet de prolongation.

Références : 1. Monographie d'Onglyza®.

AstraZeneca Canada Inc., 30 juin 2014.

2. Monographie de Komboglyze®. AstraZeneca Canada Inc., 30 juin 2014.

Onglyza®, Komboglyze® et le logo d'AstraZeneca sont des marques déposées d'AstraZeneca AB, utilisées sous licence par AstraZeneca Canada Inc.

Membre



© 2014 AstraZeneca Canada Inc.

AstraZeneca

AstraZeneca Canada Inc. Mississauga (Ontario) L4Y 1M4



CONGRÈS DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE

LES 21 ET 22 MAI 2015

LA DERMATOLOGIE ET LA PETITE CHIRURGIE
HÔTEL DELTA QUÉBEC, QUÉBEC

LES 10 ET 11 MARS 2016

LES URGENCES
LE WESTIN MONTRÉAL, MONTRÉAL

LES 10 ET 11 SEPTEMBRE 2015

LA GÉRIATRIE
CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL

LES 7 ET 8 AVRIL 2016

L'OMNIPRATIQUE
HÔTEL DELTA QUÉBEC, QUÉBEC

LES 8 ET 9 OCTOBRE 2015

LA NEUROLOGIE
HÔTEL DELTA QUÉBEC, QUÉBEC

LES 5 ET 6 MAI 2016

LA SANTÉ DE LA FEMME
PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL, MONTRÉAL

LES 12 ET 13 NOVEMBRE 2015

LES SOINS PALLIATIFS : AU-DELÀ DE L'ONCOLOGIE
HÔTEL DELTA QUÉBEC, QUÉBEC

LES 18, 19 ET 20 MAI 2016

LE TDAH TOUS AZIMUTS
CENTRE DES CONGRÈS DE QUÉBEC, QUÉBEC

LES 3 ET 4 DÉCEMBRE 2015

L'ENDOCRINOLOGIE
CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL

LES 9 ET 10 JUIN 2016

LES ASPECTS MÉDICO-ADMINISTRATIFS DE LA PRATIQUE
HÔTEL DELTA QUÉBEC, QUÉBEC

LES 11 ET 12 FÉVRIER 2016

LA CARDIOLOGIE ET LA NÉPHROLOGIE
HÔTEL DELTA QUÉBEC, QUÉBEC

LES 15 ET 16 SEPTEMBRE 2016

L'INFECTIOLOGIE
PALAIS DES CONGRÈS DE MONTRÉAL, MONTRÉAL

Usage clinique

BuTrans® ne doit pas être utilisé comme un analgésique à prendre « au besoin » (prn). La dose à utiliser chez un patient âgé doit être choisie avec soin et le traitement doit être instauré à la plus faible concentration de BuTrans®. L'administration de BuTrans® n'est pas indiquée chez les patients de moins de 18 ans.

Contre-indications :

- Iléus
- Abdomen aigu soupçonné
- Douleurs légères, intermittentes ou de courte durée qui peuvent être prises en charge d'une autre façon
- Traitement de la douleur aiguë
- Traitement des douleurs périopératoires
- Asthme aigu, troubles obstructifs des voies aériennes et état de mal asthmatique
- Dépression respiratoire grave
- Alcoolisme, delirium tremens et troubles convulsifs
- Dépression grave du SNC, augmentation de la pression céphalorachidienne ou intracrânienne et traumatisme crânien
- Prise d'inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)
- Grossesse, travail, accouchement ou allaitement
- Dépendance aux opioïdes, ou dans le contexte d'une cure de désintoxication aux narcotiques
- Myasthénie grave
- Insuffisance hépatique grave

Mises en garde et précautions les plus importantes :

Restrictions concernant l'utilisation : Doit être utilisé uniquement chez les patients pour qui les autres options thérapeutiques se sont révélées inefficaces, n'ont pas été tolérées ou n'ont pas été en mesure de fournir un soulagement approprié de la douleur.

Toxicomanie, abus et mésusage : Évaluer les risques du patient avant de le prescrire; surveiller tous les patients de manière régulière; entreposer BuTrans® dans un endroit sûr.

Dépression respiratoire menaçant le pronostic vital : Pourrait survenir avec l'utilisation de BuTrans®. Surveiller les patients pour déceler les signes de dépression respiratoire, particulièrement à l'instauration du traitement ou à la suite d'une augmentation de la dose. Mettre le timbre dans la bouche, le mâcher, l'avalier ou l'utiliser de toute autre façon que celle qui est indiquée peut provoquer une suffocation ou une surdose pouvant entraîner la mort.

Exposition accidentelle : De graves conséquences médicales, dont la mort, peuvent survenir, particulièrement chez les enfants.

Syndrome de sevrage néonatal associé aux opioïdes : Peut résulter de l'emploi prolongé par la mère pendant la grossesse.

Posologie : Doses initiales : les doses initiales administrées aux patients n'ayant jamais reçu d'opioïdes ne doivent pas dépasser le timbre de 5 mcg/h. Dose maximale : 20 mcg/h tous les sept jours.

Concentrations sériques : Les concentrations sériques diminuent progressivement. Les patients ayant ressenti des effets indésirables graves doivent être suivis pendant au moins 24 heures après le retrait de BuTrans® ou jusqu'à ce que l'effet indésirable ait disparu.

Formation de dépôt : En raison de la formation d'un dépôt sous-cutané de buprénorphine, non seulement l'exposition se poursuit après le retrait du timbre, mais, si le timbre est retiré avant le pic d'exposition de la buprénorphine, les taux plasmatiques de buprénorphine peuvent également continuer d'augmenter après le retrait du timbre BuTrans®.

Administration transdermique : Les timbres BuTrans®, qui assurent l'administration transdermique de la buprénorphine, doivent être appliqués sur une peau saine; l'application sur une peau fragilisée peut augmenter l'exposition à la buprénorphine.

Dépendance et tolérance : BuTrans® peut entraîner une surconsommation et une dépendance aux opiacés ainsi qu'un détournement.

Surdosage : La première chose à faire est de rétablir une ventilation suffisante avec assistance mécanique si nécessaire. Il est possible que la naloxone ne soit pas efficace pour neutraliser une dépression respiratoire provoquée par la buprénorphine.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risques d'augmentation involontaire de l'exposition au médicament, y compris l'exposition du site d'application à des sources de chaleur externes
- Graves troubles abdominaux
- Effets hypotenseurs
- Administration concomitante d'inhibiteurs ou d'inducteurs du CYP3A4
- Administration non approuvée pour la prise en charge des troubles de la toxicomanie
- Troubles hépatiques, biliaires ou pancréatiques
- Réactions cutanées au site d'application
- Troubles neurologiques
- Déficience psychomotrice : Les patients doivent être avertis que BuTrans® peut causer une déficience des capacités physiques et mentales nécessaires pour l'exécution de tâches potentiellement dangereuses, surtout lors de l'instauration du traitement par BuTrans®, lors de l'ajustement de la dose et lors de l'administration concomitante de médicaments agissant sur le SNC. On doit conseiller aux patients de ne pas conduire de véhicule et de ne pas faire fonctionner de machine, à moins de tolérer les effets de BuTrans®
- Maladie pulmonaire chronique
- Groupes spéciaux à risque : insuffisance corticosurrénale; dépression du SNC ou coma; patients fragilisés à haut risque; myxœdème ou hypothyroïdie; hypertrophie prostatique ou rétrécissement de l'urètre; et psychose toxique
- Élimination et sûreté : Après l'avoir utilisé, plier le timbre en deux. Il ne faut jamais jeter BuTrans® dans les ordures ménagères, car les enfants et les animaux de compagnie pourraient les trouver. Rapporter le médicament à une pharmacie afin qu'il soit éliminé de manière adéquate. Doit être conservé dans un endroit fermé à clé et hors de la vue et de la portée des enfants et des animaux de compagnie

Effets indésirables :

Les effets indésirables les plus fréquemment observés lors de six essais cliniques de détermination posologique randomisés, à contrôle placebo, menés sur BuTrans® étaient : l'anorexie, un érythème au site d'application, des réactions au site d'application, l'asthénie, la constipation, des étourdissements, la sécheresse buccale, des maux de tête, une hyperhidrose, l'insomnie, des nausées, de la somnolence et des vomissements.

Pour obtenir de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit à l'adresse http://www.purdue.ca/files/REVISED-2014-08-05_butrans-tpd-pm-french.pdf pour obtenir des renseignements importants relatifs aux effets indésirables, aux interactions médicamenteuses et à la posologie, dont il n'a pas été question dans ce document. La monographie de produit peut également être obtenue en nous téléphonant au 1 800 387-5349.

Références : 1. Monographie de produit de BuTrans®, Purdue Pharma, août 2014. 2. Purdue Pharma, lettre archivée, 9 août 2011.

Purdue Pharma Inc.
Général Partner of Commercially
Purdue Pharma
Pickering, Ontario L1W 3W8



BuTrans® est une marque déposée de Purdue Pharma.
© 2014 Purdue Pharma. Tous droits réservés.



RÉMUNÉRATION DE LA GARDE EN DISPONIBILITÉ

CLSC, GMF, SOINS PALLIATIFS ET AUTRE CLIENTÈLE

Le mois dernier, nous avons terminé notre traitement de la rémunération de la garde en disponibilité en CHSLD. Nous nous tournons vers les secteurs restants, soit la garde en disponibilité pour le maintien à domicile en CLSC, en GMF et pour les soins palliatifs.

Michel Desrosiers

À quelques exceptions près, l'ensemble des explications concernant le fonctionnement de la garde en disponibilité en CHSLD s'applique aux milieux dont nous comptons discuter. Nous allons donc surtout attirer votre attention sur les différences.

EN CLSC

Certaines activités en CLSC ne permettent pas de réclamer une rémunération de la garde en disponibilité. Il est ici question de la garde sur place à l'urgence d'un CLSC du réseau de garde. Dans des situations exceptionnelles, un milieu qui assure temporairement cette garde en disponibilité peut, avec l'autorisation du comité paritaire, se prévaloir de l'accord 455 pour permettre aux médecins d'être rémunérés sur base horaire pour cette garde durant certaines périodes de la journée (le soir, la nuit, la fin de semaine et les jours fériés). Les établissements du réseau de garde intégré ayant très rarement recours à cet accord, nous nous limiterons à l'évoquer en passant.

Plus fréquemment, la garde en disponibilité en CLSC vise une clientèle à domicile qui a besoin d'un accès à un médecin 24 heures sur 24. Il s'agira de patients pris en charge par le service de maintien à domicile pour lesquels une infirmière assure généralement les soins. Toutefois, il pourra arriver que l'intervention du médecin soit requise, par exemple pour ajuster les doses de narcotiques en dehors des balises de l'ordonnance collective applicable, pour constater un décès ou pour évaluer un patient.

Comme dans les autres secteurs, la garde doit être assurée 24 heures sur 24, sept jours sur sept pour donner droit à la rémunération. Une clientèle minimale est requise à cette fin, mais il peut être difficile de distinguer la clientèle ins-

crité au programme de maintien à domicile de celle qui nécessite un accès continu à un médecin. De ce fait, une seule garde est généralement reconnue pour chaque installation d'un CLSC.

L'adhésion se fait en adressant une demande au DRMG du territoire, qui formule une recommandation au comité paritaire. Il s'agit presque toujours d'une garde rémunérée au tarif du forfait régulier. Les codes de facturation de même que les tarifs sont alors les mêmes que ceux qui sont utilisés en CHSLD, selon la pondération accordée. Nous en avons parlé le mois dernier.

La garde en disponibilité assurée pour la clientèle d'un GMF ne peut être rémunérée que la fin de semaine et les jours fériés, à moins qu'elle ne soit intégrée à celle d'une clientèle visée à l'entente particulière, plus souvent le maintien à domicile d'un CLSC.

Quelques CLSC faisant partie du réseau de garde intégré font l'objet d'une désignation spécifique par les parties négociantes. Ces installations n'offrent pas un service d'urgence ouvert jour et nuit, sept jours sur sept, mais bien une garde pour le changement de pansements et d'autres besoins d'appoint de la population locale. La désignation s'y fait par les parties négociantes, et non sur recommandation du DRMG. Contrairement aux autres CLSC, la garde

est alors réclamée à l'aide d'un code spécifique (19069 en semaine et 19070 la fin de semaine et les jours fériés), et il y a un seul niveau de rémunération qui correspond à celui du forfait de garde régulier.

EN GMF

L'entente particulière sur les GMF prévoit une rémunération pour une garde en disponibilité qui vise la clientèle du GMF (voir les autres conditions plus bas). Toutefois, bien qu'elle doive être assurée durant toute la semaine, la garde est seulement rémunérée la fin de semaine et les jours fériés selon des modalités comparables à celles des autres secteurs. Le code à réclamer est le 19016, et les forfaits ne sont pas divisibles en heures. Il faut également inscrire la lettre «E» dans la case «C.S.», puis l'heure de début et de fin de la garde pour la journée en cause dans la section «Diagnostic principal et renseignements complémentaires». Comme dans d'autres lieux, il faut aussi indiquer

Le D^r Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

le numéro désignant le site du GMF où la garde en disponibilité est effectuée dans les cases prévues pour le nom de l'établissement.

Cette garde peut être rétribuée toute la semaine, mais elle doit alors être intégrée à une autre garde rémunérée selon l'entente particulière sur la garde en disponibilité, le plus souvent à celle du maintien à domicile du CLSC. Les médecins du GMF participent ainsi à la garde du CLSC et ceux du CLSC, à la couverture de la clientèle du GMF lorsqu'ils assurent la garde. Les codes de facturation deviennent alors ceux qui s'appliquent en CLSC.

EN SOINS PALLIATIFS

Nous avons déjà traité de la rémunération de la garde en soins palliatifs lorsqu'elle est assurée pour des patients hospitalisés dans une unité de soins de courte durée en milieu hospitalier. Cependant, ces soins sont de plus en plus offerts au sein de maisons de soins palliatifs.

Le comité paritaire peut vouloir que la rémunération d'une telle garde pour une maison de soins palliatifs soit traitée de deux façons différentes. Parfois, le comité paritaire dira à l'établissement d'adresser la demande d'adhésion au DRMG du territoire en cause, et la maison fera alors l'objet d'une rémunération spécifique pour la garde en disponibilité comme s'il s'agissait d'un CLSC ou d'un CHSLD. D'autre fois, les lits de soins palliatifs seront intégrés dans l'offre de l'hôpital qui a une entente avec la maison, et les forfaits requis s'ajouteront dans ce cas à la banque de forfaits gérée par le chef du Département clinique de médecine générale.

C'est habituellement le nombre de lits qui influera sur l'évaluation du comité paritaire. Lorsque le nombre est faible (moins de huit), c'est plus souvent la formule de rémunération de la garde hospitalière qui sera retenue. S'il est plus important, la demande est le plus souvent dirigée vers le DRMG. Avant de communiquer avec le DRMG, une maison de soins palliatifs a donc intérêt à communiquer avec un des membres du comité paritaire pour vérifier la voie que ce dernier privilégie pour ce milieu.

D'AUTRES CLIENTÈLES

L'entente particulière sur la garde en disponibilité prévoit que d'autres clientèles peuvent être visées lorsqu'elles exigent une garde médicale constante. Des médecins

qui exercent dans des résidences ayant une clientèle particulièrement lourde ou dans certaines ressources intermédiaires ont formulé des demandes au DRMG de leur territoire pour que leur garde soit rémunérée. Les DRMG recommandent rarement au comité paritaire de rétribuer de telles gardes, mais la possibilité existe.

CONDITIONS POUR QUE LE MÉDECIN SOIT RÉMUNÉRÉ

N'oubliez pas qu'à l'exception du GMF qui assure la garde exclusivement pour sa clientèle, l'établissement doit toujours transmettre un avis de service spécifique à la RAMQ dans lequel sont indiqués l'entente particulière applicable (sur la garde en disponibilité), le milieu visé et la période d'application. À défaut, la RAMQ refusera de rémunérer le médecin pour la garde. L'avis de service du médecin

rémunéré à tarif horaire ou à honoraires fixes qui assure la garde dans son milieu régulier d'exercice comporte souvent la mention requise. Toutefois, lorsque ce médecin effectue la garde dans un autre milieu, il doit faire l'objet d'un avis spécifique distinct.

Dans le cas d'un GMF, le contrat entre le GMF et l'agence régionale doit prévoir l'obligation d'assurer une garde en disponibilité pour que celle-ci soit rémunérée. Le comité paritaire doit confirmer cette information à la RAMQ.

À l'exception du GMF, les règles concernant le cumul des gardes sont les mêmes que dans d'autres milieux, mais il arrive

moins fréquemment que ces gardes soient cumulées. Advenant que vous cumuliez des gardes dans le même établissement, respectez les directives de la RAMQ lors de la facturation des forfaits, question d'éviter de ne recevoir qu'une partie de la rémunération.

Le GMF qui assure la garde visant la clientèle d'une région particulièrement étendue peut se voir attribuer la rémunération pour plus d'une garde le même jour. Toutefois, le contrat entre le GMF et l'agence régionale doit prévoir la possibilité de cumuler les gardes en cause.

Ça devrait faire le tour de la facturation de la garde en disponibilité dans les milieux qui restaient. Le mois prochain, nous changerons de sujet pour traiter d'une rémunération additionnelle qui s'appliquera sous peu à l'urgence. D'ici là, bonne facturation ! //



LA FORMATION QUI S'ADAPTE À VOTRE HORAIRE

PLUS DE 210 FORMATIONS EN LIGNE
accessibles en tout temps et des nouveautés
chaque semaine sur le portail Caducée

ABONNEMENT DE DEUX ANS (ACCÈS ILLIMITÉ)* 1439 \$

ABONNEMENT D'UN AN (ACCÈS ILLIMITÉ)* 799 \$

FORFAIT DE 10 HEURES 400 \$

FORFAIT DE 5 HEURES 220 \$

ACHAT UNIQUE (PAR HEURE) 50 \$

Ces tarifs sont aussi applicables à la formation en ligne en groupe.

Taxes en sus. Toutes ces formules sont offertes aux médecins omnipraticiens du Québec. Les membres de l'OIIQ ont accès à l'achat unique seulement. Les tarifs offerts aux médecins résidents sont les suivants : abonnement annuel à 560 \$, forfait de 5 heures à 150 \$ et achat unique à 35 \$.

caducee.fmoq.org

Caducée, le portail de la formation en ligne

Informations au 514 878-1911 ou à fmc@fmoq.org



* Accès ILLIMITÉ pendant un ou deux ans à toutes les formations en ligne de la FMOQ (à partir de la date d'achat). Si vous avez déjà un forfait, les heures payées et non utilisées seront déduites du prix de votre abonnement au moment de l'achat.

L'accès aux formations en ligne issues d'un congrès ou d'un atelier iPad auquel vous avez assisté est gratuit et reconnu automatiquement.

MAINTENANT DISPONIBLE AU CANADA



FAITES UN PREMIER PAS

POUR LES PATIENTS PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DE MPOC PERSISTANTS*

AVEC UN NOUVEL IBL

(INHALATEUR DE BRUINE LÉGÈRE)²⁻⁵

Indications :

SPIRIVA RESPIMAT (bromure de tiotropium monohydraté) est indiqué, à raison d'une prise par jour, pour le traitement bronchodilatateur d'entretien à long terme de l'obstruction des voies aériennes chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), y compris la bronchite chronique et l'emphysème, et pour la réduction de la fréquence des exacerbations.

SPIRIVA RESPIMAT n'est pas indiqué comme traitement de secours pour atténuer les symptômes aigus de bronchospasme dans la MPOC.

Usage clinique :

L'innocuité et l'efficacité chez les patients âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies.

Contre-indications :

Patients ayant des antécédents d'hypersensibilité à l'atropine ou à ses dérivés (p. ex., ipratropium).

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Ne devrait pas être utilisé pour le traitement initial de crises aiguës de bronchospasme ou pour atténuer des symptômes aigus.
- Des réactions d'hypersensibilité immédiate peuvent survenir.
- Ne devrait pas être pris plus qu'une fois par jour à raison de 2 inhalations.

- Patients atteints de glaucome à angle fermé ou présentant une rétention urinaire (hyperplasie de la prostate ou obstruction du col de la vessie).
- Éviter la vaporisation de la bruite dans les yeux.
- Ne devrait pas être administré en association avec d'autres médicaments contenant un antagoniste muscarinique à longue durée d'action.
- La survenue d'étourdissements ou d'une vision trouble peut affecter la capacité de conduire et d'utiliser de la machinerie.
- Des effets cardiovasculaires, comme les arythmies cardiaques (p. ex., fibrillation auriculaire et tachycardie), peuvent être observés après l'administration d'antagonistes des récepteurs muscariniques.
- Insuffisance rénale modérée à grave.
- Bronchospasme provoqué par l'inhalation.
- Femmes enceintes et femmes qui allaitent.

Pour de plus amples renseignements :

Prière de consulter la monographie du produit à www.boehringer-ingenheim.ca/content/dam/internet/opu/ca_FR/documents/monographie/SpirivaRespimatPMFR.pdf pour des renseignements importants sur les effets indésirables, les interactions et la posologie non abordés dans ce document.

On peut également se procurer la monographie du produit en composant le 1-800-263-5103, poste 84633.

Références : 1. O'Donnell DE, Aaron S, Bourbeau J, et al. Canadian Thoracic Society Recommendations for Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease – 2008 Update. *Can Respir J* 2008;15(Suppl A):1A-8A. 2. Monographie de SPIRIVA® RESPIMAT®. Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, 12 décembre 2014. 3. Monographie de COMBIVENT® RESPIMAT®. Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, 8 janvier 2014. 4. Decramer M, Vestbo J, Bourbeau J, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD (updated 2014). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, Inc. 2014. 5. Données en dossier. Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, 2015.



Pr **SPIRIVA**[®]
RESPIMAT[®]
(bromure de tiotropium monohydraté)



* Voir les lignes directrices pour la prise en charge de la maladie pulmonaire obstructive chronique de la Société canadienne de thoracologie (2008) pour obtenir les recommandations complètes. Spiriva® et Respimat® sont des marques déposées utilisées sous licence par Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée.

