

RETOUR DES PÉNURIES DANS LES RÉGIONS ÉLOIGNÉES

ÉVITER LES CATASTROPHES

Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier



D^r Pierre Gosselin

Cet été, à Port-Cartier, le **D^r Pierre Gosselin** a eu peur. Cogestionnaire de l'établissement de soins de la ville, il n'a parfois recruté qu'au dernier moment des médecins dépanneurs pour l'urgence. En juillet, par exemple, il n'a obtenu des cliniciens qu'une semaine avant les quarts de travail non pourvus.

En juin, déjà, le Centre multiservice de santé et de services sociaux de Port-Cartier avait frôlé la rupture de services. Il n'y a échappé que grâce à la grande capacité de travail d'un omnipraticien dépanneur. «Le médecin a commencé le vendredi soir à 17 h et a terminé le lundi matin à 8 h. Il a fait soixante heures de suite sur place. Le samedi et le dimanche, le Centre avait cependant réduit ses services à l'urgence, c'est-à-dire que seuls les patients P1, P2 et P3 étaient acceptés», explique le D^r Gosselin, également président de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-Nord (AMOCN).

La situation n'avait pas été aussi périlleuse depuis des années. «En mai, on a même appelé un par un les trois cents médecins dépanneurs. On a commencé avec A et on a fini par Z.» Aucun médecin ne s'est porté volontaire.

Pourtant, au cours des trois dernières années, quand le D^r Gosselin mettait ses plages libres pour les mois à venir sur le site H38 mécanisme de dépannage, il obtenait plusieurs réponses au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures. «Il y a trois semaines, nous avons indiqué nos prochains quarts de dépannage, et un seul médecin a répondu. On n'a jamais vu cela.»

POURQUOI ?

Que se passe-t-il? Pourquoi est-ce si difficile maintenant d'obtenir des cliniciens dépanneurs? «Je pense que la demande est telle partout au Québec que les médecins ont le choix. Et comme il y a beaucoup moins de dépanneurs, il arrive que l'on n'ait personne», constate le D^r Gosselin.

Même des secteurs limitrophes de la Capitale-Nationale et de l'Estrie font maintenant des demandes. Au printemps, des hôpitaux de la région des Laurentides, eux, n'ont obtenu que 52% des quarts de dépannage qu'ils réclamaient. «On a l'impression que depuis deux ans la demande pour des médecins dépanneurs est plus grande que l'offre», explique le **D^r Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Les années Barrette ont laissé des traces sur le dépannage. «Les politiques du gouvernement ont eu pour effet de réduire le nombre de médecins en faisant. Comme il fallait que les omnipraticiens suivent des patients, beaucoup de dépanneurs ont cessé de l'être», indique le D^r Gosselin.

Dans les hôpitaux, les effectifs ont en outre diminué, ce qui a augmenté les besoins. «Probablement que l'on vit les conséquences des politiques du gouvernement précédent qui a limité le nombre d'omnipraticiens en établissement et favorisé la prise en charge de patients dans les cabinets», indique le D^r Desrosiers.

LE MANQUE D'EFFECTIFS

Le problème de base reste le manque d'effectifs. Sur la Côte-Nord, le nombre de médecins de famille ne cesse de baisser. Alors qu'ils étaient 146 dans les établissements en 2016, ils ne sont plus maintenant que 109. Ils sont 124 en comptant les cliniciens non hospitaliers. Le recrutement est par ailleurs devenu très difficile. Les postes accordés dans le cadre du plan régional d'effectifs médicaux (PREM), tous remplis en 2016, n'ont été pourvus qu'à 21% en 2019. «On a accueilli seulement quatre médecins sur une possibilité de dix-neuf cette année», déplore le D^r Gosselin.

Le vieillissement des omnipraticiens a aussi eu des répercussions sur les effectifs hospitaliers de la région. «Il y a actuellement plus de médecins sur la Côte-Nord qu'en 2008-2009, mais certains ont modifié leur pratique avec l'âge. Ils n'exercent plus à l'urgence ni dans les unités de soins. La situation est donc peut-être pire maintenant, parce que le profil

de pratique de bien des omnipraticiens a changé», estime le président de l'AMOCN.

On avait espéré, il y a quelques années, une importante augmentation du nombre d'omnipraticiens qui aurait pu mettre fin aux pénuries. Mais cette hausse ne s'est jamais matérialisée. «Les politiques du dernier gouvernement ont découragé les étudiants en médecine d'aller en omnipratique et incité les médecins âgés à prendre leur retraite plus tôt», note le D^r Desrosiers.

PENDANT CE TEMPS, EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

L'Abitibi-Témiscamingue connaît elle aussi des difficultés. Le nombre de médecins n'a cessé de chuter dans la région: de 223 qu'il était en 2015, il est passé à 190. «Quatre des cinq réseaux locaux de services de notre région recourent aux médecins dépanneurs», explique le **D^r Jean-Yves Boutet**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec (AMONOQ).

À cause de sa grande étendue, l'Abitibi-Témiscamingue est particulièrement exposée aux ruptures de services. «Notre population n'est pas très importante, mais nous devons avoir sept urgences d'ouvertes. Ensemble, elles requièrent vingt et un médecins par période de vingt-quatre heures. Si j'étais à Laval, où il n'y a qu'une urgence, je mettrais trois médecins le jour, trois le soir et deux la nuit. Avec huit, l'urgence serait couverte. Mais ici il en faut vingt et un. Et c'est sans compter les besoins dans les secteurs de l'hospitalisation et de l'obstétrique», précise le D^r Boutet.

Le président de l'AMONOQ craint les ruptures de services. Leurs conséquences pourraient être graves, peu importe où elles se produisent. «J'ai peur qu'elles suscitent une action radicale du gouvernement. Le seul ministre de la Santé qui ait envoyé une mise en demeure aux médecins, c'est le premier ministre actuel. Comme médecins en région, nous sommes soucieux du bien-être de la population et ne voulons pas de découvertures, mais nous sommes fragiles.»

SOLUTIONS SUR PLUSIEURS PLANS

Sur la Côte-Nord, le D^r Gosselin regarde avec inquiétude l'horaire des mois de novembre, de décembre et de janvier. «J'ai énormément de quarts de découverts. Je ne sais pas comment ça va se terminer.»



D^r Jean-Yves Boutet

Photo : Emmanuèle Garnier

Il y a deux semaines, le président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin**, accompagné du D^r Desrosiers, est venu à Sept-Îles rencontrer le D^r Gosselin, les autres membres du conseil d'administration de l'AMOCN et les médecins responsables des établissements de la région. «La FMOQ travaille à des projets novateurs. Elle planche sur des solutions entre autres pour améliorer le recrutement de médecins en Minganie», dit le D^r Gosselin.

Le recrutement reste effectivement la base du problème. Mais peut-être devrait-on changer certaines règles, pense pour sa part le D^r Boutet. «Il faudrait que lorsque les postes accordés dans le cadre du PREM sont pourvus à 70% dans les grands centres, on laisse ensuite des régions comme la Côte-Nord et l'Abitibi faire le plein de médecins. On doit augmenter nos effectifs. On sent que la fatigue s'est installée chez nos médecins.»

Mais peut-être aussi faudrait-il plus de médecins au Québec. «Quand nous avons rencontré la ministre de la Santé, en juin, au Département régional de médecine générale, nous lui avons indiqué que l'une des solutions serait d'augmenter le nombre d'étudiants en médecine dans les universités. La résolution de la crise passe peut-être par là. On manque de médecins partout, et beaucoup de cliniciens vont bientôt prendre leur retraite. La situation est inquiétante dans toute la province», estime le D^r Boutet. //

GUIDE PRATIQUE EN LIGNE

TOUTES LES INFORMATIONS PROFESSIONNELLES ET ORGANISATIONNELLES ESSENTIELLES

Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier



M^{me} Marianne Casavant

Vous désirez connaître les règles qui encadrent les activités médicales particulières (AMP) ou les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)? Vous voulez en savoir plus sur la facturation? Vous trouverez toutes ces informations dans le nouveau guide de pratique en ligne lancé par la FMOQ: guide-pratique.fmoq.org.

Bâtie avec des hyperliens à la manière de Wikipédia, cette nouvelle section du site de la Fédération s'adresse aux omnipraticiens qui commencent leur pratique, mais aussi à tous ceux qui veulent vérifier des informations sur le plan organisationnel, syndical ou administratif. Elle comporte tous les éléments qu'un médecin de famille doit comprendre et connaître pour exercer au Québec.

La première section de l'outil, intitulée « Installation en pratique », comporte six volets: les AMP, les PREM, les lieux d'exercice, la facturation, les organismes importants et les étapes à suivre pour commencer à pratiquer. On y trouve de courts textes explicatifs, des liens pour approfondir les connaissances et effectuer les démarches, des documents officiels comme les ententes ou la grille tarifaire suggérée pour les frais non assurés, etc. « Nous avons réuni toutes les informations liées aux différents sujets en un même endroit », explique la conceptrice de l'outil, **M^{me} Marianne Casavant**, conseillère en politiques de santé à la Fédération.

Le moteur de recherche permet par ailleurs de découvrir une mine de renseignements qui ne sont pas immédiatement apparents dans les différents onglets. « On peut avoir des informations sur l'accès adapté, le choix d'un dossier médical électronique, les différents forfaits liés à la rémunération. On y

trouve des réponses à des questions comme: Qu'est-ce qu'un médecin non participant? Quelles sont les deux voies pour faire du dépannage? Ce site touche à beaucoup de choses », explique M^{me} Casavant (voir également l'encadré).

Le site permet aussi d'obtenir des précisions: Quelle est la différence entre une AMP admissible et une AMP disponible? Quels types de consultations ne sont pas considérés dans le calcul du taux d'assiduité? Quels sont les suppléments liés au nombre de patients inscrits? Toutes les pages du site comportent par ailleurs un bouton pour poser des questions ou faire des commentaires à la FMOQ.

INFORMATIONS CLÉS POUR LES JEUNES MÉDECINS

Pour le jeune médecin de famille qui commence sa carrière, le site indique les différentes démarches à entreprendre: l'inscription au Collège des médecins du Québec et à la Régie de l'assurance maladie du Québec, la souscription à une assurance responsabilité professionnelle, l'adhésion possible à certaines lettres d'entente, etc. Le site permet aussi au nouveau venu de s'y retrouver dans le jargon du milieu: LE 321, Loi 130, GMF-R, APSS, DRMG, Caducée, etc.

La seconde section du site, qui est en développement, s'adressera aux médecins qui souhaitent ouvrir un cabinet: elle offrira des informations sur la construction, le démarrage et l'organisation d'un cabinet. « Il y aura des volets sur l'architecture et l'aménagement des espaces, mais aussi des renseignements sur l'organisation médicale ou les contrats, par exemple, entre médecins. Le site offrira aussi des renseignements sur les services légaux, fiscaux, etc. », indique M^{me} Casavant. //

ENCADRÉ

INFORMATIONS À DÉCOUVRIR SUR LE SITE

- ▶ Inscription et prise en charge de patients
- ▶ Choix d'un dossier médical électronique
- ▶ Privilèges de pratique
- ▶ Programme d'allocation de congé de maternité ou d'adoption – FMOQ
- ▶ Taux d'assiduité
- ▶ Modes de facturation
- ▶ Département régional de médecine générale (DRMG)
- ▶ Processus de négociation des ententes
- ▶ Mécanismes de bonification de la rémunération

PROGRAMME D'AIDE AUX MÉDECINS DU QUÉBEC TOUJOURS PLUS DE MÉDECINS EN DÉTRESSE

Nathalie Vallerand



Photo : Judith Gauthier, photographe

D^r Claude Thibeault, président de la Fondation du PAMQ, D^{re} Diane Francoeur, présidente de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, D^r Louis Godin, président de la FMOQ, D^r Christian Campagna, président de la Fédération des médecins résidents du Québec et M^{me} Camille Label, secrétaire générale de la Fédération médicale étudiante du Québec.

Au cours des cinq dernières années, le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a connu une augmentation de 45% des demandes d'aide de la part des médecins. Une situation qui pourrait s'expliquer en partie par la pression du système, selon la directrice générale du programme, la **D^{re} Anne Magnan**. « Nous n'avons pas encore analysé les données de la période qui vient de se terminer, mais les médecins qui ont utilisé nos services ont souvent évoqué des difficultés liées à l'organisation du travail », dit-elle.

Dans son rapport de l'an dernier, le PAMQ faisait déjà état d'un sentiment de surcharge chez les médecins : « Nombreux sont les médecins qui se disent dépassés, empêtrés dans des problématiques complexes. Avec une pression structurelle qui s'accroît, plusieurs rapportent une impression d'enfermement, où les portes de sortie sont inexistantes (...) ».

L'épuisement professionnel, les problèmes de santé mentale, les difficultés personnelles, les abus d'alcool et d'autres drogues ainsi que les dépendances figurent aussi parmi les raisons de consultation fréquentes. Actuellement, le PAMQ recense ces motifs de façon qualitative au cours d'une rencontre annuelle avec ses médecins-conseils. Lors des prochains mois, il a toutefois l'intention de se doter d'indicateurs précis pour mieux définir les sources de détresse des médecins.

BESOIN DE PLUS DE MÉDECINS-CONSEILS

Actuellement, le PAMQ compte dix médecins-conseils à temps partiel, formés pour intervenir auprès de leurs pairs. Mais ce nombre pourrait bientôt s'avérer insuffisant, compte tenu de la croissance constante des besoins.

« Heureusement qu'il y a eu moins d'interventions de groupe à faire cette année, car nous aurions été incapables d'offrir le service, affirme la D^{re} Magnan. Toute notre énergie a servi à répondre aux demandes individuelles. Il nous faudrait l'équivalent de deux autres médecins-conseils à temps plein pour faire face aux situations de crise en milieu de travail. »

C'est d'ailleurs pour agrandir son équipe que le Programme s'est donné comme objectif de recueillir 500 000\$ lors de la campagne de financement 2019 de sa fondation, soit le double de l'an dernier. Le Tournoi de golf annuel des fédérations médicales au profit de la Fondation du PAMQ, qui a eu lieu le 29 juillet dernier, a déjà permis de recueillir 122 000\$. Pour le reste, l'organisme sollicite des dons sur le Web auprès de la communauté médicale. //

Le tournoi de golf des fédérations médicales a réuni 160 joueurs, un nombre record. La coupe a été remportée par le quatuor de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière composé par le D^r Richard Latulippe, le D^r Patrick Préfontaine, la D^{re} Marie-Hélène Laurin et le D^r Pierre-Michel Laurin.

Usage clinique :

Efficacité quant au soulagement des symptômes du TDM démontrée dans le cadre d'essais cliniques d'au plus 8 semaines; efficacité quant au maintien de la réponse antidépressive démontrée pendant une période pouvant atteindre 24 semaines.

Le médecin qui opte pour un traitement prolongé par Trintellix doit périodiquement réévaluer l'utilité de ce traitement chez son patient.

Non indiqué chez les patients de moins de 18 ans.

Contre-indication :

- Utilisation concomitante d'un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO)

Mises en garde et précautions les plus importantes :

- **Risque de changements comportementaux et émotifs, voire d'automutilation :** effets indésirables sévères de type agitation signalés. Il est conseillé de suivre rigoureusement l'état clinique du patient, peu importe son âge, afin de déceler les idées suicidaires ou tout autre indice d'un risque de comportement suicidaire. Cette surveillance inclut les changements comportementaux et émotifs de type agitation.
- **Symptômes de retrait :** Il est recommandé de diminuer la dose graduellement plutôt que de soudainement arrêter le traitement.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque de fracture osseuse
- Saignements anormaux
- Prudence en cas d'insuffisance hépatique modérée; utilisation non recommandée en cas d'insuffisance hépatique sévère
- Prudence chez les patients ayant des antécédents de crises convulsives ou souffrant d'épilepsie instable
- Syndrome sérotoninergique/ syndrome malin des neuroleptiques
- Perturbations cognitives et motrices
- Risque de mydriase; prudence en cas d'élévation de la pression intraoculaire ou de glaucome à angle fermé
- Prudence chez les patients ayant des antécédents d'accès maniaques ou hypomaniaques, et interruption du traitement chez tout patient qui entre en phase maniaque
- Prudence en cas d'usage concomitant de la thérapie électroconvulsive (TEC)
- Dépendance/tolérance
- Hyponatrémie
- Prudence en cas d'insuffisance rénale sévère
- Utilisation non recommandée durant l'allaitement
- Ajustement posologique chez les patients âgés

Pour de plus amples renseignements :

Consultez la monographie du produit au www.trintellixmonographie.ca. Vous y trouverez des renseignements importants sur les contre-indications, les mises en garde, les précautions, les effets indésirables, les interactions, la posologie et les conditions d'utilisation clinique dont il n'est pas question dans le présent document.

On peut aussi se procurer la monographie du produit en appelant au 1-800-586-2325.

DSST (Digit Symbol Substitution Test) = test de substitution des codes; EDM = épisode dépressif majeur; MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) = échelle de la dépression de Montgomery-Åsberg; SDS (Sheehan Disability Scale) = échelle d'incapacité de Sheehan; TDM = trouble dépressif majeur

* Étude menée à double insu avec placebo visant à évaluer une dose fixe chez 608 patients âgés de 18 à 75 ans dont le diagnostic principal était un TDM récurrent selon les critères du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV, Texte révisé (DSM-IV-TR)*, dont l'épisode dépressif majeur en cours remontait à plus de 3 mois et dont le score MADRS total était ≥ 26 . Les patients ont été randomisés de façon à recevoir Trintellix à raison de 15 ou 20 mg (10 mg/jour la 1^{re} semaine et 15 ou 20 mg/jour de la 2^e à la 8^e semaine) ou un placebo pendant 8 semaines. Au départ, le score MADRS total moyen s'élevait à 31,5, à 31,8 et à 31,2 dans les groupes placebo, Trintellix à 15 mg et Trintellix à 20 mg; le score SDS total moyen s'élevait à 19,8 sous placebo, à 20,6 sous Trintellix à 15 mg et à 20,7 sous Trintellix à 20 mg et le sous-score SDS Travail moyen à 6,3 sous placebo, à 6,8 sous Trintellix à 15 mg et à 6,9 sous Trintellix à 20 mg. Toujours au départ, le sous-score SDS Vie sociale moyen se chiffrait à 6,8 sous placebo, à 6,9 sous Trintellix à 15 mg et à 6,8 sous Trintellix à 20 mg et le score SDS Vie familiale moyen à 6,7 sous Trintellix à 15 mg et à 7,0 sous Trintellix à 20 mg¹².

† Étude menée à double insu avec placebo, groupes parallèles et agent actif de référence chez 602 patients âgés de 18 à 65 ans qui avaient reçu un diagnostic de TDM selon les critères du DSM-IV-TR, dont l'épisode dépressif majeur en cours durait depuis ≥ 3 mois, dont le score MADRS total était ≥ 26 et qui, en outre, présentaient un dysfonctionnement cognitif subjectif comme en témoignait leur score initial < 70 au test de substitution des codes (DSST : Digit Symbol Substitution Test). Les patients ont été randomisés de façon à recevoir 10 ou 20 mg de Trintellix 1 fois/jour (n = 198) ou un placebo (n = 194) pendant 8 semaines. Le protocole prévoyait l'inclusion de la duloxétine à 60 mg 1 fois/jour (n = 207) à titre d'agent actif de référence afin de démontrer la sensibilité du test selon les critères traditionnels d'un traitement antidépresseur. Le score DSST initial moyen s'établissait à 43,5 pour le placebo, à 42,3 pour Trintellix à 10 ou 20 mg et à 43,4 pour la duloxétine à 60 mg³.

Références : 1. Boulenger JP, et al. Efficacy and safety of vortioxetine (Lu AA21004), 15 and 20 mg/day: a randomized, double-blind, placebo-controlled, duloxetine-referenced study in the acute treatment of adult patients with major depressive disorder. *Int Clin Psychopharmacol* 2014;29(3):138-49. 2. Monographie de Trintellix. Lundbeck Canada Inc., 15 avril 2019. 3. Mahableshwarkar AR, et al. A randomized, placebo-controlled, active-reference, double-blind, flexible-dose study of the efficacy of vortioxetine on cognitive function in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 2015;40(8):2025-37.

Trintellix^{MD} est une marque déposée de H. Lundbeck S.A., employée sous licence par Lundbeck Canada Inc.



VRT-B-100006-F



LIVRES

NATHALIE VALLERAND

LA MAGIE DE L'EMPATHIE THÉORIE ET PRATIQUE

DE LA D^{RE} NICOLE AUDET



Auteure prolifique, la médecin de famille **Nicole Audet** compte plus de trente livres à son actif, dont la série d'albums jeunesse Félix et Boubou sur les maladies et le corps humain. Son nouvel ouvrage, qui s'adresse à un lectorat adulte, est consacré à la communication empathique. Une compétence qu'elle estime essentielle pour les professionnels de la santé et

les leaders en général. Et qui lui a permis d'aider plusieurs de ses patients et d'autres personnes de son entourage « à mieux se comprendre et à agir sur leur parcours de vie », écrit-elle.

Après quelques pages théoriques sur le concept de l'empathie, la D^{re} Audet décrit le déroulement de conversations empathiques. Les exemples concrets et les conseils abondent. On y apprend notamment que le silence et les questions ouvertes constituent des outils clés pour le communicateur empathique. Lorsqu'un médecin se tait quelques secondes après chaque question ouverte, il serait plus à même de découvrir les secrets de son patient. « Le silence est le meilleur ami de l'écoute active », observe l'auteure, qui pratique au Centre médical Agoo, à Laval.

Pour illustrer la magie de l'empathie, la D^{re} Audet met à profit ses trente-huit années d'expérience en médecine familiale. Les histoires qu'elle relate montrent entre autres l'efficacité des questions ouvertes pour comprendre l'autre. Comme cette fillette qui devait se faire enlever un œil et qui était inconsolable. « Pourquoi pleures-tu ? », lui a demandé la D^{re} Audet. La réponse est étonnante : l'enfant voulait pleurer une dernière fois, car elle croyait qu'elle ne pourrait plus le faire après l'opération.

Cet ouvrage, qui propose aussi des exercices pour préparer une discussion stratégique ou délicate, peut être utile à toute personne qui veut parfaire sa façon de communiquer sur le plan professionnel ou personnel.

Éditions D^{re} Nicole, Laval, 2019, 96 p., 14,99 \$ pour le livre et 6,99 \$ pour la version électronique. www.nicoleaudet.com



DES NOUVELLES DES ASSOCIATIONS...

PROCHAINES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES ANNUELLES DES ASSOCIATIONS AFFILIÉES À LA FMOQ

NORD-OUEST-DU-QUÉBEC

Samedi
7 septembre
17 h
Club de golf Belvédère
360, boulevard Sabourin
Val-d'Or (Québec) J9P 4N9
819 824-5090

LAVAL

Vendredi
13 septembre
15 h 30
Le Château royal
3500, boulevard du Souvenir
Laval (Québec) H7V 1X2

BAS-SAINT-LAURENT

Mercredi
18 septembre
13 h 30
Chalet ski de Val-D'Irène
115, route de Val-D'Irène
Sainte-Irène (Québec) G0L 2P0
418 629-3450

GASPÉSIE

Judi
19 septembre
16 h
Village Grande Nature Chic-Chocs
951, route Saint-Octave
Cap-Chat (Québec) G0J 1E0
1-800-530-2349

CÔTE-NORD

Vendredi
20 septembre
16 h 30
Cégep de Sept-Îles
175, rue de La Vérendrye
Sept-Îles (Québec) G4R 5B7

CLSC

Vendredi
27 septembre
13 h 15
Hôtel Alt
1200, avenue de Germain-des-Prés
Québec (Québec) G1V 3M7
418 658-1224



FÉDÉRATION
DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS
DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE
fmoq.org

TDAH TOUS HORIZONS

COLLOQUE INTERNATIONAL DE LANGUE
FRANÇAISE SUR LE TDAH ET LES AUTRES
TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT



**INSCRIVEZ CES DATES
À VOTRE AGENDA!**

QUAND DERMATOLOGIE RIME AVEC PSYCHIATRIE

PSORIASIS, DÉPRESSION ET SUICIDE

Un curieux rapport lie certains problèmes dermatologiques à des troubles mentaux parfois très graves. De nombreuses études, dont une récente au Québec, en témoignent.

Emmanuèle Garnier



D^r Ivan Litvinov

Le lien peut paraître étrange. Mais il semble réel. Les patients atteints de problèmes dermatologiques, comme le psoriasis, ont un risque accru de souffrir de troubles de santé mentale, tels que la dépression ou l'anxiété. Leur probabilité de suicide serait même haussée. Un peu partout dans le monde les études se multiplient à ce sujet.

À l'Université McGill, le D^r **Ivan Litvinov**, dermatologue, et ses collègues se sont penchés sur cette question. « Le lien entre le psoriasis et le risque suicidaire est controversé. Nous voulions savoir ce qui en est au Québec compte tenu du taux de suicide plus élevé dans cette province que dans le reste du Canada. » Les chercheurs ont donc effectué une analyse rétrospective à partir de plusieurs bases de données provinciales.

Le constat est troublant. « Nous avons découvert que le taux de suicide des personnes ayant une forme de psoriasis modérée ou grave était trois fois plus important que celui de la population générale », explique le D^r Litvinov, directeur de la recherche à la Division de dermatologie de l'Université McGill.

Ainsi, entre 2000 et 2015, le taux de suicide des patients dont le psoriasis était modéré ou grave atteignait 59,5 pour

100 000 personnes par année (tableau D¹). Par comparaison, en 2015, dans la population québécoise adulte*, le taux était de 17,6 pour 100 000 personnes par année.

Ce constat ne constituait cependant pas le principal but de l'étude. Le premier objectif des chercheurs : analyser le lien entre la gravité du psoriasis et le comportement suicidaire, c'est-à-dire non seulement les morts par suicide, mais aussi les hospitalisations pour tentative de suicide. Les résultats, que le D^r Litvinov a présentés au congrès annuel de l'Association canadienne de dermatologie en juin dernier à Calgary, sont préoccupants. Les sujets dont la maladie était grave ou modérée présentaient deux fois plus de risque d'avoir eu un comportement suicidaire que ceux qui avaient une forme légère de l'affection. Leur risque de suicide, à lui seul, était trois fois plus élevé.

« Il s'agit d'une question importante pour les dermatologues. Nous traitons le psoriasis comme une maladie qui touche plusieurs systèmes, pas seulement la peau. Il peut atteindre le système cardiovasculaire, les articulations et, manifestement, il agit aussi sur la santé mentale des patients », explique le D^r Litvinov, qui pratique au Centre universitaire de santé McGill.

MÉTHODE

Pour leurs recherches, le D^r Litvinov et ses collaborateurs ont utilisé différentes bases de données provinciales, dont celles de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Ils se sont entre autres servis des données du régime public d'assurance médicaments qui, en 2012, couvrait 43% de la population québécoise. Par conséquent, les personnes de moins de 65 ans ayant une assurance médicaments privée n'étaient pas incluses dans l'étude.

Parmi les données disponibles, les chercheurs ont sélectionné les adultes de 20 ans et plus chez qui le diagnostic de psoriasis

* Personnes de 20 ans et plus.



TABLEAU I

TAUX DE SUICIDE ET DE COMPORTEMENT SUICIDAIRE CHEZ DES PATIENTS PSORIASIQUES SELON LA GRAVITÉ DE LEUR MALADIE COMPARATIVEMENT AU TAUX DE SUICIDE DANS LA POPULATION¹

	Patients avec psoriasis léger (n = 15912) pour 100 000 personnes/année	Patients avec psoriasis modéré ou grave (n = 3139) pour 100 000 personnes/année	Population de 20 ans et plus en 2015 pour 100 000 personnes/année	Population de 20 ans et plus en 1999 pour 100 000 personnes/année
Comportement suicidaire*	94,3	131,4	–	–
Suicides	25,4	59,5	17,6	27,7 [†]

*Comprend les suicides et les hospitalisations pour tentative de suicide ; †Plus haut taux de suicide des trente dernières années

riasis a été posé entre 2000 et 2015 et qui ont été traités. Les sujets ont été divisés en deux groupes selon la gravité de leur affection. Le psoriasis était considéré comme léger si le patient n'avait reçu qu'un agent topique ou suivi un maximum de neuf séances de photothérapie par mois. L'affection était estimée de modérée à grave si les patients avaient bénéficié de dix séances ou plus de photothérapie mensuellement, eu un traitement par voie orale habituel contre le psoriasis ou pris des agents biologiques.

Les chercheurs ont ensuite regardé, d'une part, le nombre de suicides dans les deux groupes en utilisant les données de l'Institut de la statistique du Québec et, d'autre part, le nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide grâce à la banque de données MED-ÉCHO sur la clientèle hospitalière.

Un total de 19 051 patients ont été inclus dans l'étude. Parmi eux, 15 912 (83,5%) souffraient de psoriasis léger et 3139 (16,5%), de psoriasis modéré ou grave. L'âge moyen des sujets, dont la moitié était des hommes, était de 63 ans.

Chez les sujets ayant une forme légère de l'affection, le taux de comportement suicidaire était de 94,3 pour 100 000 per-

sonnes par année tandis que chez ceux qui avaient une maladie plus grave, ce taux s'élevait à 131,4 pour 100 000 personnes par année (tableau D). Une fois les données ajustées pour la présence initiale de troubles de santé mentale, le risque des patients souffrant d'une forme modérée ou grave de psoriasis était le double de celui des sujets moins atteints (rapport des risques instantanés [RRI]: 1,98; intervalle de confiance [IC]: 1,21–3,24) et leur risque de mort par suicide, le triple (RRI: 2,97; IC: 1,35–6,50).

FACTEURS DE RISQUE

Le Dr Litvinov et ses collègues se sont également intéressés aux facteurs associés au comportement suicidaire (tableau II). La consommation de drogue multipliait par trois le risque de comportement suicidaire. La présence d'une dépression ou d'un autre trouble de santé mentale doublait cette probabilité. Les hommes présentaient un risque presque deux fois plus élevé que les femmes.

Cependant, des éléments protecteurs sont également ressortis de l'étude. Ainsi, le fait d'avoir déjà eu une consultation avec un dermatologue au cours des deux années précédant le premier traitement contre le psoriasis diminuait de 37% le

TABLEAU II

FACTEURS INFLUENÇANT LE RISQUE SUICIDAIRE CHEZ LES PATIENTS PSORIASIQUES¹

Facteur de risque	Rapport des risques pondéré (<i>hazard ratio</i>)	Intervalle de confiance
Gravité du psoriasis (forme modérée ou grave par rapport à la forme légère)	1,98	1,21–3,24
Consommation de drogues	3,17	1,94–5,20
Visite à un psychiatre au cours des deux ans précédents	2,28	1,28–4,07
Dépression	2,35	1,44–3,84
Problèmes de santé mentale autres que la dépression	1,92	1,11–3,32
Sexe masculin	1,74	1,16–2,59
Consultations antérieures avec un dermatologue	0,63	0,42–0,93

risque de comportement suicidaire. L'âge était un autre facteur protecteur : les sujets plus âgés présentaient moins de risque.

Ces données soulignent l'importance du dépistage et de l'évaluation des problèmes de santé mentale chez les patients souffrant d'un psoriasis modéré ou grave, concluent le D^r Litvinov et ses collaborateurs. « Chaque fois que nous rencontrons un patient atteint de psoriasis, c'est une occasion de lui demander s'il a aussi des douleurs à la poitrine, aux articulations, s'il se sent déprimé ou désespéré ou s'il a pensé à se blesser d'une façon ou d'une autre (voir « *Dépister les patients à risque* », p. 19). Nous sommes dans une position unique pour diriger ces patients de manière urgente vers des spécialistes de la santé mentale », estime le dermatologue.

QUEL EST LE LIEN ?

Comment expliquer le lien entre suicide et psoriasis ? Plusieurs hypothèses existent. Il y a, par exemple, la piste de l'inflammation. « Chez les patients psoriasiques, une inflammation se produit dans tout l'organisme, notamment dans les vaisseaux sanguins, ce qui peut causer des infarctus du myocarde et des accidents vasculaires cérébraux. Cette inflammation pourrait potentiellement toucher le cerveau et provoquer un déséquilibre susceptible de mener à la dépression et au suicide », explique le D^r Litvinov.

Certains auteurs indiquent plus précisément que le dysfonctionnement des lymphocytes T pourrait contribuer, au moins en partie, à accroître le risque de troubles mentaux². La cytokine pro-inflammatoire sécrétée par certains lymphocytes, l'interleukine 17, jouerait un rôle important non seulement dans le psoriasis, mais également dans la dépression. Des

études montrent que son taux est plus élevé dans les lymphocytes T activés des patients dépressifs ou anxieux.

Le psoriasis lui-même pourrait par ailleurs augmenter le risque suicidaire. « Les patients atteints d'une forme grave sont plus touchés par la maladie. Ils peuvent être plus défigurés ou se trouver dans l'incapacité de travailler. Par conséquent, ils peuvent être plus dépressifs et devenir suicidaires », indique le D^r Litvinov.

Il y a aussi l'hypothèse des maladies concomitantes. « Souvent, ces patients sont plus nombreux à souffrir du syndrome métabolique et consomment plus d'alcool, deux facteurs qui aggravent le psoriasis et qui pourraient ainsi contribuer à la dépression et au suicide. » En outre, les formes graves de psoriasis peuvent être associées à un risque accru de complications cardiovasculaires, d'obésité et d'hypertension. « Donc, peut-être que la santé générale de ces patients n'est pas très bonne. »

Certains médicaments sont aussi susceptibles de jouer un rôle néfaste. « D'un côté, à l'occasion, certains antidépresseurs peuvent aggraver le psoriasis et, par conséquent, augmenter le risque de comportement suicidaire. De l'autre, des

médicaments comme les rétinoïdes et le brodalumab, un agent biologique, peuvent accroître le risque de suicide », mentionne le D^r Litvinov. Le lien entre psoriasis, dépression et suicide serait donc probablement multifactoriel.

ÉTUDE DANOISE

Tout récemment, le *JAMA Dermatology* a publié deux lettres de chercheurs au sujet de la relation entre le psoriasis et les problèmes de santé mentale. La première présentait une

« Nous avons découvert que le taux de suicide des personnes ayant une forme de psoriasis modérée ou grave était trois fois plus important que celui de la population générale. »

– D^r Ivan Litvinov



étude faite au Danemark à partir de registres couvrant tous les hôpitaux du pays. Les chercheurs ont analysé les données des 13 675 patients qui avaient eu un diagnostic de psoriasis entre 1977 et 2012³. Par rapport à la population générale, le risque des patients atteints de psoriasis de souffrir d'une dépression était accru de 72%.

Mais d'autres problèmes de santé mentale ressortaient aussi. Le risque de troubles bipolaires était multiplié par 2,33 et celui de troubles de la personnalité, par 2,06. Il y avait également une augmentation du risque de démence vasculaire de 73%, de schizophrénie de 64% et d'anxiété généralisée de 88%.

«Ce qui est intéressant dans cette recherche, c'est que les chercheurs ont regardé d'autres troubles de santé mentale que la dépression. Cependant, les associations qu'ils ont découvertes devront être confirmées par d'autres études», précise la **D^{re} Jacynthe Rivest**, médecin-psychiatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Dans sa pratique au Centre hospitalier universitaire de Québec, la **D^{re} Hélène Veillette**, dermatologue, n'a pas vraiment constaté de problèmes comme les troubles bipolaires chez les patients atteints de psoriasis. «Mais peut-être que je ne les cherche pas assez. Par contre, je rencontre sans conteste des cas de dépression et d'anxiété.»

La clinicienne trouve les données danoises intéressantes, mais a des réserves. «Je ne sais pas à quel point elles sont valides. Ce sont des données que les chercheurs trouvent dans les registres, et on ne sait pas toujours si les critères de sélection étaient les bons ni comment ont été faits les diagnostics.»

ÉTUDE SUD-CORÉENNE

Combien de temps faut-il pour que des problèmes de santé mentale apparaissent après un diagnostic de psoriasis? Une équipe de Séoul s'est penchée sur cette question.

Les chercheurs ont utilisé les données populationnelles de 2002 à 2013 venant de l'Agence d'évaluation et de recherche en assurance maladie de la Corée du Sud⁴. Ils ont découvert que les problèmes de santé mentale apparaissaient de deux à trois mois après le diagnostic de psoriasis.

Chez les hommes, la plupart des problèmes de santé mentale tendaient à apparaître plus rapidement que chez les femmes. Ainsi, la dépression émergeait en moyenne au bout de 54 jours chez eux et de 268 jours chez les femmes. Par



D^{re} Jacynthe Rivest

Photo: Jean-Frédéric Légaré-Tremblay

contre, les troubles anxieux apparaissaient en moyenne 53 jours après le diagnostic chez les femmes contre 113 jours chez les hommes.

Les chercheurs sud-coréens ont découvert chez les patients psoriasiques une augmentation du risque non seulement de dépression et d'anxiété, mais aussi de problèmes de sommeil non organiques ainsi que de troubles somatoformes et névrotiques.

«Toutes les maladies de peau visibles ou provoquant un prurit diminuent la qualité de vie et dépriment les gens.»

– D^{re} Hélène Veillette

«Ce qui est intéressant, c'est qu'ils ont pu voir que le risque de présenter un trouble de santé mentale augmentait au cours des deux ou trois premiers mois suivant le diagnostic, souligne la D^{re} Rivest, également professeure adjointe à l'Université de Montréal. Si de telles données devaient se confirmer dans d'autres populations et dans d'autres études, elles pourraient avoir des répercussions dans la pratique clinique. Faudrait-il alors sensibiliser les

médecins de famille et les dermatologues à cette période critique lorsqu'ils annoncent un diagnostic de maladie dermatologique? Devraient-ils être plus à l'affût des premiers signes de troubles de santé mentale?»

CHUTE DE LA QUALITÉ DE VIE

«Toutes ces études sur le psoriasis montrent une augmentation du risque de problèmes de santé mentale comme la dépression, analyse la D^{re} Veillette, également professeure de clinique au CHU de Québec-Université Laval. Cela ne me surprend pas parce que la qualité de vie des patients psoriasiques n'est pas très bonne. La question est: est-ce qu'ils ont plus de risque de dépression parce qu'ils souffrent d'être atteint de psoriasis ou est-ce à cause de l'inflammation et du lien avec l'interleukine 17? C'est un point très important», estime la D^{re} Veillette.

En clinique, la dermatologue voit l'état psychologique de ses patients psoriasiques s'améliorer rapidement quand leurs symptômes régressent. « Je pense qu'on doit tenir compte du fait que ces gens-là sont déprimés et peut-être qu'il faut parfois les traiter un peu plus fortement simplement parce que l'effet du psoriasis sur la qualité de vie est très important. » Une éditorialiste du *JAMA Dermatology* indique d'ailleurs que la littérature montre systématiquement que les patients traités avec succès connaissent moins d'épisodes de dépression².

Selon la D^{re} Veillette, peut-être que le système immunitaire et les interleukines jouent un rôle dans l'apparition de problèmes de santé mentale, mais il y a probablement aussi une composante psychosociale. « Le patient fait du psoriasis et sort moins, bouge moins. Il est déprimé, mange plus, grossit, a plus de risque de diabète, peut faire un infarctus du myocarde. Plus il accumule les maladies, plus il est déprimé. »

Cependant, si la dépression est causée par l'inflammation, la situation a probablement déjà commencé à s'améliorer. « Peut-être qu'avec nos traitements actuels, comme les thérapies biologiques ciblées, nous ne guérissons pas le psoriasis, mais nous pouvons maîtriser la maladie et éliminer l'inflammation, explique le D^r Litvinov. Quand on fera une étude de 2019 à 2030, elle montrera probablement beaucoup moins de risque de dépression. C'est un domaine en pleine évolution. »

HIDRADÉNITE SUPPURÉE

Dans la pratique de la D^{re} Veillette, le problème dermatologique le plus lié à la dépression n'est pas le psoriasis, mais l'hidradénite suppurée. « C'est vraiment une affection très débilitante », affirme la spécialiste.

L'Association canadienne de dermatologie la décrit comme « une maladie chronique caractérisée par la présence d'inflammation causant sous la peau des bosses et des abcès souvent douloureux et dont s'écoule parfois du pus ou un liquide à l'odeur déplaisante. Les zones les plus souvent touchées sont les aisselles, le dessous des seins et l'aîne, là où il y a des replis de peau. »⁵

Sur le site du *Huffpost*, la chroniqueuse **Annick Cormier** explique l'enfer que lui fait vivre cette maladie: « Quand les abcès finissent par se rejoindre sous la peau (on appelle ça des tunnels), ils [les médecins] considèrent que la chair est assez maganée (elle est littéralement GRISE sous la peau), alors ils opèrent. Et s'ils n'enlèvent pas TOUTES les cellules malades, la maladie reviendra⁶. » Selon la rédactrice, il faut en moyenne huit ans pour avoir un diagnostic. Elle, elle l'a eu au bout d'un an.

L'hidradénite suppurée serait plus fréquente qu'on le croyait. « On pensait qu'elle touchait 1% ou 2% de la population. Mais plus on cherche de cas et plus on en trouve. Souvent, il y a un diagnostic erroné dès le départ. Les gens ont des diagnostics d'abcès à répétition », dit la D^{re} Veillette.

Une méta-analyse canadienne, publiée dans le *JAMA Dermatology*, indique que, chez les patients souffrant d'hidradénite, la prévalence de la dépression serait de 16,9% et même de 26,8% quand ce trouble de santé mentale est simplement détecté avec un outil de dépistage. La prévalence de l'anxiété, elle, est de 4,9%⁷. Ces chiffres correspondent à ce que constate la D^{re} Veillette en clinique.

Mais tous ces articles sur le psoriasis et l'hidradénite ainsi que l'éditorial qui les accompagnent rendent la spécialiste un peu mal à l'aise. « Mise à part l'étude coréenne, les auteurs présentent des conflits d'intérêts importants à cause de leurs liens avec des compagnies fabriquant des médicaments contre ces maladies. Les sociétés pharmaceutiques ont certainement avantage à ce qu'on traite des patients pour prévenir les maladies associées à un problème cutané. Je pense cependant qu'il y a une forte composante psychosociale dans la dépression des patients atteints de psoriasis et d'hidradénite. Toutes les maladies de peau visibles ou provoquant un prurit diminuent la qualité de vie et dépriment les gens », affirme la D^{re} Veillette. //

BIBLIOGRAPHIE

1. Laverde-Saad A, Milan R, Mohand-Said et coll. *The risk of suicidal behavior in psoriasis patients: A retrospective cohort study in Quebec, Canada*. 2019. Université McGill : Montréal [communication personnelle].
2. Armstrong A. Exploring mental disorders in patients with skin diseases. *JAMA Dermatol* 2019 ; 155 (6) : 660-1.
3. Leisner M, Riis J, Schwartz S et coll. Psoriasis and risk of mental disorders in Denmark. *JAMA Dermatol* 2019 ; 155 (6) : 745-7.
4. Bang C, Yoon J, Chun J et coll. Association of psoriasis with mental health disorders in South Korea. *JAMA Dermatol* 2019 ; 155 (6) : 747-9.
5. Association canadienne de dermatologie (ACD). *Hidradénite suppurée*. Ottawa: l'ACD; 2019. Site Internet : <https://bit.ly/2LPncRY>.
6. Cormier A. L'hidradénite suppurée : ma maladie de marde. *Huffpost Québec*. 5 juin 2019. Site Internet : <https://bit.ly/316xTDp>.
7. Machado M, Stergiopoulos V, Maes M et coll. Depression and anxiety in adults With hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol* [Publié initialement en ligne le 5 juin 2019].

DÉPISTER LES PATIENTS À RISQUE

OUTILS ET TRAITEMENTS

Emmanuèle Garnier

Comment dépister la dépression chez les patients souffrant de problèmes dermatologiques comme le psoriasis? La **D^{re} April Armstrong**, dermatologue de la University of Southern California, recommande la version à deux questions du Questionnaire sur la santé du patient (QSP-2) dans son éditorial du *JAMA Dermatology*¹.

L'outil, bien connu, est simple. Il consiste à calculer le score du patient après lui avoir posé la question:

«Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé par les problèmes suivants?

- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses
- Vous sentir triste, déprimé ou désespéré»

Le **D^r Eliot Mostow**, de la Northeast Ohio Medical University, et ses collègues, recourent eux aussi au QSP-2 pour les patients acnéiques prenant de l'isotrétinoïne par voie orale. Quand le score du patient atteint 3 ou plus, ils lui font parfois passer la version à neuf questions de l'outil. Avant d'arrêter leur choix sur ces questionnaires, les médecins ont essayé d'autres instruments².

«Il s'agit d'opinions d'experts, indique la **D^{re} Jacynthe Rivest**, psychiatre en consultation-liaison au Centre hospitalier de l'Université de Montréal. Ce sont des données dont il faut tenir compte. Cependant, pour recommander un questionnaire en santé publique, il faut que tout un processus de validation ait été effectué.» Dans le domaine de la cancérologie, par exemple, cet exercice a été fait, précise la spécialiste, responsable médicale du Programme de détection de la détresse, au Centre intégré de cancérologie du CHUM.

RISQUE SUICIDAIRE

Plusieurs problèmes dermatologiques sont liés non seulement à une augmentation du risque de dépression, mais aussi de suicide. «De façon générale, lorsque le patient présente des symptômes dépressifs, c'est une bonne pratique d'évaluer le risque suicidaire», précise la psychiatre.

Quels patients faut-il cibler généralement? Ceux qui ont déjà des problèmes psychiatriques, qui présentent de nouveaux symptômes de troubles de santé mentale pendant leur traitement dermatologique ou qui vivent des stress importants.

Un dépistage est également nécessaire auprès des personnes dont la maladie est difficile à supporter, parce qu'elle est grave, chronique, se manifeste à des endroits visibles comme le visage ou gênants comme les parties génitales. «Il faut aussi ajouter les patients qui présentent des symptômes psychologiques et qui prennent des médicaments susceptibles d'augmenter le risque de suicide», affirme la spécialiste.

TRAITEMENTS UTILES

Si une dépression est détectée, plusieurs traitements peuvent être offerts au patient. «On sait que pour les maladies de peau qui provoquent de la détresse, la psychothérapie est utile, explique la **D^{re} Rivest**. Elle peut aider le patient à mieux vivre avec le risque de stigmatisation, mais aussi à mieux gérer le stress. Il est connu que le stress et une affection chronique comme le psoriasis forment un cercle vicieux. La psychothérapie peut aussi être efficace pour traiter les autres maladies psychiatriques, comme l'anxiété et la dépression, qui semblent associées aux affections dermatologiques.»

Sur le plan pharmacologique, les antidépresseurs peuvent constituer de précieux outils. «On a de bonnes données sur leur efficacité pour traiter l'anxiété et la dépression, améliorer le sommeil et, chez certaines personnes atteintes d'affections dermatologiques, diminuer le prurit. On pense que pour les patients qui ont des maladies dermatologiques qui provoquent des démangeaisons, ce qui brise le sommeil et diminue la qualité de vie, les antidépresseurs pourraient être utiles.»

Pratiquant en cancérologie, la **D^{re} Rivest** a l'habitude de collaborer avec d'autres spécialistes. Une formule qui donne de bons résultats. Un tel modèle pourrait servir en dermatologie. «Il serait souhaitable que la reconnaissance de la dépression soit une responsabilité partagée entre tous les acteurs. Une coopération entre dermatologues, médecins de famille et spécialistes en santé mentale permettrait d'offrir à des patients vulnérables un accès rapide aux services dont ils ont besoin.» //

BIBLIOGRAPHIE

1. Armstrong A. Exploring Mental disorders in patients with skin diseases. *JAMA Dermatol* 2019; 155 (6): 660-1.
2. Schrom K, Nagy T, Mostow E. Depression screening using health questionnaires in patients receiving oral isotretinoin for acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2016; 75 (1): 237-9.

PRATICO • PRATIQUE

VOUS AVEZ DES TRUCS
À NOUS FAIRE CONNAÎTRE ?

ENVOYEZ-LES À EGARNIER@FMOQ.ORG



DÉJOUER LE SYNDROME DE LA BLOUSE BLANCHE

À la Clinique médicale Saint-Paul, à Repentigny, la **D^{re} Marie Rose Châteauvert** parvient en moins d'une minute à déjouer le syndrome de la blouse blanche chez ses patients trop tendus. Son secret : l'approche méditative.

« Lorsque je mesure la pression d'un patient et qu'elle se révèle élevée, je demande à la personne d'inspirer lentement et profondément trois fois. Cela active le système nerveux parasympathique et bloque les effets anxiogènes du système nerveux sympathique. Il y a ainsi une diminution du pouls, une réduction de la pression artérielle et un relâchement des muscles. »

La D^{re} Châteauvert fait elle-même l'exercice avec le patient. Elle profite de ce moment de méditation, où elle effectue une respiration consciente, pour se détendre. « Quand je reprends la pression artérielle du patient, elle s'est normalisée dans la plupart des cas ! Namaste. » **EG**



POUR EN FINIR AVEC LES RAPPORTS ILLISIBLES

Pratiquant à Sainte-Thérèse, la **D^{re} Isabelle Ledoux** en avait assez. Assez de recevoir des rapports de consultation illisibles. Assez d'être incapable de déchiffrer les conclusions du spécialiste ou de décrypter son plan de traitement. Elle a donc décidé de passer à l'action.

« Maintenant, quand je reçois un rapport illisible, j'envoie une lettre concise au spécialiste pour lui demander de m'envoyer les informations clairement », affirme la D^{re} Ledoux. Quand le consultant se montre récalcitrant, l'omnipraticienne fait parvenir une copie de sa missive aux archives en avertissant ce dernier. « Dans la majorité des cas, je reçois une réponse plus lisible. »

La D^{re} Ledoux a par ailleurs suggéré à l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière de mettre une lettre type sur son site Internet : <https://bit.ly/30nmYWI>. Rédigé sur un ton courtois, le formulaire, que l'on peut remplir à l'écran, permet de cocher la situation qui s'applique.

- ▶ Je n'ai pas reçu votre rapport.
- ▶ Je ne parviens pas à lire votre rapport.
- ▶ Je n'ai pas reçu le résultat de la pathologie.
- ▶ Je n'ai pas eu accès au suivi que vous effectuez.

Parce qu'il n'y a pas que les rapports illisibles qui sont irritants. **EG**