

SOINS VIRTUELS, RISQUES RÉELS

Les téléconsultations font désormais partie de la pratique habituelle de bon nombre de médecins de famille. Mais quels sont les risques médico-légaux de cette nouvelle façon de soigner, conséquence de la COVID-19 ?

Nathalie Vallerand



M^e Daniel Boivin

Jusqu'à présent, les plaintes concernant les téléconsultations n'ont pas été très fréquentes. De 2015 à 2019, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a géré 45 cas médico-légaux concernant des soins à distance, soit moins de 1% de l'ensemble des quelque 16 000 dossiers qu'elle a traités pendant cette période.

Les 45 cas consistaient surtout en des plaintes auprès des ordres professionnels de médecins. Et dans 74% des dossiers, les experts ont critiqué les soins prodigués. « La plupart des problèmes observés avaient trait au diagnostic, à la communication avec le patient ou à la tenue de dossiers », précise la **D^{re} Guylaine Lefebvre**, directrice administrative des Soins médicaux sécuritaires à l'ACPM.

Et depuis le début de la pandémie ? À la fin du mois d'août, l'ACPM ne recensait aucune poursuite liée à des téléconsultations. Une situation normale, car la préparation d'une plainte prend du temps.

DES CIRCONSTANCES PARTICULIÈRES

La pandémie a changé la donne. « Les dossiers médico-légaux concernant des soins virtuels pendant la pandémie ne seront pas nécessairement représentatifs des cas qui surviendront après la crise », estime **M^e Daniel Boivin**, avocat du contentieux de l'ACPM et associé au bureau d'Ottawa de Gowling WLG.

C'est que le contexte est important dans une cause médico-légale. Lors de la première vague de COVID-19, les soins

virtuels constituaient un moyen de réduire les risques de contamination. Les médecins devaient se servir de leur jugement clinique pour déterminer ce qui était le plus risqué pour chaque patient : être exposé au virus lors d'un rendez-vous médical en personne ou ne pas avoir d'examen physique ? Un exercice souvent délicat.

« Les ordres professionnels et les tribunaux tiennent compte des circonstances particulières dans leur évaluation des plaintes, explique M^e Boivin. Par conséquent, ils feront probablement preuve de plus de tolérance en matière de soins à distance. »

Si la pertinence d'avoir eu recours à une consultation virtuelle est soulevée dans une cause médico-légale, plusieurs éléments seront considérés. « En plus de l'état de santé du patient, le moment et le lieu ont leur importance, indique la **D^{re} Lefebvre**. Par exemple, le risque de contamination était beaucoup plus élevé en mars et en avril qu'au mois d'août. De même, le risque était plus grand au centre-ville de Montréal que sur la Côte-Nord. »

« DOCTEUR, JE VEUX UN RENDEZ-VOUS VIRTUEL »

Au pays, 91% des personnes qui ont consulté un médecin de manière virtuelle pendant la pandémie se disent satisfaites, selon un sondage national mené en mai par la firme Abacus Data pour l'Association médicale canadienne (AMC). Et près de la moitié (47%) des patients qui ont eu ce type de rendez-vous aimeraient que, pour un problème précis, le premier contact avec leur médecin soit virtuel à l'avenir.

« Les médecins auront de plus en plus de pression pour donner des soins à distance, croit Daniel Boivin. Les patients voudront que leur problème soit réglé sans avoir à se déplacer. » Il appartiendra toutefois aux cliniciens d'établir quel type de consultation est le plus approprié dans chaque cas.

Les soins virtuels ont en effet leurs limites. Les douleurs thoraciques, l'essoufflement, la perte des fonctions neurologiques, l'otalgie, les douleurs abdominales et les lésions musculosquelettiques sont des exemples de problèmes qui ne se traitent pas encore à distance, selon le *Guide sur les soins virtuels* de l'AMC, offert en ligne. Lors de la prise de rendez-vous, il faut donc recueillir assez d'informations sur le problème du patient pour faire un bon tri. « Les adjointes



doivent avoir des directives claires », précise l'avocat, qui se spécialise en droit de la santé.

Que faire lorsqu'un patient insiste pour avoir un rendez-vous virtuel alors que son problème nécessite un examen physique? « Le médecin doit lui expliquer pourquoi il doit être vu en personne et quels sont les risques pour sa santé si ce n'est pas le cas, recommande la D^{re} Lefebvre. Si le patient refuse toujours de venir à la clinique, il s'agit alors d'un refus informé que le médecin doit inscrire dans le dossier. »

PAS DE COINS ROUNDS

Pendant la pandémie, l'ACPM a reçu beaucoup d'appels de médecins désireux de savoir si les normes de pratique sont les mêmes lors d'une consultation à distance. La réponse est oui. Il faut veiller à obtenir tous les renseignements nécessaires au diagnostic différentiel et s'abstenir de poser un diagnostic si les conditions pour le faire ne sont pas présentes, rappelle notamment le Collège des médecins du Québec dans son document intitulé *Les téléconsultations effectuées par les médecins durant la pandémie de COVID-19*.

Comme la précision du diagnostic et le plan de traitement reposent sur la qualité de l'information obtenue lors de l'entretien virtuel, le médecin doit accorder encore plus d'attention aux signes cliniques positifs et négatifs. Il doit aussi s'assurer de la fiabilité des données qu'il utilise. « Un rythme cardiaque obtenu à l'aide de la montre intelligente du patient, ce n'est peut-être pas très fiable », donne comme exemple M^e Boivin.

Le médecin ne doit pas, par ailleurs, omettre certains éléments dans les notes qu'il inscrit au dossier. « Ces dernières doivent contenir le raisonnement du médecin et permettre de comprendre sa démarche vers l'évaluation clinique, insiste la D^{re} Lefebvre. Si le cas est mal documenté, il sera plus difficile pour le clinicien de démontrer que sa décision était justifiée. » En raison des limites de la consultation à distance, les instructions de suivi doivent être claires. « Il faut bien expliquer au patient quels symptômes nécessitent un appel à la clinique ou une visite à l'urgence », ajoute la médecin.

UNE QUESTION DE CONSENTEMENT

Contrairement à la consultation en personne, il est obligatoire d'obtenir le consentement du patient à la téléconsultation, qu'elle se déroule au téléphone ou par visioconférence.

Pendant la pandémie, le Collège des médecins du Québec permet que ce consentement soit verbal, pourvu qu'il soit consigné au dossier.

Que dire exactement au patient? « Il n'y a pas de formule magique, mentionne M^e Boivin. Le consentement, c'est une discussion. Le médecin doit expliquer au patient les limites d'une consultation à distance, qu'il ne pourra pas faire tel ou tel examen. » La discussion doit aussi inclure les risques concernant la protection des renseignements personnels lors de l'utilisation des technologies.

L'avocat recommande de demander l'accord du patient à chacun de ses rendez-vous à distance, bien que le Collège des médecins du Québec ne l'oblige pas. Heureusement, cette tâche peut être déléguée à une autre personne, à une adjointe ou à une infirmière, par exemple. Le médecin n'a ensuite qu'à vérifier au début de la consultation si le patient a bien compris.

La confidentialité est une autre question délicate liée aux soins virtuels. Dans son cabinet, le médecin n'a qu'à fermer la porte et il est relativement sûr d'être à l'abri des oreilles indiscretes. À distance, il doit s'assurer que son patient est dans un lieu où la conversation restera privée. Il doit aussi lui demander si quelqu'un est avec lui. Une information qui peut lui être utile pour choisir ses mots et ses explications. « Savoir qu'un membre de l'entourage du patient lui souffle des réponses peut aussi être pertinent à l'élaboration du diagnostic, indique M^e Boivin. Le médecin pourrait même demander de voir cette personne à l'écran pour recréer ce qui se passerait en cabinet. »

La transition vers une pratique médicale en partie à distance nécessitera bien des ajustements. Et ça ne fait que commencer: on verra apparaître dans les prochaines années une foule de nouvelles technologies en télémédecine, dont plusieurs feront appel à l'intelligence artificielle. « Le génie est sorti de la bouteille, et on ne pourra pas le remettre à l'intérieur. Dans un monde post-pandémique, les soins virtuels seront un élément clé pour optimiser notre système de santé », a d'ailleurs affirmé **M. Seamus Blackmore**, un expert en santé numérique chez Deloitte, lors d'une conférence sur les soins virtuels organisée par l'ACPM en août dernier. //



DES NOUVELLES DES ASSOCIATIONS...

PROCHAINES ASSEMBLÉES GÉNÉRALES
ANNUELLES DES ASSOCIATIONS
AFFILIÉES À LA FMOQ

BOIS-FRANCS

Jeudi 8 octobre
13 h

Par visioconférence

OUEST-DU-QUÉBEC

Vendredi 16 octobre
13 h

Par visioconférence

SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

Mercredi 21 octobre
16 h 30

Par visioconférence

CÔTE-DU-SUD

Jeudi 22 octobre
16 h 30

Par visioconférence

QUÉBEC (RÉUNION D'INFORMATION)

Vendredi 23 octobre
Midi

Par visioconférence

SUD-OUEST

Jeudi 29 octobre
17 h

Par visioconférence

MAURICIE

Mardi 3 novembre
18 h

Par visioconférence

TOURNÉE VIRTUELLE DU PRÉSIDENT DE LA FMOQ

POUR AVOIR LES PLUS RÉCENTES
INFORMATIONS

Emmanuèle Garnier



Photo: Emmanuèle Garnier

D^r Louis Godin

Téléconsultation, éclosions dans les CHSLD, modifications des ententes, le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération, va aborder les derniers dossiers de l'heure au cours de sa tournée virtuelle du Québec. « On est dans une situation exceptionnelle et on sait qu'une deuxième vague est possible, explique-t-il. La FMOQ et le gouvernement ont mis beaucoup de mesures en place. Chaque mois, et parfois même chaque semaine, amène de nouveaux défis. » Ainsi, il pourrait y avoir de nouvelles mesures concernant les CHSLD et les résidences privées pour aînés. Le président compte également aborder certaines autres questions, comme la lettre d'entente 269 qui a été prolongée jusqu'au 31 janvier. Son rapport évoluera avec l'actualité.

Le format virtuel a évidemment ses inconvénients. « Pour moi, d'aucune façon, il ne remplace la tournée traditionnelle. Parce que dans les assemblées générales des associations, au-delà de la présentation de mon rapport comme tel, il y a une série de contacts individuels avec les médecins. Cela nous permet de discuter de nombreuses situations particulières, ce que l'on ne pourra pas faire en visioconférence. Mais dans les circonstances, on n'a pas d'autre choix », affirme le président.

Certaines des assemblées générales annuelles des associations affiliées à la FMOQ seront une version en ligne de la rencontre habituelle; d'autres, de simples réunions d'information virtuelles. Seule exception, l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska qui, en plus de faire une visioconférence, devrait tenir une réunion au Centre des congrès de Saint-Hyacinthe en novembre. « Les responsables ont eu l'assurance que la distanciation pourrait être respectée », précise le D^r Godin. //

PANDÉMIE DE COVID-19

DES ÉVÉNEMENTS QUI MARQUENT POUR LA VIE

Plusieurs médecins de famille ont vécu de fortes émotions depuis le début de la pandémie. Ils ont pratiqué dans des zones chaudes, géré des éclosions, fait face à des situations difficiles. Une période qui les marquera.

Claudine Hébert



D^{re} Élise Boulanger

Jamais la **D^{re} Élise Boulanger** n'aurait cru que les deux heures de formation intensive en biosécurité données par un membre de Médecin sans frontières bouleverseraient autant sa vie. La clinicienne, qui a été invitée au tout début de la pandémie à être co-coordonnatrice de la clinique chaude de l'Hôtel-Dieu de Montréal, avait alors été initiée aux rudiments des « trajectoires chaudes » et des « trajectoires froides ». Ces notions, dont elle n'avait jamais entendu parler auparavant, lui ont non seulement servi de bouclier sanitaire, mais lui ont aussi permis d'endiguer deux éclosions dans des CHSLD.

Tout commence le 23 avril dernier. « Une collègue m'a demandé d'aller lui donner un coup de main au CHSLD Saint-Andrews, dans Notre-Dame-de-Grâce. Lorsque j'ai franchi les portes de l'établissement, je me souviens de m'être dit : "Ça y est ! C'est aujourd'hui que j'attrape la COVID-19" », raconte la D^{re} Boulanger qui pratique généralement au Centre médical Glen et au CHSLD Father-Dowd, à Montréal.

Tout pouvait justifier les craintes de l'omnipraticienne. L'établissement de 70 résidents baignait en pleine crise. L'éclosion de COVID-19, déclarée depuis deux semaines, y avait déjà fait douze victimes. La quinzaine de lits installés en zone chaude étaient déjà tous occupés. Et plus d'une trentaine de patients montrant des signes actifs de la maladie demeuraient isolés dans leur chambre.

« Ce n'était pas tant de voir un nombre élevé de patients atteints du virus qui me choquait que de constater le manque de gestion de crise au sein du bâtiment », dit-elle. En effet, le personnel des zones chaudes pouvait croiser celui des zones froides dans les corridors. Il y avait une contamination croisée partout au sein de l'établissement qui emploie une centaine de personnes. « Le virus se propageait à vitesse grand V, les décès s'accumulaient sans que personne ne puisse rien y faire », se souvient l'omnipraticienne.

ÉPARGNÉE, MAIS...

La D^{re} Boulanger n'a pas attrapé le virus. Mais sa vie, elle, a changé. À partir de ce jour-là, son agenda a été complètement bouleversé. Pendant trois semaines, cette mère de famille de deux jeunes enfants a, en compagnie de l'équipe locale, passé près de quatorze heures par jour, sept jours sur sept, au CHSLD afin de contenir la propagation de la maladie. « J'ai fait annuler tous mes rendez-vous en clinique pour me consacrer totalement à la résolution de cette crise », indique la clinicienne, qui s'est retrouvée illico dans les chaussures d'un chef de bataillon en guerre.

Même si ce n'était pas dans sa description de tâches, la D^{re} Boulanger a pris les choses en main. « Postes infirmiers, buanderie, cafétéria, toilettes, chambre des patients, salle des employés, etc. Il n'y a pas un mètre carré de cet établissement de trois étages où je n'ai pas mis les pieds afin de m'assurer que les mesures de sécurité sanitaires étaient respectées par les patients et le personnel », dit-elle. Un tour de force qui n'aurait pu avoir lieu sans le soutien des membres du personnel de soins qui lui ont fait confiance, tient-elle à préciser.

UNE LEADER APPELÉE EN RENFORT

Au fil des jours, la D^{re} Boulanger a acquis une importante expertise. Trois semaines après la fin de la crise au CHSLD Saint-Andrews – avec tout de même un triste bilan de 24 décès –, l'omnipraticienne est appelée en renfort par son collègue, le **D^r Neb Kovacina**, dans un autre établissement : le CHSLD Grace Dart, dans l'est de Montréal.

La situation est, là aussi, désastreuse. « Cela faisait déjà six semaines que cet établissement de 232 patients luttait contre la COVID-19. Il y avait une contamination croisée partout et

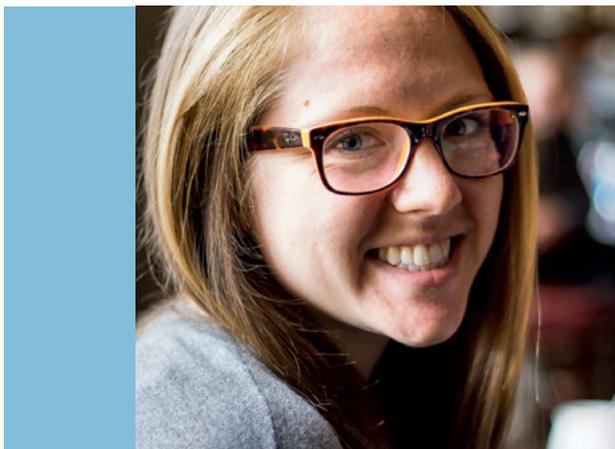
ENCADRÉ. DEVENIR DES EXPERTS DE LA COVID-19

un cruel manque d'employés. Le premier jour de mon arrivée, il y avait même, sur un étage, des patients négatifs et positifs qui n'étaient séparés que par un large ruban gommé collé au sol», décrit la clinicienne encore sous le choc. Une fois de plus, ce sont ses notions de biosécurité qui ont aidé la D^{re} Boulanger à contenir l'écllosion. Bien que la COVID-19 ait fait 70 victimes, 50 patients de l'établissement ont été épargnés par le virus, indique l'omnipraticienne.

S'IMPOSER UN RITUEL SANITAIRE

Accepter de fréquenter les zones chaudes a évidemment obligé les médecins de famille à adopter un nouveau rituel sanitaire à leur retour à la maison. «En plus d'enlever mes vêtements de protection, je me change avant de quitter les lieux de travail. J'entre par la suite dans la maison par la porte du sous-sol. Une fois à l'intérieur, j'enlève de nouveau tous mes vêtements qui, roulés en boule, prennent le chemin de la laveuse. Je vais ensuite directement sous la douche», explique la D^{re} Caitlin Reimer qui, comme plusieurs médecins du Grand Montréal, répète ces gestes tous les jours depuis plus de six mois.

En plus d'être cogestionnaire de la Clinique médicale Force-Medic, à LaSalle, et de consacrer une journée par semaine au Pavillon LaSalle, un centre de ressources intermédiaires, la D^{re} Reimer a également accepté de travailler, une journée par semaine, à la clinique de dépistage de l'Hôpital général juif, à Montréal.



D^{re} Caitlin Reimer



D^{re} Catherine Risi

La D^{re} Catherine Risi le reconnaît humblement. Elle n'avait jamais été une experte en maladies infectieuses. C'était avant la COVID-19. Depuis la déclaration des mesures d'urgence au Québec, en mars dernier, cette chef du Département de santé publique du CISSS de la Montérégie-Centre et médecin-conseil à la Direction de santé publique de la Montérégie, est en mode veille pour tout ce qui concerne le virus ici... et ailleurs.

En plus de devoir acquérir une expertise sur le coronavirus, la D^{re} Risi a dû réorganiser son équipe de la santé publique qui regroupe une trentaine de médecins spécialistes et d'omnipraticiens. Du jour au lendemain, le département s'est transformé en équipe de soutien et de garde pour la COVID, ouvert sept jours sur sept, de 8 h à 21 h. Depuis la mi-mars, les médecins de santé publique répondent aux multiples questions du personnel des CHSLD, des résidences pour aînés, mais aussi des gestionnaires d'entreprise, des garderies, des salons funéraires, des écoles, etc. «On est passé d'une dizaine d'appels par jour portant sur divers sujets à près de 150 uniquement sur la COVID au plus fort de la crise», raconte la D^{re} Risi, dont l'équipe collabore également aux enquêtes, à la recherche de contacts et à la gestion des éclosions.

Au début, tout se passait dans les locaux de la rue Beaugard, à Longueuil. Mais à la mi-avril, le télétravail s'est imposé. «Nous avons eu une éclosion au bureau. Près d'une dizaine de médecins et d'employés ont contracté le virus. Un de nos collègues, le D^r Huy Hao Dao en est malheureusement décédé», déplore la D^{re} Risi qui a eu bien peu de temps, tout comme les autres médecins du département, pour digérer ce drame.

«J'ai travaillé toute ma vie pour affronter ce type de situation. Et pourtant, on s'aperçoit qu'on n'est jamais totalement prêt à y faire face. Heureusement, dit-elle, le sentiment d'appartenance et la solidarité au sein de l'équipe ont contribué à maintenir le moral de tous. D'ailleurs, une bonne quarantaine de médecins de famille et de spécialistes ont accepté de prêter main-forte à notre organisation en avril, en mai et en juin. Plusieurs sont maintenant retournés en clinique, mais nous pouvons toujours compter sur quelques médecins, dont des retraités et des femmes enceintes. On se prépare maintenant à la deuxième vague.»



D^{re} Catherine Bélanger

Le rituel quotidien auquel se soumet l'omnipraticienne, associé à l'incertitude liée au virus, est déstabilisant pour elle. « J'ai choisi de travailler dans une clinique plutôt qu'à l'urgence pour mieux maîtriser mon environnement de pratique. Mais voilà que la pandémie me plonge dans un univers rempli de facteurs inconnus », confie-t-elle.

L'omnipraticienne avoue d'ailleurs ressentir une lourde responsabilité sur ses épaules à cause de ses choix de pratique. « J'ai le sentiment d'imposer ma décision au personnel de ma clinique, à mon entourage, à mon conjoint. Et bien que je ne craigne pas d'attraper la COVID-19, je ne voudrais pas être responsable de la contamination des gens qui m'entourent. Ils n'ont pas choisi, eux, de courir un risque. »

LES HORREURS D'UN « CHAMP DE BATAILLE »

Pour la D^{re} **Catherine Bélanger**, qui a prêté main-forte dans trois CHSLD, les mois d'avril et de mai ont littéralement pris des allures de films de guerre. « Je ne m'attendais pas à vivre et à voir autant de situations de détresse dans ma vie », mentionne l'omnipraticienne, une mère de trois enfants qui partage généralement sa pratique entre la clinique médicale et le CHSLD de la paisible petite ville d'Ormstown, en Montérégie.

Répondant à l'appel à l'aide de la D^{re} **Julia Chabot**, une bonne amie qui enseigne en gériatrie à l'Université McGill, la D^{re} Bélanger s'est rendue au CHSLD Vigi Dollard-des-Ormeaux à la mi-avril. « J'ai pratiqué la médecine à peine trois heures. Les heures et les jours qui ont suivi mon arrivée, j'ai accompli des tâches de préposée aux bénéficiaires. Les gens mourraient de déshydratation, affamés, dans leurs selles, etc. », raconte la clinicienne.

Un scénario qui s'est répété au CHSLD Vigi Pierrefonds où l'omnipraticienne a aussi été appelée en renfort. Non seulement la D^{re} Bélanger y a vécu des scènes troublantes, mais elle y a aussi attrapé la COVID-19. « J'ai pris toutes les

précautions possibles. Je ne mangeais pas, j'évitais de boire pour ne pas aller aux toilettes. Je voulais à tout prix éviter de contracter le virus. Pourtant, le 10 mai, le verdict est tombé. J'étais positive », confie la clinicienne qui soupçonne une surface mal nettoyée ou des conduits de ventilation d'être responsables de sa contamination.

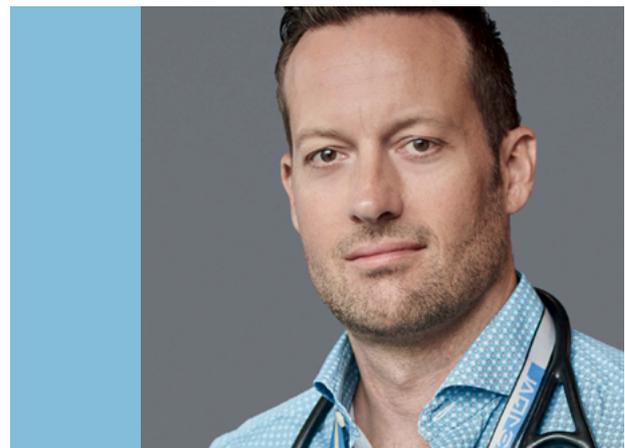
Avant d'être déclarée positive, la D^{re} Bélanger est allée aider le personnel médical du CHSLD La Maison des aînés de Saint-Timothée, à Salaberry-de-Valleyfield. Là aussi, elle a été scandalisée. « De retour à la maison, j'ai pris le temps d'écrire à tous les responsables que je connaissais au sein du CISSS de la Montérégie-Ouest. Je les ai avertis que si rien n'était fait, cet établissement deviendrait le prochain "CHSLD Herron" à faire les manchettes. Mon message a été entendu », souligne-t-elle fièrement.

COVID oblige, toute la famille de la D^{re} Bélanger a été placée en quarantaine. « En fin de compte, mon conjoint et les enfants ont heureusement eu un résultat négatif au test », indique la clinicienne qui a pris plus d'un mois à se remettre du virus.

ISOLEMENT FAMILIAL

Mais comment régit-on sa vie familiale quand on est infecté par la COVID? Au domicile de la D^{re} Bélanger, il n'était pas question que maman s'isole... complètement. Pendant une semaine, la clinicienne a dormi seule dans une chambre en utilisant une des deux salles de bain pour elle toute seule. « Tout le monde était en bonne santé. Mon conjoint et moi avons jugé que pour notre moral et celui des enfants, il valait mieux que nous demeurions sous un même toit. Quitte à prendre le risque que je contamine des membres de la famille », affirme l'omnipraticienne, qui portait un masque dans les aires communes de la maison.

Le D^r **Éric Sauvageau**, lui, ne souhaitait prendre aucun risque, même s'il n'était pas contaminé. Du 1^{er} avril au 1^{er} mai, ce méde-



D^r Éric Sauvageau

cin de famille a, par précaution, préféré ne pas voir ses deux enfants de 8 et de 10 ans. En plus de partager sa pratique entre l'Hôtel-Dieu de Sorel et son cabinet du GMF Marie-Victorin, à Sorel-Tracy, ce représentant local de DRMG a créé et géré un centre de dépistage et d'évaluation aménagé dans une salle de réception.

« Afin de ne pas exposer mes enfants à des risques inutiles, j'ai demandé à mon ex-conjointe de veiller sur eux. Et avec le recul, aujourd'hui, je ne regrette pas ma décision. Gérer trois lieux à la fois a pris tout mon temps. Pendant plus d'un mois et demi, j'ai régulièrement travaillé sept jours sur sept, de 6 h 30 à 21 h », raconte le D^r Sauvageau, qui souligne le soutien inconditionnel de son amoureuse, de ses collègues médecins et des infirmières. Ses enfants et son ex-conjointe, dit le médecin, comprenaient la situation.

« Je devais m'assurer de la sécurité du personnel et des patients, tout en poursuivant mes rendez-vous médicaux. C'est sans compter les multiples réunions hebdomadaires, les dizaines de courriels auxquels je devais répondre et les ajustements quotidiens aux nouvelles consignes de la Santé publique », souligne l'omnipraticien, qui a fini par voir la lueur au bout du tunnel.

FACETIME AVEC MAMAN

Chez la D^{re} **Virginie Dubuc**, qui, au plus fort de la crise, partageait son temps entre le Centre hospitalier régional du Suroît, l'Hôtel Plaza de Salaberry-de-Valleyfield transformé en zone chaude et le CHSLD de Saint-Timothée, l'isolement familial a duré neuf jours. Déclarée positive la veille du week-end de la fête des Patriotes, l'omnipraticienne, mère de trois jeunes enfants, s'est placée en quarantaine dans la salle de séjour de son domicile. « J'y dormais et y mangeais. Mon conjoint venait me porter mon plateau à l'entrée de la porte. Je devais communiquer par FaceTime avec mes enfants dans ma propre maison », explique la clinicienne qui ne se serait jamais attendue à vivre une telle situation.

Lorsque leur fille cadette s'est également révélée être contaminée, la D^{re} Dubuc et son conjoint ont conclu que c'était assez. Advienne que pourra, ils ont décidé de vivre la quarantaine en famille. « Aucun autre membre de la famille n'a finalement eu la COVID-19 », souligne la clinicienne qui pratique au GMF des Trois Lacs, à Vaudreuil.

SE PRÉPARER AU PIRE

L'Outaouais ne faisait pas partie des régions fortement touchées par la pandémie. Néanmoins, le D^r **Gordon Stuart Buchanan**, médecin responsable du CHSLD de la Petite-Nation, dans le petit village de Saint-André-Avellin, était très impatient à la fin du mois de mars. « Je n'aimais pas ce que les médias nous rapportaient sur Montréal. » Le médecin n'a donc pas attendu le feu vert de la haute direction pour rendre son établissement plus sûr.



D^{re} Virginie Dubuc

Le CHSLD de quatre-vingt-seize lits comptait cinq places inoccupées. Soutenu dans sa décision par les autres médecins et le personnel infirmier, le D^r Buchanan a transféré les patients ayant des syndromes d'allure grippale dans cette partie vacante du CHSLD. « Nous avons, nous-mêmes, créé une zone chaude dans une aile du bâtiment avant d'avoir l'aval du gestionnaire en place. Notre scénario prévoyait déjà la possibilité d'isoler une quinzaine de lits pour contenir une éventuelle éclosion », note-t-il.

Et la situation appréhendée s'est produite. Le 10 avril, deux patients, qui étaient déjà isolés, ont été déclarés positifs. Deux jours plus tard, ils étaient cinq de plus. Au total, ce ne sont que sept patients qui ont attrapé la COVID-19. « Et tous ces patients infectés ont survécu », signale fièrement le médecin de famille qui pratique depuis vingt-deux ans au sein de l'établissement.

UNE PLATEFORME POUR MÉDECINS EN CHSLD

En plus de faire ressortir le leadership de certains médecins de famille, les belles et les moins belles histoires en ces temps de COVID-19 auront eu une autre retombée : la création d'une nouvelle communauté de pratique pour médecins de famille en CHSLD (www.cpmchsl.ca). « Démarrée en collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille, cette nouvelle communauté constitue une initiative importante », souligne l'une des sept instigatrices du projet, la D^{re} Élise Boulanger.

Elle permettra, dit-elle, de faciliter les échanges entre les médecins qui pratiquent dans les CHSLD de la province. Cet outil, qui doit voir le jour d'ici octobre, sera fort utile, à long terme, ajoute-t-elle. « Surtout si survient la deuxième vague que tout le milieu de la santé redoute fortement. » //

ÉTUDE WHI : DE NOUVELLES SURPRISES APRÈS PLUS DE 20 ANS DE SUIVI

DES TAUX DE MORTALITÉ CURIEUX, MAIS RASSURANTS

La Women's Health Initiative est cette énorme étude sur des femmes ménopausées recrutées dans les années 1990. Un suivi de plus de vingt ans révèle que l'hormonothérapie ne hausse pas le taux de décès dus au cancer du sein. Au contraire parfois.

Emmanuèle Garnier



D^r Lucas Sideris

La Women's Health Initiative (WHI), étude faite sur des femmes ménopausées, réserve encore des surprises¹. Les dernières? Selon les nouvelles données, la prise d'œstrogènes seuls pendant sept ans diminuerait, au bout de deux décennies, non seulement l'incidence du cancer du sein, mais aussi le taux de mortalité dû à cette maladie. Et l'association d'œstrogènes et de progestérone, elle, produirait chez les femmes qui y ont recouru durant six ans une légère hausse du taux de cancer du sein, mais sans qu'elles en meurent davantage.

Ces constats, un peu étonnants, publiés dans le *Journal of the American Medical Association*, viennent de l'analyse effectuée par l'équipe du D^r Rowan Chlebowski, de Californie, après un suivi de plus de vingt ans des participantes de l'étude WHI. La *Women's Health Initiative* est cet énorme essai clinique qui comprenait plus de 27 000 femmes recrutées entre 1993 et 1998. Elle comptait deux volets précocement interrompus (encadré). Le premier regroupait des patientes hystérectomisées qui ont pris des œstrogènes ou un placebo pendant sept ans. Le second portait sur des participantes qui ont reçu soit des œstrogènes et de la progestérone, soit un placebo durant six ans. Les participantes de l'étude WHI ont ensuite été suivies jusqu'à la fin de 2017 (encadré).

VOLET « ŒSTROGÈNES SEULS »

Les œstrogènes pris seuls auraient-ils un effet protecteur? Les femmes qui les ont reçus ont connu une diminution significative du risque de cancer du sein qui a persisté plus

d'une décennie après la prise des hormones. Ainsi, chez les 10 739 participantes de ce volet, 238 de celles qui prenaient des œstrogènes ont eu un cancer du sein contre 296 chez les sujets témoins. Un taux annualisé de 0,30% contre 0,37% (rapport des risques instantanés [hazard ratio]: 0,78) (tableau).

Mieux, l'effet sur la mortalité due au cancer du sein était encore plus marqué. Ainsi, le groupe prenant des œstrogènes comptait trente décès dus à la maladie contre 46 dans le groupe témoin. Un taux annualisé de 0,031% contre 0,046% (rapport des risques instantanés: 0,60).

Ces données sont particulièrement intéressantes aux yeux du D^r Chlebowski et de son équipe. « La prise antérieure d'œstrogènes seuls est, à notre connaissance, la première intervention pharmacologique associée à une diminution statistiquement significative de la mortalité par cancer du sein », écrivent-ils. Que ce soit le tamoxifène, le raloxifène ou les inhibiteurs de l'aromatase, aucune molécule n'a produit cette baisse. Ces médicaments réduisent l'incidence du cancer du sein, mais pas le taux de mortalité.

DE PETITS NOMBRES

Chirurgien oncologue au CIUSS de l'est de l'île de Montréal, le D^r Lucas Sideris n'est pas convaincu par les nouvelles données. Son regard sur le lien entre œstrogènes et baisse des décès est plutôt critique. « Le nombre de morts par cancer du sein n'était pas très élevé dans l'étude. La différence entre le groupe témoin et le groupe expérimental n'était que de 16 cas après 20 ans dans une étude comptant près de 11 000 patientes. Ce n'est pas parce que les données sont statistiquement significatives qu'elles le sont d'un point de vue clinique », indique-t-il.

La possibilité d'un effet protecteur de l'hormonothérapie lui semble par ailleurs contre-intuitive. « Comme oncologue spécialisé en cancer du sein, mon impression générale est qu'une stimulation hormonale prolongée, peu importe laquelle, augmente probablement un peu le risque de cancer du sein. Les études observationnelles tendent à le montrer. À l'inverse, dans tous les essais portant sur la prévention du cancer du sein effectués dans des populations à risque, on réduit le taux de cancer du sein lorsqu'on donne une antihormone aux patientes. »



Il est possible que l'étude WHI comporte différents facteurs de confusion. « Il s'agit d'une étude populationnelle dont les chercheurs ne contrôlaient pas toutes les variables. Ce type d'essai clinique à répartition aléatoire est très influencé par des facteurs qui peuvent faire pencher les résultats d'un côté comme de l'autre lorsqu'il porte sur des maladies où il y a peu d'événements », explique le professeur agrégé de chirurgie à l'Université de Montréal.

Néanmoins, les données du Dr Chlebowsky et de ses collaborateurs sont rassurantes. « Une chose est certaine : la prise d'œstrogènes seuls a l'air sûre. On est du côté positif », estime le Dr Sideris, qui pratique à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Les chercheurs, pour leur part, ont déterminé le moment où l'hormonothérapie deviendrait protectrice : au cours de la cinquième année. C'est la période de l'étude où l'association entre les œstrogènes et la baisse de l'incidence du cancer du sein est devenue statistiquement significative. « Et l'est restée ensuite », indiquent-ils.

VOLET « ŒSTROGÈNES ET PROGESTÉRONE »

Le second volet de l'étude WHI, qui porte sur la prise d'œstrogènes et de progestérone, comporte lui aussi une surprise : une hausse du taux de cancer du sein, mais pas des décès dus à la maladie. L'augmentation de l'incidence n'aurait donc pas eu de répercussion significative sur le taux de mortalité.

Ainsi, chez les 16 608 femmes de ce volet, 584 de celles qui prenaient l'association d'hormones ont eu un cancer du sein contre 447 dans le groupe témoin (taux annualisé : 0,45 % contre 0,36 % ; rapport des risques instantanés : 1,28). Et pourtant, le taux de décès liés au cancer du sein n'est pas statistiquement différent dans les deux groupes : 71 morts dans le groupe sous hormonothérapie contre 53 dans l'autre groupe (rapport des risques instantanés : 1,35, $P = 0,11$).

Comment expliquer ces taux divergents de cancer du sein et de mortalité ? « Par l'évolution des traitements, répond le chirurgien oncologue. Pendant les quelque vingt-cinq ans de l'étude, le traitement du cancer du sein a connu des avancées immenses. C'est comme si on diminuait au fur et à mesure l'augmentation du taux de décès grâce aux améliorations thé-

ENCADRÉ

LES PRINCIPALES PHASES DE L'ÉTUDE WHI

La Women's Health Initiative (WHI) est une étude importante. Elle compte 27 347 femmes recrutées de 1993 à 1998 dans quarante centres américains. Les participantes, âgées de 50 à 79 ans, devaient n'avoir jamais eu de cancer du sein et devaient avoir obtenu, au début de l'essai clinique, un résultat négatif à la mammographie de dépistage.

L'étude WHI est scindée en deux volets. Le premier comptait 16 608 femmes ayant un utérus qui ont été réparties au hasard en deux groupes : 8506 prenaient quotidiennement 0,625 mg d'œstrogènes équin conjugués, plus 2,5 mg de médroxyprogestérone tandis que 8102 recevaient un placebo. L'essai clinique a été cessé en 2002 après une durée médiane de 5,6 ans, entre autres à cause de l'augmentation du risque du cancer du sein, qui s'est un peu atténué par la suite. Les premières analyses montraient, de manière globale, que les risques de l'hormonothérapie dépassaient ses avantages.

Le second volet portait sur 10 739 participantes ayant subi une hystérectomie. Elles ont été réparties de manière aléatoire en deux groupes, dont l'un recevait des œstrogènes seuls et l'autre, un placebo. Ce volet a été arrêté en 2004 après une durée médiane de 7,2 ans à cause d'une hausse des accidents vasculaires cérébraux.

Le suivi s'est poursuivi, même si les femmes avaient cessé de prendre l'hormonothérapie ou le placebo. Une analyse effectuée 18 ans après le début de l'étude a montré que les œstrogènes seuls ou associés à la progestérone n'augmentent pas le taux de mortalité global ni la mortalité due à une cause précise comme le cancer ou les maladies cardiovasculaires².

Les femmes ont été suivies jusqu'au 31 décembre 2017. Le Dr Rowan Chlebowsky, du Harbour-UCLA Medical Center, en Californie, et son équipe ont alors analysé les données de l'ensemble de la période couverte, ce qui représente un suivi médian de plus de 20 ans à partir du début de l'essai.

rapeutiques. Si l'on était resté figé dans le temps et qu'on avait appliqué le traitement du cancer du sein de 1993 pendant vingt-ans ans, je crois que le taux de mortalité aurait augmenté. »

TABLEAU | RÉSULTATS DE L'ÉTUDE WHI APRÈS UN SUIVI MÉDIAN DE DEUX DÉCENNIES

Volet de l'étude	Œstrogènes seuls		Œstrogènes et progestérone	
Données générales				
Type de participantes	Avec hystérectomie		Sans hystérectomie	
Nombre total	10 739		16 608	
Fin de l'étude	2004		2002	
Durée médiane de la prise d'hormones ou du placebo	7,2 ans		5,6 ans	
Résultats				
Groupes de l'étude	Avec hormones	Placebo	Avec hormones	Placebo
Nombre de participantes	5310	5429	8506	8102
Cancer du sein				
Nombre de cas	238	296	584	447
Taux annualisé	0,30 %	0,37 %	0,45 %	0,36 %
Rapport des risques instantanés*	0,78 ($P = 0,005$)		1,28 ($P < 0,001$)	
Intervalle de confiance à 95 %	0,65–0,93		1,13–1,45	
Mortalité				
Nombre de cas	30	46	71	53
Taux annualisé	0,031 %	0,046 %	0,045 %	0,035 %
Rapport des risques instantanés	0,60 ($P = 0,04$)		1,35 ($P = 0,11$)	
Intervalle de confiance à 95 %	0,37–0,97		0,94–1,95	
* Hazard ratio				

La hausse du taux de cancer du sein observée n'est donc pas mortelle, mais elle a un coût. Les tests que doivent passer les patientes, les traitements qu'il leur faut subir, les séquelles qui leur restent. En outre, l'hormonothérapie était associée à des cancers du sein diagnostiqués à des stades plus avancés et accompagnés d'une atteinte des ganglions. « Les patientes qui auraient pu être diagnostiquées à un stade plus précoce auraient peut-être évité une chirurgie plus radicale, n'auraient peut-être pas subi de chimiothérapie, des biopsies répétées, de la radiothérapie aussi intensive, etc. », affirme le Dr Sideris.

Heureusement, la hausse de l'incidence du cancer du sein n'était pas très élevée. Et elle n'est devenue statistiquement significative qu'à partir de la sixième année. « Il s'agit d'une augmentation modeste. Un rapport des risques instantanés de 1,28 signifie que l'on augmente approximativement de 30 % le risque de cancer du sein. Ce n'est pas énorme, mais il faut quand même bien considérer la raison pour laquelle on prescrit une hormonothérapie de remplacement », précise le spécialiste. D'autant plus que l'élévation du risque persiste plus d'une décennie après la fin de la prise des hormones.

UNE ÉTUDE COLOSSALE AVEC DES LIMITES

L'étude WHI est impressionnante, mais comporte des limites. Et l'une d'elles est l'adhésion des participantes au traitement. Ainsi, dans le volet sur les œstrogènes, 54 % des participantes ont cessé leur hormonothérapie au cours de l'essai clinique contre 42 % dans le volet sur l'association œstrogènes-progestérone.

Néanmoins, les données de la Women's Health Initiative sont importantes. « Il faut rendre hommage aux chercheurs: ils ont fait un incroyable travail. C'est une étude colossale qui constitue une avancée pour la science. Elle permet de rassurer les médecins qui veulent prescrire l'hormonothérapie de remplacement. Elle leur donne des outils pour discuter avec la patiente et prendre une décision plus éclairée », estime le Dr Sideris. //

BIBLIOGRAPHIE

- Chlebowski RT, Anderson GL, Aragaki AK et coll. Association of menopausal hormone therapy with breast cancer incidence and mortality during long-term follow-up of the Women's Health Initiative randomized clinical trials. *JAMA* 2020; 324 (4) : 369-80.
- Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE et coll. Menopausal hormone therapy and long-term all-cause and cause-specific mortality: The Women's Health Initiative randomized trials. *JAMA* 2017; 318 (10) : 927-38.