TOURNÉE DU PRÉSIDENT DE LA FMOQ

LES NOUVELLES DIRECTIVES CONCERNANT LA TÉLÉCONSULTATION

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

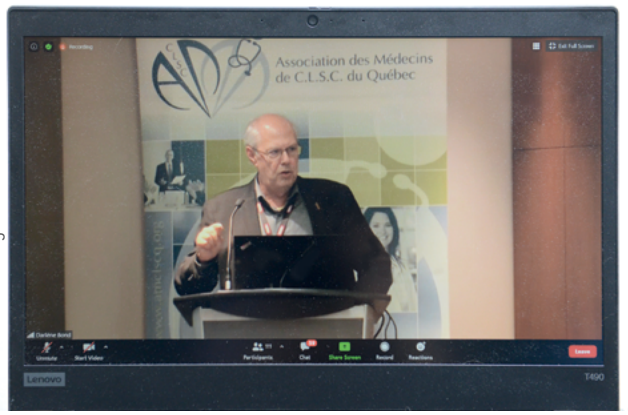


Photo : Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

Le Dr Louis Godin en visioconférence à l'AGA virtuelle de l'Association des médecins de CLSC du Québec.

La téléconsultation a été l'une des révélations de la pandémie. Un service qui va devenir permanent. « Actuellement, le gouvernement provincial et la FMOQ jettent les bases du cadre définitif de la téléconsultation. Nous voulons qu'il soit prêt pour le jour où l'urgence sanitaire se terminera afin que les médecins puissent continuer à utiliser cet outil », a expliqué le **Dr Louis Godin**, président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, à l'assemblée générale virtuelle de l'Association des médecins de CLSC du Québec, le 6 novembre dernier.

De nouvelles modifications à la lettre d'entente 269 préciseront l'emploi de la téléconsultation. « On accordera beaucoup d'importance au jugement clinique du médecin. Si vous estimez que le problème du patient peut être réglé sans rencontre, vous pourrez alors recourir à la téléconsultation. Si, au cours d'une téléconsultation, vous jugez que la personne a besoin d'un examen, vous devrez le faire ou quelqu'un devra le faire à votre place », a indiqué le président.

Mais, actuellement, quelles sont les règles ? Les médecins doivent-ils toujours privilégier la téléconsultation ? « Entre le 15 mars et le 1er mai, on disait à la population : "restez chez vous, ne sortez pas et n'allez surtout pas chez le médecin". » La situation a cependant changé. Les gens peuvent maintenant sortir.

« Les médecins peuvent donc voir les patients à la clinique. Il faut en être conscient. Quand un patient vous dit : « Docteur, je veux vous voir » et que vous jugez qu'une consultation en personne ne constitue pas un risque pour lui, voyez-le. Si vous prenez en charge un patient que vous n'avez jamais vu, vous devez le rencontrer », a souligné le Dr Godin.

Par ailleurs, un des critères importants pour décider de la pertinence d'une téléconsultation reste le jugement clinique. « C'est l'élément sur lequel il faut se concentrer à court terme, parce qu'il n'y aura pas d'entente définitive sur la téléconsultation avant au moins de douze à dix-huit mois. »

« ACCÈS EN 36 HEURES »

Le ministère de la Santé a un nouvel objectif : l'accès rapide aux soins quand c'est nécessaire. Certains nomment ce service « l'accès en 36 heures ». « L'objectif est de permettre aux patients d'être vus sans tarder lorsque leur état de santé le requiert. Cette mesure est destinée autant aux patients P4 et P5 des urgences qu'aux patients orphelins et aux personnes inscrites auprès d'un médecin ou dans un GMF », a précisé le Dr Godin aux auditeurs virtuels.

Jusqu'à récemment, la priorité était à l'inscription de patients et à la disponibilité à l'égard de la clientèle inscrite. Mais la pandémie a bouleversé la situation. « La conclusion à laquelle les autorités gouvernementales et nous en sommes venus, c'est qu'il faut s'assurer pendant la période que nous traversons, que tous les Québécois, qu'ils aient ou non un médecin de famille, soient vus rapidement par un clinicien si leur état le nécessite. C'est un défi important parce que c'est une modification de notre façon de faire. »

Ce changement de vision a évidemment des répercussions. Les médecins ont déjà leurs patients, leurs tâches et leurs obligations. « On est à la guerre actuellement, a souligné le président. On doit prioriser. Le plan de priorisation des activités de première ligne en fonction des niveaux d'alerte, élaboré par le gouvernement, indique que, lorsque la situation l'exige, on peut dire à une partie de notre clientèle que l'on retardera un peu le moment d'une consultation, parce que l'on doit répondre à d'autres demandes. »

Tous ces changements vont probablement durer encore plusieurs mois. Et une fois le retour à la normale, la situation ne sera peut-être plus la même qu'avant la pandémie. //

ASSOCIATION DU SUD-OUEST

LES MÉDECINS DE FAMILLE, DES GARDIENS DES SOINS

Nathalie Vallerand

Photo : Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

Dr Sylvain Dufresne

« Devant une crise, les médecins de famille ne paniquent pas, ils agissent. On le voit avec la COVID-19. Les médecins oublient leurs craintes pour eux-mêmes et se retroussent les manches », a souligné le **Dr Sylvain Dufresne** devant les membres de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest (AMOSO) au cours de l'assemblée générale annuelle virtuelle, le 29 octobre dernier.

Le président de l'AMOSO a constaté ce dévouement notamment dans les tours de garde des cliniques désignées d'évaluation (CDÉ). « J'envoie aux médecins la liste des besoins pour le prochain mois, et tout est comblé en quelques jours », indique l'omnipraticien, qui fait également partie du comité de direction du département régional de médecine générale.

S'il y a un aspect positif à retenir de la pandémie, selon le Dr Dufresne, c'est la collaboration. Qu'ils travaillent dans un CLSC, un GMF ou une clinique privée, tous les médecins de la région ont donné un coup de main dans les CDÉ. Certains ont même fait des gardes dans un autre réseau local de services (RLS) que le leur. « Depuis le début, les médecins se serrent les coudes pour offrir des soins à la population », affirme le Dr Dufresne.

Même chose dans les CHSLD frappés par une éclosion ou encore dans le milieu de soins non traditionnel qu'est devenu l'Hôtel Plaza (SNT-Plaza), à Valleyfield. Un lieu qui a accueilli pendant la première vague des patients de résidences pour personnes âgées nécessitant des soins de niveau C ou D. « Si le SNT-Plaza a été un succès, c'est grâce à la collaboration de médecins de différents horizons qui ont partagé leur expertise en soins à domicile, en soins palliatifs, en soins de deuxième ligne et en productivité pour définir des trajectoires de soins fluides. »

Ce sont d'ailleurs des omnipraticiens qui sont à l'origine de la création du centre de soins dans le SNT-Plaza. Sachant que l'hôpital n'est pas le meilleur endroit pour s'occuper de personnes âgées en fin de vie, ils ont fait pression sur le CISSS de la Montérégie-Ouest pour obtenir un lieu plus approprié. « En plus de soigner, les médecins se font les gardiens des soins, a signalé le président de l'AMOSO à l'assemblée générale. Quand on met notre poing sur la table, on peut faire bouger les choses. »

Autre exemple : les médecins ont demandé au CISSS de la Montérégie-Ouest d'ouvrir une clinique de dépistage à Vaudreuil au printemps dernier. Et comme il n'y a pas d'hôpital dans la ville, ils se sont engagés à fournir un médecin sur place pour évaluer les patients. « L'endroit était un hybride entre un centre de dépistage et une CDÉ », précise le Dr Dufresne.

LE TRAVAIL INVISIBLE

Lors de la rencontre virtuelle, le Dr Dufresne a par ailleurs déploré l'accent mis sur le nombre de patients inscrits au guichet d'accès à un médecin de famille au détriment des autres aspects du travail des omnipraticiens. Les efforts pour assurer l'accès aux soins, les exigences des normes de pratique, la prise en charge par de jeunes médecins d'une partie de la clientèle de médecins vieillissants… Rien de cela n'est visible dans le chiffre brut du guichet.

Pas plus, d'ailleurs, que les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale. « Des patients qu'on ne voyait presque jamais consultent pour des problèmes d'anxiété et de dépression, observe le président. Ce n'est pas un problème qu'on règle en dix minutes. En outre, notre région manque de spécialistes. Les médecins de famille doivent donc voir et revoir ces patients qui attendent un rendez-vous avec un spécialiste. »

Néanmoins, le Dr Sylvain Dufresne a invité les 295 membres de l'AMOSO à redoubler d'efforts pour s'occuper des patients vulnérables. « Notre travail de médecin de famille, c'est de prendre en charge les personnes qui ont le plus besoin de nous, c'est-à-dire celles qui sont classées A, B et C dans le guichet. » //

LA GRANDE MARCHE VIRTUELLE

UN SUCCÈS TOTAL : PLUS DE 163 000 PARTICIPANTS INSCRITS !

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

Cette année, ils étaient 163 769 à s'être inscrits à la Grande Marche organisée virtuellement par le Grand Défi Pierre Lavoie, les 17 et 18 octobre. Un nombre deux fois plus élevé que l'an dernier. Et sur le terrain, ils étaient peut-être entre 350 000 et 400 000 à avoir parcouru les 5 km de l'épreuve, selon les organisateurs. Parmi les participants, il y avait par ailleurs 777 médecins de famille, eux aussi toujours plus nombreux.

« C'est un véritable succès. Je ne m'y attendais pas, parce que c'était une première expérience », déclare **M. Pierre Lavoie**, l'un des cofondateurs du Grand Défi. La formule virtuelle a été concoctée en quelques jours, quand il est devenu évident que la pandémie empêcherait la tenue de l'événement dans sa forme habituelle.

La solution du Grand Défi : une marche individuelle de 5 km que les gens effectueraient tous pendant la même fin de semaine, mais chacun chez soi. Les participants pourraient s'inscrire sur le site Internet du Grand Défi avant ou après l'événement.

UN CHANGEMENT DE SOCIÉTÉ

L'an prochain, la Grande Marche pourrait être une formule mixte, où organisations virtuelle et réelle se côtoieraient. « Tout est permis. Ce n'est qu'un début. On va beaucoup miser sur le Web. On a déjà investi pour créer rapidement notre plateforme. On va s'assurer qu'elle est hyperfonctionnelle », explique l'organisateur.

Internet est un outil puissant. « Il nous permet de rejoindre presque tout le monde. Maintenant, il n'y a plus de limite. L'an passé, 101 villes ont eu leur Grande Marche. Cette année, il y en avait 1061 dans lesquelles des participants marchaient, ce qui représente 96 % des villes du Québec. »

Pierre Lavoie est ébloui par ce succès inattendu et surtout par sa signification. « Cette fin de semaine a révélé que, dorénavant, les Québécois constituent l'une des rares sociétés sur la planète à considérer les saines habitudes de vie aussi importantes que l'environnement. On est capable de réunir des milliers de personnes pour le climat, et maintenant, on peut le faire pour la prévention des maladies. Il y a dix ans, ce n'aurait pas été possible. »

Un important phénomène social s'est produit. « Il y a une prise de conscience. À présent, les gens savent que l'on peut obtenir de grands gains pour la santé physique et mentale grâce à l'activité physique. Quand on leur donne l'occasion d'agir, ils répondent présents. »

Pierre Lavoie travaille depuis longtemps à ce changement. « Je savais que cela allait demander vingt ans. On ne peut pas modifier rapidement le comportement des gens. Et il ne faut surtout pas l'imposer. On doit éduquer les plus jeunes et accompagner les gens qui en ont besoin. Quant à ceux que cela n'intéresse pas, ils seront un jour portés par la vague. L'activité physique devient la normalité sociale. » //

SOINS MÉDICAUX DANS LES CHSLD

UN NOUVEL OUTIL : LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE

Nathalie Vallerand

Dre Sophie Zhang

L'automne dernier, la **Dre Thérèse Nguyen** a adhéré à la nouvelle communauté de pratique des médecins en CHSLD (*www.cpmchsld.ca*). « Les cliniciens en CHSLD travaillent souvent seuls, constate l'omnipraticienne qui est chef de service des CHSLD du CISSS de Laval. Je suis devenue membre pour prendre contact avec d'autres chefs. Je veux ouvrir la discussion sur des enjeux comme les plans d'intervention médicale d'urgence ou la communication avec les gestionnaires. Je pense qu'on peut apprendre les uns des autres pour améliorer notre pratique et les soins aux patients. »

Tout médecin de famille ou médecin spécialiste qui œuvre en CHSLD ou éprouve un intérêt pour ce type d'établissement peut faire partie de cette communauté. Au début de novembre, elle comptait 345 membres.

Les échanges se font dans des forums en ligne sur la plateforme virtuelle Teams. Une douzaine de canaux de conversation proposent autant de sujets : prévention et contrôle des infections, éclosion de COVID, cogestion, tests et dépistage, deuil, réadaptation, etc. Des webinaires sont aussi présentés sur Teams, comme celui d'octobre dernier sur la thromboprophylaxie et les corticostéroïdes dans la prise en charge de la COVID-19 en CHSLD.

La Dre Nguyen a utilisé la plateforme pour lancer une suggestion qui a suscité un vif intérêt chez ses pairs : effectuer le dépistage hebdomadaire de la COVID-19 auprès du personnel des CHSLD à l'aide d'un test salivaire. « Comme c'est moins effractif qu'un prélèvement nasal avec écouvillon, le taux de participation est plus élevé, explique la clinicienne qui exerce au CHSLD Sainte-Dorothée et au GMF-R de la Polyclinique médicale Fabreville. De plus, cette méthode permet de détecter plus rapidement les personnes infectées, ce qui diminue les risques d'éclosion. » Le CISSS de Laval a été le premier au Québec à utiliser cette technique après la mise au point d'un test par son laboratoire de microbiologie.

« La communauté de pratique est une formule idéale pour partager de bonnes pratiques, trouver des réponses à des problèmes et réseauter », affirme pour sa part la **Dre Sophie Zhang**, médecin de famille et cochef adjointe de l'hébergement du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Elle fait partie des instigateurs de l'initiative, avec les médecins de famille **Élise Boulanger**, **Catherine Richer**, **Andrée Robillard** et **Neb Kovacina**, ainsi que les gériatres **Julia Chabot** et **Quoc Dinh Nguyen**. Les sept praticiens, qui se sont connus lors de la première vague de COVID-19, composent maintenant le comité directeur de la communauté de pratique des médecins en CHSLD.

UNE STATION POUR ÉVALUER LE PATIENT À DISTANCE

Médecin de famille au GMF-U de Lévis et au CHSLD Paul-Gilbert, le **Dr Julien Quinty** a une passion pour la télésanté. Il a récemment lancé dans la communauté de pratique un canal de conversation sur ce sujet. Et il y a présenté sa nouvelle création : une station mobile de télésanté (*photo*).

Le Dr Quinty a fabriqué l'appareil à partir de l'équipement de prise des signes vitaux qu'on roule d'une chambre à l'autre. Il y a ajouté un bras articulé acheté sur Internet, une tablette électronique et le filage pour la charger.

La nouvelle station devient les yeux du médecin. « Une image vaut mille mots, explique son concepteur. Il est préférable de voir une plaie que de se la faire décrire. Un autre avantage de la station mobile : l'infirmière a les mains libres. Elle n'a plus à tenir la tablette tout en défaisant le pansement du patient, par exemple. »

Dre Thérèse Nguyen

Photo : Julien Quinty

Station mobile de télésanté

Pour la Dre Thérèse Nguyen, la station mobile présentée par le Dr Quinty tombait pile. Elle cherchait justement un moyen de faire de la téléconsultation avec les résidents des CHSLD. « Quand je suis en zone rouge et qu'un patient en zone verte a besoin d'une évaluation médicale, c'est compliqué, car je dois passer par une « décontamination ». À l'aide d'une station comme celle du Dr Quinty, je pourrais faire ma tournée médicale dans la zone verte, sans sortir de la zone rouge. C'est une façon de se dédoubler ! De plus, cela permettrait d'utiliser moins d'équipement de protection. »

Pour l'omnipraticienne, les bonnes idées en santé sont faites pour être copiées ou adaptées à la réalité régionale de chacun. Elle fait d'ailleurs des démarches pour doter les CHSLD de son CISSS de stations mobiles.

UNE COMMUNAUTÉ EST NÉE

C'est la COVID-19 — encore elle — qui est à l'origine de la communauté de pratique des médecins en CHSLD. Si la pandémie a frappé fort dans les CHSLD au printemps dernier, elle a aussi entraîné une vague d'entraide et de collaboration sans précédent. Les barrières tombaient. Des médecins venaient donner un coup de main dans les CHSLD. L'information circulait.

Par exemple, la Dre Sophie Zhang et la Dre Julia Chabot, gériatre au Centre hospitalier de St. Mary, ont réuni en un seul guide électronique les documents sur la gestion des éclosions de COVID-19 en CHSLD qu'elles avaient conçus avec leur équipe respective. « Nous nous sommes dit qu'il fallait partager notre expérience avec nos collègues de partout au Québec », dit la Dre Zhang, qui a contribué à gérer plus de 1 200 cas de cette maladie.

La crise a aussi donné une voix aux médecins en CHSLD. « Le Dr Quoc Dinh Nguyen nous a consultés plusieurs fois pour avoir notre opinion terrain sur divers dossiers, comme le retour des proches aidants dans les établissements », indique l'omnipraticienne. Gériatre au Centre hospitalier de l'Université de Montréal, le Dr Nguyen présidait un groupe d'experts qui conseillait le gouvernement sur les mesures pour les aînés pendant la première vague.

Tout cela devait continuer. « Les canaux de collaboration et de communication étaient ouverts. Il fallait qu'ils le restent, d'autant plus qu'il n'existait pas de regroupement de médecins en CHSLD », indique la Dre Zhang qui pratique aux CHSLD Jean-De La Lande et Paul-Bruchési, ainsi qu'au GMF-U des Faubourgs.

MISSION ÉLARGIE APRÈS LA PANDÉMIE

La communauté de pratique des médecins en CHSLD a été créée l'été dernier et, dès septembre, elle s'intégrait au Collège québécois des médecins de famille (CQMF). Ses fondateurs ont pris cette décision pour en assurer la pérennité et en accroître l'influence dans le réseau de la santé. « Avec le rayonnement, le financement et l'aide administrative que nous procure le CQMF, nous avons bon espoir que la communauté ne disparaîtra pas après la COVID », affirme la Dre Zhang, qui en est coprésidente avec la Dre Boulanger.

Pour le moment, la nouvelle communauté de pratique se concentre sur la COVID-19. Toutefois, d'autres mandats s'ajouteront lorsque la vie normale reprendra. Par exemple, on discutera d'enjeux cliniques, comme les trajectoires de soins, la déprescription, l'approche palliative, etc. Il sera aussi question de collaboration interdisciplinaire. Le comité directeur souhaite également mettre sur pied une infrastructure de recherche en CHSLD, participer à la réflexion sociale sur les milieux d'hébergement des aînés dans la province et même tisser des liens avec des résidences privées qui offrent des soins.

« Notre objectif principal, c'est d'améliorer les soins aux personnes âgées et la qualité de la pratique médicale en CHSLD, souligne la Dre Sophie Zhang. Notre communauté de pratique contribuera aussi à donner une voix plus forte aux patients, aux travailleurs et aux milieux d'hébergement, jusqu'à maintenant peu représentés dans les instances administratives, professionnelles et gouvernementales. » //

COMMENT AMÉLIORER LES LIENS AVEC LE PATIENT ?

CINQ RECOMMANDATIONS FORMULÉES À PARTIR D'ÉTUDES

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

Comment être plus présent avec le patient ? Comment améliorer le contact avec lui malgré les contraintes de temps, la technologie et les exigences administratives ? Des chercheurs de l'Université de Stanford, en Californie, se sont penchés sur la question. Leurs travaux, publiés dans le *Journal of the American Medical Association*, ont établi cinq actes qui permettent au médecin d'accroître les interactions significatives avec son patient[1].

Les auteurs, la **Dre Donna Zulman** et ses collaborateurs, conseillent ainsi aux cliniciens de :

1. se préparer avant la consultation ;
2. écouter attentivement le patient, sans l'interrompre ;
3. décider avec le patient des points importants à discuter ;
4. s'intéresser à son histoire ;
5. se pencher sur les signes émotionnels du patient.

Pour en arriver à ces recommandations, l'équipe de la Dre Zulman a effectué une recherche aux multiples dimensions. Elle a d'abord trouvé, dans sa revue de littérature, soixante-treize études sur des interventions interpersonnelles efficaces. Puis, elle a observé, au cours de vingt-sept consultations, des médecins reconnus pour leurs compétences sociales exceptionnelles. Elle a ensuite interrogé tant les cliniciens que les patients sur les stratégies utilisées.

Pour élargir leurs horizons, les chercheurs ont exploré les pratiques dans d'autres domaines. Ils ont ainsi rencontré trente professionnels non-médecins : des travailleurs sociaux, des gestionnaires, des artistes, des pompiers, des aumôniers, etc. La Dre Zulman et ses collaborateurs tentaient de découvrir des stratégies transposables en médecine.

Après avoir effectué une synthèse des données, les chercheurs ont retenu treize actions susceptibles d'accroître le lien entre le médecin et son patient. Ils ont ensuite soumis ces actes à un panel de quatorze chercheurs, cliniciens, patients, soignants et chefs de file en santé qui les ont analysés et en ont gardé cinq.

1. LA PRÉPARATION

À la lumière de leurs travaux, la Dre Zulman et ses collaborateurs recommandent aux médecins de se préparer avant la consultation. Ils peuvent revoir le dossier médical du patient, lire ses réponses au questionnaire qui a pu lui être remis avant la visite et jeter un coup d'œil sur ses informations personnelles. Cette familiarisation permettra aux cliniciens une connexion plus immédiate avec le patient, estiment les chercheurs.

Le médecin peut ensuite faire une pause et se concentrer avant de rencontrer le patient. Certains prennent trois inspirations profondes avant d'aller dans la salle d'examen. « Créez-vous un rituel pour mobiliser votre attention avant la visite », suggèrent les chercheurs. Ce type de pratique a surtout été étudié dans le cadre du bien-être du médecin et de la réduction du stress basé sur la pleine conscience.

2. L'ÉCOUTE

Une fois en présence du patient, on doit écouter ce dernier avec la plus grande attention. Le langage non verbal du médecin doit en témoigner. Le clinicien peut ainsi « être assis, penché vers l'avant, garder une position corporelle d'ouverture et être tourné vers le patient », mentionnent les chercheurs.

Ces éléments sont plus importants qu'on ne le croit. « Il a été démontré que la posture physique bienveillante du médecin favorise la création de la relation, la confiance et la satisfaction du patient à l'égard du traitement. »

Avec l'utilisation du dossier médical électronique, une attitude d'ouverture est particulièrement utile. « Le fait de partager l'écran de l'ordinateur avec le patient et d'orienter son corps vers lui, même quand on tape, a une influence positive sur la communication médecin-patient, le transfert d'informations, la confiance et la satisfaction du patient », assurent les auteurs.

Puis, quand le patient commence à parler, il faut éviter de lui couper la parole. « Les recherches ont montré qu'en moyenne, les médecins interrompent leurs patients durant les onze premières secondes. Quand les praticiens écoutent attentivement et n'interrompent pas le monologue d'ouverture, les patients communiquent mieux, donnent plus d'informations médicales et indiquent être plus satisfaits. »

3. LES POINTS IMPORTANTS

Dès le début de la rencontre, il est recommandé de voir avec le patient les points importants pour lui et de les incorporer

dans l'ordre du jour de la consultation. Le questionnaire qui est parfois remis aux gens avant la consultation peut servir de base à la discussion.

« Les données semblent indiquer que le fait de préparer un ordre du jour ensemble réduit les nouvelles préoccupations qui surgissent à la dernière minute, améliore le taux de satisfaction des patients et a une influence positive sur des symptômes comme la douleur et l'anxiété », affirment la Dre Zulman et son équipe.

4. L'HISTOIRE DU PATIENT

Il est important de s'intéresser à l'histoire du patient, estiment les chercheurs. Les médecins doivent connaître les éléments qui influencent sa santé. Cela « implique d'être curieux et de créer un lien en interrogeant le patient sur son milieu socioculturel et ses conditions de vie. » Le fait que le médecin tente de saisir la perspective du patient montre qu'il souhaite le comprendre, crée une atmosphère de confiance et peut influencer directement la qualité des soins, mentionnent les chercheurs.

Comment connaître les particularités d'un patient ? Un professeur du secondaire a donné aux chercheurs son truc. « Le premier jour d'école, je demande toujours (aux élèves) de m'indiquer dans une lettre une information qu'ils veulent que je sache sur eux. Certains disent des choses comme : "J'ai quatre frères et sœurs, ce qui signifie que la maison est bondée" tandis que d'autres vont plutôt écrire "Je suis dyslexique. S'il vous plaît, ne faites pas appel à moi pendant le cours." »

La Dre Zulman et ses collaborateurs recommandent également de souligner les efforts et les réussites des patients. « L'attitude positive du médecin a été associée à de bons résultats sur la santé du patient, un constat que l'on peut mettre en parallèle avec les données sur l'encadrement positif des athlètes. Les études semblent indiquer que le fait de reconnaître les efforts du patient et ses progrès par des commentaires favorise l'adhésion au traitement ainsi que le changement de comportement de ces cinq actes et encourage la personne à participer à ses soins. »

5. LA DIMENSION ÉMOTIONNELLE

Les émotions peuvent être importantes dans une consultation. Les chercheurs recommandent aux praticiens de s'intéresser aux signes verbaux et non verbaux du patient, comme le changement de ton de voix, les expressions faciales et le langage corporel. Ils conseillent également d'aider le patient à manifester ses émotions par des questions comme : « Que ressentez-vous à ce sujet ? ». Les médecins peuvent en outre renvoyer à la personne un reflet de ses émotions en lui mentionnant : « Cela semble très difficile » ou « Je peux voir que cela vous touche profondément. »

Il faut donc accroître son intérêt pour les émotions ? « Beaucoup de données semblent indiquer que la sensibilité interpersonnelle du clinicien, qui inclut sa capacité à percevoir les émotions du patient, est associée à des résultats favorables chez le patient, dont sa satisfaction, la fidélité au rendez-vous et l'intégration des informations transmises. »

Évidemment, tous les cliniciens n'ont pas la même capacité à lire les émotions. Néanmoins, les recherches montrent que les patients sont sensibles aux tentatives de leur médecin, même quand il se trompe.

AU CŒUR DE LA MÉDECINE

Ainsi, pour la Dre Zulman et ses collaborateurs, les rapports humains restent au cœur de la médecine. Toutefois, ils sont menacés dans l'environnement actuel des soins de santé. « À une époque où l'on dépend de plus en plus de la technologie, que ce soit pour les dossiers médicaux, le diagnostic ou le traitement, il est crucial de reconnaître la valeur du lien et des soins humains et de leur donner priorité », estiment les chercheurs. Ils ont pour cela repéré des actions, reposant sur des preuves scientifiques, qui ont le potentiel de rendre le médecin plus présent et de bonifier son expérience et celle du patient.

D'autres études sont maintenant nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces pratiques utilisées ensemble, admet l'équipe de la Dre Zulman. L'application des cinq actes améliorera-t-elle le lien du médecin avec son patient ? Enrichira-t-elle leur expérience à tous les deux ? Augmentera-t-elle les résultats cliniques ? //

BIBLIOGRAPHIE

1. Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG et coll. Practices to foster physician presence and connection with patients in the clinical encounter. *JAMA* 2020 ; 323 (1) : 70-81.

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS CARDIOVASCULAIRES

UNE MOLÉCULE AUX PUISSANTS EFFETS : LA COLCHICINE

Dès l'an prochain, les lignes directrices sur la prévention secondaire des maladies coronariennes pourraient être modifiées par une étonnante molécule : la colchicine. Elle diminuerait de 32 % un ensemble de risques de complications cardiovasculaires.

Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

Photo : Jimmy Hamelin

Dr Jean-Claude Tardif

La prévention des maladies coronariennes est à un tournant. Une surprenante molécule va probablement bouleverser les lignes directrices en 2021 : la colchicine. Issue d'une plante aux splendides fleurs, peu coûteuse, elle serait connue depuis au moins 2000 ans.

« La colchicine a apporté des bienfaits cardiovasculaires comme je n'en avais jamais vus dans ma carrière, affirme le **Dr Jean-Claude Tardif**, directeur du Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal. Dans une importante étude que nous avons menée, elle a réduit de 23 % le risque d'apparition d'une nouvelle complication cardiovasculaire chez des patients qui avaient subi un infarctus du myocarde. Quand on ajoute les récidives ultérieures, l'ensemble des complications a diminué de 34 %[1]. La colchicine a produit cette baisse chez des patients qui prenaient déjà une statine et un antiplaquettaire. »

D'autres études sur la colchicine sont parvenues à des résultats similaires. Une méta-analyse, récemment publiée dans le *Canadian Journal of Cardiology*, s'est penchée sur quatre essais cliniques portant sur la prise de cette molécule en prévention secondaire. L'étude, effectuée par le Dr Tardif et **Mme Michelle Samuel**, de l'Institut de Cardiologie de Montréal, comprenait au total 11 594 patients atteints d'une maladie coronarienne[2].

Mises ensemble, les données révèlent que, par rapport au placebo, la colchicine diminue de manière statistiquement significative de :

- 32 % l'ensemble des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des revascularisations coronariennes urgentes et des morts d'origine cardiovasculaire ;
- 38 % les infarctus du myocarde ;
- 62 % les AVC ;
- 34 % les revascularisations coronariennes urgentes.

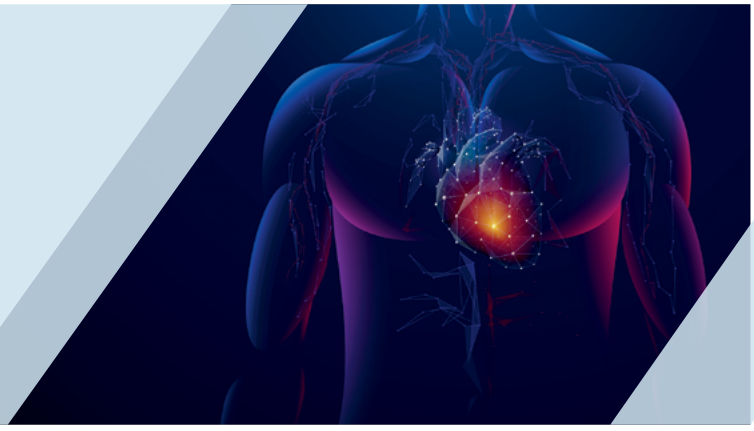
« Chez les patients atteints d'une maladie coronarienne, l'ajout de colchicine à faible dose au traitement médical standard réduit systématiquement et significativement l'incidence des complications cardiovasculaires importantes par rapport au traitement courant seul », concluent les chercheurs de l'Institut de Cardiologie de Montréal.

Quels changements pourraient alors apparaître dans les prochaines lignes directrices ? « Selon moi, il faut envisager la prescription de colchicine à tous les patients atteints d'une maladie coronarienne sans insuffisance rénale grave. Pour moi, ce médicament devient le troisième pilier du traitement, qui comprend déjà une statine et un antiplaquettaire, estime le Dr Tardif. En ce qui concerne le patient qui vient de faire un infarctus du myocarde, à mon avis, il devrait commencer à en prendre avant son départ de l'hôpital. »

Et quand la colchicine pourra-t-elle être prescrite dans ce cadre ? Pharmascience, le fabricant du médicament, compte soumettre à Santé Canada une demande d'homologation pour de nouvelles indications au cours du premier trimestre de 2021. Normalement, le processus nécessite un an, mais l'entreprise demandera une analyse accélérée.

LA PIÈCE MANQUANTE

La colchicine pourrait être cette pièce manquante dans la prévention des maladies coronariennes. Actuellement, le



traitement des coronaropathies comporte plusieurs facettes : modifications du mode de vie, réduction des facteurs de risque et pharmacothérapie. Des approches qui réduisent la progression de l'athérosclérose et diminuent l'incidence des complications cardiovasculaires. Mais elles restent insuffisantes. Bien des patients sont encore victimes d'un infarctus du myocarde, d'un AVC, d'un arrêt cardiaque ou meurent d'une complication cardiovasculaire[2].

L'inflammation serait au cœur du problème. « On sait depuis au moins une quinzaine d'années qu'elle est une composante importante de l'athérosclérose. L'inflammation est présente dès le début de la maladie, tout au cours de sa progression et jusqu'à la complication qu'est la rupture de la plaque d'athérome », explique le Dr Tardif, professeur titulaire de médecine à l'Université de Montréal. Et lorsque l'infarctus du myocarde se produit, le patient subit à la fois l'inflammation aiguë liée à la crise cardiaque et l'inflammation chronique découlant de son athérosclérose.

Le remède logique semble être un anti-inflammatoire. Et la colchicine en est un puissant. « Quand on l'administre à des gens qui ont une articulation gonflée, rouge, chaude et douloureuse à cause de la goutte, on voit rapidement l'inflammation diminuer, mentionne le cardiologue. Chez les personnes ayant des problèmes coronariens stables, elle réduit le taux de protéine C réactive d'environ 25 %. »

Photo : Emmanuèle-Élyanthe Garnier-Nord

Colchiques du Jardin botanique de Montréal

Comment agit la molécule ? Se concentrant surtout dans les leucocytes, elle réduirait l'inflammation grâce à plusieurs mécanismes. La colchicine diminuerait, par exemple, la circulation d'interleukines en ciblant, dans les cellules, l'inflammasome, un complexe de protéines qui permet la production de ces cytokines. Elle inhiberait également l'inflammation et l'instabilité des plaques d'athérome induites par les cristaux de cholestérol[2].

La colchicine, initialement extraite du gracieux colchique d'automne (*photo*), a par ailleurs toutes les qualités : prise par voie orale, elle est peu coûteuse, bien connue et a peu d'effets indésirables. Elle est déjà indiquée contre la goutte et la fièvre méditerranéenne familiale et est employée en première ligne pour les péricardites.

DES DONNÉES IMPRESSIONNANTES

Au Québec, le Dr Tardif a dirigé un grand essai clinique sur la nouvelle molécule vedette : le Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial (COLCOT)[1]. L'étude, publiée il y a un an dans le *New England Journal of Medicine*, comprenait 4745 patients recrutés en moyenne quatorze jours après leur infarctus du myocarde (*encadré 1*). Après un suivi médian de presque deux ans, les patients qui prenaient de la colchicine avaient 23 % moins de risque que le groupe témoin de subir une complication comme un infarctus du myocarde, un AVC, une revascularisation d'urgence ou un décès de nature cardiovasculaire.

Quand la colchicine était administrée durant les trois premiers jours suivant l'infarctus, les données devenaient spectaculaires. L'incidence des complications chutait alors de 48 %, selon une sous-analyse de l'étude COLCOT (*encadré 1*)[3]. Il pourrait ainsi être avantageux de prescrire le médicament au patient dès le début de son hospitalisation.

La colchicine est donc efficace dans le cas des syndromes coronariens aigus. Mais qu'en est-il pour les maladies

ENCADRÉ 1.

ÉTUDE COLCOT

L'étude Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial (COLCOT) est un essai clinique à répartition aléatoire à double insu qui s'est déroulé dans 167 centres répartis dans douze pays, dont le Canada[1]. Elle comptait 4745 patients qui avaient été victimes d'un infarctus du myocarde au cours des trente jours précédant leur recrutement.

Le critère d'évaluation principal de l'essai était composé des décès de nature cardiovasculaire, des arrêts cardiaques avec réanimation, des infarctus du myocarde, des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des hospitalisations urgentes pour un angor menant à une revascularisation coronarienne.

Les sujets ont été répartis de manière aléatoire en deux groupes. Un premier de 2366 participants a pris une faible dose de colchicine, soit 0,5 mg par jour, et un second regroupant 2379 personnes a reçu un placebo. Après un suivi médian de 23 mois, 5,5 % des participants du groupe expérimental ont présenté l'un des problèmes inclus dans le critère d'évaluation principal contre 7,1 % des sujets témoins (rapport des risques instantanés [*hazard ratio*] : 0,77 ; intervalle de confiance à 95 % [IC à 95 %] : 0,61–0,96 ; $P = 0{,}02$). Une baisse de 23 %.

De manière plus particulière, la colchicine a permis une diminution significative de :

- 74 % des AVC (nombre total de cas : 24) ;
- 50 % des revascularisations coronariennes d'urgence (nombre total de cas : 75).

La diminution totale des événements s'élevait par ailleurs à 34 % lorsqu'on tient compte de l'ensemble des récidives (IC à 95 % : 0,51–0,86), puisque plusieurs sujets ont eu plus d'une complication.

La colchicine s'ajoutait au traitement optimal que recevaient déjà les patients : au moins 98 % prenaient de l'aspirine, un second antiplaquettaire et une statine. Et 93 % avaient subi une revascularisation à la suite de leur infarctus.

Une diminution de presque 50 %

Le début de la prise de colchicine semble important. Commencée durant les trois premiers jours après un infarctus du myocarde, la molécule réduit de 48 % les complications comprises dans le critère d'évaluation principal, ont découvert les **Drs Nadia Bouabdallaoui** et **Jean-Claude Tardif**, de l'Institut de Cardiologie de Montréal, et leurs collaborateurs en effectuant une sous-analyse des données de l'étude COLCOT[3].

Ainsi, parmi les 1193 patients recrutés moins de 72 heures après leur infarctus, un problème cardiovasculaire est apparu chez 4,3 % des participants prenant la colchicine, mais chez 8,3 % des sujets témoins. Un pourcentage qui va presque du simple au double.

En comparaison, les patients dont le traitement a commencé après le huitième jour ont connu une baisse non significative de 18 % par rapport au groupe témoin. Mais, selon le Dr Jean-Claude Tardif, auteur principal de l'étude COLCOT, il ne faut pas en conclure que la colchicine devient alors inefficace.

« L'effet global de la colchicine était significatif chez l'ensemble des patients qui ont commencé à la prendre dans les 30 jours suivant leur infarctus, précise le cardiologue. Comme il n'y a pas de différence significative dans le sous-groupe qui a commencé le traitement après le huitième jour, on ne peut pas dire que ce dernier est statistiquement différent de l'ensemble de la cohorte. Il ne fait pas de doute que la réduction de 18 % entre le jour 8 et le jour 30 reste tout à fait pertinente. Ces résultats sont d'ailleurs appuyés par ceux de l'étude LoDoCo2. »

coronariennes stables ? La molécule est tout aussi utile. Des chercheurs australiens et hollandais l'ont montré sur 5522 patients dans le récent essai clinique Low-dose colchicine 2 (LoDoCo2) (*encadré 2*)[4]. Ainsi, par rapport au groupe témoin, le groupe qui a reçu de la colchicine a connu 31 % moins de complications comme un infarctus du myocarde, un AVC, une revascularisation coronarienne ou une mort de nature cardiovasculaire. Les sujets prenant la colchicine ont subi 2,5 complications pour 100 années-personnes contre 3,6 chez ceux qui ont reçu un placebo.

« Les avantages sont apparus tôt et ont continué à augmenter pendant tout l'essai clinique sans paraître s'atténuer pendant le suivi qui a duré jusqu'à cinq ans », notent les auteurs de l'étude, le **Dr Stefan Nidorf** et ses collaborateurs, dans leur article publié dans le *New England Journal of Medicine*.

L'étude LoDoCo2 complète ainsi l'essai COLCOT. « Cette étude étend le spectre d'utilisation de la colchicine à tous les patients ayant une maladie coronarienne », indique le

Dr Tardif, également titulaire de la Chaire de recherche du Canada en médecine personnalisée.

DES EFFETS INDÉSIRABLES POTENTIELS

La colchicine peut produire certains effets indésirables. « Ils sont surtout de nature gastro-intestinale, mentionne le directeur du Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal. La colchicine est connue pour causer la diarrhée, mais nous ne l'avons pas constaté dans l'étude COLCOT. Cependant, cet effet a été noté dans des études qui recouraient à une dose plus élevée que la nôtre, qui n'était que de 0,5 mg par jour. Nous avons par contre observé un peu plus de nausées : chez 1,8 % des patients qui prenaient le médicament contre 1 % dans le groupe témoin. »

La méta-analyse publiée dans le *Canadian Journal of Cardiology* ne révèle par ailleurs pas de hausse du nombre d'affections graves. « Le taux d'infections, de pneumonies, d'hospitalisations pour des problèmes gastro-intestinaux et de diagnostics de cancer n'étaient pas significativement différents [entre les groupes expérimental et témoin] », ont constaté les chercheurs.

La colchicine a toutefois une contre-indication : l'insuffisance rénale grave. « Il faut prescrire ce médicament aux personnes dont le taux de filtration glomérulaire dépasse 30 ml/min/1,73 m^2, affirme le Dr Tardif. Les patients ne doivent par ailleurs pas le prendre en même temps qu'un inhibiteur puissant de l'isoenzyme CYP3A4 du cytochrome P450, comme l'érythromycine ou la clarithromycine. »

PRÉVENTION PRIMAIRE CHEZ LES PATIENTS DIABÉTIQUES

L'emploi de la colchicine va peut-être s'élargir. D'autres patients pourraient en profiter. Son utilisation pourrait même s'étendre à la prévention primaire. C'est ce que va explorer le Dr Tardif. Au début de 2021, il va lancer une étude de quatre ans sur des patients diabétiques sans maladie coronarienne. « On pense que la colchicine permettra de réduire leur incidence de problèmes cardiovasculaires. »

Mais le chercheur va aussi s'intéresser à une autre dimension : les troubles cognitifs et la démence. « Beaucoup de données semblent indiquer qu'il y a un lien entre l'inflammation et ces affections. Étant donné qu'on suivra les patients suffisamment longtemps dans cette étude, on va tenter de voir l'effet de la colchicine sur ce plan. »

Le Dr Tardif compte recruter 10 000 patients diabétiques. Tous au Canada. La barre est haute, mais le cardiologue pense y parvenir. « Seulement au Québec, il y aurait 800 000 diabétiques : 400 000 connus et 400 000 qui ignorent être atteints. On peut ensuite multiplier ce chiffre par quatre pour avoir le nombre de diabétiques au Canada. »

ENCADRÉ 2.

ÉTUDE LoDoCo2

Menée en Australie et aux Pays-Bas, l'étude Low-dose colchicine 2 (LoCoDo2), un essai clinique à répartition aléatoire à double insu, s'est déroulé dans quarante-trois centres[4]. Le **Dr Stefan Nidorf**, du GenesisCare, en Australie, et son équipe ont recruté 5522 patients atteints d'une maladie coronarienne chronique. La plupart (84 %) avaient eu un syndrome coronarien aigu, mais généralement plus de deux ans auparavant.

Les sujets ont été distribués au hasard en deux groupes : 2762 patients ont reçu 0,5 mg de colchicine par jour et 2760 autres, un placebo. Le critère d'évaluation principal était l'apparition d'une complication telle qu'un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ischémique, une revascularisation coronarienne ou une mort d'origine cardiovasculaire.

Après un suivi médian de 29 mois, l'une de ces complications cardiovasculaires est survenue chez 187 patients (6,8 %) dans le groupe prenant de la colchicine et chez 264 (9,6 %) patients témoins. Le médicament a ainsi permis une diminution significative de 31 % du risque (rapport des risques instantanés : 0,69 ; IC à 95 % : 0,57–0,83 ; $P < 0{,}001$).

Donnée étrange, le groupe prenant de la colchicine comptait plus de morts de nature non cardiovasculaire que le groupe témoin, soit 53 contre 35. La différence n'était toutefois pas significative (rapport des risques instantanés : 1,51 ; IC à 95 % : 0,99–2,31). La méta-analyse sur les quatre essais cliniques portant sur la colchicine n'a d'ailleurs pas montré de hausse de la mortalité totale[2].

Le chercheur et cardiologue clinicien est très enthousiaste. « C'est un moment très excitant dans la prévention cardiovasculaire. Nous sommes en train de démontrer que la réduction de l'inflammation est importante et pertinente cliniquement et qu'on peut y parvenir avec un produit peu cher, qui vient d'une plante et est connu depuis des siècles. » //

BIBLIOGRAPHIE

1. Tardif JC, Kouz S, Waters DD et coll. Efficacy and safety of low-dose colchicine after myocardial infarction. *N Engl J Med* 2019 ; 381 (26) : 2497-505.
2. Samuel M, Tardif JC, Bouabdallaoui N et coll. Colchicine for secondary prevention of cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Can J Cardiol* 2020. Publié initialement en ligne le 16 octobre 2020.
3. Bouabdallaoui N, Tardif JC, Waters DD et coll. Time-to-treatment initiation of colchicine and cardiovascular outcomes after myocardial infarction in the Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial (COLCOT). *Eur Heart J* 2020. Publié initialement en ligne le 29 août 2020.
4. Nidorf SM, Fiolet ATL, Mosterd A et coll. Colchicine in patients with chronic coronary disease. *N Engl J Med* 2020. Publié initialement en ligne le 31 août 2020.