

COMMUNICATION ENTRE OMNIPRATICIENS ET PHARMACIENS

OBJECTIF : RÉDUCTION DES TÉLÉCOPIES

La FMOQ et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (AQPP) viennent de mettre en ligne un document conjoint pour optimiser les échanges entre médecins et pharmaciens.

Emmanuèle Garnier



M^{me} Judith Choquette

Le déluge de télécopies qui transite entre pharmacies et cabinets médicaux agace les professionnels de la santé des deux côtés du télécopieur. « Les médecins trouvent qu'ils en reçoivent trop. Nous, nous trouvons que nous en avons trop à envoyer », affirme **M^{me} Judith Choquette**, pharmacienne. Mais les pratiques tant des uns que des autres accroissent le nombre de télécopies. « C'est une roue qui se nourrit elle-même », estime la professionnelle de la santé.

Pour régler le problème, la FMOQ et l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires lancent un tout nouveau document intitulé : *Communiquons efficacement : guide des bonnes pratiques de prescription et de représcription*. Cette publication électronique vise à optimiser et, par conséquent, à réduire les échanges entre médecins et pharmaciens.

« Le nombre élevé de télécopies qui circulent est un symptôme d'un problème de fond, estime le

D^r Sylvain Dion, deuxième vice-président de la Fédération et membre, tout comme l'a été M^{me} Choquette, du comité FMOQ-AQPP. Du côté des médecins, il peut y avoir une méconnaissance de certains aspects de la prescription ou de la manière de faire. Du côté des pharmaciens, il y a aussi des processus à améliorer. »

DU CÔTÉ DES MÉDECINS

Pour les médecins, le Guide contient d'utiles rappels. L'aide-mémoire ensaché dans le présent numéro du *Médecin du Québec* les résume. Premier point incontournable : la clarté des ordonnances. « Moins il y aura d'éléments qui portent à confusion ou à interprétation, que ce soit dans le contenu, la forme de la rédaction ou l'identification du médecin, moins le médecin recevra de communications (par télécopieur ou par téléphone) de la part du pharmacien qui voudra s'assurer de l'exactitude de l'ordonnance », souligne le Guide.

L'idéal ? Utiliser le prescripteur du dossier médical électronique (DME). Le travail du pharmacien s'en trouve grandement facilité. « Premièrement, l'ordonnance est lisible. Deuxièmement, quand le médecin cesse une prescription, le système l'indique. De plus, s'il y a des modifications de la dose, comme une augmentation ou une diminution, le prescripteur met sur l'ordonnance des flèches qui montent ou qui descendent. On n'a pas besoin de vérifier auprès du médecin : Est-ce que vous voulez vraiment changer la posologie ? Est-ce une erreur ? », explique M^{me} Choquette, membre du conseil d'administration de l'AQPP. Par contre, lorsque le médecin rédige manuellement la prescription, il lui faut penser à ajouter lui-même certains éléments comme les flèches.

Le Guide rappelle également certaines directives pratiques. Ainsi, pour les maladies chroniques, le médecin doit indiquer non pas le nombre de renouvellements, mais la durée de la prescription. Elle est généralement d'au plus deux ans. Des

On peut consulter le document intitulé : *Communiquons efficacement : guide des bonnes pratiques de prescription et de représcription* rédigé par la FMOQ et l'AQPP au fmoq.org/prescription.

En raison de la pandémie COVID-19, nous prévoyons un délai pour la mise en ligne de cet outil. Nous espérons que le lien soit fonctionnel dans les prochaines semaines.





D^r Sylvain Dion

exceptions: entre autres, les substances ciblées comme les benzodiazépines, qui sont renouvelables pendant au plus un an, et les narcotiques, qui ne sont pas renouvelables, mais dont la quantité, fractionnable, peut être répartie sur au plus 24 mois. « Ce sont des sources d'erreurs que les pharmaciens ont notées », précise le D^r Dion.

Le médecin doit également faire attention à la durée de la prescription « Il faut qu'elle dépasse la date du prochain rendez-vous pour être sûr que le patient ne manque pas de médicaments et que le pharmacien n'ait pas à courir après nous », mentionne le président de l'Association des médecins de CLSC du Québec.

L'inscription des codes de certains produits pharmaceutiques est par ailleurs importante. Quand un patient ne répond pas aux critères établis par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour payer un médicament, le clinicien doit marquer « code XX ». Le pharmacien sait alors qu'il n'y a pas eu d'oubli.

LES NOMBREUSES DEMANDES DE REPRESCRIPTION

La raison la plus fréquente pour laquelle les pharmaciens doivent envoyer des télécopies aux médecins? « Ce sont les demandes de renouvellement de prescriptions », affirme sans hésitation M^{me} Choquette.

Parfois, cependant, ce sont les médecins eux-mêmes qui réclament ces télécopies. Une pratique qui irrite particulièrement les pharmaciens. « On voit beaucoup de médecins qui, plutôt que de rédiger une ordonnance, disent à leur patient de communiquer avec le pharmacien pour que celui-ci envoie par télécopieur une demande qu'ils n'aient qu'à signer et à retourner à la pharmacie, indique la membre de l'AQPP. On estime que c'est hautement inefficace. C'est une mauvaise utilisation du temps du pharmacien. Nous, nous devons aller deux fois dans le dossier. Le médecin, lui, a déjà le patient et le dossier devant lui. Avec l'informatisation des dossiers patients, il n'y a plus de raison de fonctionner de cette façon-là. »

Toutefois, les médecins avaient auparavant leurs motifs, tient à préciser le D^r Dion. « La télécopie du pharmacien permettait d'avoir une liste de médicaments à jour et d'éviter les erreurs de retranscription. Le comité FMOQ-AQPP invite maintenant les cliniciens à utiliser le DME. »

D'autres raccourcis ne doivent pas non plus être employés pour renouveler une prescription. « Les profils pharmacologiques des patients et les reçus de la pharmacie ne peuvent être utilisés comme ordonnances », prévient également le Guide.

DU CÔTÉ DES PHARMACIENS

Que peuvent faire les pharmaciens de leur côté pour diminuer le nombre de télécopies? Le comité FMOQ-AQPP leur recommande notamment de synchroniser toutes les ordonnances du patient lorsque c'est possible. « Quand le pharmacien envoie au médecin une demande de re prescription, il peut lui faire parvenir la liste de l'ensemble des médicaments pour qu'il les renouvelle. Cela évite d'envoyer des télécopies deux ou trois fois au cours de l'année. Le pharmacien et le médecin ne font ainsi le travail qu'une fois », explique M^{me} Choquette.

Pour aider le médecin, le pharmacien peut également inscrire dans sa demande toutes les informations qui seront nécessaires. « Par exemple, on peut indiquer les codes pour les médicaments d'exception ainsi que les mentions "ne pas substituer" qui avaient déjà été utilisées ou encore les codes précédemment employés pour les inhibiteurs de la pompe à protons. De cette manière, on n'aura pas à réécrire au médecin pour lui demander si le code s'applique toujours », explique la professionnelle de la santé. Parce que l'ordonnance doit être conforme. « La RAMQ fait des vérifications dans les pharmacies. On ne veut pas prendre le risque d'un éventuel recouvrement. »

Le pharmacien peut aussi, pour donner au médecin un meilleur aperçu de l'ensemble des médicaments du patient, lui indiquer les molécules ajoutées par les autres prescripteurs.

INTERVENTION AUPRÈS DU PATIENT

Afin de réduire le nombre de télécopies, le pharmacien peut, par ailleurs, intervenir auprès du patient. « Est-ce qu'il fait le bon counselling auprès du patient pour que celui-ci prenne rendez-vous avec son médecin et obtienne sa re prescription annuelle? », donne comme exemple le D^r Dion. Le pharmacien doit normalement avertir le patient au moins trois mois avant l'échéance de l'ordonnance.

Si un patient présente un problème aigu, le pharmacien doit par ailleurs le diriger vers son médecin. Même si la personne insiste pour que la pharmacie envoie une demande de re prescription. « Quand on reçoit une télécopie dans ces cas, on est obligé d'appeler le patient pour qu'il prenne rendez-vous »,

indique le D^r Dion. Une situation qui complique inutilement la vie du clinicien.

«Ce sont des stratégies que les pharmaciens et nous avons déterminées pour diminuer les communications inutiles, affirme l'omnipraticien. En général, des échanges pourraient être évités si les médecins avaient de meilleures stratégies de gestion des ordonnances et les pharmaciens, des médicaments du patient.»

OPINIONS PHARMACEUTIQUES

Il y a également la délicate question des opinions pharmaceutiques. «On a demandé aux pharmaciens qu'un peu plus de discernement soit exercé concernant les avis qui nous sont envoyés», affirme le D^r Dion.

«Certains pharmaciens utilisent peut-être un peu librement les opinions pharmaceutiques, indique pour sa part M^{me} Choquette. Ils peuvent faire des recommandations pour le traitement de certains patients, mais ne doivent pas effectuer d'envois de masse.»

Le comité FMOQ-AQPP recommande donc aux pharmaciens d'envoyer une opinion pharmaceutique «uniquement si elle est adaptée à la situation propre du patient.» Le Guide définit d'ailleurs le cadre de la rédaction de ces avis. «Lorsqu'une situation requérant l'attention du prescripteur survient entre deux visites et qu'elle correspond aux champs d'exercice¹ des pharmaciens, sans toutefois nécessiter un examen médical, le pharmacien utilise l'opinion pharmaceutique pour communiquer la situation au médecin et proposer une solution au problème. Ces situations peuvent se produire à la suite de la prescription d'un nouveau médicament, de l'apparition d'un effet indésirable, d'une interaction médicamenteuse ou de toute autre situation liée au traitement médicamenteux.»

LOI « 41 » ET TÉLÉCOPIES

Les pharmaciens possèdent le droit de prolonger, à certaines conditions, une prescription médicale pour éviter une interruption de traitement. C'est l'un des pouvoirs que leur accorde la «loi 41» (*Loi modifiant la Loi sur la pharmacie*).

Quand le pharmacien prolonge une ordonnance, le médecin reçoit un avis le lui indiquant. Il n'est ensuite pas nécessaire pour ce dernier de recommuniquer avec la pharmacie. «Cependant, beaucoup de médecins nous retournent la télécopie en inscrivant des renouvellements pour la période déjà couverte. Ils se donnent inutilement du travail», souligne M^{me} Choquette.

Pour le patient, la prolongation d'une prescription peut être pratique. En outre, si elle couvre un mois ou moins, elle est sans frais pour lui. Toutefois, au-delà de cette période, des coûts sont possibles. «Pour une prolongation qui peut aller jusqu'à un an, le pharmacien facture 12,50\$. Si le patient n'a

pas encore payé sa franchise, il doit s'acquitter de toute la somme», explique M^{me} Choquette. Certains patients insistent donc pour que le pharmacien envoie plutôt une télécopie à leur médecin.

L'UNIVERS DE L'AUTRE

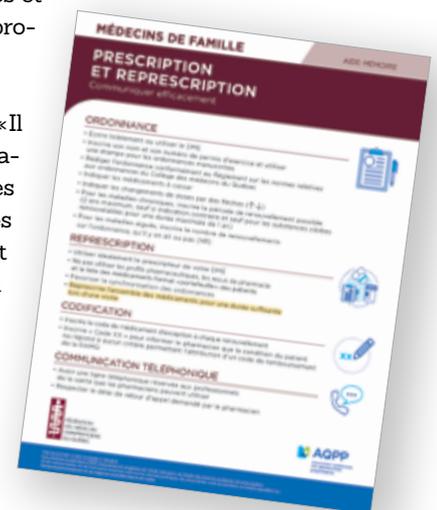
Tant les médecins que les pharmaciens ont avantage à connaître certains faits pour mieux comprendre le monde dans lequel évolue l'autre professionnel de la santé. Le Guide en dévoile plusieurs. «Ainsi, certains croient que le pharmacien est payé pour envoyer des télécopies», mentionne le D^r Dion. Or, les communications par télécopieur faites pour le renouvellement d'une ordonnance ne lui donnent droit à aucune rémunération.

Certaines règles auxquelles doivent se conformer les pharmaciens sont par ailleurs très strictes. Si une ordonnance n'est pas conforme parce qu'il manque la date, un code ou qu'il est impossible de reconnaître le prescripteur, la RAMQ ou les assureurs privés peuvent réclamer les sommes qu'ils ont déboursées. «Ces montants incluent le médicament, les honoraires professionnels pour l'ordonnance initiale, ainsi que pour tous les renouvellements servis», précise le document du comité FMOQ-AQPP.

Le médecin, pour sa part, a lui aussi des contraintes. Il doit, par exemple, se soumettre à d'innombrables règles pour rédiger une ordonnance: le règlement du Collège des médecins du Québec, les normes concernant certains médicaments, la manière d'indiquer certaines informations, l'inscription de codes, etc.

«Je ne cacherai pas que, dans nos discussions, il y a eu une partie d'éducation faite de part et d'autre sur la réalité vécue de l'autre côté du télécopieur, affirme M^{me} Choquette. On s'est ainsi aperçus qu'il y avait manifestement des éléments irritants des deux côtés et on a voulu les réduire. On a tenté de tout mettre sur la table pour parvenir à un document qui satisfait les deux parties et respecte l'environnement professionnel de chacun.»

Mais tout n'est pas terminé. «Il y aura une activité de formation pour les médecins et les pharmaciens sur les bonnes pratiques de prescription et de represcription. C'est un incontournable auquel le comité travaille déjà. C'est essentiel si l'on veut que notre démarche porte ses fruits. On désire que la formation soit offerte cette année», dit le D^r Dion. //



ENTREVUE AVEC LE D^R OLIVIER GAGNON, PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DU SAGUENAY-LAC SAINT-JEAN

AMÉLIORER LE PROGRAMME DES GMF POUR RÉGLER DES IRRITANTS MAJEURS

À l'approche de la mise à jour du programme des GMF, le D^r Olivier Gagnon fait le point sur les problèmes de la version actuelle. Il aborde aussi certains enjeux des médecins qui travaillent à l'urgence ou qui enseignent.



Entrevue : Nathalie Vallerand
Photo : Emmanuèle Garnier

M.Q. – QUELS SONT LES PROBLÈMES QUE VOUS AIMERIEZ VOIR DISPARAÎTRE DANS LA PROCHAÎNE MOUTURE DU PROGRAMME DES GMF ?

O.G. – Il y a celui du non-remplacement des professionnels de la santé pour les absences de moins de quatre semaines. L'été, à cause des vacances, un GMF de 12 000 patients peut se retrouver six semaines avec une infirmière au lieu de deux. Ça n'a pas de sens, et le CIUSSS refuse de bouger là-dessus tant que le programme des GMF n'est pas modifié. Cela dit, il y a eu une amélioration. Maintenant, au moins, les vacances doivent être autorisées par les chefs des GMF.

M.Q. – VOTRE ASSOCIATION A ÉGALEMENT OBTENU DES GAINS DU CÔTÉ DE LA SÉLECTION DES INFIRMIÈRES QUI TRAVAILLENT EN GMF.

O.G. – Oui. Le comité GMF de notre association, qui représente les quatorze GMF de la région, rencontre le CIUSSS quelques fois par année pour discuter des problèmes du programme GMF. Lors de nos échanges, on mise sur la plus-value de la qualité des soins. En ce qui concerne la sélection des infirmières, cela a été fructueux. La Direction des soins infirmiers fait maintenant participer davantage les chefs des GMF au processus de sélection des infirmières. Il y a eu beaucoup d'ouverture et de collaboration de la direction à ce sujet.

M.Q. – ET POUR LES AUTRES PROFESSIONNELS ?

O.G. – Ça demeure difficile, surtout pour les travailleurs sociaux. Peut-être parce qu'ils travaillent en GMF depuis peu de temps, contrairement aux infirmières ? Mais malgré nos efforts, on ne peut pas encore participer à leur sélection. Les règles d'ancienneté continuent d'être appliquées en priorité. Cette façon de faire entraîne un jeu de chaises, car des travailleurs sociaux ne restent pas longtemps en poste. Pourtant, si les médecins de famille pouvaient participer davantage au choix de ces professionnels, je suis convaincu que ce serait gagnant pour tout le monde.

M.Q. – UN AUTRE IRRITANT, C'EST LA QUESTION DE L'AUTORITÉ FONCTIONNELLE. QU'EST-CE QUI NE VA PAS ?

O.G. – Les professionnels sont censés travailler sous l'autorité fonctionnelle des médecins de famille. Mais il arrive que notre CIUSSS les mobilise pour des activités qui ne correspondent pas aux besoins des GMF. Par exemple, il décide de déployer un programme sur l'Alzheimer dans tous les GMF parce que le ministère de la Santé lui a octroyé un budget pour travailler sur un problème. On est d'accord avec le bien-fondé de ces projets-là. Toutefois, est-ce qu'un programme sur l'Alzheimer dans un GMF où la plupart des médecins font de l'obstétrique, c'est pertinent ? De plus, il ne faut pas oublier que tous ces nouveaux programmes nécessitent de la formation. Lorsque les infirmières sont sorties des GMF pendant deux jours pour suivre une formation, il y a moins de services qui se donnent en première ligne. D'où l'importance de s'assurer que le programme est pertinent pour le GMF.

**M.Q. – QUE
SOUHAITEZ-VOUS ?**

O.G. – Que le CIUSSS reconnaisse que chaque milieu a ses particularités et que c'est aux médecins de famille de déterminer les tâches des professionnels en fonction des besoins des patients de leur GMF. Évidemment, ce serait plus simple si la question de l'autorité fonctionnelle était clarifiée dans la prochaine version du programme des GMF.

**M.Q. – QUELS AUTRES
CHANGEMENTS
VOUDRIEZ-
VOUS VOIR ?**

O.G. – Le programme des GMF prévoit des moitiés de poste. Par exemple, un GMF peut avoir droit à 1,5 nutritionniste. Ce n'est pas évident de trouver des professionnels pour des postes de deux ou trois jours par semaine. En général, les gens n'aiment pas se promener entre différents lieux de travail. Ce qu'on constate, c'est qu'ils restent jusqu'à ce qu'ils trouvent un poste à temps plein. Idéalement, le nombre de professionnels ne devrait pas être calculé en fractions.

**M.Q. – VOUS TENEZ
AUSSI À PARLER
DES MÉDECINS
QUI TRAVAILLENT
À L'URGENCE.**

O.G. – Ces temps-ci, on entend beaucoup parler de taux d'inscription et de taux d'assiduité. Des sujets qui interpellent moins les médecins des urgences. Ce qui les intéresse davantage, c'est l'enjeu des patients classés P4 et P5. Même si on a un excellent taux d'inscription de 93 %, il y a encore des patients qui vont à l'urgence pour des problèmes bénins. Ce n'est pas un phénomène unique à notre région, mais on a une vision régionale là-dessus : le bon patient au bon endroit au bon moment.

**M.Q. – QU'EST-CE QUE
ÇA VEUT DIRE ?**

O.G. – Les urgences des hôpitaux de Chicoutimi et de Jonquière sont très occupées. D'ailleurs, les médecins de famille qui y travaillent font presque exclusivement de l'urgence. Il y a une volonté que les patients classés P4 et P5 consultent ailleurs. C'est pourquoi l'Hôpital de Jonquière vient de commencer un projet pilote pour rediriger ces patients dans les cliniques. Cependant, il faut faire attention. Ce qui est bon pour Chicoutimi et Jonquière ne l'est pas nécessairement pour toute la région.

M.Q. – POURQUOI ?

O.G. – Dans les petits centres, l'urgence sert en quelque sorte de service de consultation sans rendez-vous. Si on envoie ailleurs tous les P4 et P5, on va presque vider certaines urgences. Dans ce cas, faut-il les fermer ? Il y a des conséquences à cette solution. Mais de façon pratico-pratique, dans ces petits hôpitaux, ça roule. Ce n'est pas si grave que des patients se présentent à l'urgence pour des problèmes bénins. Donc, le bon patient au bon endroit au bon moment, ça ne veut pas dire la même chose partout.

**M.Q. – POUR TERMINER,
Y A-T-IL AUTRE
CHOSE DONT VOUS
AIMERIEZ PARLER ?**

O.G. – Une bonne nouvelle, c'est que l'effet négatif Barrette commence à s'estomper. Les dernières années ont été difficiles en ce qui concerne le recrutement de résidents dans nos deux GMF-U, surtout celui d'Alma. Mais on constate maintenant une recrudescence de l'intérêt des jeunes pour la médecine de famille.

Par ailleurs, l'une des particularités de la région, c'est qu'une grande proportion des médecins de l'enseignement médical prédoctoral sont des médecins de famille. Moi-même, j'ai déjà enseigné l'endocrinologie. Notre association déplore toutefois que l'enseignement ne soit pas suffisamment comptabilisé dans les activités cliniques. Les attentes concernant le nombre de patients sont difficiles à concilier avec le travail d'enseignement. La prise en charge est très valorisée. Mais il faut aussi penser à la pérennité des milieux d'enseignement.

UNE NOUVELLE GÉNÉRATION DE GMF-U À AMOS

DANS LE MÊME IMMEUBLE QU'UNE RÉSIDENCE POUR ÂÎNÉS

En plus de se trouver sous le même toit qu'une résidence pour aînés, le GMF-U Les Eskers d'Amos est cliniquement intégré à un GMF. Et relié par passerelle à l'hôpital.

Nathalie Vallerand

Photo : Emmanuèle Garnier



D^r Jean-Yves Boutet

«L'autre jour, un de mes patients, qui habite dans une résidence pour personnes âgées, n'allait pas bien du tout et il n'a eu qu'à prendre l'ascenseur pour venir me voir à la clinique», raconte le **D^r Jean-Yves Boutet**, médecin-coordonnateur au GMF Les Eskers d'Amos, maintenant situé dans les mêmes locaux que le GMF-U hors établissement du même nom. Au besoin, le patient aurait même pu être amené à l'hôpital... en fauteuil roulant!

Depuis le 31 octobre, le GMF-U et le GMF partagent un espace de 15 000 pieds carrés au rez-de-chaussée du Pavillon Les Sources, un immeuble tout neuf qui abrite également une résidence pour personnes âgées de type intermédiaire comptant quatre-vingt-dix-huit lits sur trois étages. La nouvelle construction est non seulement connectée à l'hôpital d'Amos, mais également à une polyclinique par une autre passerelle. Et ce n'est pas tout: l'hôpital est relié à un CHSLD par une troisième passerelle!

Un concept qui répond aux besoins de la population vieillissante et évite de nombreux transports en ambulance, selon le D^r Boutet. «Il faut plus de modèles qui offrent aux personnes

âgées une véritable proximité des soins et un milieu de vie à la fois agréable et sûr.»

L'intégration du GMF-U et du GMF Les Eskers est aussi une amélioration sur le plan logistique. «Avant, nos services étaient répartis dans trois lieux, explique le D^r Boutet, qui est également président de l'Association des médecins omnipraticiens du nord-ouest du Québec. Ça faisait beaucoup de déplacements pour les infirmières et les autres professionnels de la santé, en plus de créer de la confusion chez les patients.»

UNE FORMATION PLUS COMPLÈTE

Pour les douze résidents en médecine familiale, il y a aussi des avantages. Ainsi, ils côtoient désormais au quotidien les médecins non enseignants. «On peut échanger avec eux, partager des expériences, répondre à leurs questions, dit le D^r Boutet. Ça leur permet de voir un autre type de pratique.»

Autre atout: les apprenants peuvent se familiariser avec la gestion d'une clinique, puisqu'un GMF-U hors établissement fonctionne comme un cabinet privé. Un aspect peu enseigné à l'université. «Bientôt, on va même les inviter à nos réunions administratives pour qu'ils observent comment ça se passe, ajoute le D^r Boutet. Beaucoup de cliniques et de GMF sont dirigés par des médecins qui se rapprochent de la retraite. Si on veut de la relève, il faut exposer les jeunes médecins au rôle de gestionnaire dès la résidence.»

UN ATOUT POUR LE RECRUTEMENT

Ce GMF-U réinventé séduira-t-il la relève? L'équipe se croise les doigts, car le risque de rupture de service est constant en Abitibi. Cette année, la région a attiré seulement neuf médecins au premier tour des PREM et aucun aux deux autres tours, alors qu'elle avait droit à dix-neuf médecins. Une vive déception pour le D^r Jean-Yves Boutet et ses collègues.

«Avec un milieu d'enseignement moderne, novateur et axé sur la collaboration interprofessionnelle, on espère attirer davantage de nouveaux facturants l'an prochain, dit-il. On fait aussi le pari que si les jeunes traversent la réserve faunique La Vérendrye pour venir faire leur résidence ici, ils trouveront l'environnement de travail tellement stimulant qu'ils auront le goût de rester.» //





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.

DSM = Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux; 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 DSM-IV-TR, dont l'EDM en cours remontait à > 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 sous placebo, à 31,8 sous Trintellix à 15 mg et à 31,2 sous 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 6,9 sous placebo, à 6,7 sous Trintellix à 15 mg et à 7,0 sous Trintellix à 20 mg^{1,2}.

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.

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



CERTIFICATION DES DME

Notre article intitulé « Dix mythes sur la sécurité des DME » a fait réagir. Tant mieux ! La sécurité des données des DME doit être une réelle priorité.

Le premier mythe dénoncé dans notre article était cette croyance aveugle de certains médecins que « l'utilisation d'un DME certifié garantit la sécurité des données ». Nous tenons à préciser nos propos à ce sujet. La certification n'est pas seulement utile; elle est nécessaire. Elle donne l'assurance aux médecins et aux autres professionnels que les DME certifiés et les applications cliniques qui s'y greffent respectent certains critères de sécurité, de protection des renseignements personnels, de performance, de technologie et d'interopérabilité. En bref, la certification établit les exigences de base des DME et atteste de la conformité d'une version d'un DME.

Cependant, en plus d'utiliser un DME certifié, les médecins en cabinet privé doivent prendre d'autres moyens concrets pour assurer la protection des DME afin de respecter leurs obligations déontologiques. À titre d'exemple, l'une des exigences de la certification prévoit que le DME doit être capable de conserver les journaux d'accès pendant une période donnée. Il appartient ensuite aux médecins d'établir les modalités entourant l'accès, la conservation et la destruction de ces journaux, etc., dans les ententes contractuelles avec les fournisseurs de DME, de façon à prévenir les accès non autorisés. De plus, les médecins devront adopter des politiques internes dans leur clinique pour encadrer la protection de la confidentialité et la surveillance des accès par la vérification de ces journaux.

En bref, la sécurité des DME est donc assurée à la fois par la certification des DME, les modalités conventionnelles régissant la protection de la sécurité et de l'intégrité des DME ainsi que par les politiques internes des cliniques médicales reposant sur les bonnes pratiques en matière de sécurité. //

M^e Christiane Larouche, avocate, travaille au sein de la Direction de la planification et de la régionalisation à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

CORONAVIRUS (COVID-19)

En cette période difficile, la FMOQ met régulièrement à jour sur son site les informations pertinentes pour les omnipraticiens sur la pandémie de COVID-19.

En plus des avis que la Fédération a envoyés aux omnipraticiens pour les informer de l'évolution de la situation, vous y trouverez de la documentation d'intérêt et des outils cliniques provenant du MSSS, de la Direction de la santé publique, de l'OMS, de l'ACPM, etc.

Suivez-nous !



The screenshot displays the homepage of the Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ). The navigation bar includes links for FMOQ, CALENDRIER, FORMATION, PRATIQUE, AFFAIRES SYNDICALES, NOUS JOINDRE, and SE CONNECTER. A search bar and social media icons for Facebook and Twitter are also present. The main content area is titled 'Les nouvelles récentes' and features three columns of COVID-19 related information:

- Coronavirus NOUVELLES RÉCENTES**: 'Nouvelles en date du 24 mars 2020'. Includes a link for 'Assistant virtuel en bas à droite de l'Agence Santé publique du Canada, Avis aux omnipraticiens...'
- Coronavirus INFORMATIONS PERTINENTES**: 'Coronavirus'. Includes links for 'Communications aux membres', 'Sites web et documentation...', and 'Webinaires à venir'.
- Coronavirus WEBINAIRES ET FORMATIONS**: 'Webinaires à venir'. Includes a link for 'Webinaire coronavirus de la FMSQ - Mise à jour, 23 mars 2020' with a 'NOUVEAU' tag.

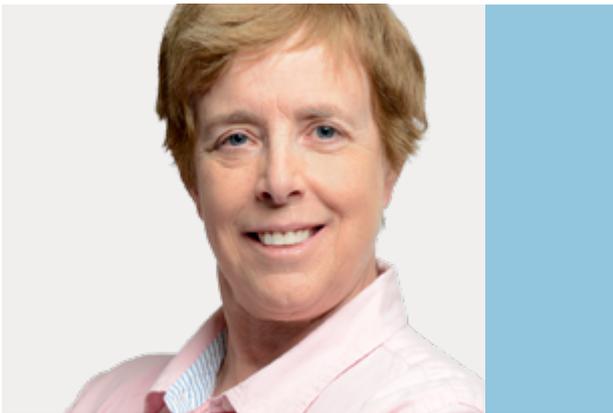
A 'Toutes les nouvelles' button is located at the bottom right of the news section.

MÉDECINE D'INVESTIGATION

CORONER : FAIRE DE LA MÉDECINE PRÉVENTIVE AUTREMENT

Sauver des vies, c'est aussi comprendre les causes et les circonstances de quelque 5500 décès violents, obscurs ou de nature inconnue qui se produisent bon an mal an au Québec. Bienvenue dans l'univers des coroners !

Claudine Hébert



D^{re} Renée Roussel

Crâne éclaté, corps putréfié, tronc sectionné, cadavre calciné, pendu... les scènes de décès auxquelles fait face la **D^{re} Renée Roussel** font rarement dans la dentelle. Pourtant, jamais cette clinicienne de Saint-Pascal n'a ressenti autant de motivation à pratiquer la profession médicale depuis qu'elle a été nommée coroner à temps partiel par le gouvernement du Québec en mai 2009. Son territoire: les quatre MRC de l'ouest du Bas-Saint-Laurent.

« J'ai toujours été captivée par les documentaires télévisés traitant de morts suspectes et d'analyses médico-légales dans les laboratoires scientifiques », soulève l'omnipraticienne, qui pratique aussi dans un CLSC du comté de Kamouraska. Depuis sa nomination comme coroner, la D^{re} Roussel a analysé les causes et les circonstances de plus de sept cents décès. Des éclaircissements qui ont pu apporter, dit-elle, du réconfort aux familles et aux proches de la personne décédée.

Malgré le sang et les odeurs, la D^{re} Roussel dit n'éprouver aucune peur ni appréhension face aux situations que lui réserve sa tâche de coroner. « En fait, seul mon tout premier cas a été un peu stressant », avoue la clinicienne qui, du haut de son 1 m 52, s'en laisse rarement imposer. C'était, dit-elle, un accident de la route impliquant deux jeunes dans la vingtaine. Ils étaient intoxiqués par l'alcool. Ayant raté une courbe, le conducteur avait foncé dans un arbre. Son passager et lui étaient décédés sur le coup. « Je me souviens encore de la

scène. J'étais entourée d'une dizaine de policiers et d'ambulanciers. Je cherchais la veine fémorale du conducteur afin d'effectuer l'un des quatre prélèvements nécessaires aux examens toxicologiques. Stressée, j'ai eu besoin d'une bonne vingtaine de minutes pour y parvenir », raconte-t-elle.

Ce moment de tension ne s'est plus jamais reproduit. « L'avantage du coroner, c'est justement le temps dont nous disposons. Ce n'est pas comme travailler à l'urgence, où les décisions doivent être instantanées. J'ai du temps devant moi pour discuter avec des collègues, pour m'informer, pour questionner et pour apporter, à quelques occasions, des recommandations significatives. »

Parmi ces recommandations, elle cite l'installation d'une barrière antisuicide sur le pont de l'autoroute 20, à Rimouski. « Je suis arrivée à cette recommandation après avoir travaillé en collaboration avec le Centre de prévention du suicide et le bureau régional du ministère des Transports, à Rimouski. La concrétisation a été une grande victoire », signale-t-elle fièrement.

ALLER ENCORE PLUS LOIN

« Notre rôle de coroner permet de faire de la prévention autrement », renchérit le **D^r Gilles Sainton**, qui occupe un poste de coroner à temps partiel depuis quinze ans, notamment pour le territoire de l'Estrie.

Parmi ses recommandations ayant eu un effet, le D^r Sainton évoque l'élimination des timbres transdermiques de fentanyl dans les centres de détention provinciaux. Le milieu carcéral était un lieu propice à l'utilisation illicite et inappropriée de ces timbres, dit-il. En juillet 2011, à la suite du décès d'un détenu dans un centre de détention provincial par intoxication attribuable à un timbre de fentanyl, le coroner Sainton a recommandé que ce médicament ne soit plus disponible dans les établissements de détention provinciaux. « Ce qui était déjà le cas dans les établissements carcéraux fédéraux », dit-il.

« Notre travail permet d'effectuer une démarche scientifique afin de déterminer les causes et les circonstances d'un décès

D^{re} Élisabeth Rémillard

ayant fait l'objet d'une investigation», précise le D^r Sainton. Les coroners doivent collaborer avec plusieurs intervenants. Il faut aimer, dit-il, travailler avec différents enquêteurs du corps policier, de la CNESSST, de la qualité de soins des centres intégrés de santé et de services sociaux, ainsi que des experts en laboratoire, dont des pathologistes et autres personnes liées à l'univers médico-légal. « Notre tâche, poursuit-il, est souvent de trouver ce que l'on ne cherche pas au départ. C'est pourquoi il faut chaque fois partir de zéro afin de déterminer ce qui est réellement arrivé et ce qui n'est pas arrivé. »

C'est d'ailleurs pour mieux élucider les causes et les circonstances entourant les suicides que la **D^{re} Élisabeth Rémillard** a voulu devenir coroner. Depuis juin 2019, l'omnipraticienne qui pratique au GMF-U de Gatineau est coroner à temps partiel pour le territoire de l'Abitibi et de l'Outaouais. « Depuis que j'ai commencé ma pratique médicale il y a onze ans, j'ai toujours eu un intérêt pour la santé mentale. Comment mieux comprendre ce qui pousse les gens à se suicider? Comment mieux détecter leurs signes de détresse? À titre de coroner, je souhaite apporter des réponses », soulève la D^{re} Rémillard. Jusqu'à maintenant, le tiers de la trentaine d'investigations pour lesquelles elle a été mandatée était justement des suicides.

DONNER DES RÉPONSES AUX VIVANTS

La D^{re} Rémillard est également heureuse de pouvoir apporter des éclaircissements aux familles endeuillées. « L'approche

auprès de ces familles est très délicate. Ces familles vivent des moments difficiles pour lesquels je m'investis d'une mission: trouver des réponses à leurs questions », indique la clinicienne.

Même discours de la part du **D^r André-H. Dandavino** qui est coroner à temps partiel depuis 1987 en Montérégie. « J'ai décidé de faire de la médecine pour changer la vie des gens, ce que me permet ma fonction de coroner, mais d'une façon différente. Certes, je peux aider les familles à passer au travers d'un deuil tragique, à mieux comprendre la perte d'un enfant. Mais je peux aussi prévenir et protéger d'autres membres de la famille si mon investigation montre que la cause du décès provient d'une maladie génétique », signale le médecin de Saint-Jean-sur-Richelieu qui est aussi président de l'Association des coroners du Québec.

DES DOSSIERS MARQUANTS

Est-ce que le coroner s'attache à certains cas? « Tout à fait! », répond d'emblée le clinicien Gilles Sainton. « Impossible, confie-t-il, de demeurer insensible devant un jeune adolescent que l'on trouve pendu dans un sous-sol lorsqu'on est aussi papa d'un ado du même âge et de la même taille. Difficile aussi d'accepter le décès d'une dame âgée d'une cinquantaine d'années, en bonne santé, qui meurt frappée par un camion de cinquante-trois pieds parce que le conducteur ne l'a pas vue traverser la rue. »

D^r André-H. Dandavino

DES CORONERS QUI ONT FAIT UNE DIFFÉRENCE

La population québécoise bénéficie aujourd'hui de meilleures conditions de vie grâce aux nombreuses recommandations des coroners. En voici quelques-unes dont les répercussions ont été très importantes.

La route du coroner

Pendant des décennies, la route 175, qui relie Stoneham et Saguenay (Chicoutimi), a porté le triste nom de route du coroner. En plus des dizaines de décès annuels, cette route a fait l'objet de multiples rapports de coroners médecins et juristes. Année après année, ces derniers recommandaient que des améliorations soient apportées à cette route à la réputation meurtrière. Ce n'est qu'au début des années 2010 que le gouvernement du Québec a finalement investi plus d'un milliard de dollars pour transformer et sécuriser la route 175 et faire une chaussée à quatre voies.

L'affaire du *grilled cheese*

À la suite d'au moins huit décès dans des centres d'hébergement de personnes mortes étouffées en mangeant un *grilled cheese*, le coroner André-H. Dandavino a demandé au ministère de la Santé et des Services sociaux d'investiguer sur ce repas apparemment inoffensif. Depuis 2018, une quarantaine d'établissements de santé de la Montérégie ont restreint la distribution de *grilled cheese* à leurs occupants à la suite de ses recommandations.

L'avertisseur de fumée

Depuis sa commercialisation dans les années 1980, l'avertisseur de fumée a réduit de moitié les risques de mourir dans un incendie. L'an dernier, l'accessoire a franchi une autre étape. Grâce aux recommandations du coroner médecin Jacques Ramsay, finis les vieux avertisseurs de fumée à pile 9 volts à Montréal. Depuis le 20 juin 2019, tous les propriétaires et locataires du territoire montréalais ont dû remplacer ce type d'appareil par un avertisseur équipé d'une pile au lithium inamovible d'une durée de dix ans, et ce, dans tous les bâtiments résidentiels construits avant 1985.

L'obligation des pneus d'hiver au Québec

C'est en partie grâce aux recommandations de plusieurs coroners, dont celles du coroner médecin Michel Trudeau, que les conducteurs québécois ont l'obligation, depuis 2008, de doter leurs véhicules de pneus d'hiver pendant la saison froide.

Bien qu'un coroner ne puisse laisser paraître ses sentiments, le D^r Dandavino reconnaît, lui aussi, que certains dossiers ne s'oublient pas. C'est le cas chaque fois qu'il croise une intersection ou une route où s'est produit un accident mortel pour lequel il a rédigé un rapport. « Il m'est aussi arrivé de signer le rapport d'investigation du décès d'un jeune dans la vingtaine dont j'avais signé le certificat de naissance deux décennies auparavant », souligne l'omnipraticien.

UNE PROFESSION EN QUÊTE DE MÉDECINS

Passionnés par leur travail, certains médecins coroners s'inquiètent toutefois des changements qui se produisent actuellement au sein de la profession. « Nous avons perdu d'excellents coroners médecins au fil des années », souligne le D^r Jean Brochu, un des deux seuls médecins coroners permanents au Québec. Le D^r Brochu redeviendra coroner à temps partiel comme il l'a été de 1989 à 2005.

Depuis dix ans, note-t-il, le nombre de médecins qui occupent la fonction de coroner est en déclin au Québec. De soixante en 2010, ils ne sont plus que trente-cinq. Des juristes (avocats et notaires) ont pris la relève. Des régions comme les Laurentides ou Lanaudière ne comptent d'ailleurs aucun médecin parmi les coroners en poste. « Alors que nous formions plus de 75 % du contingent des coroners en 2010, les médecins (omnipraticiens et spécialistes) représentent aujourd'hui moins de 40 % des coroners en poste. Et à l'exception de quatre, peut-être cinq médecins de moins de 50 ans, les médecins coroners ont majoritairement plus de 60 ans », ajoute le D^r Brochu qui compte soixante-sept printemps.

Pour établir un meilleur équilibre au sein de la profession entre médecins et juristes, le Bureau du coroner a lancé un concours à l'attention des médecins ce printemps. Les appels de candidatures prenaient fin le 31 mars. « Cela va sans doute aider au recrutement, mais ce ne sera pas suffisant », souligne le D^r André-H. Dandavino. La réforme de la santé du ministre Barrette, qui a forcé les omnipraticiens à prendre plus de patients, a refroidi plusieurs d'entre eux submergés par leurs tâches, avance-t-il. Les conditions salariales d'un coroner n'aident pas non plus.

Depuis une dizaine d'années, les médecins coroners dénoncent les faibles tarifs liés à leur fonction. La différence du tarif entre les types d'investigation figure, entre autres, parmi les aberrations du système. Lorsqu'un coroner parvient à la conclusion d'une mort naturelle, il reçoit 450 \$ pour son travail, soit 300 \$ de moins qu'une investigation dont la mort est due à un traumatisme ou à une intoxication. « Pourtant, l'investigation pour élucider les causes et les circonstances d'un décès découlant d'une mort naturelle est aussi, sinon plus compliquée à mener que le travail nécessaire pour expliquer une mort violente », fait valoir le D^r Gilles Sainton.

UNE EXPERTISE MÉDICALE ESSENTIELLE

Le Bureau du coroner éprouve aussi de la difficulté à recruter des médecins examinateurs qui viennent en aide aux coroners juristes. Ces médecins sont généralement appelés en renfort par les coroners juristes pour effectuer quatre prélèvements sur les dépouilles (prélèvement du sang des veines fémorale et sous-clavière ainsi

D^r Jean Brochu

que de l'urine et du liquide oculaire). «Faute d'avoir un coroner médecin ou un médecin examinateur sur place, il arrive fréquemment que les autorités doivent transporter le corps d'une dépouille vers Montréal ou Québec pour la prise de ces prélèvements. Un transport qui coûte plus cher que le tarif d'investigation en soi. Ce n'est pas normal», souligne le D^r Brochu.

«Être coroner demeure une fonction très exigeante, qui est parfois difficilement conciliable avec une pratique médicale à temps plein en ce qui a trait à la disponibilité», soutient la coroner en chef, M^e Pascale Descary. Elle reconnaît que l'enjeu de la rémunération vient aussi ajouter à cette difficulté vécue par certains coroners médecins qui finissent par quitter les rangs. Un volet, dit-elle, que le Bureau du coroner souhaite améliorer au cours des prochains mois.

En attendant, le Bureau du coroner fait des représentations auprès du Collège des médecins afin d'étudier la possibilité de permettre aux juristes d'effectuer éventuellement des prélèvements sur les dépouilles. Qu'en dit le Collège? «Le Collège a effectivement été informé du manque d'effectifs», nous répond par courriel Annie-Claude Bélisle, coordonnatrice aux communications de la direction générale du Collège des médecins. «Il va sans dire, poursuit-elle, que le Collège est

très soucieux de cet enjeu et qu'il étudie plusieurs solutions, notamment en ce qui concerne la formation des coroners.»

Le président de l'Association des coroners du Québec trouve déplorable que le Bureau du coroner soit en train de perdre l'expertise médicale. «En exerçant le métier de coroner, je me rend compte qu'il n'y a pas deux côtés à la médaille. Il y en a trois. Et l'expertise médicale acquise en clinique et en médecine hospitalière est cette troisième facette qui m'a aidé à élucider les causes et les circonstances des quelque trois mille décès obscurs sur lesquels j'ai investigué dans ma carrière de coroner», explique le D^r André-H. Dandavino.

D'ailleurs, chaque fois qu'il se rend au domicile d'une personne dont le décès est à priori suspect, le D^r Dandavino cherche et trouve des éléments qui ne sautent pas nécessairement aux yeux des autres intervenants. «Une personne décédée se tait, mais ne ment pas. Les médicaments trouvés sur les lieux, tout comme la présence d'un glucomètre, se révèlent des indices qui vont m'aider à statuer sur l'état de santé et le moment du décès», soutient le médecin.

Enfin, la D^{re} Renée Roussel peut justement témoigner de ces petits détails qui l'ont chicotée pour un cas survenu il y a deux ans. Il s'agissait, dit-elle, d'un suicide. Des discussions avec un médecin en santé et en sécurité au travail de la région ont toutefois permis à la coroner Roussel d'établir que le geste fatal de l'homme pouvait fort probablement être associé à une encéphalopathie aux solvants. «Ce cas, raconte la D^{re} Roussel, a amené l'équipe de santé et de sécurité au travail du Bas-Saint-Laurent à retourner sur les lieux de travail de l'homme décédé.» Après avoir investigué, l'équipe a décelé quatre autres cas d'encéphalopathie au sein du personnel. Une des quatre personnes touchées a même été reconnue par la CSSST et sera fort probablement indemnisée. En raison de cette découverte, la veuve du défunt va elle aussi soumettre une demande d'indemnisation. «Une demande, conclut la D^{re} Roussel, que la veuve n'aurait jamais pu faire si je m'étais contentée du verdict de suicide.» //

ENCADRÉ QUAND LES MÉDIAS S'EN MÈLENT

Il arrive que le rapport d'investigation et les recommandations du coroner fassent l'objet d'une couverture médiatique. C'est souvent le cas lorsque de meilleures mesures de prévention sont attendues par le public. «Il suffit toutefois que le ou les décès soient hautement médiatisés pour que l'application de mesures devance la publication du rapport du coroner», indique le **D^r Jean-Marc Picard**, coroner à temps partiel pour la région de la Capitale-Nationale depuis trois décennies.

«Qui ne se souvient pas, dit-il, de la tragédie de la grande côte des Éboulements, dans Charlevoix, survenue le 13 octobre 1997? Un autocar avait plongé dans un ravin faisant quarante-quatre morts, dont le conducteur.» Dans les semaines qui ont suivi le pire accident de la route du Québec, le gouvernement a procédé à des travaux de près de 30 millions de dollars pour réaménager cette côte, avant même la publication du rapport du coroner Luc Malouin. Pourtant, le rapport d'enquête qui contenait vingt-trois recommandations mettait principalement en cause les freins défectueux du véhicule et la formation du conducteur. «Nullement il n'était question de l'angle et de la courbe de la côte», se souvient le D^r Picard.