

# ENTREVUE AVEC LE PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DE MONTRÉAL LES MÉDECINS DE FAMILLE, DE VAILLANTS COMBATTANTS

Après avoir consulté ses délégués des différents secteurs de pratique, le **D<sup>r</sup> Michel Vachon**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal, fait le point sur la crise de la COVID-19 dans la métropole.



Entrevue et photo : Élyanthe Nord

**M.Q. – COMMENT SE PASSE LA CRISE DE LA COVID-19 À MONTRÉAL POUR LES MÉDECINS ?**

**M.V. –** Montréal est une très grosse région avec beaucoup de milieux de pratique comprenant entre autres seize urgences, plus de 14 000 lits de soins de longue durée et de nombreux lits en réadaptation et en soins « post-aigus ». Malgré le délestage et la réorganisation des soins, les médecins de famille de Montréal continuent à couvrir ces services 24 heures sur 24, sept jours sur sept, et ils sont aussi présents dans les groupes de médecine de famille (GMF) 12 heures par jour, sept jours sur sept. Les omnipraticiens travaillent fort sur le terrain. Ce n'est pas facile pour eux. Ils ont une capacité d'adaptation extraordinaire. Je leur lève mon chapeau. Il va cependant falloir que l'on fasse attention à eux, parce qu'à un moment donné ils vont tomber. On doit penser à protéger ces médecins qui risquent leur vie. Ils font un travail incroyable depuis le début de la pandémie.

**M.Q. – COMMENT VONT-ILS ?**

**M.V. –** Tout le monde est fatigué. Certains médecins, surtout ceux qui travaillent dans les unités de COVID-19, sont vraiment épuisés. Tant eux que le personnel infirmier ressentent beaucoup d'anxiété. Pour le moment, je dirais qu'ils tiennent le coup. Tous les médecins de famille ont d'ailleurs répondu à l'appel. On n'a jamais été en pénurie d'effectifs médicaux. Mais on est sur une ligne très fragile. Tout le monde court sans arrêt depuis presque un an. Quand le rythme va redevenir un peu plus normal, je pense qu'on va réaliser à quel point ce qu'on vit actuellement est lourd et grave. Il faudra alors prendre soin de nos médecins.

**M.Q. – QUELLE EST LA SITUATION DANS LES CHSLD ?**

**M.V. –** C'est toujours là que c'est le plus difficile. Il y a un sentiment d'impuissance. Le personnel est épuisé. Bien des médecins de ces milieux ont perdu beaucoup de patients. Et c'est dans ces centres qu'il y a eu le plus grand nombre d'omnipraticiens infectés.

Le travail dans les CHSLD s'est par ailleurs beaucoup complexifié. Cela vient entre autres du souci constant de suivre les recommandations sanitaires et des mesures comme les multiples dépistages. Sur le plan pratique, les médecins ont de la difficulté à obtenir par téléphone des nouvelles de leurs patients. En plus, le personnel soignant change souvent. Depuis le début de la pandémie, malgré l'explosion des besoins dans les CHSLD, ce sont toujours les mêmes équipes médicales qui réussissent à donner les services nécessaires. Et elles offrent des soins de grande qualité. Leur travail est remarquable.

**M.Q. – ET QU'EN EST-IL DES SOINS À DOMICILE ?**

**M.V. –** Dans les soins à domicile, bien des personnes âgées ont souffert des réductions de services au cours des derniers mois. La pratique dans ces milieux n'est donc pas facile non plus.

**M.Q. – ET DANS LES CLINIQUES?**

**M.V. –** Une importante réorganisation a été nécessaire. À Montréal, environ 35 % des médecins de famille ont plus de 60 ans. Plusieurs, à cause de leur état de santé, ont dû rester à la maison, mais ont offert des services par téléphone. Il fallait donc faire en sorte que leurs patients puissent voir un médecin en personne quand ils en avaient besoin. Les équipes médicales des cliniques devaient ainsi s'occuper de ces gens, en plus de faire leur travail habituel. Cela a représenté tout un défi. Et c'est sans compter la réorganisation interne qui a été requise pour suivre les patients des médecins qui ont quitté la clinique pour aider leurs collègues dans les zones chaudes.

**M.Q. – LES CLINIQUES ONT PAR AILLEURS DÛ S'ADAPTER SUR PLUSIEURS PLANS.**

**M.V. –** Pour que nos milieux froids restent sûrs, on doit maintenant faire un prétriage par téléphone et un autre sur place, nettoyer la salle après chaque patient, etc. C'est beaucoup plus lourd. À cause de ces mesures, on voit beaucoup moins de patients qu'avant. Mais ce n'est pas le seul changement. La plupart des cliniques ont dû augmenter leur nombre de lignes téléphoniques, parce que les appels de patients se sont multipliés. En plus, comme leurs salles d'attente ne sont généralement pas assez grandes pour maintenir la distance de deux mètres entre les patients, elles doivent maintenant demander à ces derniers d'attendre dehors ou dans leur voiture. Certains cabinets ont même engagé des gardes de sécurité pour que tout se déroule bien. Cela devient très difficile.

En ce qui concerne le personnel, la plupart de nos cliniques ont perdu au moins 70 % de leurs infirmières parce qu'elles ont été redirigées vers les CHSLD, les résidences pour personnes âgées et les cliniques de dépistage. La charge de travail a cependant augmenté. On a tous plus de travail à faire qu'on est capable d'en prendre. Sans compter que plusieurs médecins et infirmières ont attrapé la COVID-19. Par conséquent, ceux qui restent travaillent sans relâche.

**M.Q. – COMMENT SE PASSE LA TÉLÉCONSULTATION ?**

**M.V. –** Je dirais que, selon les milieux, de 50 % à 80 % des consultations se font par téléphone. Contrairement à ce que bien des gens pensent, on n'arrive pas à traiter plus de patients par téléconsultation, du moins pas à Montréal. On dirait que les patients nous parlent de plus de problèmes quand ils sont au téléphone. Et quand on raccroche, le travail à effectuer est plus long qu'avant : il faut envoyer des courriels au patient pour sa prise de sang, pour sa radiographie, parfois on doit lui fournir des documents que pouvait lui donner l'infirmière, il faut faire parvenir des télécopies à la pharmacie, etc. On fait tout tout seul.

**M.Q. – MONTRÉAL SEMBLE PARTICULIÈREMENT TOUCHÉE PAR LE CORONAVIRUS.**

**M.V. –** Actuellement, le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal détient le triste record au Québec du plus haut taux de résultats positifs aux tests de dépistage, soit 22 % ! Ce chiffre s'explique par la haute densité de la population dans ce secteur. Pour les médecins qui y pratiquent, cela signifie un plus grand nombre de demandes de consultations et plus de précautions à prendre à chaque rencontre.

**M.Q. – QU'EST-CE QUI EST LE PLUS DIFFICILE POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE EN CE MOMENT ?**

**M.V. –** Je pense que, d'une part, la non-adhésion du personnel paramédical à la vaccination est très irritante pour les médecins. D'autre part, il y a également le fait qu'une certaine partie de la population ne se conforme pas aux mesures demandées par la Santé publique : la distanciation physique, le port du masque, la réduction des déplacements, etc. Le pire a été de voir les aéroports bondés de voyageurs pendant les Fêtes alors qu'il y avait une importante transmission du coronavirus dans la collectivité. Pour nous, c'est un non-sens d'avoir à travailler comme on le fait et de mettre notre vie et celles de nos proches à risque pour traiter des gens qui ont pris et prennent encore tant de risques. Il faudrait que tout le monde puisse comprendre ce que les professionnels de la santé vivent sur le terrain. Comment des gens peuvent-ils se comporter de manière aussi insouciantes ? Ils ne pensent pas à nous.

Pour moi, par ailleurs, une chose est certaine : dans les prochains mois, nous allons devoir, comme société, faire une réflexion sur notre système de santé. Nous devons apprendre de ce que nous sommes en train de vivre. Il faut faire un vrai bilan de cette crise. On le doit à nos collègues et aux victimes. //

# ÉCLOSIONS DE COVID-19 AU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN

## BILAN D'UNE GRANDE MOBILISATION

Élyanthe Nord

Photo : Élyanthe Nord



Dr Olivier Gagnon

Dans la semaine du 16 novembre au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le nombre de nouveaux cas de COVID-19 a atteint un sommet : 1164 en sept jours. « Certaines journées, on avait de 200 à 250 nouvelles personnes infectées. Maintenant, on est plutôt dans les 30 à 50 quotidiennement », explique le **Dr Olivier Gagnon**, président de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean (AMOSL).

Dès octobre, l'Hôpital d'Alma a connu une importante écloison. « Les équipes de soins, réduites à cause des cas de COVID-19, ont dû s'organiser à la vitesse grand V. Elles avaient à traiter des patients gravement atteints sans avoir toutes les ressources nécessaires. C'était une situation vraiment difficile pour les médecins. L'établissement n'avait pas de lits réservés aux cas de COVID-19 dans ses soins intensifs. Par conséquent, les patients touchés devaient être transférés à l'Hôpital de Chicoutimi, le seul centre désigné pour le traitement de ces malades dans la région. Lorsque ce dernier a été débordé, certains patients ont dû être envoyés à Québec », indique le Dr Gagnon.

L'aide de l'AMOSL a alors été sollicitée. « Nous avons tenu une rencontre avec plusieurs médecins du secteur. Nous avons écouté leurs préoccupations. Ils avaient l'impression de ne pas être entendus par le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS). Nous avons donc été des facilitateurs et fait en sorte que les problèmes qu'ils vivaient sur le terrain soient discutés à la FMOQ, au département régional de médecine générale et au CIUSSS afin de trouver des solutions. »

### DES MÉDECINS QUI ONT RÉPONDU AUX BESOINS

Après Alma, les autres secteurs du Saguenay-Lac-Saint-Jean ont été touchés par des écloisions. « Mes confrères ont vraiment répondu présents dès le jour 1. Je suis très fier

de leur mobilisation. Personne n'a eu peur d'aller travailler dans les milieux chauds. Il y avait une volonté constante de se rendre là où il y avait des besoins », affirme le président de l'AMOSL.

Les médecins de famille étaient ainsi dans les milieux de soins les plus divers : dans les cliniques d'évaluation, les unités chaudes et froides des hôpitaux, mais aussi les résidences pour aînés (RPA) et les CHSLD. « Des systèmes de garde ont rapidement été instaurés. Toutes les RPA de notre région sont couvertes par un médecin 24 heures sur 24. »

Certains cliniciens sont même allés donner un coup de main dans des secteurs qu'ils connaissaient moins. « Par exemple, des médecins en obstétrique et en périnatalité sont allés prêter main-forte dans les unités COVID des hôpitaux ou dans les CHSLD », mentionne le Dr Gagnon. Les omnipraticiens ont parallèlement réussi à garder les GMF ouverts pour les patients qui n'étaient pas infectés par le coronavirus. Mieux, toutes les cliniques sont passées en mode populationnel et ont commencé à accueillir des patients orphelins. « Ce n'est pas facile de se rajouter cette charge, mais tout le monde a participé. »

Toute la réorganisation de la première ligne s'est faite en collaboration avec le CIUSSS et la Santé publique. Cependant, ces efforts ont eu un prix. « Cela a créé du stress et de la fatigue. Les médecins ont éprouvé des difficultés et eu des inquiétudes. Les équipes de soins ont été fragilisées. »

### « NE PAS BAISSER LA GARDE »

En novembre, beaucoup de médecins, voyant venir les Fêtes, appréhendaient une recrudescence des cas. L'AMOSL a donc décidé d'intervenir publiquement. Quelques jours avant Noël, le Dr Gagnon a multiplié les entrevues dans les médias pour rappeler les mesures à respecter. « Le message était de ne pas baisser la garde. » La couverture médiatique a été très bonne. Le nombre de cas, qui avait déjà commencé à diminuer, a par ailleurs poursuivi sa lente descente.

Et maintenant ? Même si la situation n'est plus aussi critique au Saguenay-Lac-Saint-Jean, plusieurs régions luttent encore contre des écloisions. « Certains milieux de soins sont très éprouvés. Il y a une fatigue, c'est clair. Mais le vaccin apporte beaucoup d'espoir. » Le 23 décembre, le Dr Gagnon, qui pratique dans un CHSLD, a lui-même été vacciné. « On sent une amélioration en ce moment, mais on reste sur nos gardes. On espère que nos membres pourront récupérer après ces mois difficiles. » //

## MÉDECINS FRANCOPHONES DU CANADA

### PRIX DU MÉRITE 2020 DÉCERNÉ AU D<sup>R</sup> MICHEL ALARY

Le D<sup>r</sup> **Michel Alary**, médecin de famille qui a réorienté sa carrière en santé publique, a reçu le Prix du mérite 2020 décerné par l'association Médecins francophones du Canada. Ce prix souligne l'engagement et le dévouement exemplaires d'un médecin auprès de sa collectivité ainsi que sa contribution au rayonnement de la médecine.



D<sup>r</sup> Michel Alary

Titulaire d'un doctorat en épidémiologie, le D<sup>r</sup> Alary s'est surtout consacré à la recherche sur la prévention du VIH et des autres infections transmissibles par les relations sexuelles et par le sang. Il s'est intéressé à des populations comme les utilisateurs de drogues injectables et les hommes homosexuels au Canada, mais aussi aux travailleuses du sexe en Afrique de l'Ouest et en Inde. Le D<sup>r</sup> Alary est actuellement directeur de l'axe « santé des populations et pratiques optimales en santé » au Centre de recherche du CHU de Québec-Université Laval. Il est aussi professeur à l'Université Laval et médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec. **EN**

## PROLONGATION DE LA LETTRE D'ENTENTE 269 JUSQU'AU 31 MAI

Élyanthe Nord

La lettre d'entente 269, qui porte sur la rémunération des activités liées à la pandémie, a été prolongée jusqu'au 31 mai. Cet accord, qui encadre entre autres la téléconsultation, devait prendre fin le 31 janvier 2021. « Nous avons insisté pour que la lettre d'entente soit prorogée de quatre mois », explique M<sup>e</sup> **Philippe Desrosiers**, directeur général adjoint à la négociation, à la FMOQ.

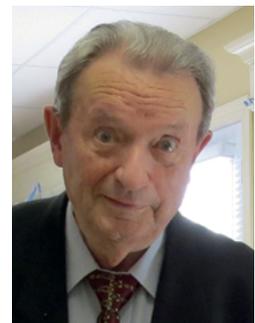
La lettre d'entente 269, qui fait l'objet de constantes négociations entre le gouvernement et la FMOQ, évolue avec les besoins. Une nouvelle modification, par exemple, permet maintenant au médecin qui communique avec son propre patient par téléconsultation, dans le cadre d'une consultation sans rendez-vous, de facturer une visite ponctuelle mineure s'il constate qu'il doit voir ce dernier en personne par la suite. « Cette visite ne doit pas servir à faire le tri. Il faut qu'elle comporte des échanges substantiels pour que le médecin soit en mesure de conclure qu'une rencontre à son cabinet est nécessaire », précise M<sup>e</sup> Desrosiers. La mesure sera rétroactive au 16 mars 2020.

Plusieurs autres ajouts à l'accord ont été effectués à la fin de 2020. Ainsi, la lettre d'entente 269 comprend dorénavant des modalités de rémunération pour la participation à la vaccination de masse, des changements permettant aux médecins de santé publique d'être rétribués pendant les heures défavorables et des dispositions pour la création d'équipes médicales d'intervention (voir également l'Infolettre RAMQ [[bit.ly/3qpuk7M](https://bit.ly/3qpuk7M)] et la foire aux questions de la FMOQ sur la téléconsultation [[bit.ly/3p1Q4GM](https://bit.ly/3p1Q4GM)]).

## DÉCÈS DU D<sup>R</sup> JEAN VALIQUETTE

### MEMBRE ÉMÉRITE DE LA FMOQ

Le D<sup>r</sup> **Jean Valiquette**, qui avait été nommé Membre émérite par la FMOQ en 2004, est décédé le 13 janvier 2021 à l'âge de 90 ans. Il a été très engagé sur le plan syndical. Il a ainsi fait partie du conseil de la Fédération et été le trésorier de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière pendant vingt-cinq ans, soit de 1971 à 1996. Le D<sup>r</sup> Valiquette, qui pratiquait à Saint-Jérôme, avait par ailleurs à cœur sa collectivité. Il s'est investi dans différents organismes, comme des commissions scolaires et des associations de loisirs. **EN**



D<sup>r</sup> Jean Valiquette

# PRATIQUE MÉDICALE

## DES AMÉLIORATIONS QUI SURVIVRONT PROBABLEMENT À LA COVID-19

La pandémie a forcé les omnipraticiens à repenser et à adapter leur façon de travailler. Plusieurs des changements qu'ils ont effectués leur permettent même de bonifier la qualité des soins.

Nathalie Vallerand



D<sup>re</sup> Odile Kowalski

S'il y a une nouveauté qui fait l'unanimité chez les médecins de famille, c'est bien la téléconsultation. «La médecine ne s'exercera plus jamais comme avant. Le temps où médecins et patients se déplaçaient à la clinique à chaque consultation est terminé, estime la **D<sup>re</sup> Odile Kowalski**, responsable du GMF montréalais L'Envolée. La téléconsultation fonctionne, c'est pratique pour tout le monde, et ça permet en plus de maximiser les espaces de bureau.»

La médecine à distance a par ailleurs eu un avantage inattendu : la découverte par bien des cliniciens des différentes possibilités de leur dossier médical électronique (DME). «Avant, beaucoup de fonctionnalités étaient méconnues ou sous-utilisées. C'est encore le cas, mais de plus en plus de médecins constatent tout ce qu'ils peuvent faire avec leur DME», souligne pour sa part le **D<sup>r</sup> Julien Quinty**, un technophile qui exerce au GMF-U de Lévis.

Les options favorites du médecin ? Entre autres la possibilité de recevoir de ses patients des photos en toute sécurité. «Les images transitent par le serveur de mon fournisseur de DME, mais elles n'y sont pas stockées de façon permanente, explique-t-il. Le système attribue un code de sécurité à chaque photo et lorsque le patient me donne ce code, la photo est téléchargée dans son dossier médical.»

Le D<sup>r</sup> Quinty aime aussi la fonction qui lui permet d'envoyer des textos à partir de son DME. «Je l'utilise pour signaler aux patients que leurs résultats de tests sont normaux. C'est un moyen de communication qu'ils apprécient beaucoup.» À l'heure actuelle, les destinataires n'ont toutefois pas la possibilité de répondre.

### VIRAGE TECHNOLOGIQUE

Pour faire de la téléconsultation, certaines cliniques ont dû investir dans la technologie, comme le GMF L'Envolée qui a changé de DME. «L'ancien n'avait pas les fonctionnalités nécessaires pour s'adapter à la télémédecine, affirme la D<sup>re</sup> Kowalski. Par exemple, il ne pouvait pas envoyer des télécopies par Internet ni faire parvenir aux patients des courriels sécurisés.»

Des outils dont l'omnipraticienne ne peut plus se passer aujourd'hui. «Jamais je ne reviendrais en arrière. Le télécopieur en ligne, c'est extraordinaire, car le pharmacien reçoit l'ordonnance en un temps éclair. Et fini les problèmes de patients qui perdent leur papier!» Quant aux courriels sécurisés, le GMF s'en sert notamment pour transmettre aux patients leurs résultats de tests, accompagnés d'un mot de leur médecin (des gabarits de messages ont été créés). «Ce qui est intéressant, c'est que nous obtenons la confirmation que le patient a ouvert le courriel», souligne la clinicienne.

Mais tous les DME n'offrent pas cet avantage. Le D<sup>r</sup> Quinty entend certains médecins se plaindre de ne pas recevoir la confirmation de la réception du courriel. Et cela l'inquiète. «Sur le plan médicolegal, c'est risqué. Je conseille à ces collègues de faire une vérification auprès du patient. Mais pour régler le problème, les médecins doivent demander à leur fournisseur de DME d'ajouter cette fonctionnalité.»

Avec les progrès, viennent en effet de nouveaux risques. C'est ainsi que les médecins de L'Envolée pensent se munir d'une assurance contre les cyberrisques, qui incluent la cybercriminalité. «Aux États-Unis, et même ici au Québec, des



D<sup>r</sup> Julien Quinty



cyberattaques ciblent les hôpitaux, constate la D<sup>re</sup> Kowalski. Et si ça nous arrivait?»

## LA RETRAITE PEUT ATTENDRE

Pour le D<sup>r</sup> Jean-Marc Hébert, un vétérinaire de la médecine familiale, la COVID-19 agit comme un catalyseur. «C'est l'occasion d'être créatif pour améliorer l'accès aux soins et la communication avec les patients», estime le médecin du CLSC-GMF de Saint-Donat.

Par exemple, après une consultation à distance ou en personne, il a pris l'habitude d'envoyer par courriel un résumé de ses recommandations aux patients qui ont consenti aux communications électroniques. Parfois, il y ajoute des liens vers des sites qui proposent des informations médicales fiables. «C'est mieux qu'avant où le patient sortait du bureau en n'ayant que sa mémoire pour se souvenir de la discussion.» Le D<sup>r</sup> Hébert effectue ensuite une capture d'écran du courriel qu'il copie dans le dossier électronique du patient. Une façon d'étoffer ses notes cliniques.

Depuis le début de la pandémie, le médecin de famille de 62 ans concentre ses rendez-vous en personne sur une ou deux journées par semaine. Le reste du temps, il travaille de chez lui. Il aime tellement cette formule qu'il pense prolonger sa carrière, lui qui planifiait prendre sa retraite dans environ trois ans.

«Faire des urgences, ressentir de la pression parce que des gens attendent après moi dans la salle d'attente. Je commençais à trouver cela difficile, confie-t-il. Si la téléconsultation continue d'être permise, j'irai moins souvent au cabinet. Je dirigerai mes patients qui ont besoin d'être rapidement vus en personne vers mes collègues avec qui j'ai créé des corridors de service. Et comme mon horaire sera plus modulable, il me sera plus facile de donner des téléconsultations en soirée pour accommoder certains patients.»

## VISITES VIRTUELLES AU PÉNITENCIER

En temps normal, la D<sup>re</sup> Geneviève Côté se rend une fois par mois sur la Côte-Nord pour soigner des personnes aux prises



D<sup>re</sup> Geneviève Côté

avec une dépendance aux opioïdes. Elle rencontre d'abord ses patients du Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord, à Sept-Îles, puis elle poursuit son séjour par une visite au pénitencier de Port-Cartier. Avec la pandémie, ce n'est plus possible. C'est par écran interposé qu'elle voit désormais ses patients.

La méthode est efficace, estime l'omnipraticienne. «Au centre de dépendance comme au pénitencier, une infirmière est sur place pendant le rendez-vous virtuel. Elle peut prendre les signes vitaux du patient, vérifier ses pupilles et faire différentes observations pour moi.»

En fait, la téléconsultation fonctionne tellement bien pour les patients qui suivent un traitement de méthadone ou de suboxone que la D<sup>re</sup> Côté pense l'intégrer à sa pratique après la pandémie. Ce type de rencontre lui donne la souplesse nécessaire pour offrir un suivi médical plus régulier. «Je faisais auparavant mes quatorze heures de travail par mois au pénitencier au cours d'un seul séjour, puisque je me rendais là-bas en avion. Avec les consultations virtuelles, je peux répartir ces heures tout au long du mois. Je suis loin physiquement de mes patients, mais je suis plus présente pour ceux qui ont besoin d'un suivi serré.»

Y retournera-t-elle en personne de temps en temps? «Oui, mais moins souvent. Peut-être une fois toutes les six semaines ou tous les deux mois», répond-elle.

Pour la D<sup>re</sup> Côté, la téléconsultation pourrait par ailleurs permettre d'éviter les bris de service dans les soins aux personnes toxicomanes. «Environ 200 médecins au Québec s'occupent de cette clientèle, et il n'y en a pas dans toutes les communautés. L'offre est fragile. À plusieurs endroits, un seul médecin tient le service à bout de bras. S'il s'épuise, s'il tombe malade, s'il cesse sa pratique, il y a découverte. Avec la téléconsultation, des médecins des grands centres pourraient se rendre collectivement disponibles pour prodiguer les soins.» Une solution qui pourrait également être utile aux petites communautés éloignées qui n'ont pas de médecin, croit-elle.



D<sup>r</sup> Jean-Marc Hébert



D<sup>r</sup> Mitchel Germain

## UNE BOUÉE DE SECOURS POUR LA SANTÉ MENTALE

C'est par hasard que le **D<sup>r</sup> Mitchel Germain** a découvert un intéressant avantage de la téléconsultation pour le suivi des patients souffrant d'anxiété, de troubles de l'humeur ou d'autres problèmes de santé mentale : la possibilité d'intervenir rapidement pour éviter une réaction fréquente, soit l'arrêt de la prise des médicaments.

« Pendant le confinement, j'ai vu que ces patients se décompensaient plus souvent à cause du stress lié à la COVID-19, raconte ce médecin de famille du GMF-R Polyclinique de Vaudreuil. J'ai donc pris l'initiative de les appeler quelques jours après leur rendez-vous pour savoir comment ils allaient. »

Le D<sup>r</sup> Germain se rend vite compte que ce suivi rapproché est bénéfique. « D'abord, cela me permet d'évaluer le respect du protocole thérapeutique. Ensuite, lorsqu'un patient a des effets indésirables légers, je peux le rassurer en lui disant qu'ils sont passagers. Et si les réactions indésirables sont importantes, je peux aussi modifier la dose du médicament ou changer ce dernier. »

Bref, un simple appel peut prévenir le risque que le patient cesse de prendre ses médicaments ou que son état se détériore, a pu constater l'omnipraticien qui compte poursuivre dans cette voie.

## UN MOYEN NATUREL DE COMMUNICATION

Les jeunes de 12 à 24 ans forment une autre clientèle pour laquelle la téléconsultation constitue une formule gagnante. « On se demande pourquoi on ne faisait pas ça avant », lance la **D<sup>re</sup> Catherine Haskins**, médecin de famille à la clinique jeunesse du CLSC du Lac-Saint-Louis, à Pointe-Claire. Les rendez-vous téléphoniques, dit-elle, sont particulièrement bien adaptés au style de vie et aux besoins de cette génération, née avec un cellulaire dans les mains.

« La plupart de nos jeunes patients ont une bonne santé physique. Ils consultent surtout pour des problèmes de santé mentale, des difficultés familiales, des besoins en

contraception. Pour la plupart de ces visites, la téléconsultation fonctionne bien. »

Après la pandémie, la D<sup>re</sup> Haskins souhaite donner aux patients le choix entre une consultation en personne ou au téléphone, lorsqu'un examen physique n'est pas requis. « C'est tellement plus flexible. Par exemple, j'ai des patients qui étudient à Ottawa ou au centre-ville de Montréal et pour qui c'est compliqué de se rendre au CLSC. » Elle estime également qu'une téléconsultation est plus facile à reporter qu'une rencontre au cabinet.

## BOUGER DEVANT L'ORDI

Au début du confinement, le CLSC-GMF de Saint-Donat a dû mettre fin aux séances d'exercice en groupe destinées aux personnes âgées et aux patients ayant une maladie chronique ou des douleurs persistantes. La kinésologue qui faisait bouger tous ces gens s'inquiétait. Leur état allait-il se détériorer? Le D<sup>r</sup> Jean-Marc Hébert, qui pratique dans cette clinique, a alors eu une idée : recourir à la vidéoconférence.

« On ne pouvait pas laisser tomber ces patients, dit-il. Lorsqu'ils sont actifs physiquement, leur glycémie baisse, ils ont moins de douleurs et d'ankylose, leur équilibre s'améliore et leur humeur aussi, car l'activité physique fait office d'antidépresseur. »

Résultat? Les séances d'exercice virtuelles ont eu un succès monstre. Maintenant, ils sont parfois une cinquantaine à bouger devant un écran en suivant les instructions de la kinésologue. Et après l'activité physique, les micros s'ouvrent pour un brin de conversation. « Les gens sont enchantés », se réjouit le D<sup>r</sup> Hébert qui souligne que ces rencontres contribuent également à briser l'isolement.

Après la COVID-19, l'initiative devrait se poursuivre en mode hybride (en salle et à distance). « L'avantage de la visioconférence, c'est que nous ne sommes pas limités par l'espace. Davantage de personnes pourront profiter du programme. » Un écran géant a même été installé dans une résidence pour personnes âgées de la région!



D<sup>re</sup> Catherine Haskins

D<sup>re</sup> Chantale Guimont

## SIGNES VITAUX À L'AUTO

Depuis que la COVID-19 fait partie de nos vies, il est possible de se faire tester en restant bien assis derrière son volant. Pourquoi ne pas appliquer le même concept à la prise des signes vitaux? C'est ce qu'a fait le GMF MAclinique médicale Lebourgneuf.

«Lors d'une téléconsultation, il arrive qu'il ne manque que les signes vitaux pour poser un diagnostic ou décider du traitement, explique la **D<sup>re</sup> Chantal Guimont**, directrice du GMF. Dans ce cas, nous proposons au patient de se rendre près de la porte de la clinique où une infirmière peut prendre son rythme cardiaque, sa température et sa saturation.» Même chose pour le dépistage de la pharyngite à streptocoque qui peut aussi être fait au «service à l'auto».

Instaurée pour réduire les risques de contamination dans le contexte de la pandémie, la formule peut également être utile dans d'autres situations, estime la D<sup>re</sup> Guimont. «Par exemple, on pourrait y recourir lorsqu'on soupçonne une grippe ou une autre maladie contagieuse chez un patient, mais uniquement si un examen physique n'est pas requis. Le but est d'éviter de faire entrer une personne contagieuse dans la clinique quand il n'y a aucun avantage à le faire.»

Selon la médecin de famille, la COVID-19 a permis une prise de conscience collective de l'importance de la prévention des infections. «Je ne pense pas qu'on va revoir un jour des situations où des personnes contagieuses vont s'asseoir dans la salle d'attente avec les autres. Tout le monde voit davantage les risques de contamination.»

Même constat pour la D<sup>re</sup> Odile Kowalski, du GMF L'Envo-lée. «Après la pandémie, les patients devront continuer à se désinfecter les mains en entrant dans la clinique. Et toute personne enrhumée ou fiévreuse devra porter un masque. Maintenant que les gens sont habitués aux mesures d'hygiène, je veux que ça reste.» //

## SERVICES OFFERTS AUX MÉDECINS OMNIPRATICIENS

### ÉPARGNE ET INVESTISSEMENT

Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)  
Investissement – Liquidité  
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)  
Compte de retraite immobilisé (CRI)  
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)  
Fonds de revenu viager (FRV)  
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)  
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)  
Régime volontaire d'épargne-retraite (RYER)  
Courtage en valeurs mobilières  
(REER autogéré, courtage de plein exercice)  
Fonds FMOQ  
Autres fonds communs de placement  
Produits d'Épargne Placements Québec  
Dépôts à terme  
Service-conseil  
Service de gestion privée  
Service de planification financière  
Service d'analyse pour la pratique médicale en société  
Service de facturation RAMQ  
**Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc.**  
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597  
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

### SOLUTIONS BANCAIRES

Forfait bancaire privilège pour les membres de la Fédération des Médecins omnipraticiens du Québec  
**RBC Banque Royale** : 1-800-80-SANTÉ (1 800 807-2683)

### PROGRAMMES D'ASSURANCES

Assurances de personnes  
Assurances automobile et habitation  
Assurance cabinet ou clinique  
Assurance médicaments et assurance maladie complémentaire  
Assurances frais de voyage et annulation  
Assurance responsabilité professionnelle  
**Lussier Dale Parizeau** : 514 282-1112 ou 1 877 807-3756

### TARIFS PRÉFÉRENTIELS POUR LES MEMBRES ET EMPLOYÉS DE LA FMOQ

Aloft Montreal Airport : 514 633-0900  
Le Crystal, Montréal : 514 861-5550 ou 1 877 861-5550  
Résidence Inn Marriott, Montréal : 1 800 678-6323

### CENTRE DE CONDITIONNEMENT PHYSIQUE

Nautilus Plus

### GOLFMAX ET SKIMAX

Tremblant

### POUR INFORMATIONS :

#### Direction des affaires professionnelles

D<sup>r</sup> Michel Desrosiers, directeur  
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499

<https://www.fmoq.org/pratique/avantages/>

# HYGIÈNE DES MAINS ET PORT D'ÉQUIPEMENT DE PROTECTION

## COMMENT PRÉVENIR LES LÉSIONS CUTANÉES ?

Il existe différents moyens d'éviter ou de traiter les lésions dermatologiques liées aux mesures d'hygiène nécessaires contre la COVID-19. Une dermatologue, la D<sup>re</sup> Marie-Claude Houle, qui s'est penchée sur la question avec ses collègues, les présente.

Élyanthe Nord



D<sup>re</sup> Marie-Claude Houle

Plus la pandémie avance et plus le risque de lésions cutanées augmente chez certains travailleurs de la santé. Les sources d'irritation de la peau sont nombreuses : lavage des mains, port de gants, de masques, de visières. Que faire ?

La première étape est la prévention. Pour les mains d'abord. « Comme on doit se laver les mains souvent, il faut enlever tout ce qui est superflu tel que les bijoux et le vernis à ongles, qui peuvent augmenter l'irritation de la peau. Parallèlement, on doit utiliser une crème hydratante plusieurs fois par jour pour prévenir l'irritation et éviter l'apparition d'une dermatite active », explique la **D<sup>re</sup> Marie-Claude Houle**, dermatologue au CHU de Québec et coauteure d'un guide sur la prévention des lésions dermatologiques publié sur le site de l'Association des médecins spécialistes dermatologues du Québec ([dermatocq.org/medecin](http://dermatocq.org/medecin))<sup>1</sup>.

Le recours à une crème hydratante peut sembler banal, mais il est efficace, selon une étude qui s'est penchée sur les moyens de prévention de la dermatite de contact<sup>2</sup>. L'émollient doit toutefois être appliqué fréquemment et généreusement pour former une barrière physique et empêcher la pénétration d'éléments irritants.

Autre précaution importante : se désinfecter les mains avec une solution antiseptique plutôt qu'avec de l'eau et du savon. « Des études ont prouvé que le lavage est beaucoup plus irritant que l'emploi du gel hydroalcoolique. Le fait de frotter la peau avec de l'eau et du savon enlève les gras qui permettent de garder l'hydratation cutanée », indique la D<sup>re</sup> Houle, qui a fait une surspécialité dans le domaine de la dermatite de contact et de la dermatite professionnelle à l'Université de Toronto.

Les gants peuvent aussi constituer une source d'irritation. Ils créent une occlusion qui augmente la transpiration et bloque l'évaporation. Ainsi, avant de les enfiler, il faut s'assurer que les mains sont bien sèches. On doit également les retirer dès que possible parce l'effet de leur utilisation est cumulatif. « Le port de gants pendant six heures par jour pendant quatorze jours entraîne systématiquement un certain degré d'irritation sur la peau », précise le document de la D<sup>re</sup> Houle et de ses collègues. Et l'ajout d'un autre facteur irritant, comme le lavage des mains, hausse encore le risque de lésions cutanées.

Et si l'on veut une protection supplémentaire contre les irritations cutanées ? On peut employer, en plus des émoullients habituels, des crèmes barrières, comme celles qui sont à base de silicone. « Les études n'ont pas vraiment prouvé l'efficacité de ces produits appliqués seuls, mais il semblerait qu'utilisés avec les crèmes hydratantes, ils permettent de mieux prévenir l'irritation et même de traiter un début de lésion », mentionne la dermatologue, également codirectrice du programme de résidence en dermatologie de l'Université Laval.

### PRÉVENTION SECONDAIRE POUR LES MAINS

Quand la peau commence à montrer des signes d'irritation (sécheresse ou démangeaisons), il faut passer à la prévention secondaire. Augmenter la fréquence d'application de crèmes hydratantes et, lorsque l'épiderme est déshydraté, recourir à un produit contenant de la gelée de pétrole, une substance très grasseuse. « Plus une crème est grasse,

mieux c'est pour les mains. Mais ce n'est pas très pratique. On peut à peine tenir un crayon avec ce type de produit», indique la D<sup>re</sup> Houle.

Mais parfois, il faut plus. «Il est possible que l'on ait aussi besoin d'une crème renfermant des corticostéroïdes. Elle devra être appliquée deux fois par jour», mentionne la spécialiste. Le contact avec les substances irritantes, quant à lui, doit être limité. «Quand on est en congé, ce n'est pas une bonne idée de faire du ménage et de se servir de détergents ou de gants qui irriteront encore plus notre peau.»

## PRENDRE SOIN DU VISAGE

Comment protéger la peau du visage? La réponse dépend du type d'épiderme. Certaines personnes ont une peau plutôt acnéique. «Comme le masque est très occlusif, il provoque l'apparition de boutons. Les gens qui ont tendance à faire de l'acné devraient, s'ils le peuvent, porter un masque chirurgical bleu, qui permet à l'épiderme de mieux respirer qu'un masque en tissu. En ce qui concerne les émoullissants, un produit à base d'eau devrait être privilégié», mentionne la D<sup>re</sup> Houle.

D'autres personnes, comme celles qui souffrent d'eczéma, ont, au contraire, une peau sèche qui s'irrite facilement. «Pour ces gens-là, un masque en tissu est préférable aux masques chirurgicaux qui sont rêches et irritants. En ce qui

concerne les émoullissants, ils peuvent employer un produit un peu plus gras.»

Parfois, après l'utilisation d'un nouveau savon ou le port d'un masque différent, des rougeurs apparaissent. Comment savoir s'il s'agit d'une irritation ou d'une allergie? «Dans au moins 80 % du temps, ce sont des irritations, répond la spécialiste. Si le traitement de prévention de base ne fonctionne pas, il sera alors nécessaire de demander une consultation en dermatologie pour obtenir des tests d'allergie.»

## PRÉVENTION SECONDAIRE POUR LE VISAGE

Une irritation peut finir par apparaître sur la figure. À la fin de la journée, quand on ne porte plus le masque, on peut alors appliquer un onguent composé d'huile minérale ou de gelée de pétrole sur la région touchée.

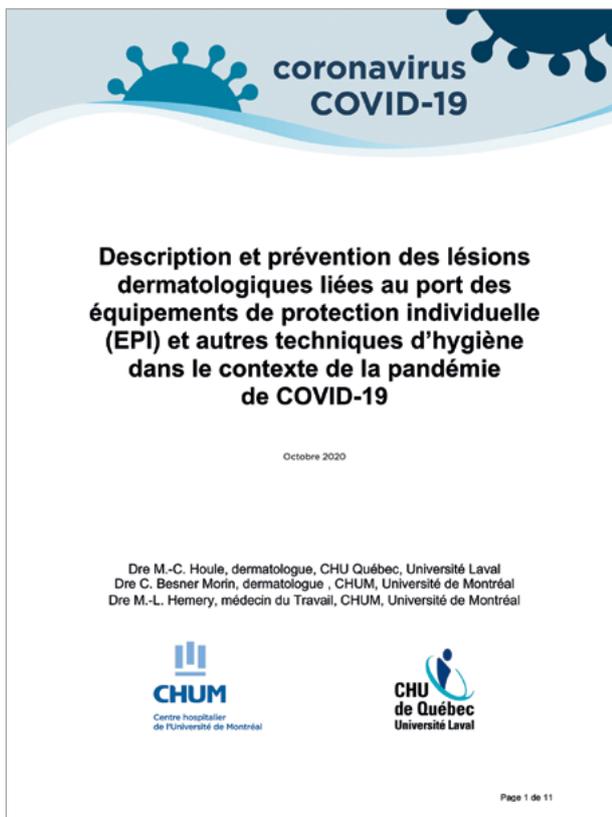
Si on doit porter continuellement un couvre-visage, on peut, pour protéger la peau, appliquer une crème barrière ou recourir de façon prophylactique à un pansement d'interface. «Dans certains pays, comme le Portugal et la Chine, les professionnels de la santé utilisent des pansements hydrocolloïdes, comme DuoDERM, sous les masques de type N95. On peut les couper et les mettre sur la base du nez ou sur les pommettes, qui sont les points d'appui du masque», explique la D<sup>re</sup> Houle. Il faut cependant s'assurer que le pansement ne réduit pas l'étanchéité du masque N95.

Quand une lésion s'est déjà formée, il est par ailleurs possible d'employer des films à base de cyanoacrylate. «Ce sont des pansements transparents utilisés pour les patients qui ont des colostomies.» Ils créent une couche protectrice à la surface de la peau.

Il existe ainsi différentes solutions pour éviter ou traiter les lésions cutanées causées par les mesures de protection contre la COVID-19. La D<sup>re</sup> Houle et ses collègues présenteront un webinaire sur ce sujet le 8 février à midi sur le site de la Fédération des médecins spécialistes du Québec ([fmsq.org](http://fmsq.org)). //

## BIBLIOGRAPHIE

1. Houle, MC, Besner Morin C et Hemery ML. *Description et prévention des lésions dermatologiques liées au port des équipements de protection individuelle (EPI) et autres techniques d'hygiène dans le contexte de la pandémie de COVID-19*. Montréal et Québec : Centre hospitalier de l'Université de Montréal, CHU de Québec-Université Laval ; octobre 2020. 12 pages.
2. Bauer A, Rönsch H, Elsner P et coll. Interventions for preventing occupational irritant hand dermatitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 ; 4 [4] : CD004414.

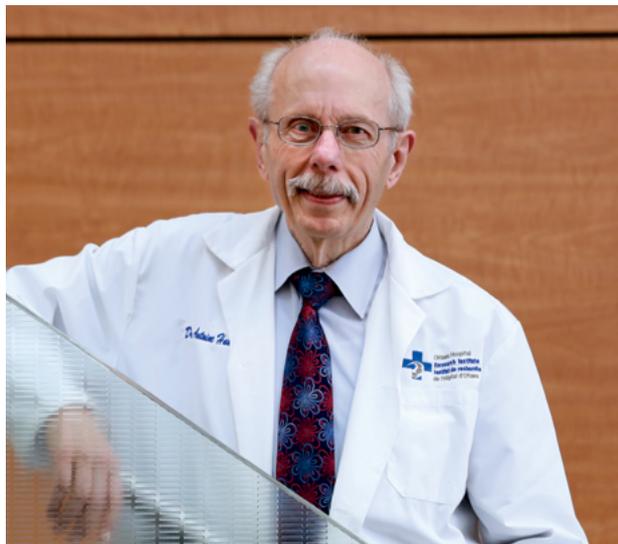


# PRÉVENTION DU VIEILLISSEMENT

## VOLUME DU CERVEAU ET ACTIVITÉ PHYSIQUE

L'activité physique est une précieuse alliée du cerveau. Une nouvelle étude vient de montrer que les personnes âgées qui font de l'exercice, même de manière peu intense, ont un volume cérébral plus important que les gens du même âge totalement inactifs.

Élyanthe Nord



D' Antoine Hakim

Comme tout organe, le cerveau vieillit. Au fil des ans, son volume total diminue, son cortex s'amincit et ses artérioles se bloquent. Chaque année, il pourrait perdre quelque 3 cm<sup>3</sup> de matière. « C'est ce qui arrive si on ne prend pas les mesures nécessaires pour le protéger », affirme le **D<sup>r</sup> Antoine Hakim**, neurologue à l'Hôpital d'Ottawa, qui s'intéresse entre autres aux vulnérabilités du cerveau et à la neuroprotection.

L'une des solutions préconisées par le spécialiste : l'activité physique. Une nouvelle étude publiée dans le *JAMA Network Open* vient d'ailleurs de montrer que les personnes âgées qui font 150 minutes d'exercice d'intensité moyenne ou vigoureuse par semaine ont un cerveau plus volumineux que celles qui n'atteignent pas ce niveau. Elles possèdent en moyenne 19 cm<sup>3</sup> de plus. Et leur cortex est plus épais de 0,02 mm. Ces données correspondraient à de quatre à six années de vieillissement de moins.

« Le cerveau rétrécit, parce qu'il est mal irrigué, explique le D<sup>r</sup> Hakim, professeur à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa. Le cerveau ne bat pas comme le cœur, ne bouge pas comme un muscle, mais consomme une quantité incroyablement importante d'énergie. Il dépend donc totalement de la circulation sanguine. »

### UN EFFET LIÉ À LA QUANTITÉ

C'est à l'Université Columbia, à New York, que des chercheurs, la **D<sup>re</sup> Yian Gu** et ses collaborateurs, se sont penchés sur l'association entre l'exercice et différentes mesures du cerveau chez 1443 personnes âgées en moyenne de 77 ans (encadré 1)<sup>1</sup>. Ils avaient déjà montré chez ces participants qu'une plus grande activité physique était associée à un plus faible risque de maladie d'Alzheimer.

Cette fois-ci, l'équipe a découvert une relation dose-effet entre l'exercice et le volume cérébral. Les sujets qui avaient une activité physique relativement importante ( $\geq 1025$  équivalents métaboliques [MET]-min/semaine) possédaient un cerveau en moyenne de 13 cm<sup>3</sup> plus volumineux et un cortex plus épais de 0,016 mm que les participants totalement sédentaires. « C'est l'équivalent de trois ou quatre ans de vieillissement », indiquent les auteurs. Les participants qui possédaient les cerveaux les plus volumineux étaient par ailleurs ceux qui suivaient les lignes directrices sur l'activité physique et faisaient au moins 150 minutes d'exercice relativement vigoureux par semaine. Cependant, une activité physique même légère était bénéfique (de 0 à 450 MET-min/semaine) : elle était associée à un volume cérébral d'au moins 9 cm<sup>3</sup> de plus que celui des sujets qui ne faisaient aucun exercice.

Ainsi, l'activité physique est incontournable pour le cerveau. « Il faut faire au moins 20 minutes par jour d'un exercice qui essouffle. Les vaisseaux sanguins s'ouvrent alors, et le cerveau devient plus irrigué. Un moins grand volume d'activité peut quand même être bien, mais il ne faut pas tomber à zéro. On ne doit pas s'asseoir devant sa télévision toute la journée. Le cerveau d'une personne qui ne fait aucun exercice se referme tout doucement et ne sert plus », indique le D<sup>r</sup> Hakim, qui a par ailleurs reçu le prestigieux Prix Canada Gairdner Wightman en 2017.

### UN MOYEN DE PRÉVENTION POUR LES PERSONNES À RISQUE

Aux yeux de la D<sup>re</sup> Gu et de ses collègues, l'exercice est un précieux outil de prévention. « Pour les personnes qui présentent un plus grand risque de maladie d'Alzheimer, il est particulièrement important de connaître les facteurs

protecteurs potentiels qui peuvent ralentir la trajectoire de l'affection vers le stade clinique.»

Parmi les participants de l'étude, 27 % étaient d'ailleurs porteurs de l'allèle de l'apolipoprotéine (APOE) ... 4, un important facteur de risque de la maladie d'Alzheimer. Chez eux aussi, l'exercice semblait bénéfique pour le cerveau, même si son effet sur le volume cérébral total était beaucoup moindre que chez les autres.

« Notre étude s'ajoute à celles qui semblent indiquer que l'activité physique peut constituer une cible d'intervention importante pour la santé du cerveau et la prévention de la démence parmi les porteurs de l'allèle APOE ... 4. De toutes les régions cérébrales, l'hippocampe, par son volume, semble être la zone clé de la réponse à l'activité physique, probablement à cause de sa plasticité et de sa sensibilité à l'atrophie liée à l'âge », estiment les chercheurs.

Le lien entre la taille du cerveau et l'exercice physique apparaissait par ailleurs dans les différents groupes ethniques de l'étude. La cohorte comportait à part presque égale des

Blancs, des Noirs et des Hispaniques. « À notre connaissance, il s'agit de la première étude à montrer une association entre l'activité physique et le volume du cerveau parmi les personnes afro-américaines et hispaniques, groupes où le risque de maladie d'Alzheimer est plus élevé que chez les personnes blanches », indiquent les auteurs de l'étude.

À quel âge faut-il commencer à s'inquiéter de la réduction de la taille de son cerveau? « Il n'y a pas d'âge, répond le Dr Hakim, lui-même un jeune homme de 78 ans. Le cerveau commence à rétrécir dès qu'on arrête d'en prendre soin. Certaines personnes très âgées sont capables d'effectuer toutes sortes d'activités mentales parce qu'elles continuent à faire bénéficier leur cerveau de bonnes influences (encadré 2). Il y a plusieurs exemples de personnes de 90 ou de 100 ans qui ont de grandes capacités intellectuelles. » //

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Gu Y, Beato J, Amarante E et coll. Assessment of leisure time physical activity and brain health in a multiethnic cohort of older adults. *JAMA Netw Open* 2020; 3 (11) : e2026506. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2020.26506.

#### ENCADRÉ 1 | UNE ÉTUDE DE PLUS DE 1400 SUJETS

Le projet Columbia sur le vieillissement s'est intéressé à des personnes de 65 ans et plus vivant à Manhattan. Suivies sur une base régulière, ces dernières ont fait l'objet de différentes évaluations. Elles ont entre autres rempli un questionnaire où elles indiquaient la fréquence et la durée des activités physiques qu'elles avaient effectuées au cours des deux semaines précédentes. Les participants ont par la suite passé un examen d'imagerie par résonance magnétique du cerveau.

La Dr<sup>e</sup> Yian Gu et ses collaborateurs, de l'Université Columbia, à New York, ont étudié les résultats des 1443 personnes dont les données étaient complètes. La cohorte, comprenant 64 % de femmes, était multiethnique : 27 % des sujets étaient blancs, 34 % étaient noirs et 36 % étaient hispaniques.

Les chercheurs ont calculé les équivalents métaboliques-minute par semaine des activités d'intensité légère, moyenne et vigoureuse des participants et les ont additionnés. La plupart des sujets avaient fait de l'activité physique légère : seulement 17 % en avaient fait d'intensité modérée et 10 %, d'intensité vigoureuse.

Par rapport à une inactivité totale :

- ▶ une activité physique relativement grande (plus de 1025 MET-min/semaine) était liée à une augmentation du volume du cerveau de 13 cm<sup>3</sup> (P = 0,003) ;
- ▶ une activité physique modérée (de 450 MET-min à 1025 MET-min par semaine) était associée à une hausse supplémentaire de 9 cm<sup>3</sup> (P = 0,04) ;

- ▶ une activité physique faible (de 0 MET-min à 450 MET-min par semaine) était liée à un volume additionnel de 9 cm<sup>3</sup> (P = 0,03).

« Cette étude, qui comprend un grand nombre de sujets, est très bien faite. Elle porte sur une cohorte très diversifiée, que ce soit en ce qui concerne le nombre de femmes ou la représentation ethnique », mentionne le Dr Antoine Hakim, professeur à l'Université d'Ottawa.

Mais la recherche a quand même quelques faiblesses. « Par exemple, les données sur l'exercice étaient fournies par les participants et n'ont pas été vérifiées », note le neurologue. De plus, même si les chercheurs ont tenu compte dans leur analyse de facteurs comme l'âge, le sexe, la race, le niveau d'éducation, l'occupation et la présence d'un déficit cognitif léger au moment de l'examen par résonance magnétique, ils n'ont pas pris en considération d'autres éléments essentiels pouvant influencer les capacités cognitives. « Le sommeil est très important, tout comme l'acuité auditive, l'alimentation et la présence ou l'absence de dépression », affirme le Dr Hakim.

L'étude de la Dr<sup>e</sup> Gu et de son équipe fournit néanmoins des données intéressantes. « La conclusion la plus importante est que bouger régulièrement rajeunit notre cerveau », résume le neurologue canadien.

L'activité physique n'est qu'un des facteurs qui permettent de garder le cerveau en bonne santé. Le Dr Antoine Hakim, neurologue, conseille de :

### 1) Développer sa réserve cognitive

Il faut continuellement s'efforcer d'apprendre et d'effectuer des activités intellectuelles variées. « Quand on pousse ainsi le cerveau, il s'élargit », explique le spécialiste.

### 2) Éviter les atteintes au cerveau

Les accidents vasculaires cérébraux et les commotions cérébrales répétitives endommagent le cerveau. « Ils l'amènent à se protéger en refermant ses vaisseaux sanguins », dit le Dr Hakim.

### 3) Garder une pression artérielle optimale

« Le médecin devrait demander à ses patients de mesurer leur pression une fois par semaine, quand ils sont au repos total et calmes. Il doit vraiment insister sur le fait que la pression systolique ne doit pas dépasser 120 mmHg », affirme le neurologue.

### 4) Avoir une alimentation saine

Le meilleur type d'alimentation ? Le régime méditerranéen. « Il est salubre pour le cerveau. »

### 5) Faire de l'exercice

L'idéal est de faire 20 minutes par jour d'une activité physique essoufflante. Même pour une personne âgée ? « Quand on a 80 ou 90 ans, on ne va pas aller courir pendant 20 minutes, bien que ce soit la recommandation officielle. On peut toutefois avoir une activité physique moins importante qui restera salubre pour le cerveau, d'après l'étude de la D<sup>re</sup> Yian Gu. » Le Dr Hakim, pour sa part, conseillait à ses patients âgés de bouger, même en plein hiver. « On peut insister pour qu'ils aient une activité physique journalière qui mène si possible à l'essoufflement. Ils peuvent monter et descendre un escalier, nettoyer des étagères, etc. »

### 6) Dormir suffisamment

Le sommeil est très important. Il faut en général dormir un total de sept à huit heures par jour, ce qui peut inclure une sieste. « C'est seulement pendant le sommeil que le cerveau se nettoie. Si on ne dort pas suffisamment, il accumule des protéines néfastes, comme la bêta-amyloïde. Le cerveau de ceux qui dorment très peu ou très mal vieillit beaucoup plus rapidement. »

### 7) Éviter la dépression

Pour garder son cerveau en forme, il faut nouer des relations, se sentir utile et éviter la dépression.

Pour en savoir davantage : Hakim A. *Préservez votre vitalité mentale : 7 règles pour prévenir la démence*. Éditions de l'Homme, Montréal, 2016, 240 pages, 27,95 \$.



## LIVRES

ÉLYANTHE NORD

## SOIGNER DU NORD AU SUD

DE LA D<sup>RE</sup> DANIELLE PERREULT



Sa vocation : secourir. Venir en aide aux blessés, aux malades, aux démunis. La D<sup>re</sup> Danielle Perreault, médecin de famille, s'est ainsi portée volontaire lors de grandes tragédies : le tremblement de terre en Haïti (2010), le typhon Haiyan aux Philippines (2013), l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone (2014). Là, elle a pu sauver bien des personnes, mais en a vu beaucoup mourir.

La chroniqueuse bien connue a aussi participé à de nombreuses missions humanitaires loin des projecteurs : en Guinée-Bissau, au Bénin, au Bhoutan, à Madagascar, en Papouasie-Nouvelle-Guinée, etc. Elle y a pratiqué dans des conditions souvent difficiles. Sans radiographie, sans tests de laboratoire, sans médicaments. Elle y a observé tant la misère que l'immense richesse humaine.

Car au-delà de son irrépressible besoin d'aider, la D<sup>re</sup> Perreault a également soif d'autres cultures, de rencontres exceptionnelles et de paysages inconnus. Elle évoque toutes ces facettes dans un livre riche et palpitant où elle raconte ses périples, mais aussi s'interroge et analyse.

L'omnipraticienne comble par ailleurs ici aussi, au Québec, son envie d'aider et de découvrir. Depuis longtemps, elle travaille dans le Grand Nord, auprès des Autochtones. Tout en soignant, elle a constaté les tragédies personnelles et collectives qui les habitent. Elle porte sur cette collectivité résiliente un regard à la fois chaleureux, empathique et admiratif.

*Soigner du nord au sud* marque un tournant dans la vie de la D<sup>re</sup> Perreault. « J'ai maintenant envie de transmettre mes connaissances plutôt que d'agir dans l'urgence », conclut-elle dans son ouvrage. Elle effectuera encore des missions, mais d'une autre façon...

Québec Amérique, Montréal, 2020, 368 pages, 32,95 \$ (version numérique : 21,99 \$).

# MIEUX SOIGNER LES PATIENTS VIVANT DANS LA PAUVRETÉ

Nathalie Vallerand



D<sup>re</sup> Lucia Perez Repetto

Préoccupée par les iniquités en santé, la D<sup>re</sup> **Lucia Perez Repetto** a collaboré à un projet de recherche pendant sa résidence pour améliorer les compétences sociales des médecins dans leurs interactions avec les clientèles défavorisées. «La distance sociale et la méconnaissance qu'ont les médecins de l'aide sociale constituent des obstacles à une bonne relation médecin-patient et à la qualité des soins», indique celle qui exerce depuis l'an dernier au GMF du Lac-Saint-Jean Est, en plus d'être professeure d'enseignement clinique au GMF-U d'Alma.

Pour réduire la distance sociale causée par les différences socio-économiques, tout est dans l'approche. «Les personnes à faible revenu qui ont participé à la recherche disent être intimidées quand elles vont chez le médecin, rapporte la D<sup>re</sup> **Marie-Suzanne Mathieu**, du GMF-U d'Alma, qui a supervisé les travaux de la D<sup>re</sup> Perez Repetto. Et c'est encore pire lorsque le médecin a une attitude paternaliste ou donne l'impression d'être pressé par le temps.»

Cela peut sembler évident, mais bien accueillir ces patients, leur sourire, avoir un contact visuel avec eux, adopter une attitude d'ouverture, être attentif à leurs émotions, utiliser un langage facile à comprendre et porter des vêtements neutres (décontractés, pas trop coûteux) sont autant de façons de les rendre plus à l'aise.

Et que doivent savoir les médecins à propos de l'aide sociale et de la réalité de ceux qui en reçoivent? «Être bénéficiaire de l'aide sociale, c'est vivre sous le seuil de la pauvreté, même quand on touche un supplément en raison d'une contrainte importante à l'emploi, répond la D<sup>re</sup> Perez Repetto. De plus, il faut briser la perception que la majorité des prestataires abusent du système. En fait, la plupart d'entre eux veulent sortir de l'aide sociale.»

L'omnipraticienne souligne par ailleurs l'importance de bien remplir le formulaire attestant qu'un patient a un important

problème de santé l'empêchant de travailler. «Si la demande est refusée parce que le terme médical utilisé ne se trouve pas sur la liste du gouvernement, c'est le patient qui en subit les conséquences financières», déplore celle qui a reçu le prix Nadine St-Pierre 2020 du Collège des médecins de famille du Canada et de la Fondation pour l'avancement de la médecine familiale pour la qualité de son travail universitaire.

## ADAPTER LES SOINS

Pour établir leur plan de traitement, les médecins devraient tenir compte des limites financières des patients, affirme la D<sup>re</sup> Mathieu. «Le revenu est un important déterminant de santé. Ça change tout. Par exemple, il peut être irréaliste pour une personne qui vit sous le seuil de la pauvreté de manger plus de fruits et de légumes ou de s'entraîner. Elle n'a pas d'argent pour s'acheter de bons aliments ni pour aller au gym!»

Que faire alors? D'abord, se demander si le patient a les moyens d'appliquer les recommandations. Dans le doute, ne pas hésiter à s'enquérir de sa situation financière. «Il y a des gens qui minimisent leurs symptômes parce qu'ils ne peuvent se permettre un arrêt de travail», dit la D<sup>re</sup> Marie-Suzanne Mathieu. Ensuite, il faut cibler, choisir avec le patient des aspects sur lesquels agir en priorité, le diabète par exemple. Il faut aussi prescrire des médicaments moins chers, proposer la marche au lieu du centre de conditionnement physique, explorer avec la personne diverses solutions en fonction de sa réalité.

La D<sup>re</sup> Lucia Perez Repetto veut d'ailleurs aider les résidents à acquérir ces réflexes en intégrant au cursus du GMF-U d'Alma deux demi-journées de formation et de sensibilisation. Au programme : jeu-questionnaire sur les préjugés, jeux de rôles inversés médecin-personne à faible revenu, témoignages, atelier sur les formulaires médicaux pour l'aide sociale, repas-partage, etc. Une initiative qui sera mise en place après la pandémie et qui pourrait éventuellement s'étendre à d'autres milieux. //

## PROGRAMME D'AIDE SOCIALE

### Quelle est la somme versée chaque mois?

- Personne seule : 708 \$
- Famille monoparentale avec un enfant de moins de 12 ans : 816,33 \$
- Personne seule qui a des contraintes importantes à l'emploi : 1111 \$ ou 1298 \$ (programme de Solidarité sociale)