

DIABÈTE ET PROBLÈMES DE VISION

Les ophtalmologistes souhaitent la création d'un programme de dépistage

Même si les ophtalmologistes ont doublé leur productivité en l'espace d'une quinzaine d'années, il en faudra davantage pour qu'ils puissent faire face à la hausse de la demande de soins dans leur spécialité. L'Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ) est déjà engagée dans un processus de réorganisation des services pour tenter de décharger ses membres et propose à cet effet la création d'un programme de dépistage de la rétinopathie diabétique afin de filtrer la clientèle qui serait dirigée vers les ophtalmologistes.

Actuellement, estime le président de l'AMOQ, le Dr Jean-Daniel Arbour, 85 % des diabétiques vus par un ophtalmologiste n'ont pas besoin d'être traités par ce médecin spécialiste. « Si on concentrait les patients qui ont vraiment besoin de voir un ophtalmologiste, explique le Dr Arbour, nous serions probablement en nombre suffisant pour faire face à la demande. »

Facteurs d'augmentation

L'augmentation naturelle de gens qui contractent la cataracte et la multiplication du nombre de diabétiques alourdissent beaucoup la tâche des ophtalmologistes, et cette pression continuera à grandir au cours des années à venir. La chirurgie de la cataracte a été l'une des trois premières au Québec à être couvertes par la garantie d'accès contenue dans la « loi 33 ».

Selon le président de l'AMOQ, l'attention portée à la chirurgie de la cataracte a bénéficié aux gens qui souffraient de ce problème, mais cette opération s'est faite au détriment des individus souffrant d'autres pathologies beaucoup plus graves. L'accès aux services médicaux pour le glaucome, la rétinopathie diabétique et la dégénérescence moléculaire a diminué pendant qu'augmentait celui de la cataracte. Le délai pour une greffe de la cornée serait de trois ans dans certains endroits, cite-t-il en exemple.

Diabète et vision

Si le gouvernement croit avoir trouvé une solution à la cataracte, un autre problème en croissance, beaucoup plus grave, préoccupe énormément le Dr Arbour et ses collègues : la hausse fulgurante du

nombre de diabétiques. Les ophtalmologistes voient croître cette clientèle avec inquiétude, car les problèmes de la vue causés par le diabète ne se règlent pas grâce à

Suite à la page 17 ►



Le Dr Jean-Daniel Arbour, président de l'AMOQ

PHOTOS: DENIS MÉTHOT

La productivité des ophtalmologistes a doublé grâce à l'avancement de la technologie

Quand la Dre Dominique Meyer a amorcé sa pratique, au début des années 1990, un ophtalmologiste qui réalisait jusqu'à sept ou huit chirurgies de la cataracte par jour était considéré comme un excellent chirurgien. Le même médecin peut aujourd'hui en faire jusqu'à 15 quotidiennement. La productivité de ces spécialistes a donc doublé en l'espace d'une quinzaine d'années.

« Heureusement, car le nombre d'ophtalmologistes va en décroissant, alors que la population vieillissante augmente. Sinon, il faudrait doubler la population d'ophtalmologistes », commente la Dre Meyer, médecin spécialiste, qui s'est désengagée du système public en 1999. Même si elle exerce dans le secteur privé, elle se dit confrontée à une surcharge de travail. Elle pratique 500 opérations par année.

Actuellement, l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ) compte 279 membres. On estime qu'environ 50 % des gens de plus de 70 ans auront la cataracte, et à 80 ans, ce pourcentage passe à 70 % à 80 % des individus. Selon un sondage, la majorité des Québécois (54 %) ignorent qu'ils contracteront cette affection en vieillissant, et 60 % ne sont pas préoccupés par cette possibilité. Avec le vieillissement des individus, la demande en matière de chirurgie de la cataracte, l'une des premières à tomber sous la garantie d'accès du minis-

tère de la Santé et des Services sociaux, continuera à être très forte.

Révolution

Lors d'une rencontre qui précédait une intervention chirurgicale où elle devait poser une lentille multifocale à un septuagénaire sous l'œil des caméras, la Dre Meyer a parlé de révolution dans le secteur de l'ophtalmologie. L'accroissement spectaculaire du nombre de chirurgies de la cataracte que ces médecins peuvent réaliser aujourd'hui en est une formidable illustration. Grâce à l'évolution des technologies, des chirurgies qui demandaient autrefois 45 minutes n'en exigent plus que 10.

« Il y a des incisions qui sont devenues toutes petites, expliquait-elle avant de passer à la salle de chirurgie. Elles sont faites en trois paliers et elle sont autoscellantes. On n'a plus besoin de faire de points de suture. La plus grande incision mesure 2,7 mm. »

Il a fallu à la Dre Meyer une dizaine de minutes pour poser à son patient cette lentille multifocale. Après cette courte chirurgie, la personne opérée devrait avoir une excellente vision de près et de loin sans jamais porter de verres correcteurs. Dans le secteur privé, une lentille multifocale coûte 3500 \$ par œil au patient, et une monofocale, 2650 \$ par œil.

Selon la Dre Meyer, on peut trouver cette lentille dans le secteur public,



L'ophtalmologiste Dominique Meyer s'est désengagée du système public en 1999, mais dit être surchargée de travail même dans le privé.

mais pour une question d'incitatifs, elle n'est pas offerte par beaucoup de médecins. Le montant versé aux ophtalmologistes est le même peu importe la lentille posée au patient. Or, cette multifocale va demander plus de temps au médecin quant aux explications à fournir et au suivi postopératoire.

Au Québec, le patient doit payer de sa poche s'il veut avoir un implant souple. Le seul qui soit payé par l'État est rigide. Pour la Dre Meyer, ce type d'implant est dépassé. « On doit, dit-elle, avoir des implants souples pour pouvoir faire la chirurgie avec micro-incisions. » ◀

UN RATIO D'UN OPHTALMOLOGISTE POUR 40 000 PERSONNES AU QUÉBEC

Au Québec, la demande pour les soins en ophtalmologie est en croissance, mais le nombre de spécialistes pour y faire face est insuffisant, selon le président de l'Association des médecins ophtalmologistes du Québec (AMOQ), le Dr Jean-Daniel Arbour.

L'AMOQ compte 279 membres, mais il y a parmi eux beaucoup de médecins qui ont fortement réduit leur pratique ou qui sont en semi-retraite. Au Canada, le ratio établi en ophtalmologie en 2000 pour donner des services de qualité était d'un ophtalmologiste pour 28 000 personnes. Au Québec, si on soustrayait le nombre d'ophtalmologis-

tes qui ne pratiquent plus beaucoup, ce ratio serait d'environ 1 pour 40 000, croit le Dr Arbour.

La province est aujourd'hui pénalisée par la diminution du nombre d'étudiants qui ont été admis en médecine et en ophtalmologie dans les années 1990. Des facultés qui acceptaient à une époque cinq résidents dans cette spécialité ont diminué les entrées à deux ou trois par année. Les effets s'en font ressentir en 2007, dans un contexte où l'on assiste à une multiplication du nombre de cas de diabète et de cataracte liés au vieillissement de la population.

une opération de 10 minutes comme c'est le cas avec la cataracte. Le diabète représente la première cause de perte de vision et de cécité. L'ophtalmologie risque d'être submergée par le nombre de diabétiques, alors que de l'avis du Dr Arbour, bon nombre de ces patients n'ont pas besoin d'être traités par un ophtalmologiste; ils pourraient l'être par un médecin de famille.

Pour faire face à l'explosion anticipée, l'AMOQ se fait la promotrice

d'un programme préventif de dépistage des patients, comme on le fait pour le cancer du sein, au moyen de

photos afin de détecter les problèmes et d'orienter les patients vers les ressources appropriées. Un tel plan

existe en Europe. Selon le Dr Arbour, ce programme de dépistage par imagerie, s'il est bien orchestré et

bien mené, serait efficace et marquerait un très grand pas à la condition, toutefois, que les résultats des photos soient lus et interprétés par des spécialistes.

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) est en train de réaliser une étude sur le sujet, et ses conclusions sont attendues pour le début de 2008. Le président de l'AMOQ espère une réponse favorable du gouvernement au printemps. ◀

« L'OPHTALMOLOGIE RISQUE D'ÊTRE SUBMERGÉE

PAR LE NOMBRE DE DIABÉTIQUES, ALORS QUE DE L'AVIS DU DR ARBOUR,
BON NOMBRE DE CES PATIENTS POURRAIENT ÊTRE TRAITÉS
PAR UN MÉDECIN DE FAMILLE. »



LE MOT DU PRÉSIDENT



Population vieillissante : les soins de longue durée 1^{re} partie

La durée de vie s'allonge – et à quel prix? – alors que la population en elle-même vieillit dans nos sociétés industrialisées. Les statistiques l'annoncent depuis un moment déjà. Au quotidien, les médecins qui travaillent auprès des clientèles de soins de longue durée affrontent une réalité parfois turbulente sur un terrain qui ne semble pas prêt à accueillir tous ceux qui s'y bousculeront bientôt.

À fréquenter les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) depuis plusieurs années déjà, j'ai vécu les problématiques qui sont reliées à cette clientèle spécifique. Mes collègues des CHSLD ont également partagé leurs réflexions et leurs inquiétudes. Aussi complexe – et déficient – soit notre système de santé, il a pourtant le devoir de s'organiser pour traiter avec humanisme le nombre croissant de patients en fin de vie.

Le médecin qui se consacre aux clientèles en soins de longue durée est régulièrement exposé à des problématiques d'ordre éthique. Le scénario typique se renouvelle à peu de variantes près : un patient, affecté de nombreuses pathologies, est soigné dans un contexte interdisciplinaire en CHSLD. Le mandataire, généralement un membre de la famille, responsable d'approuver les décisions concernant le patient, vit de nombreuses tensions et inquiétudes. Avec raison, il désire que son parent malade soit traité avec ce qu'il croit être les meilleurs soins – sans toujours véritablement les connaître, n'étant pas professionnel de la santé.

Lorsque, inévitablement, la condition du patient se détériore et que les médecins recommandent des soins de confort, la famille, ébranlée, s'adapte mal et exige un transfert vers des soins de courte durée. À l'urgence, le patient se voit transféré à une nouvelle équipe qui ne connaît pas la complexité de sa situation particulière et qui ne comprend pas, surtout, que ces collègues lui envoient ce patient qui semblait pourtant bien suivi. Irrités, débordés, les collègues des urgences interprètent mal

ces transferts réclamés par les familles qui veulent l'avis d'autant de spécialistes que possible... au risque de voir la condition du parent malade se dégrader définitivement dans un couloir d'hôpital surchargé. Malheureusement, les familles réalisent trop peu le rôle crucial de la vision d'ensemble que possède l'omnipraticien-gériatre en charge de ce type de clientèle. Disons-le : le médecin de famille travaille dans l'ombre du mythe du spécialiste.

Pour complexifier la donne, nombre de patients en fin de vie traités dans des CHSLD souffrent de troubles cognitifs sévères. Certains, dont les comportements imprévisibles sont difficilement contrôlables, exigent une attention médicale intense et soutenue, et auraient besoin de services psychogériatriques encore trop rares. En conséquence, pour que la vie des autres patients et du personnel soignant demeure viable, il faut parfois avoir recours à la contention médicamenteuse.

En fait, c'est la structure en tant que telle des services de soins de longue durée qui doit être repensée et adaptée à cette clientèle vulnérable dont les besoins iront en augmentant. Des ressources structurées et mieux organisées éviteraient des hospitalisations inutiles, libérant ainsi des urgences bondées. Mais surtout, elles serviraient plus efficacement ces patients et permettraient de regrouper les ressources nécessaires. Fort heureusement, certains intervenants en CHSLD ont initié cette réflexion, alliant leurs forces pour mieux servir leur clientèle.

La deuxième partie de cet article, qui sera publiée au début de la prochaine année, illustrera le cas particulier du CHSLD Saint-Georges où un comité a décidé d'attaquer le problème de front. Je vous y présenterai un des meneurs du projet, M. Alain Coulombe, les objectifs poursuivis par son comité, les démarches entamées, les partenariats créés et les résultats obtenus. S'il reste un long chemin à parcourir, l'espoir est permis!

Dr Jean-Marie Martel
Président de l'AMLFC

Pour nous joindre

8355, boul. Saint-Laurent
Montréal (QC)
H2P 2Z6

Téléphone : (514) 388-2228
1 800 387-2228

Télécopieur : (514) 388-5335
Site Internet : www.amlfc.org
Courriel : info@amlfc.org