

Éventualité d'une pandémie

Quelles seront
les conditions de pratique
et de rémunération ?

Emmanuèle Gervais



Les omnipraticiens se trouveront sur la ligne de front si la pandémie due au nouveau virus de la grippe A (H1N1) se réactive. Cependant, seront-ils protégés sur le plan biologique, légal et financier ?

ACTUELLEMENT, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) négocie avec le gouvernement différentes mesures pour faire face à des situations de crise. « Si le système de soins extra-institutionnel cessait de fonctionner, il ne faudrait que quelques heures pour que tout le réseau public soit congestionné et incapable de répondre à la demande. Il faut donc prévoir la contribution des cabinets privés, mais pour cela nous avons besoin de la collaboration du ministère de la Santé et des Services sociaux », explique le **D^r Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

La FMOQ demande au gouvernement une protection sur différents plans si une crise sanitaire, quelle qu'elle soit, se produit :

⊗ Protection physique

⊕ Matériel de protection de base

La Fédération désire que le Ministère fournisse aux omnipraticiens le matériel de protection nécessaire : masques, gants, blouses, désinfectants, etc. ;

⊕ Retrait préventif

En cas de pandémie, la FMOQ demande le retrait préventif de deux catégories de généralistes :

- 1) les omnipraticiennes enceintes. « Ce n'est pas aux médecins de payer le coût de leur retrait préventif, ni d'ailleurs celui de leurs employées enceintes », affirme le D^r Raïche.
- 2) les médecins atteints d'une maladie chronique qui risqueraient d'avoir des complications graves s'ils attrapaient le nouveau virus.

⊗ Protection biologique

Les médecins, leur personnel et leurs familles respectives devraient recevoir le vaccin et, au besoin, des antiviraux.

⊗ Protection légale

La Fédération demande un système d'assurance sans égard à la faute. À cause de la situation, certains médecins pourraient avoir à faire des actes dont ils ont peu l'habitude. « Il est possible que les soins médicaux non essentiels soient suspendus et que le personnel médical ait à se concentrer sur les urgences et les cas liés à la pandémie. Certains médecins pourraient donc être appelés à donner un coup de main dans des champs d'activité qui leur sont moins familiers », explique le D^r Raïche. Une assurance sans égard à la faute pourrait



« Il faut prévoir la contribution des cabinets privés. »

— D^r Pierre Raïche

également couvrir les médecins retraités ou les étudiants en médecine appelés en renfort.

❶ Protection financière

- ❖ La FMOQ désire une assurance revenu pour les généralistes qui se prévaudront d'un retrait préventif à cause d'une grossesse ou de leur état de santé. Il est cependant possible que ces médecins soient affectés à des tâches où ils ne seront pas exposés au virus.
- ❖ Pour les médecins qui devront pratiquer dans des lieux de soins inhabituels, la Fédération pourrait demander une tarification qui comprendrait :
 - la rémunération de leur travail ;
 - une compensation pour les frais de leur cabinet qu'ils devront peut-être fermer ;
 - une prime de risque ;
 - un incitatif pour encourager leur participation.

À combien s'élèvera une rémunération comprenant tous ces éléments ? À titre comparatif, en Alberta, les médecins bénéficieront des taux

horaires de 259 \$ le jour, de 403 \$ le soir et les fins de semaine et de 518 \$ la nuit, si le gouvernement déclare un état d'urgence en santé publique. La Fédération trouve que ces sommes sont justifiées dans un contexte de crise sanitaire.

« Ce qui motive nos propositions ce n'est pas la perspective d'une éclosion comme celle qui est survenue au printemps, mais la possibilité de conditions sanitaires pénibles », précise le D^r Raïche.

Formation

Si les médecins doivent suivre une formation donnée par la Santé publique du Québec, il faudra que les omnipraticiens rémunérés à l'acte soient payés pour y assister, tout comme le seront leurs collègues rétribués à tarif horaire et à honoraires fixes. « Il ne faudrait pas qu'il y ait deux poids, deux mesures », indique le directeur de la Formation. 📞

Pour connaître la situation au Québec sur la grippe A (H1N1), voir le site gouvernemental Pandémie Québec : www.pandemiequebec.gouv.qc.ca

Grippe A (H1N1)

comment se préparer à la seconde vague ?

Le virus A (H1N1) menace de sévir à nouveau au cours de l'automne. « Il pourrait constituer jusqu'à 80 % ou 85 % des souches d'*influenza* qui circuleront. Il est possible que les médecins soient débordés, parce que beaucoup de gens ne sont pas encore entrés en contact avec cet agent. Il faut absolument que les cliniciens se préparent, comme nous le faisons à la Santé publique », explique la **D^{re} Monique Douville-Fradet**, médecin spécialiste en santé communautaire, à l'Institut national de santé publique du Québec.

Mais comment se préparer ? Quelles précautions prendre pour se protéger ? Que faire si un malade présente un syndrome respiratoire aigu grave ? Qui doit-on prévenir ? Des experts de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'Association canadienne de santé publique et de la Memorial University, à Terre-Neuve, se sont penchés sur ces questions et ont rédigé un cours en ligne intitulé *Éclosions de maladies infectieuses : Outils et stratégies pour les cliniciens de première ligne*, que l'on trouve dans le site www.mdcme.ca*. En voici les grandes lignes.

Dépistage des patients ayant des symptômes

Dans les cabinets médicaux, un dépistage systématique des patients souffrant d'une toux et faisant de la fièvre doit être fait à la réception. On recommande aussi de :

- ☉ afficher à l'entrée de la clinique des directives demandant aux patients qui toussent et font de la fièvre de :
 - ☞ signaler leurs symptômes à la réception ;
 - ☞ se laver les mains avec une lotion désinfectante à base d'alcool ;
 - ☞ porter un masque chirurgical.
- ☉ placer des avis recommandant aux patients qui ont des symptômes de :
 - ☞ rester à au moins un mètre des autres patients ;
 - ☞ se couvrir la bouche et le nez quand ils toussent ou éternuent, de jeter leurs mouchoirs dans une poubelle et de se laver ensuite les mains.

* Même si les cas présentés dans le cours concernent le virus A (H5N1), les mesures préconisées s'appliquent aussi au type A (H1N1).

- ☉ demander à la réceptionniste de conduire immédiatement les patients qui toussent et sont fiévreux dans une salle d'examen.
 - « Ce sont de bonnes pratiques de base qui s'appliquent à n'importe quelle infection respiratoire », précise l'un des auteurs du cours, la **D^{re} Patricia Huston**, conseillère médicale principale de la Division de la préparation aux pandémies, à l'Agence de santé publique du Canada.



D^{re} Patricia Huston

Protection du personnel

Pour la protection du personnel, certaines mesures sont nécessaires :

- ☉ la réceptionniste doit être à au moins un mètre des patients. Idéalement, une barrière en verre acrylique devrait la protéger de l'exposition aux gouttelettes.
- ☉ en présence d'un patient ayant des symptômes, les professionnels de la santé doivent prendre les précautions suivantes :

☞ Porter un masque chirurgical

- Jeter le masque après une utilisation ou dès qu'il est humide ou mouillé.
- Se laver les mains après avoir touché ou jeté le masque.
- Utiliser un masque N95 pour les interventions qui produisent des aérosols, comme les intubations ou les aspirations.

☞ Mettre des lunettes de protection

- Les lunettes de protection ou un écran facial sont nécessaires pour l'examen des patients souffrant d'une maladie respiratoire, surtout lorsque l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) indique que la pandémie a atteint les phases 5 et 6.
- Les lunettes ordinaires n'offrent pas une protection suffisante.

(Suite à la page 10) >>>>

Tableau 1.

Évaluation primaire : facteurs associés à un risque accru de complications liées à la grippe saisonnière

1. ≤ 2 ou ≥ 65 ans
2. Grossesse (deuxième ou troisième trimestre)
3. Maladies cardiovasculaires congénitales ou rhumatismales, cardiopathies ischémiques ou insuffisance cardiaque
4. Maladies bronchopulmonaires : asthme, bronchite chronique, bronchiectasie, emphysème, fibrose kystique
5. Diabète
6. Néphropathies
7. Tumeurs malignes
8. Immunodéficience : sida, immunodépression, transplantation
9. Troubles hématologiques : anémie, hémoglobinopathies
10. Maladies hépatiques, cirrhose
11. Traitement prolongé à l'acide acétylsalicylique chez les patients de moins de 18 ans : maladie de Kawasaki, polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme articulaire aigu, etc.

Selon l'Annexe G du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé : Mesures et lignes directrices pour les soins cliniques*.
Site Internet : www.phac-aspc.gc.ca/cpip-pclpci/ann-g-fra.php

⊕ **Enfiler des gants**

- Les gants doivent être portés lors des contacts avec des sécrétions des voies respiratoires ou des tissus contaminés ou encore pendant l'examen d'un jeune enfant.
- Entre les examens de deux patients, le médecin doit retirer ses gants, se laver les mains et enfiler une nouvelle paire de gants.

⊕ **Porter une blouse**

- Il faut mettre une blouse en cas de contact possible avec des liquides organiques ou lors de l'examen d'un jeune enfant, parce qu'il peut être difficile d'éviter ses sécrétions.

⊕ **Avoir une bonne hygiène des mains.**

- Se laver les mains avant et après avoir examiné le patient constitue le geste le plus important pour prévenir une infection.
- Se nettoyer les mains après avoir enlevé les accessoires de protection, notamment les gants.

⊕ **Désinfecter les surfaces contaminées**

- Après le départ du patient, les surfaces susceptibles d'avoir été contaminées par des gouttelettes doivent être nettoyées avec un désinfectant reconnu.

Rencontre avec le patient

Pendant une pandémie, il y a deux niveaux d'évaluation des patients présentant un syndrome grippal.

1) **Tous les patients sont d'abord soumis à une évaluation primaire comprenant :**

- a) une recherche des antécédents et un dépistage

⊕ **Le patient a-t-il des affections ou des caractéristiques qui augmentent son risque de morbidité et de mortalité ?**

Les facteurs accroissant le risque de complications sont en général similaires pour la grippe A (H1N1) et la grippe saisonnière (tableau 1). « Nous sommes en train d'analyser toutes les données que nous avons sur la grippe A (H1N1) pour voir les différences, explique la D^{re} Huston. Les personnes âgées qui, généralement, sont vulnérables à la grippe saisonnière, ne le sont pas vraiment à la grippe A (H1N1). Par contre, les femmes enceintes et les enfants courent plus de risque, parce qu'ils sont plus exposés aux complications. Les jeunes de moins de 18 ans attrapent plus fréquemment le virus, mais ce sont surtout les enfants de 5 ans et moins, particulièrement ceux de moins de un an, qui ont le plus de complications graves », explique la D^{re} Huston.

⊕ **Le patient a-t-il voyagé récemment ?**

« Il faut poser cette question, parce que le virus A (H5N1) n'a pas disparu. Si une personne revient, par exemple, d'Égypte ou du Vietnam, il y a toujours un risque qu'elle soit infectée par le virus de la grippe aviaire. La dernière chose que l'on veut c'est avoir les virus H5N1 et H1N1 en même temps », indique la coauteure du cours.

Tableau 2.

Éléments de l'évaluation primaire et valeurs anormales chez les adultes et les enfants*

Manifestation clinique	Adultes ≥ 18 ans ou plus	Enfants < 18 ans
Température buccale	< 35 °C ou > 38 °C	< 35 °C ou > 38 °C
Fréquence cardiaque	Arythmie nouvelle ou pouls > 100 battements/min	Valeurs hors des valeurs normales : <ul style="list-style-type: none"> • Nouveaux-nés de moins de 3 mois : 85-205 • bébés de 3 mois à 2 ans : 60-140 • enfants 2 ans à 18 ans : 60-100
Pression artérielle	Pression systolique < 100 ou étourdissements en position debout	Pression systolique < 70 + 2x âge (en années)
Fréquence respiratoire	> 24/min	<ul style="list-style-type: none"> • Moins de 2 mois : ≥ 60/min • De 2 mois à 12 mois : ≥ 50/min • De 12 mois à 5 ans : ≥ 40/min • De 5 ans à 18 ans : ≥ 30/min
Couleur de la peau (lèvres, mains)	Cyanose	Cyanose, pâleur soudaine ou jambes froides en dessous des genoux
Douleurs thoraciques ou signes pulmonaires	Douleurs thoraciques ou toute anomalie à l'auscultation	Douleurs thoraciques, rétraction inspiratoire ou toute anomalie à l'examen
État mental	Apparition récente d'une confusion	Léthargie, diminution du niveau de conscience ou confusion
Signes et symptômes fonctionnels	Vomissements > 2 par jour ou apparition récente d'une perte de capacité fonctionnelle	Vomissements > 2 par jour, perte d'appétit, déshydratation ou incapacité de boire au sein
Signes et symptômes neurologiques	Convulsions ou diminution du niveau de conscience	Raideur du cou, photophobie, convulsions, fontanelle bombée
Saturation en oxygène	< 90 % à l'air ambiant	< 90 % à l'air ambiant

* Extrait de l'annexe G du Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza pour le secteur de la santé : Mesures et lignes directrices pour les soins cliniques

On peut trouver la liste des pays touchés par la grippe A (H5N1) au www.phac-aspc.gc.ca/h5n1/index-fra.php

• **Le patient a-t-il été en contact avec une personne infectée ?**

- b) Faire un examen physique (tableau 2)
- c) Si possible, mesurer la saturation en oxygène « Il est bon d'avoir cette valeur, parce que si elle est un peu basse il faut approfondir l'investigation », ajoute la D^{re} Huston.

Les patients dont l'état clinique est stable pourront retourner chez eux avec des directives

pour se soigner et, au besoin, une ordonnance d'antiviraux. À quels patients faut-il prescrire ces médicaments ? « À ceux qui présentent des facteurs de risque : les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les personnes atteintes de maladie chronique comme le diabète et l'asthme », explique la D^{re} Huston. Le médicament à privilégier est l'oseltamivir (Tamiflu) qui doit être donné dès que possible. Toutefois, même 48 heures après l'apparition des symptômes, il serait encore indiqué. Le zanamivir (Relenza) est également efficace, surtout si la réplication du virus se limite aux poumons. Toutefois, moins de données ont été publiées sur son utilisation.

Encadré.

Temps de survie du virus de la grippe et contagiosité du virus A (H1N1)

La survie du virus de la grippe à l'extérieur du corps varie selon la température et l'humidité. De façon générale, il persiste :

- de 24 à 48 heures sur les surfaces dures non poreuses ;
- de 8 à 12 heures sur les vêtements, le papier et les mouchoirs ;
- cinq minutes sur les mains.

Par ailleurs, selon une étude québécoise menée auprès de 65 familles de la province, 13 % des personnes infectées par le virus A (H1N1), étaient encore contagieuses le huitième jour après le début des symptômes. Au bout de dix jours, elles ne l'étaient cependant plus. Cette recherche, dirigée par le D^r Gaston De Serres de l'Institut national de santé publique du Québec, et le D^r Guy Boivin, du Centre hospitalier universitaire de Québec, a été récemment présentée à l'Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy, à San Francisco.

2) Les personnes présentant des caractéristiques cliniques anormales ou une maladie préexistante grave peuvent avoir besoin d'une évaluation secondaire qui consiste en :

- un test de saturation en oxygène ;
- une radiographie pulmonaire ;
- des examens hématologiques de base.

À partir des résultats, le médecin décidera si le patient doit être admis à l'hôpital.

« Des lignes directrices sortent presque toutes les semaines sur différents aspects de la grippe A (H1N1). Il est important que les médecins en prennent connaissance. Leur première source d'information doit être le ministère de la Santé provinciale et ensuite l'Agence de la santé publique du Canada. Il faut consulter régulièrement le site Web de ces deux organismes », conseille la D^{re} Huston.

Appeler la Santé publique

Quand faut-il prévenir la Santé publique ? Lorsqu'un patient présente un syndrome respiratoire aigu grave ou une affection inconnue d'origine infectieuse possible, explique la D^{re} Monique Douville-Fradet, de l'Institut national de santé publique du Québec. « La Santé publique continue à suivre les syndromes respiratoires graves, parce que nous voulons savoir si le virus A (H1N1) évolue. Au début, nous désirions déterminer quels patients en étaient atteints et comment

se déroulait la maladie. Maintenant, nous nous préoccupons surtout de la gravité et des signes qui nous permettraient de croire que le virus de la grippe a changé. »

La Santé publique surveille également l'apparition des autres agents infectieux qui constitueront de 10 % à 20 % des souches grippales qui se propageront. « Différents virus respiratoires vont commencer à circuler pendant l'automne. Il sera donc important, surtout au mois d'octobre alors qu'apparaîtront les premiers cas, d'obtenir des prélèvements des patients », explique la D^{re} Douville-Fradet également membre du Conseil consultatif du cours *Écllosion des maladies infectieuses*.

Les médecins qui pratiquent dans l'un des GMF sentinelles de la Santé publique pourront prélever eux-mêmes les échantillons, qui consistent en deux frottis de la gorge et deux écouvillonnages du nasopharynx. Les autres cliniciens devront diriger leurs patients dans l'un des centres désignés par la Santé publique.

« Le médecin en cabinet privé doit s'assurer d'avoir accès rapidement au personnel de Santé publique de son territoire. Des responsables sont accessibles 24 heures sur 24 et toujours disposés à répondre aux questions », assure la spécialiste en santé communautaire.

Prévenir l'hôpital

Lorsque le médecin décide d'envoyer un patient à l'hôpital, on lui recommande de communiquer avec un clinicien de l'établissement pour organiser l'admission.

Si le médecin envoie le patient par ambulance, il doit :

- prévenir le personnel des urgences de l'arrivée du patient afin que les mesures nécessaires soient prises pour éviter la transmission du virus ;
- demander au personnel de la clinique de s'assurer que les ambulanciers ont pris les précautions nécessaires pour se protéger des gouttelettes avant d'entrer dans la clinique.

Autres mesures à prendre :

- Demander à la réceptionniste de faire la liste du personnel présent et des patients qui se

trouvaient dans la salle d'attente en même temps que la personne grippée, si les précautions de base n'ont pas été prises : port du masque dès l'arrivée, désinfection des mains et isolement dans une autre pièce ;
 ☞ faire désinfecter la salle d'examen où se trouvait le patient grippé.

Réaction en chaîne

« Il est important que le clinicien se rende compte qu'il n'est pas seul dans son cabinet devant la grippe A (H1N1). Dans les agences de santé publique, les médecins et les autres professionnels disposent de nombreuses ressources et peuvent l'aider à y faire face. C'est un travail de collaboration qui va dans les deux sens. Je crois que c'est la seule façon de prévenir la propagation de l'infection, parce que l'omnipraticien



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Claude Guimond

n'y parviendra pas seul dans son cabinet », estime le **D^r Claude Guimond**, directeur adjoint à la Formation professionnelle de la FMOQ et membre du Conseil consultatif du cours *Écllosion des maladies infectieuses*.

Les médecins de première ligne constituent en fait les « vigies » du système de santé. Ce sont eux qui sonneront l'alarme, puisque les patients infectés par le nouveau virus de la grippe les consulteront en premier.

Une fois qu'un clinicien aura averti la Santé publique, une réaction en chaîne se produira. L'information sera alors communiquée aux hôpitaux, aux laboratoires et aux épidémiologistes de la province. Le cas sera également signalé à l'Agence de santé publique du Canada, qui avisera les experts et les épidémiologistes à l'échelle nationale. L'OMS, pour sa part, sera avertie dans un délai de 24 heures si le cas présente un intérêt pour la communauté internationale. ☞

Voir également l'article *Les grands enjeux soulevés par les situations d'urgence sanitaire : les obligations éthiques des médecins et de la société*, page 67.



Le 4^e Tournoi de golf des Fédérations médicales

Merci

**aux partenaires, donateurs
et participants qui ont souscrit
à cet événement au profit
de la Fondation du Programme
d'aide aux médecins du Québec**



Association des optométristes du Québec – BCP Consultants
 La Capitale assurances et gestion du patrimoine
 Desjardins Sécurité financière – Fiducie Desjardins
 Fiera Capital inc. – Gestion globale d'actifs CIBC inc.
 Industrielle Alliance – Investissements SEI
 Sheer Rowlett & Associés et New Star Canada Inc.

www.fmoq.org – www.fmsq.org
www.fmrq.qc.ca – www.fmeq.qc.ca

Faire un plan d'urgence

L'Association médicale canadienne (AMC) a dressé une liste de recommandations pour aider les cliniciens à se préparer à une pandémie de grippe. Elle leur suggère de préparer un plan d'urgence pour continuer plus facilement à donner des services médicaux et agir de façon cohérente, efficace et coordonnée. Voici quelques-uns des conseils présentés.

Pour les membres de votre personnel

- ④ Nommez un coordonnateur de la planification pour votre cabinet en cas de pandémie de grippe
- ④ Préparez un plan d'urgence au cas où de 20 % à 25 % des membres du personnel tomberaient malades pendant la période de pointe. Ajoutez des sources de ressources humaines externes éventuelles (c.-à-d. organismes communautaires et soins infirmiers).
- ④ Formulez des plans pour garantir que quelqu'un s'occupe de votre famille pendant une pandémie pour vous permettre de continuer à travailler.
- ④ Incitez les membres de votre personnel à élaborer leur propre plan familial.
- ④ Discutez avec vos collègues médecins de la façon de vous remplacer les uns les autres en cas d'absence.

Triage et prise en charge des patients

- ④ Déterminez les procédures de prise en charge des patients lorsque la pandémie atteint son paroxysme. On prévoit que la grippe sévira pendant de six à huit semaines et qu'une deuxième vague est possible (Ex. : triage au téléphone, périodes distinctes pour les soins de la grippe et les autres soins).
- ④ Vérifiez les plans et les recommandations à l'échelle locale en cas de pandémie de grippe pour savoir quoi recommander aux patients ayant des symptômes semblables à ceux de la grippe. (Ex. : rester à domicile avec un guide sur les soins autogérés, se faire soigner à domicile, aller dans un autre centre de traitement).
- ④ Vérifiez chaque jour aux services d'urgence locaux la situation du triage et de la réorientation des patients.
- ④ Vérifiez les plans du fédéral et des provinces et territoires en cas de pandémie pour déterminer l'utilisation recommandée d'antiviraux.
- ④ Vérifiez au service de santé publique local le plan de distribution d'antiviraux et de vaccins.

Lutte contre l'infection

- ④ Informez tout le personnel des pratiques habituelles de prévention et de lutte contre l'infection et veillez à leur application.
- ④ Lavez et désinfectez vos mains avant et après chaque consultation avec un patient. **La stricte conformité aux recommandations sur le lavage et la désinfection des mains est la pierre angulaire de la prévention de l'infection et peut être la seule mesure préventive disponible pendant une pandémie.**
- ④ Affectez aux soins des patients qui ont des symptômes semblables à ceux de la grippe des membres du personnel rétablis d'une grippe pandémique.
- ④ Maintenez une réserve de deux semaines au moins de savon, de désinfectant à mains, d'essuie-tout en papier, de masques chirurgicaux et d'articles de nettoyage.
- ④ Nettoyez et désinfectez chaque jour les salles d'examen et la salle d'attente.

Planification financière

- ④ Déterminez les ressources financières dont vous aurez éventuellement besoin pendant une pandémie (Ex. : marge de crédit, embauche de personnel, achat d'articles divers, etc.).
- ④ Appliquez une méthode de documentation des coûts supplémentaires attribuables à une pandémie qui peuvent être réglés par dédommagement.

Pour consulter la liste complète des recommandations, voir le document *Liste de vérification du cabinet de médecin en prévision d'une pandémie de grippe* dans le site Internet de l'AMC (www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Office_Public_Health/Influenza/PandemicPlanningChecklist_f.doc).

Bois-Francs : début de la tournée du président de la FMOQ

propositions pour les prochaines négociations

Photos : Emmanuèle Garnier

D^r Louis Godin

Le 10 septembre, le président de la FMOQ, le D^r Louis Godin, a commencé sa tournée provinciale pour consulter les omnipraticiens au sujet du cahier des demandes qu'il déposera à la

table de négociations dès l'hiver. Son premier arrêt a été le village de Saint-Ferdinand, où il a rencontré les médecins de l'Association des Bois-Francs. « Nous avons consacré une partie de l'année à préparer notre cahier des demandes. Nous arrivons à la dernière étape du processus. Vous pouvez réagir immédiatement aux propositions que je vais vous présenter ou d'ici trois mois, parce que le Conseil général n'adoptera le cahier des demandes qu'en décembre », a indiqué le président aux omnipraticiens présents. Il a

ensuite présenté les sept priorités qu'il propose.

1) Une rémunération équitable et concurrentielle

La FMOQ demande que les omnipraticiens aient une rémunération plus concurrentielle par rapport à celle des spécialistes québécois, qui gagnent actuellement 55,6 % de plus qu'eux. Elle désire également que les généralistes québécois rattrapent l'écart financier qui les sépare de leurs collègues canadiens. « On sait que dans certaines provinces, les omnipraticiens ont récemment eu des augmentations plus importantes que celles de 2 % prévues au Québec selon la lettre d'entente 138, signée en 2007. On s'éloigne donc de l'objectif d'avoir un revenu se situant à 81 % de la moyenne canadienne en 2016 », a indiqué le D^r Godin.

2) Le financement adéquat des cabinets privés

« Il faut améliorer le financement des cabinets privés pour en assurer la survie. En ce moment, plusieurs ferment, et c'est un problème pour la population qu'ils desservent », indique le président.

La FMOQ propose de demander lors des prochaines négociations :

- un forfait quotidien pour les frais de cabinet ;
- la création de différents actes, dont un pour le suivi des maladies chroniques, ce qui permettrait d'éliminer l'examen ordinaire et l'examen complet.

3) L'ajout d'infirmières et d'autres professionnels

« Les médecins ne peuvent pas augmenter leur charge de travail. La seule façon de leur permettre





Photos : Emmanuèle Garnier

Assemblée des Bois-Francs

d'y parvenir, c'est d'améliorer leur environnement professionnel et de leur donner un soutien à la pratique. Pour cela deux éléments nous apparaissent comme essentiels : l'ajout d'infirmières et l'informatisation », a affirmé le D^r Godin.

La Fédération compte donc réclamer l'embauche d'infirmières dans les cabinets privés. « On va demander une infirmière par médecin », a souligné le président. Cette professionnelle de la santé devra être engagée directement par le généraliste, qui aura autorité sur elle. Ce dernier devra cependant recevoir une rémunération pour la superviser.

4) L'informatisation des cabinets privés

La Fédération désire que tous les médecins prenant en charge des patients aient accès à l'informatique. Elle réclame également une rémunération pour la gestion du changement. « C'est rentable d'avoir un dossier informatique, sauf pendant les douze premiers mois où il faut consacrer du temps à l'intégrer à sa pratique », a précisé le D^r Godin.

5) La révision du mode de rémunération dans certains secteurs

☉ Soins de longue durée et soins palliatifs

« Il nous est apparu comme évident qu'il faut apporter des changements importants dans certains secteurs, particulièrement dans ceux des soins de longue durée et des soins palliatifs. La rémunération n'y est vraiment pas adaptée à la pratique », a estimé le D^r Godin. Il envisage donc de proposer un nouveau mode de rétribution dans ces deux domaines : un forfait hebdomadaire pour chaque patient plus un pourcentage du tarif des actes.

Dans le secteur des soins palliatifs, il faudrait ajouter une prime quotidienne de responsabilité, comme c'est le cas pour les soins aux malades hospitalisés. La FMOQ désire également demander l'ajout, à la nomenclature, de plusieurs actes, dont un pour la prise en charge annuelle et le suivi, pour remplacer les examens ordinaires et complets.

☉ Soins aux patients hospitalisés

La Fédération suggère une majoration de la rémunération le soir et les fins de semaine dans les unités hospitalières et une bonification pour les déplacements pendant les heures défavorables. Elle propose également d'ajouter de nouveaux actes à la nomenclature.

☉ Urgences

La FMOQ voudrait pour les médecins pratiquant dans les urgences :

- ☉ une majoration de la rémunération pour le travail de soir, de nuit et de fin de semaine ;
- ☉ la rétribution des activités médicoadministratives ;
- ☉ que le temps que demandent les situations cliniques complexes soit considéré dans la rémunération ;
- ☉ la création de divers actes.

☉ Soins intensifs

« Il faudrait une rémunération équitable aux soins intensifs qui tienne compte du travail de soir et de nuit », a dit le D^r Godin. La rétribution pour les admissions le soir et la nuit devra aussi être majorée. Il faudra également ajouter des codes pour de nouveaux actes.

☉ Obstétrique

La Fédération se propose de demander un assouplissement concernant le moment de facturation du supplément de prise en charge précoce de la grossesse et des examens des enfants de 0 à 5 ans.

☉ Honoraires fixes

La Fédération compte demander pour les médecins rémunérés à honoraires fixes :

- ⊕ que le calcul des prestations du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP) tienne compte des heures travaillées jusqu'à concurrence de 40 heures par semaine, plutôt que de 35 ;
- ⊕ une augmentation de la contribution du gouvernement au régime d'assurances ;
- ⊕ une révision du calcul des semaines de travail.

⊕ Tarif horaire dans les CLSC

Il faudrait que dans les domaines des soins palliatifs, du maintien à domicile et de la santé mentale, les patients soient considérés comme des clientèles vulnérables et donnent droit à un forfait. Les médecins des CLSC devraient également avoir un meilleur soutien administratif.

⊕ Santé publique

La FMOQ désire demander une révision des clauses normatives, une garantie de l'autonomie professionnelle et un rajustement de la rémunération des omnipraticiens travaillant en Santé publique.

⊕ Garde en disponibilité

La Fédération voudrait :

- ⊕ une hausse importante de la rétribution de la garde en disponibilité ;
- ⊕ le paiement de la garde à partir de 16 heures ;
- ⊕ la rémunération de la garde en disponibilité des omnipraticiens qui agissent comme consultants ;
- ⊕ la rétribution des gardes pour les transferts entre les établissements ;
- ⊕ la bonification des tarifs pour les déplacements.

6) Modification des activités médicales particulières

Aux yeux du D^r Godin, il faudrait remplacer les mesures coercitives que sont les activités médicales particulières (AMP) et les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) par des mesures incitatives. « Ce ne sera pas une bataille facile, parce que les AMP sont inscrites dans une loi. Toutefois, la reconnaissance d'AMP en cabinet privé dans toutes les régions nous semble une

brèche essentielle à faire. »

7) Nouveaux modèles d'organisation

Les groupes de médecine de famille (GMF) demeurent le modèle que privilégie la FMOQ. Elle va demander non seulement un assouplissement des critères d'attribution, mais aussi une bonification des avantages accordés à ces groupes.

Et qu'en est-il pour les omnipraticiens de cabinets privés qui n'exercent pas dans un GMF ? « Ils sont environ 3000. Il faudra donc de nouveaux modèles d'organisation. Il est clair que tout omnipraticien qui prend en charge des patients doit bénéficier d'un soutien minimal dans sa pratique. » Il devrait avoir droit à l'informatisation, à l'aide d'une infirmière et à un soutien administratif de base.

Les éléments déterminants dans des négociations

Jusqu'à la fin novembre, le président de la Fédération continuera à présenter le cahier des demandes dans les différentes régions du Québec. « N'hésitez pas à me faire parvenir vos commentaires. Nous allons tenir compte de ce que nous diront nos membres. »

Le 12 décembre, le Conseil général de la FMOQ se prononcera ensuite sur la version définitive de la liste des demandes. Les négociations avec le gouvernement devraient commencer dans les premiers mois de 2010. Les éléments qui joueront dans les négociations ? « Le résultat reposera sur trois éléments, a souligné le D^r Godin. La justesse des demandes, la mobilisation des membres et l'appui de la population. » ☞



Assemblée générale de l'Association des Bois-Francs

départ du président, le D^r Ghyslain Lacroix

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Ghyslain Lacroix

La D^{re} Thériault succède au **D^r Ghyslain Lacroix**, qui était président de l'AMOBF depuis 2003. « J'ai décidé de ne pas me représenter, parce que je croyais sincèrement qu'il était temps de laisser la place aux plus jeunes et d'amener de nouvelles idées à la Fédération », a expliqué le président sortant aux 38 omnipraticiens présents à la réunion. Le D^r Lacroix avait constaté avec plaisir, ces derniers temps, que plusieurs jeunes médecins du territoire manifestaient un intérêt pour la vie syndicale. Un phénomène nouveau. D'ailleurs, au cours de l'assemblée, une jeune omnipratricienne, la **D^{re} Guylaine Lague**, a été élue troisième directrice au Bureau de l'AMOBF.

L'intégration des jeunes à la FMOQ était un des dossiers qui tenait à cœur au D^r Lacroix. L'an dernier, il avait applaudi à la création du comité des jeunes médecins de la Fédération. « Il faut entendre leur voix et leurs demandes légitimes. La société a changé et la médecine aussi. On doit aller vers les jeunes. »

Un autre enjeu important, aux yeux de l'ex-président, est le rattrapage salarial des omnipraticiens québécois par rapport à leurs collègues canadiens et aux spécialistes québécois. « Je suis particulièrement fier que la Fédération ait commencé à combler ces écarts. » À son avis, les prochaines négociations, qui commenceront en 2010 pour le renouvellement de l'Entente générale, seront capitales. « Je pense que si l'on ne réussit pas cette fois-ci à combler au moins partiellement l'écart qui nous sépare des spécialistes et des omnipraticiens des autres provinces, il sera difficile de le faire plus tard, parce que la différence sera trop importante. »

Un nouveau type de clinique pour aider la population

Sur le plan régional, le grand dossier qui a préoccupé le D^r Lacroix au cours des six ans de son mandat a été le manque d'effectifs médicaux. Par exemple, sur le territoire du CLSC de Drummond, de 20 % à 30 % de la population n'aurait pas de médecin de famille. « Cette situation doit être corrigée », estime-t-il.

En attendant, pour permettre à la population d'avoir au moins accès à un médecin dans un service de consultation sans rendez-vous, l'AMOBF a participé à la création d'un nouveau type de clinique. Ce nouveau centre, qui ouvrira ses portes dans quelques mois à Drummondville, est une clinique-réseau d'accessibilité qui regroupera des urgentologues de l'Hôpital Sainte-Croix. Il permettra à la fois de recevoir les cas légers de l'urgence et les patients qui ont besoin d'une consultation sans rendez-vous. Cette clinique fera également partie d'un réseau d'accessibilité qui coordonnera l'ouverture des services de visites sans rendez-vous de tous les GMF de la ville le soir et la fin de semaine.

Le D^r Lacroix, qui a fait partie du comité sur la grippe aviaire de la FMOQ et continuera à être membre du comité de vérification de la Fédération, a aimé son expérience syndicale. « Ce qui va me manquer de la Fédération, c'est la camaraderie et le côté social. On avait beaucoup de plaisir à l'Association, dans les comités, à la commission des présidents de la FMOQ et au Conseil général. Je vais m'ennuyer des gens. » ☺

Congrès de l'Association for Medical Education in Europe

Emmanuèle Garnier

Un site d'information prescrit par les médecins

Une intéressante expérience se déroule en ce moment au Québec. Elle permet à des patients de se renseigner sur leur maladie dans un site Internet dont le médecin leur a prescrit la consultation. Jusqu'à présent, quatorze cliniciens ont participé à l'expérience, mais sous peu ils seront beaucoup plus nombreux, indique l'affiche qu'a récemment présentée au congrès de l'Association for Medical Education in Europe le **D^r Pierre Raïche**, directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ.

« Si les patients sont bien renseignés, ils ont plus de chance de bien suivre leur traitement. La formule que nous testons est intéressante, parce qu'on sait que lorsqu'on explique plus d'une chose à un patient, il risque d'oublier beaucoup d'éléments. La méthode que nous proposons fait également gagner du temps au médecin », indique le D^r Raïche.

187 consultations du site

Le gouvernement du Québec utilisait déjà le site de MediMed qui présentait 3000 sujets sur de fréquents problèmes de santé. Les informations y étaient fiables, mais malheureusement, peu de patients le consultaient.

L'étude a donc porté sur l'utilisation du site dorénavant accessible à partir de celui de la Fédération. Le nombre de sujets offerts a été limité aux cent diagnostics les plus fréquents. Les quatorze omnipraticiens qui participaient à l'expérience pouvaient prescrire la consultation du site en inscrivant le code correspondant au problème de santé du patient sur une ordonnance spéciale.

Résultats ? Les médecins ont rédigé environ 1200 ordonnances qui ont mené à 187 visites du site Web. Il y avait donc une consultation par 6,5 prescriptions. À la fois les patients et les cliniciens ont été satisfaits de l'expérience, même s'ils auraient aimé disposer d'un plus grand nombre de sujets.

« Nous avons appris de cette première phase qu'il faut offrir les 3000 thèmes qui existent. Ensuite, plutôt que d'utiliser un code associé à chacun des sujets, nous allons mettre sur le site Web un moteur de recherche à l'usage des patients. Le clinicien n'aura alors qu'à prescrire l'accès au site. Et à la place de remettre aux médecins un bloc d'ordonnances, nous leur fournirons une étampe contenant les renseignements nécessaires », explique le D^r Raïche.

La deuxième phase de la recherche va commencer sous peu. Elle inclura quelque trois cents omnipraticiens et durera six mois. Ensuite, l'outil pourrait être offert à tous les médecins de famille du Québec.

Un engouement pour les activités de formation accréditées

Le temps que les médecins consacrent aux activités accréditées de perfectionnement professionnel ne cesse de grimper depuis que le Collège des médecins du Québec a renforcé, en juillet 2007, l'obligation déontologique du maintien des compétences.

« Le nombre d'heures de formation continue accréditées par la FMOQ qui, avant, était en moyenne de 22 heures annuellement par médecin est passé à 24 heures l'an dernier et est à près de 25 heures cette année », explique le **D^r Claude Guimond**, directeur adjoint à la Formation professionnelle de la FMOQ, qui présentait lui aussi une affiche au congrès de l'AMEE. Ainsi, même si le Collège des médecins n'exige pas la participation à des activités accréditées, bien des omnipraticiens ont choisi cette forme de perfectionnement professionnel.

Le plan d'autogestion de développement professionnel continu (PADPC) de la FMOQ a, par ailleurs, été adopté par plus de 5000 omnipraticiens, dont 1575 ont choisi le plan en ligne. Jusqu'à présent, la Fédération a donné 114 ateliers interactifs sur l'utilisation de son PADPC, auxquels 3025 participants ont assisté. Elle a pu réaliser cette activité grâce à un « partenariat éthique » avec sept sociétés pharmaceutiques. « Il n'y avait aucun médicament associé à cette formation. Il s'agissait seulement d'une réflexion que faisaient les médecins sur leurs besoins en formation », précise le D^r Guimond. Ainsi, une alliance avec l'industrie pharmaceutique peut permettre la création d'outils de planification en formation continue, indique l'affiche. ☞

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

Annoncer une mauvaise nouvelle

Il est toujours difficile d'annoncer une mauvaise nouvelle à un patient. Vaut-il mieux tout lui dire d'un coup ou lui en parler graduellement ? « Il faut d'abord se demander si le patient sait à quoi s'attendre », affirme le D^r Richard Boulé, médecin de famille et professeur à l'Université de Montréal.

Le patient qui a subi une biopsie d'une lésion de la peau, par exemple, sait qu'il pourrait avoir un mélanome. Si cela s'avère le cas, le médecin peut commencer par lui dire que les nouvelles sont mauvaises. « Cela donne le temps au patient de comprendre que ce qu'il craignait s'est produit », dit le D^r Boulé.

Ensuite, le patient demande souvent si c'est grave ou parfois carrément s'il a un cancer. Pour lui répondre, le médecin peut reprendre ses mots en utilisant le « si » : « Si c'était grave ? » ou « Si c'était un cancer ? ». « En utilisant le "si" et les mots du patient pour lui répondre, on donne à la conversation un rythme qui lui permet d'absorber la nouvelle », indique le D^r Boulé. Après, on peut lui préciser que la maladie n'est pas forcément mortelle et procéder à l'annonce comme telle. **EG**

Onychomycose ? Vous en êtes sûr ?

Ce patient aux ongles striés et épais est-il vraiment atteint d'onychomycose ? Pourrait-il plutôt s'agir d'une onychodystrophie ou de traumatismes unguéaux répétés ?

Pour être sûr du diagnostic, on peut demander deux analyses de laboratoire, explique le D^r Danny McKinnon, omnipraticien au GMF-CLSC La Source, à Québec. Il faut d'abord recueillir un échantillon destiné au laboratoire de pathologie. « Avec un coupe-ongles, on sectionne la partie terminale de l'ongle et on la met dans un pot sur lequel on écrit : "recherche d'onychomycose". »

Le deuxième prélèvement est destiné au laboratoire de microbiologie. Avec une lame de cytologie, on gratte les squames blanches de la partie de l'orteil ou du doigt que recouvrait l'ongle coupé. On les fait tomber dans un pot stérile à prélèvement urinaire sur lequel on inscrit : « culture de mycose unguéale ».

« Avec l'un ou l'autre de ces tests, on peut confirmer le diagnostic d'onychomycose. C'est très fiable », explique le D^r McKinnon, qui utilise depuis plusieurs années cette méthode qu'il a apprise d'un dermatologue québécois renommé. **EG**

Le patient qui ne se doute de rien

Annoncer une mauvaise nouvelle à un patient qui ne s'y attend pas demande des précautions particulières. Par exemple, que faire si la radiographie d'un homme qui consulte pour une toux révèle des métastases ?

« On peut commencer par parler au patient de sa toux et de ses autres symptômes. A-t-il perdu du poids ? A-t-il craché du sang ? A-t-il une idée de ce qu'il peut avoir ? », dit le D^r Richard Boulé. Le fait de ne pas mentionner tout de suite le diagnostic possible permet de préparer le patient. Si les nouvelles étaient bonnes, le médecin le lui aurait déjà dit. Le praticien peut ensuite expliquer que la radiographie montre des anomalies et qu'il va falloir faire d'autres examens. « Beaucoup de médecins sentent le besoin de nommer le cancer tout de suite. Le patient doit savoir qu'il a quelque chose de grave, mais il voudra surtout se concentrer sur ce qu'il y a à faire. »

Le D^r Boulé se souvient d'une patiente âgée qui avait perdu 15 kg en un an et dont l'examen gynécologique révélait la présence d'une masse. Il lui a demandé si elle avait une idée de ce qu'elle avait et si cela l'inquiétait. Elle a répondu chaque fois non. « Cette dame-là nous disait de ne surtout rien lui dire. » La patiente a cependant accepté de discuter de ce qu'il fallait faire et d'être hospitalisée pour passer des examens. Ce n'est que le surlendemain qu'elle a demandé au D^r Boulé si elle avait un cancer. « Là, elle était prête à en parler. » **EG**

Docteure Irma **Tome 3 – La Soliste**

De Pauline Gill



Dernier tome d'une trilogie, ce livre présente la D^{re} Irma LeVasseur, à 45 ans, au seuil d'une nouvelle étape de sa vie. Cette pédiatre a été la première Canadienne-française à obtenir le droit de pratiquer la médecine au Québec.

La carrière de cette pionnière n'a pas été facile. En 1894, Irma LeVasseur avait dû aller faire ses études au Minnesota de-

vant le refus des universités québécoises de l'accepter en médecine. Une fois diplômée, elle a même été obligée de faire appel à l'Assemblée législative pour obtenir le droit de pratiquer.

En 1922, elle est maintenant dans la force de l'âge. Elle retourne à Québec pour y fonder un hôpital pour enfants, qui deviendra l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Elle avait mis sur pied, 15 ans plus tôt, l'Hôpital Sainte-Justine pour pouvoir traiter gratuitement les petits patients. La D^{re} LeVasseur est épaulée dans son nouveau et difficile projet par des collègues médecins et des dames bénévoles. L'hôpital voit finalement le jour, mais après un certain temps, les choses tournent mal. La Corporation de l'hôpital de l'Enfant-Jésus prie la D^{re} LeVasseur de cesser de pratiquer dans son hôpital. Refusant d'abandonner, elle fonde ensuite l'Hôpital des Enfants-Malades.

Ce récit, enjolivé de nombreux dialogues, rend Irma LeVasseur aussi passionnante qu'une héroïne de roman. On y sent la vie difficile et solitaire d'une femme de carrière au début du siècle. 📖

Éditions Québec Amérique, Montréal, 2009, 504 pages, 27,95 \$

Tests d'évaluation de la capacité fonctionnelle

Chez l'adulte de 55 ans et mieux

*Sous la direction
d'Émilie Kalinova et de Mario Leone*



La perte de la capacité fonctionnelle est l'une des premières manifestations importantes du vieillissement. Ainsi, avec l'âge, il devient souvent de plus en plus difficile de réaliser certaines tâches. Au cours des prochaines **décennies**, le maintien de l'autonomie va devenir un enjeu important. Il va donc devenir essentiel d'améliorer ou de maintenir, grâce à l'exercice,

les capacités fonctionnelles de la personne vieillissante. Mais comment les mesurer ?

Des chercheurs de l'UQAM ont mis au point une batterie de tests pour les personnes de 55 ans et plus. Il s'agit de dix-huit épreuves, testant des gestes similaires à ceux du quotidien, qui évaluent :

- l'équilibre statique (capacité à rester debout, par exemple, sur une jambe) ;
- la vitesse de réaction ;
- la mobilité articulaire ;
- la mobilité pédestre (distance parcourue en six minutes de marche) ;
- la force musculaire ;
- la vitesse segmentaire (capacité de réaliser des gestes le plus rapidement possible).

Les résultats obtenus peuvent ensuite être comparés aux valeurs normatives québécoises. On peut ainsi savoir pour chaque test si le sujet est dans la moyenne des personnes du même sexe et du même âge. Ces épreuves, simples et rapides à administrer, sont ensuite complétées par un questionnaire que remplissent les participants sur leur capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne. 📄

Presse de l'Université du Québec, Québec, 2009, 144 pages, 28 \$

Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail

*De Jean-Pierre Brun,
de Caroline Biron et de France St-Hilaire*



Les problèmes de santé psychologique au travail sont de plus en plus fréquents. Mais il y a moyen de les prévenir. Pour y parvenir, **M. Jean-Pierre Brun**, professeur de gestion à l'Université Laval, et son équipe proposent une démarche, des outils et des conseils, fondés sur les résultats de leurs recherches.

La première étape : préparer une démarche stratégique. Ainsi, avant de commencer, il faut entre autres s'entendre sur des valeurs fondamentales – dont la bienveillance –, établir des objectifs, mais aussi s'assurer de la participation de tous les partenaires et nommer

un chef de projet solide.

Ensuite, les responsables de la démarche doivent évaluer l'ampleur du problème et cerner les risques de conflits psychologiques au travail. Ils doivent donc être bien informés des signaux individuels, consulter les statistiques du taux de roulement et d'absentéisme et effectuer un sondage pour obtenir un portrait des facteurs de risque.

La troisième étape consiste à cerner des problèmes concrets. Il faut « prendre conscience qu'à travers les pratiques de gestion et les pratiques de travail, nos comportements, paroles et décisions peuvent constituer des facteurs de risque ou des facteurs de protection de la santé », indiquent les auteurs.

L'étape 4 est l'élaboration de solutions. Elle doit faire l'objet d'une démarche qui associe facteurs de risque, problèmes concrets et solutions. À la dernière étape, les responsables passent à l'action et évaluent les effets de leur intervention.

Cette démarche est parfois un processus nécessaire pour offrir aux travailleurs une bonne santé psychologique. Un état qui leur permettra d'avoir un fonctionnement harmonieux, agréable et efficace et de faire face avec souplesse aux situations difficiles. 📖

On peut obtenir le document gratuitement au www.cgsst.com. Pour commander la version papier : 418 656-2131, poste 4837 (50 \$ pour cinq exemplaires).

L'enfance muette

De Sarah Deschênes



La vie après la mort. Comment vivre après la mort de sa sœur de 11 ans, quand on n'en a que six. Comment survivre à cette douleur si intense qu'on n'ose même pas la regarder, à cette tristesse qui imprègne chaque fibre de notre corps, à ce vide qui a envahi toute la famille ?

L'auteure est encore toute petite lorsque sa sœur Pascale meurt de la leucémie. Elle est

alors projetée dans un maelström d'émotions dont elle ne sait comment se sortir. Seulement deux jours après les obsèques, elle est de retour à l'école. Lentement, elle apprend à apprivoiser l'absence de sa sœur et à côtoyer la douleur.

Arrivée au secondaire, Sarah est de toutes les activités parascolaires, pratique une multitude de sports, fait du bénévolat, en plus d'être première de classe. « Je suis un superhéros : j'ai perdu ma sœur et je survis », se dit-elle. Les années passent, et tout lui réussit. Puis, au début de la vingtaine, sa carapace d'héroïne se lézarde. La tristesse et la douleur qu'elle croyait avoir semées l'agrippent à nouveau. C'est entre autres grâce à une thérapie et à un grand amour qu'elle recommence à vivre. Le deuil, qui aura nécessité dix-huit ans, fera place à la lumière.

Ce livre, où l'on trouve toute la fraîcheur de l'enfance, témoigne d'une expérience humaine profonde. Il constitue une réflexion sur la douleur, la mort et la vie. 📖

Les Éditions Publistar, Montréal, 2009, 192 pages, 19,95 \$