

Mourir dans la dignité

la FMOQ satisfaite des conclusions de la Commission

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock

LE PAYSAGE DES SOINS de fin de vie pourrait bientôt changer. Amélioration des soins palliatifs, droit à ces soins pour tous les mourants, possibilité – dans des circonstances exceptionnelles – de demander une aide à mourir. Ce sont entre autres ces mesures que recommande la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité. Après avoir tenu une consultation générale, reçu presque 300 mémoires, entendu des experts et tenu des auditions publiques dans huit villes, le groupe de travail a remis, le 22 mars, un rapport comprenant 24 recommandations.

La Fédération, pour sa part, est satisfaite des conclusions de la Commission qui a tenu compte des avis qu'elle a présentés dans ses deux mémoires. « L'accent mis sur la nécessité d'avoir une offre de soins palliatifs de qualité pour tous attire particulièrement notre attention puisque ce sont les médecins omnipraticiens qui généralement œuvrent dans ce créneau et qui accompagnent les patients en fin de vie »,

indique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications à la FMOQ.

La Fédération est également satisfaite de la recommandation 21 du rapport qui prévoit, entre autres, le droit à l'objection de conscience pour les médecins qui ne veulent pas offrir une aide médicale à mourir. Dans son mémoire du 24 août, la FMOQ avait averti « qu'elle s'opposerait vivement à toute proposition légale ou réglementaire qui pourrait forcer un médecin à procéder, contre son gré, à un tel acte ».

Selon la Fédération, « l'aide médicale à mourir ne devrait toujours être accessible, si le cadre juridique le permet un jour, que dans des circonstances exceptionnelles (voire rarissimes) et très balisées ».

Bonifier les soins palliatifs

La Commission laisse une grande place aux soins palliatifs dans ses recommandations. Ses travaux lui ont permis d'arriver à un constat,

affirme M^{me} Maryse Gaudreault, présidente de la Commission : « Les soins palliatifs sont la réponse par excellence aux souffrances de la majorité des personnes en fin de vie. »

Les six premières recommandations de la Commission ne se penchent que sur les soins palliatifs. Le groupe de travail recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de privilégier le développement des soins palliatifs à domicile et de s'assurer que tous les professionnels de la santé reçoivent une formation adéquate dans ce domaine. Il souhaite également que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* soit modifiée pour « que soit reconnu, à toute personne dont la condition médicale le requiert, le droit de recevoir des soins palliatifs ».

La Commission conseille également au MSSS de se doter d'une unité administrative, notamment pour assurer la mise en œuvre de la *Politique en soins palliatifs de fin de vie*, publiée en 2010, et en particulier :

- l'accès plus précoce aux soins palliatifs, dès que l'évolution clinique de la personne malade le nécessite ;
- l'accès aux soins palliatifs pour les personnes atteintes de maladies incurables autres que le cancer ;
- le maintien des personnes atteintes de maladies incurables dans leur milieu de vie ;
- la possibilité d'avoir une chambre individuelle.

Aide médicale pour mourir

La Commission aborde de front la question de l'aide médicale à mourir. Elle recommande au gouvernement de modifier les lois pour reconnaître cet acte comme un soin approprié en fin de vie. Elle propose certains critères à respecter. Ainsi, la personne qui fera une demande d'aide à mourir devra :

- résider au Québec ;

- être majeure et apte à consentir aux soins ;
- exprimer elle-même, à la suite d'une décision libre et éclairée, une demande d'aide médicale à mourir ;
- être atteinte d'une maladie grave et incurable ;
- avoir une affection qui a engendré une déchéance avancée de ses capacités, sans qu'il n'y ait de perspectives d'amélioration ;
- éprouver des souffrances physiques ou psychologiques constantes et insupportables qui ne peuvent être apaisées dans des conditions tolérables.

Comment se déroulera le processus d'aide à mourir ? La personne qui réclamera cette aide devra faire sa demande par écrit au moyen d'un formulaire qu'elle signera. Puis, il lui faudra refaire sa demande dans un laps de temps raisonnable. Le médecin traitant, de son côté, devra consulter un collègue pour s'assurer que la demande respecte les critères de recevabilité. Ce second clinicien devra avoir des compétences

concernant la maladie du patient et être indépendant vis-à-vis du malade et du médecin traitant. Ce dernier aura ensuite à remplir une déclaration formelle d'aide médicale à mourir.

Une instance se chargera du contrôle et de l'évaluation de l'aide médicale à mourir. Elle vérifiera si les actes ont été accomplis selon les conditions prévues par les lois. Elle devra publier un rapport annuel comprenant des statistiques sur les actes d'euthanasie.

Demandes anticipées d'aide à mourir

Que faire pour prévenir le risque qu'un coma empêche un patient de demander de l'aide pour mourir ? La Commission conseille de permettre aux personnes aptes et majeures de faire une demande anticipée au cas où elles deviennent irréversiblement inconscientes. Le comité recommande d'ailleurs au gouvernement de modifier les lois pertinentes pour que cela soit possible. La demande devrait :

« Nous sommes persuadés que même les meilleurs soins palliatifs ont leurs limites. C'est pourquoi nous proposons l'aide médicale à mourir comme une option de plus dans le continuum des soins appropriés de fin de vie pour des cas exceptionnels, où des personnes répondant à des critères stricts le demandent expressément. »

— M^{me} Maryse Gaudreault.

- être formulée de manière libre et éclairée ;
- avoir une valeur juridique contraignante ;
- prendre la forme d'un acte notarié ou d'un acte signé par deux témoins, dont un commissaire à l'assermentation.

Comment cela se passera-t-il ensuite ?

Si le patient devient inconscient, le médecin traitant devra consulter un autre clinicien pour s'assurer de l'irréversibilité de son état. Ce dernier devra être indépendant à l'égard de son collègue et à l'égard du patient.

La demande anticipée d'aide à mourir figurera dans le dossier médical du patient et sera inscrite dans un registre. Le médecin aura la charge de vérifier l'existence de cette requête. Le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services de chaque établissement devra vérifier périodiquement le respect des demandes anticipées d'aide médicale à mourir.

Et pour les personnes atteintes d'une maladie dégénérative du cerveau susceptible de causer une démence ? La Commission recommande qu'un comité d'experts soit créé sous la supervision du Collège des médecins du Québec pour étudier la possibilité que ces patients puissent faire une demande anticipée d'aide médicale à mourir.

Pour que les médecins qui aideront des patients à mourir ne soient pas poursuivis ni sanctionnés, la Commission recommande au Procureur général du Québec d'émettre des directives « afin qu'un médecin ayant pratiqué une aide médicale à mourir selon les critères prévus à la loi ne puisse faire l'objet de poursuites criminelles ». Le groupe de travail demande également au Collège de modifier son code de déontologie pour que ses membres puissent pratiquer une aide médicale à mourir selon les critères prévus par la loi. Les commissaires désirent également que l'organisme précise que les médecins ont droit à l'objection de conscience. Ceux qui ne veulent pas aider un patient à mourir n'auront pas à le faire, mais devront le diriger vers un autre clinicien. ☞

Voir également l'entrevue avec la D^{re} **Christiane Simard**, Réflexions sur la vie, la mort et l'aide à mourir, p. 14.

Livres *Emmanuèle Garnier*

100 recettes pour toi mon cœur

De l'Institut de Cardiologie de Montréal



Cuisiner des plats à la fois gastronomiques et bons pour le cœur ? C'est le défi que l'Institut de Cardiologie de Montréal a lancé à dix chefs bien connus au Québec. Sous l'œil vigilant des nutritionnistes de l'Institut, ils ont créé des recettes inspirées de la cuisine méditerranéenne.

Chacun de ces dix habiles cuisiniers a créé un menu complet : entrée, plat principal, accompagnement et dessert. Illustrées par de délicieuses photos, les recettes mettent l'eau à la bouche. Par exemple, **Patrick Gérôme**, de l'Auberge Le Baluchon, propose en entrée un fondant de fromage de chèvre avec pommes et caramel de vin rouge au miel. Et pourquoi pas ensuite un saumon nappé d'un pesto de pistaches et de fromage blanc, créé par **Jérôme Ferrer**, du restaurant Europea ? Si vous avez envie de fruits de mer, **Anne et Emmanuel Desjardins**, de L'Eau à la bouche, à Sainte-Adèle, ont conçu un sauté d'orge aux pétoncles, aux champignons et aux pommes. De l'Auberge Sainte-Catherine-de-Hatley, **Mélanie Gagnon**, elle, nous époustoufle avec un soufflé aux crevettes, aux poires et à la lavande. Un dessert ? **Sébastien Harrison Cloutier**, du Bistro Bienville, à Montréal, nous offre son crémeux au chocolat à 70 % et bleuets.

On trouve également dans ce livre des plats appétissants conçus par **Giovanni Apollo**, **Michael Makhan**, **Jean-Baptiste Marchand**, **Ian Perreault** et **Danny St Pierre**. Tous ces chefs nous proposent cent recettes à déguster sans remords. ☞

Les Éditions Transcontinental, Montréal, 2012, 228 pages, 34,95 \$

Entrevue avec la D^{re} Christiane Simard

Réflexions sur la vie, la mort et l'aide à mourir



Photo : Emmanuèle Garnier

D^{re} Christiane Simard

La D^{re} Christiane Simard, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest, connaît bien les soins palliatifs. Elle en prodigue à des personnes hospitalisées et à ses propres patients à domicile. À ses yeux, les recommandations de la Commission sur la question de mourir dans la dignité sont intéressantes (voir article, p. 11), mais comporte de nombreux points d'interrogation.

M.Q. – Que pensez-vous des recommandations de la Commission sur la question de mourir dans la dignité ?

C.S. – Je les ai lues et relues. Je pense qu'on en est rendu là comme société. Je me suis cependant demandé comment va se faire la mise en application de ces recommandations.

En ce qui me concerne, je suis un peu ambivalente au sujet de l'aide à mourir. J'ai choisi la médecine pour sauver des vies. Il y a quelque temps, j'ai hospitalisé une dame de 83 ans qui m'a dit qu'elle ne voulait pas de manœuvres ni de respirateur artificiel. Pendant que je revenais chez moi, on m'a dit qu'elle n'allait pas bien. J'étais dans ma voiture et je me disais : « Je déteste ça quand mes patients meurent. » Et même si je pratique depuis longtemps, c'est cela qui me venait à l'esprit.

La mort fait cependant partie d'un processus, et je trouve que parfois on l'escamote. J'ai l'impression qu'on la considère à part, alors qu'elle fait partie d'un continuum. La Commission nous dit qu'il faut améliorer les soins palliatifs, mais qu'il faut aussi qu'il y ait la mort au bout de ce processus qu'est la vie. Son rapport m'a beaucoup fait réfléchir.

M.Q. – Serez-vous à l'aise d'aider un patient à mourir ?

C.S. – Cela fait 21 ans que je suis médecin de famille et je prodigue entre autres des soins palliatifs. Je me sentirais à l'aise d'aider mes patients à mourir s'ils me le demandaient, parce que je les aurais accompagnés quand ils étaient bien, puis quand ils étaient malades. Et je serais aussi là au moment de leur mort.

Mais ce n'est pas tous les médecins qui sont prêts à apporter cette aide, et c'est correct.

Je me pose cependant encore beaucoup de questions. La frontière entre soulager et aider à mourir est tellement mince. Par exemple, en ce qui concerne ma patiente de 83 ans qui était en train de mourir, sa famille et moi avons discuté du fait qu'il fallait qu'elle soit soulagée, parce qu'elle avait de la difficulté à respirer. Je lui ai donné de la morphine et elle est morte deux heures après. Est-ce que j'ai précipité son décès ? Je ne le pense pas. Elle était en train de mourir. Si je ne lui avais pas donné de médicament, elle serait peut-être morte trois heures après... On ne le sait pas. Par ailleurs, dans ma carrière, il n'y a presque pas de patients qui m'ont demandé de mourir. Ils veulent qu'on les soulage, mais très peu veulent LA piqûre.

M.Q. – La Commission désire que le médecin traitant consulte un autre médecin pour s'assurer que la demande d'aide à mourir est recevable.

C.S. – Cela va aider les médecins qu'un autre clinicien qui n'est lié ni à eux ni au patient puisse apporter un nouvel éclairage. Quand on admet un patient aux soins palliatifs, on est dans un certain processus, on est dans la souffrance, dans l'agonie. Avoir le regard de quelqu'un d'autre, cela ne peut qu'aider les patients et les médecins.

Le problème, c'est l'application de cette mesure. Où va être cet autre médecin ? La demande d'aide peut venir un samedi soir. Comment vais-je faire ? J'appelle ce clinicien et je lui décris la situation ? Il va falloir que je puisse le joindre rapidement. Le patient est en train de mourir. C'est une question d'heures, de jours. Je ne veux pas que la consultation soit remise aux calendes grecques. Le deuxième médecin est néanmoins comme un garant. Il va regarder la situation de l'extérieur, et cela sera rassurant pour tout le monde. On ne veut pas de dérapage. Il y a des gens qui craignent que l'aide à mourir soit une manière de se défaire des plus démunis et des gens malades.

M.Q. – Le rapport recommande également que la demande du patient soit faite par écrit et soit réitérée.

C.S. – Les paroles s'envolent et les écrits restent. Les relations sont tellement intimes quand les gens sont en train de mourir que cela ne se dit pas. Ils peuvent nous dire des choses, mais si cela doit être

écrit, il faut vraiment qu'ils s'arrêtent et se demandent : « Est-ce que c'est cela que je veux ? Dans ces conditions-là ? »

M.Q. – Que pensez-vous du fait que la Commission demande que les personnes majeures et aptes aient le droit de faire une demande d'aide à mourir anticipée au cas où elles deviennent inconscientes ?

C.S. – Je trouve ça intéressant. Cependant, quand on est en bonne santé, on peut demander beaucoup de choses. Lorsqu'on est malade, déjà, cela change et quand on est aux portes de la mort, cela peut encore être différent. Il arrive très fréquemment que quelqu'un fasse un testament biologique, mais au moment où il va mourir, la famille trouve que le document n'a plus de sens. Par ailleurs, comment le professionnel de la santé va-t-il avoir accès à la demande anticipée ?

M.Q. – Normalement, le document devrait être dans le dossier.

C.S. – On n'a pas encore de dossiers électroniques. Le cas qui peut poser un problème, c'est le patient hospitalisé que l'on ne connaît pas et dont on ne connaît pas la famille. Si le document est dans le dossier, cela va, mais si le document est dans un autre hôpital ? Je ne sais pas comment cela va fonctionner.

M.Q. – Il devrait également y avoir un registre des demandes d'aide à mourir.

C.S. – Comment fera-t-on pour consulter ce registre si on considère la *Loi sur la vie privée* ? Moi, je n'ai pas envie que tout le monde sache ce qu'il y a dans mon registre. Je pense que ce ne sera pas évident.

M.Q. – Il faudrait par ailleurs que le médecin traitant consulte un autre praticien au sujet de l'irréversibilité de l'inconscience.

C.S. – Je suis d'accord, pourvu que ce médecin soit disponible. Mais qui va être ce docteur ? Où va-t-il être ? Sera-t-il dans mon hôpital ?

M.Q. – La Commission souhaite que l'on étudie la possibilité qu'une personne qui commence à être atteinte de démence puisse faire une demande anticipée d'aide à mourir. Qu'en pensez-vous ?

C.S. – Personnellement, je trouve que c'est très intéressant. Ce-

pendant, je pense que là, cela touche nos valeurs personnelles. Pour les gens qui vont décider de faire une demande anticipée, la vie a un autre type de signification. J'ai l'impression que cette question pourrait faire l'objet d'un grand débat de société. Il faut considérer le fait que même si on décide soi-même de faire une demande anticipée d'aide à mourir, on pourrait subir des pressions. Qui dit que dès qu'on commencera à être un peu dément quelqu'un ne nous dira pas : « Tu ne nous traîneras pas ça trois ans dans un centre d'accueil ! »

J'avoue que c'est un enjeu important. Il faut se poser des questions. Il y a également le fait que lorsque quelqu'un a le cancer, il y a une sorte d'échéance. Mais quand une personne qui commence à avoir la maladie d'Alzheimer fait une demande, à quel moment l'aide-t-on à mourir ? Quand elle ne reconnaît plus sa famille ? Quand elle ne peut plus manger seule ?

M.Q. – Vous ne seriez pas à l'aise d'apporter votre aide à mourir à une personne qui a fait une demande il y a un an et qui est maintenant démente ?

C.S. – Cela me guiderait dans mon niveau d'intervention. Je me dirais que ce patient ne veut pas que je prolonge sa vie. Un très très vieux docteur m'a dit cette phrase terrible, mais tellement vraie : « La pneumonie est l'amie du dément. » Si quelqu'un me disait : « J'ai signé un formulaire pour lorsque je n'aurai plus mes facultés intellectuelles », je me dirais que je ne ferais pas d'intervention. S'il a une pneumonie, je ne lui donnerais que des soins de confort. Je lui administrerais du Tylenol, s'il fait de la fièvre, parce que c'est terrible d'en faire. Je ne lui donnerais sans doute pas d'antibiotiques. Ses directives me guideraient probablement, mais je ne lui ferais pas d'injection mortelle. Honnêtement, ce rapport m'a beaucoup fait réfléchir. C'est très facile de faire des suggestions, mais quand il faut les appliquer à des gens avec lesquels on est en relation, c'est difficile.

M.Q. – Il est important aussi de respecter le désir des médecins qui ne veulent pas pratiquer d'aide à mourir.

C.S. – C'est très important. Il y a des médecins pour qui l'aide à mourir ne fait pas partie de leur travail ou va à l'encontre de leurs croyances. C'est correct. Il ne faut cependant pas que le patient soit pénalisé. Un peu comme pour l'avortement, il faut qu'il ait la possibilité d'aller ailleurs pour qu'on respecte ses volontés à lui. ☺

Colloque de la Commission des présidents prochaines négociations

Emmanuèle Garnier

À la mi-avril, la Commission des présidents de la FMOQ s'est réunie à Vaudreuil-Dorion pour commencer à penser aux prochaines négociations et pour évaluer le rôle des associations affiliées. Composé du président de la Fédération et des présidents de chacune des associations, la Commission a effectué un exercice de réflexion tourné vers l'avenir.

Même si la dernière entente générale entre le gouvernement et les médecins de famille a été conclue en juin dernier, il faut déjà songer au prochain renouvellement. « On a deux ou trois ans devant nous. On pense qu'il est important de faire le point sur l'état de la situation. Sur quels éléments faut-il tabler ? Que doit-on faire d'ici 2015-2016 ? », a soulevé comme points le **D^r Louis Godin**, président de la Fédération.

La Fédération a déjà jeté les bases d'un plan d'action pour les prochains mois et les années qui viennent. Elle compte d'abord actualiser le dernier

accord-cadre et faire le suivi des nouvelles mesures, mais aussi préparer les prochaines négociations et, au moment voulu, mobiliser ses membres.

L'une des tâches que doit ainsi effectuer la FMOQ est la mise en place des nouvelles mesures de l'Entente. Une opération d'actualisation difficile à cause de la complexité du nouvel accord-cadre. « Les associations peuvent avoir un rôle important sur le terrain pour expliquer ce qu'on fait et ce qu'on cherche à atteindre », a affirmé le D^r Godin.

L'étape suivante, le suivi des nouvelles mesures, est également importante. Elle comprend plusieurs volets. La Fédération doit se tenir au courant des coûts réels des nouvelles mesures pour savoir si une non-atteinte ou un dépassement risque de survenir. Elle va également surveiller l'écart de rémunération de ses membres autant avec les médecins spécialistes du Québec qu'avec les omnipraticiens du reste du Canada. La Fédération suivra aussi les activités des médecins de famille, entre autres, leurs heures et leur nombre de jours travaillés.

La Fédération doit, parallèlement, déjà commencer à préparer les prochaines négociations. La dernière fois, il lui a fallu presque deux ans et demi pour élaborer le cahier des demandes. « Il va falloir, dès la fin de cette année ou au début de l'année prochaine, se donner toute une série d'objectifs », a prévenu le D^r Godin.

Comment se passera le prochain renouvellement de l'Entente générale ? Comme la dernière fois, les membres de la base seront consultés. « On avait alors voulu que tous les médecins qui désiraient s'exprimer sur ce que devait être le renouvellement de l'Entente puissent le faire », a rappelé le D^r Godin. Il est également possible que la Fédération fasse un grand sondage auprès des médecins de famille pour connaître leurs attentes et leurs besoins. Pour élargir la consultation, la Fédération se servira d'événements comme le prochain congrès syndical qui aura lieu à Montréal en mai 2013 et qui soulignera ses cinquante ans. La FMOQ compte également utiliser la tournée du président à l'automne et les réunions de la Commission des présidents pour bien définir ses demandes. 📞



Le D^r Louis Godin avec, à sa droite, le D^r Marc-André Asselin, premier vice-président de la FMOQ

Prix IMS Brogan les lauréats omnipraticiens, spécialistes et étudiants

Le 3 avril dernier, deux auteurs du *Médecin du Québec* ont reçu un prix IMS Brogan dans la catégorie « médecins omnipraticiens ». Ces distinctions récompensent un article qu'ils ont rédigé sur la consommation appropriée de médicaments et reconnaissent leur contribution à la formation de leurs collègues.

La **D^{re} Caroline St-Jacques**, qui pratique à l'Unité de médecine familiale et à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, à Lachenaie, a reçu un prix pour son article sur les corticostéroïdes topiques : « Dans quel pot trouve-t-on le meilleur onguent ? » Dans le numéro de mars 2011, l'omnipraticienne et sa coauteure, la pharmacienne **Hélène Demers**, expliquent comment choisir les molécules les plus adéquates selon le problème dermatologique du patient, précisent la puissance des divers corticostéroïdes et présentent les avantages et les inconvénients des différents véhicules comme la pommade, la crème et autres.

Le **D^r Michel Lapierre**, qui exerce au sein de deux groupes de médecine de famille, à Lorraine et à Sherbrooke, a été récompensé pour son texte sur un inhibiteur de la thrombine, publié en juillet 2011. Son article intitulé : « Le dabigatran (Pradax) une question de bon sang ! », rédigé avec la collaboration de **M^{me} Kim Messier**, pharmacienne, explique les indications du médicament, la manière de mesurer son efficacité, ses effets indésirables, ses interactions avec d'autres molécules et les précautions à prendre.

Les représentants d'IMS Brogan ont également remis une bourse à l'étudiant en médecine qui a obtenu les meilleures notes en pharmacologie dans chacune des facultés de médecine.

Les lauréats sont **M^{me} Audreylie Lemelin**, de l'Université Laval, **M^{me} Heidi Godbout**, de l'Université de Sherbrooke, **M. Cvetan Trpkov**, de l'Université McGill, et **M^{me} Yao Xiao**, de l'Université de Montréal.



La **D^{re} Caroline St-Jacques**, le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, et **M^{me} Sylvie Gaumond**, directrice des Affaires externes chez IMS Brogan.



M^{me} Sylvie Gaumond, le **D^r Michel Lapierre** et le **D^r Louis Godin**.

Du côté des médecins spécialistes, la **D^{re} Francine Ducharme**, du Département de pédiatrie de l'Université de Montréal, a reçu un prix pour un article sur l'asthme chez les enfants publié dans l'*American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. Le deuxième prix a été remis *ex æquo* au **D^r Fadi Massoud**, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, pour son texte sur le changement d'inhibiteurs de la cholinestérase chez les patients âgés atteints de démence, et au **D^r Christopher Labos**, du Département de médecine de l'Université McGill, pour son article sur les risques de saignement liés à l'utilisation combinée des inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine et des antiplaquettaires. EG

Des nouvelles des associations...

Association du Sud-Ouest Une aide à la facturation pour les omnipraticiens



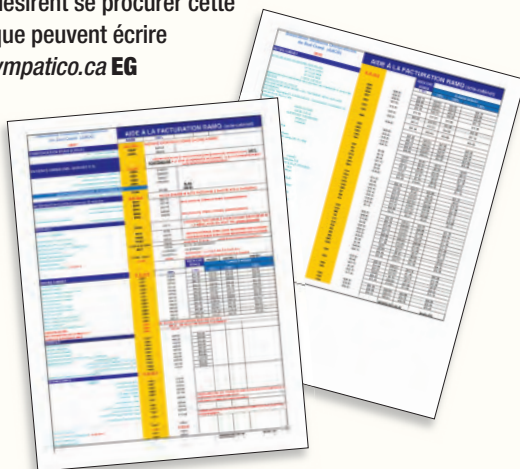
D^r Serge Lalonde

Connaissez-vous déjà les principaux codes de facturation de la nouvelle entente ? Les codes pour les frais de cabinet ? Ceux pour l'intervention clinique ? Si vous ou votre secrétaire avez de la difficulté à les trouver facilement, le nouvel outil qu'a créé le vice-président de l'Association des médecins omnipraticiens du Sud-Ouest (AMOSO), le D^r Serge Lalonde, va vous intéresser.

Le médecin a conçu une aide à la facturation qui consiste en deux feuilles comprenant les codes, anciens et nouveaux, les plus utilisés. « L'outil couvre environ 95 % de ce qui se fait en cabinet », indique le D^r Lalonde. La liste renferme les codes des forfaits, des divers examens, de nombreux actes et des formulaires, entre autres, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. L'outil précise aussi les tarifs pour la fin de semaine et les jours fériés ainsi que les différentes modulations dans les cliniques-réseau.

« S'il y a des volontaires qui veulent faire un travail semblable pour la pratique dans les établissements de soins, on peut leur fournir le modèle », précise le D^r Lalonde. Les feuilles d'aide à la facturation sont d'ailleurs offertes non seulement en format PDF, mais aussi sur Excel pour que les utilisateurs puissent l'adapter à leur pratique et y ajouter leurs propres codes.

L'outil du D^r Lalonde a été envoyé à tous les membres de l'AMOSO et aux associations de médecins omnipraticiens qui l'ont demandé. Les cliniciens qui désirent se procurer cette aide à la pratique peuvent écrire à amosmd@sympatico.ca **EG**



Diabète et dépression

voir au-delà des symptômes dépressifs

Emmanuèle Garnier



Photo : SuperStock

La dépression est très fréquente chez les patients diabétiques. Elle peut se manifester à la suite d'événements éprouvants ou d'un état affectif sombre, mais aussi être liée à divers facteurs, comme une glycémie élevée, la gravité du diabète ou de mauvaises habitudes de vie.

LA D^{RE} KABERI DASGUPTA, interniste au Centre universitaire de santé McGill, est perplexe. La glycémie de son patient, un homme âgé atteint de diabète de type 2, est de nouveau mal maîtrisée. Il y a un certain temps, le départ de sa conjointe l'a complètement abattu. Il est arrivé au cabinet amaigri, dépressif. La clinicienne a tout de suite vu que quelque chose n'allait pas. Elle l'a orienté vers un psychologue, ce qui l'a beaucoup aidé.

Mais maintenant que se passe-t-il ? Sa glycémie a grimpé et il a de nouveau des symptômes de dépression. En discutant avec son patient, la D^{re} Dasgupta apprend qu'il est très peiné de ne plus voir certains membres de sa famille

à cause de la séparation. « Avec mon encouragement, il a été capable d'aller leur rendre visite », explique l'interniste. L'humeur du patient s'est alors améliorée. Sa glycémie devrait maintenant se stabiliser, entre autres grâce à l'insuline que la clinicienne lui a prescrite.

À cause ou non d'événements difficiles, la dépression est fréquente chez les patients diabétiques (*encadré*). Et elle a des répercussions sur leur santé. Quels facteurs augmentent leur risque d'avoir des symptômes dépressifs ? Certains problèmes psychosociaux et biologiques, affirment des chercheurs de l'Université de Californie.



Photo : Marcel La Haye

« Les symptômes dépressifs sont fréquents chez les patients diabétiques et constituent souvent une barrière importante au traitement. »

– D^{re} Kaberi Dasgupta

M^{me} Diana Naranjo et ses collaborateurs ont découvert qu'un état affectif sombre et des dépressions antérieures sont liés à une augmentation du risque d'apparition d'une dépression. Certains facteurs comme le fait de vivre un grand nombre d'événements difficiles et d'avoir un taux d'hémoglobine glyquée élevé peuvent également être des indicateurs¹.

Au cours d'une étude d'un an et demi, les chercheurs ont évalué à trois reprises 338 patients atteints de diabète de type 2 et initialement sans dépression majeure. Les sujets ont fourni des données démographiques, comportementales, biologiques et psychosociales ainsi que des échantillons de sang et d'urine.

Parmi les 338 sujets, 44 (12 %) ont fait une dépression majeure* au cours du suivi. Qu'avaient-ils de particulier ? Les chercheurs

se sont aperçus que le fait d'avoir déjà eu une dépression grave (rapport de cote [RC] = 4,19, intervalle de confiance [IC] = 1,79-9,79) et d'avoir un état affectif négatif (RC = 1,09, IC = 1,05-1,13) augmentait le risque de dépression dans les dix-huit mois suivants.

Un facteur clé pour les chercheurs était l'affect. Ils ont donc fait une analyse en prenant les 182 participants qui initialement, sans être dépressifs, avaient un état affectif moyennement ou très négatif. Parmi eux, 31 ont eu une dépression au cours du suivi. Les facteurs qui permettaient de prédire l'apparition de ce problème étaient la présence d'un taux élevé d'hémoglobine glyquée, le fait de vivre plusieurs événements éprouvants

* La dépression était évaluée à partir de la Composite International Diagnostic Interview.

et, pour certains, la présence d'antécédents de dépression.

« Nos données ont d'importantes implications pour les soins cliniques. Il est justifié de faire l'évaluation répétée de l'affect au cours du temps et, si l'on détecte une humeur sombre, il peut être utile d'élargir la recherche pour inclure une discussion sur les facteurs liés à la maladie et d'autres facteurs stressants de la vie qui peuvent contribuer à un faible moral », écrivent les auteurs.

L'étude repose cependant sur un petit échantillon. « À cause de cela, les auteurs n'étaient pas capables de vraiment capter l'effet de beaucoup de variables, souligne la D^{re} Dasgupta. Il est cependant clair qu'ils ont montré que le fait d'avoir eu un diagnostic de dépression majeure auparavant ou d'avoir un affect négatif augmente le risque de dépression. »

En ce qui concerne la présence d'événements difficiles, le lien avec la dépression est bien connu. Celui avec la hausse de la glycémie a lui aussi été confirmé par d'autres études, indique l'interniste qui enseigne à l'Université McGill. Ces facteurs peuvent donc fournir des pistes à explorer.

Un facteur important : la gravité du diabète

Au Département de psychiatrie de l'Université McGill, le **P^r Norbert Schmitz** et ses collaborateurs se sont penchés eux aussi sur les différents facteurs liés à la dépression chez les diabétiques. L'une de leurs récentes études comprend 2003 sujets québécois². Elle a été faite à partir d'un sondage téléphonique mené en 2008 au moyen d'un système d'appel aléatoire. Les répondants qui se déclaraient diabétiques étaient interrogés sur la gravité de leur maladie, leur hygiène de vie, leur soutien social, leurs conditions socioéconomiques ainsi que sur la présence de symptômes de dépression[†] et de problèmes d'invalidité.

Parmi les quelque 2000 diabétiques interviewés, presque 20 % répondaient aux critères de dépression mineure[‡] ou majeure

Dépression chez les diabétiques

Une prévalence trois fois plus importante que dans la population

La dépression est très fréquente chez les patients diabétiques. L'équipe du **P^r Norbert Schmitz**, de l'Université McGill, a montré que chez les diabétiques québécois la prévalence des dépressions majeures était de 8,7 % et celle des dépressions mineures[‡] de 10,9 %. Un total de presque 20 %. « Ces données sont très similaires à celles que l'on trouve en Amérique du Nord et en Europe qui vont de 15 % à 25 % », indique le chercheur. Cependant, la prévalence de 8,7 % de dépression majeure chez les diabétiques québécois reste trois fois supérieure à celle de la population adulte canadienne (2,5 % – 3,3 %).

Par ailleurs, les dépressions majeures semblent plus fréquentes chez les femmes diabétiques, dont le taux est de 22,8 %, que chez les hommes dont la prévalence est de 15,9 %. Presque 17 % des femmes ont mentionné lors du sondage qu'elles avaient vu un médecin qui leur a prescrit soit un antidépresseur, soit un stabilisateur de l'humeur pendant au moins trente jours. Cela n'a été le cas que de quelque 13 % des hommes.

(encadré). Les chercheurs ont découvert chez eux une interaction complexe entre différents facteurs. Ils se sont ainsi aperçus que la gravité du diabète et les habitudes de vie avaient un fort lien avec la dépression.

Quelle est l'influence de la gravité de la maladie ? Caractérisée à la fois par la présence de complications et d'autres maladies chroniques, elle est associée de façon directe à la dépression. D'ailleurs, 16 % des sujets qui présentaient deux complications ou plus ($n = 655$) avaient une dépression majeure, contrairement à 1,6 % de ceux qui n'avaient pas de complications ($n = 646$). Il y avait un lien similaire avec la comorbidité. Les patients atteints d'au moins deux maladies chroniques, en plus du diabète, couraient un risque de 12,8 % de dépression majeure, alors que ceux qui n'avaient pas d'autres maladies présentaient un risque de 3,0 %.

Ces données peuvent par ailleurs être utiles pour la détection de la dépression. « Effectuer

† La dépression était évaluée à partir du questionnaire PHQ-9.

‡ Une dépression mineure correspond au fait d'avoir de deux à quatre symptômes dépressifs, comprenant l'humeur dépressive ou l'anhédonie, pendant plus de la moitié des jours durant au moins deux semaines.



« La prévalence de la dépression est très élevée chez les diabétiques. Ce problème est associé chez eux à différents facteurs, comme la gravité du diabète, les habitudes de vie et le soutien social. »

– P^r Norbert Schmitz

un dépistage chez tous les diabétiques n'est pas la meilleure stratégie. Il est cependant important de le faire chez les patients qui ont de nombreuses complications et maîtrisent mal leur diabète », estime le P^r Schmitz, également chercheur au Centre de recherche de l'Institut Douglas.

Les habitudes de vie étaient également directement liées à la dépression. Les diabétiques qui ne fumaient pas avaient moins de symptômes dépressifs que ceux qui fumaient, tout comme ceux qui étaient actifs physiquement étaient moins nombreux à faire une dépression que les sédentaires. Les sujets qui disaient ne pas avoir une bonne maîtrise de leur poids avaient, par ailleurs, plus de symptômes dépressifs.

Tous ces facteurs sont liés entre eux à différents niveaux montre l'étude (*figure*). Ainsi, les habitudes de vie peuvent avoir sur la dépression un effet direct, mais aussi un effet indirect, parce qu'elles sont associées à la gravité du diabète, qui elle-même influe sur la dépression.

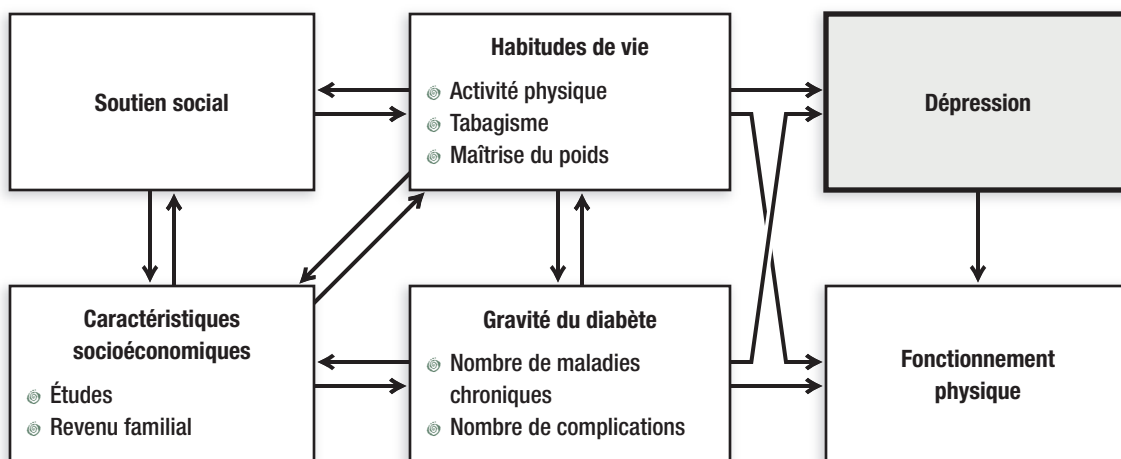
Cet engrenage peut aussi fonctionner sur d'autres plans. « Une amélioration des habitudes de vie [...] peut accroître le fonctionnement physique et diminuer les symptômes dépressifs, ce qui, à son tour, résulte en un meilleur fonctionnement », écrivent les chercheurs.

Seize pour cent des diabétiques qui présentent deux complications ou plus ont une dépression majeure, contrairement à 1,6 % de ceux qui n'ont pas de complications.

Des liens indirects

Certains facteurs ont, pour leur part, un lien

Liens entre les différents facteurs liés au diabète chez les hommes



Source : Schmitz N, Messier L, Nitka D et coll. Factors associated with disability and depressive symptoms among individuals with diabetes: a community study in Quebec. *Psychosomatics* 2011 ; 52 (2) ; 167-77.

indirect avec la dépression. Ainsi, des caractéristiques socioéconomiques, comme le niveau d'études ou le revenu familial, ont des répercussions sur les symptômes dépressifs par leurs liens avec la gravité du diabète et les habitudes de vie (figure). « Les gens qui ont un faible statut socioéconomique peuvent avoir plus de difficulté à acheter des aliments sains et à aller dans un centre d'entraînement pour être physiquement actifs, ce qui a un effet sur le diabète et la dépression », explique le P^r Schmitz, docteur en épidémiologie et en biostatistique.

Par ailleurs, un autre facteur, l'importance du soutien social, était associé quoique faiblement, à la dépression chez les femmes, mais pas chez les hommes. Même s'il n'était pas lié de manière significative à la dépression, l'appui social l'était avec les habitudes de vie et les caractéristiques socioéconomiques. Les chercheurs l'estiment

donc important. « Comme la famille et les amis procurent le soutien émotionnel et physique nécessaire aux personnes diabétiques, les soignants devraient compter sur cette ressource en éduquant et en conseillant les proches des patients. »

Que conclure de toutes ces données ? « Nos résultats semblent indiquer que les déterminants de la dépression et de l'invalidité chez les diabétiques sont probablement multifactoriels et que les facteurs prédictifs interagissent les uns avec les autres pour influencer sur le fonctionnement physique et la dépression », écrivent les auteurs.

Différents modèles de dépression

Que sont devenus les Québécois diabétiques du sondage ? Depuis 2008, moment de l'enquête initiale, ils ont été réinterrogés

« Il est justifié de faire une évaluation répétée de l'affect négatif au cours du temps et si l'on détecte une humeur sombre, il peut être utile d'élargir la recherche pour inclure une discussion sur les facteurs liés à la maladie et d'autres facteurs stressants de la vie qui peuvent contribuer à un faible moral. »

– Équipe de M^{me} Diana Naranjo

chaque année³. En 2011, ils étaient encore 1388. « Le message positif, c'est que 67 % des sujets n'ont pas eu de dépression au cours des trois ans de suivi », dit le P^r Schmitz. Par contre, un groupe de 20 % de diabétiques qui présentaient initialement de faibles symptômes dépressifs ont fait une dépression au fil du temps. Mais chez 7 %, la dépression qui les frappait

« Faire un dépistage chez tous les diabétiques n'est pas la meilleure stratégie. Il est cependant important de le faire chez les patients qui ont de nombreuses complications et maîtrisent mal leur diabète. »

– P^r Norbert Schmitz

initialement s'est atténuée. Cependant, 6 % avaient dès le début une dépression majeure qui s'est intensifiée avec le temps. « Ces personnes ont un grand risque d'avoir une dépression chronique. »

Fait intéressant, chacun de ces quatre groupes diffère

significativement sur le plan du degré de fonctionnement physique, des habitudes de vie et des caractéristiques socioéconomiques. Il existerait ainsi différents modèles de dépression chez les patients atteints de diabète de type 2. « La reconnaissance de ces groupes distincts peut améliorer notre compréhension du cours de la dépression et donner une base de classification pour l'intervention », concluent le P^r Schmitz et ses collaborateurs. 📡

Références

1. Naranjo DM, Fisher L, Arean PA et coll. Patients with type 2 diabetes at risk for major depressive disorder over time. *Ann Fam Med* 2011 ; 9 (2) : 115-20.
2. Schmitz N, Messier L, Nitka D et coll. Factors associated with disability and depressive symptoms among individuals with diabetes: a community study in Quebec. *Psychosomatics* 2011 ; 52 (2) ; 167-77.
3. Résultats encore non publiés.



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

17 et 18 mai 2012

L'infectiologie
Hôtel Sheraton Laval, Laval

7 et 8 juin 2012

L'omnipraticque d'aujourd'hui à demain
Hôtel Delta Québec, Québec

13 et 14 septembre 2012

L'urologie, la néphrologie et la sexologie
Hôtel Sheraton Laval, Laval

11 et 12 octobre 2012

La pneumologie
Hôtel Delta Québec, Québec

8 et 9 novembre 2012

**Les soins palliatifs –
Traitement de la douleur**
Hôtel Delta Québec, Québec

14 et 15 février 2013

La thérapeutique
Hôtel Delta Québec, Québec