



Droit des patients de mourir dans la dignité y aura-t-il un risque à pratiquer l'aide à mourir ?

Emmanuèle Garnier

Photo : Superstock

Un comité de juristes-experts, présidé par M^e Jean-Pierre Ménard, a proposé au gouvernement d'adopter une loi comprenant des dispositions précises sur l'aide à mourir. Dans ce cadre, le médecin qui accepterait de pratiquer ces soins de fin de vie serait-il à l'abri de tout risque ? Pas forcément.

UN NOUVEAU TYPE de soins va probablement bientôt être créé dans le continuum des soins de fin de vie : l'aide médicale à mourir. Il serait réservé aux adultes atteints d'une maladie grave et incurable, en proie à des douleurs insupportables et souffrant d'une déchéance avancée de leurs capacités.

C'est la solution que propose le rapport Ménard, rédigé par trois juristes-experts, **M^e Jean-Pierre Ménard, M^e Jean-Claude Hébert et M^e Michelle Giroux**. La mission qu'ils ont reçue : trouver des moyens de rendre légale l'aide médicale à mourir. Le gouvernement voulait pouvoir mettre en œuvre les recommandations de la Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité.

Les trois avocats suggèrent donc un nouvel encadrement juridique des soins de fin de vie.

Actuellement condamnée par le Code criminel, qui est de compétence fédérale, l'aide que peut apporter un médecin à ses patients pour hâter ou adoucir leur mort pourrait dorénavant être considérée comme un soin relevant du domaine de la santé et donc du gouvernement provincial.

« Sur le plan constitutionnel, la compétence du Québec en matière de santé est très large et englobe la plus grande partie des aspects des soins de fin de vie », indiquent les auteurs du rapport Ménard. Bien sûr, « le gouvernement fédéral intervient pour sa part en matière de droit criminel, en créant des infractions pour réprimer certains comportements, tel le suicide assisté. Toutefois, la décision de déposer des poursuites criminelles relève du Procureur général du Québec

à qui incombe la compétence constitutionnelle d'administrer la justice. »

Le comité d'avocats suggère donc que le Procureur général ne recommande pas de poursuite lorsque les équipes soignantes auront scrupuleusement respecté toutes les conditions d'une éventuelle loi que le gouvernement provincial pourrait adopter sur l'aide médicale à mourir. « À ce moment-là, même si, selon le Code criminel, la loi fédérale pourrait s'appliquer

dans le cadre de l'aide au suicide, nous n'aurons pas un contexte de fait et de droit qui permette une poursuite », précise M^e Jean-Claude Hébert.

Se conformer rigoureusement aux directives

Le médecin qui pratiquerait l'aide à mourir courrait-il quand même un risque ? La nouvelle loi devrait comporter de nombreux garde-fous pour défendre le patient contre les abus. Et ces règles strictes protégeraient par le fait même le médecin qui les respecte.

Les juristes recommandent ainsi que seul le patient puisse faire une demande d'aide médicale pour hâter sa mort. Ils proposent également une évaluation médicale de l'aptitude de ce dernier à consentir, des critères précis concernant le type de maladie donnant droit à l'aide à mourir (*encadré*), la vérification de l'absence d'influence d'une maladie mentale, l'obtention d'un consentement libre et éclairé

de la personne concernée, la consignation des informations pertinentes dans un formulaire, la confirmation de la démarche par un autre médecin, l'obligation que le patient réitère sa volonté de mourir, un contrôle a posteriori par le coroner et un encadrement par le système de santé et les ordres professionnels.

« Le médecin ne jouit cependant pas d'emblée

d'une immunité », avertit M^e Hébert. Ainsi, un proche de la personne décédée pourrait porter plainte à la police s'il estime que les soignants n'ont pas respecté la volonté de cette dernière, sont allés trop loin ou s'il conteste les moyens médicaux employés. « Il pourrait y avoir matière à accusation criminelle après enquête s'il s'avère que des professionnels de la santé n'ont pas respecté les prescriptions de la loi que nous recommandons », souligne M^e Hébert.

Par contre, les médecins qui se conformeraient scrupuleusement aux directives de la future loi devraient être à l'abri des sanctions. « Il y a certainement une forte présomption que le Procureur général du Québec n'autoriserait pas de poursuites contre eux, indique l'avocat. Il y aura très certainement une marge de manœuvre rassurante pour ceux qui veulent donner les soins demandés par les patients qui désirent mourir dans la dignité. »

L'ombre du Code criminel

Néanmoins, une ombre plane. Parce que, selon le Code criminel, une personne qui en aide ou en encourage une autre à se donner la mort peut être accusée d'aide au suicide. Et la première ne pourra se défendre en invoquant l'accord de la seconde, puisque l'article 14 du Code criminel prévoit qu'une personne ne peut consentir à ce qu'on lui donne la mort.

Les médecins qui se seraient rigoureusement conformés à l'éventuelle loi provinciale pourraient-ils être poursuivis au criminel ? L'un d'eux pourrait-il servir de cas pour contester la nouvelle loi ? M^e Hébert ne le croit pas. « Dès que la loi entrera en vigueur, avant même qu'un premier cas litigieux apparaisse, quelqu'un pourrait demander à un tribunal de se prononcer sur la légalité de la loi. Je ne serais pas surpris de voir des groupes, peut-être même des personnes à titre individuel, le faire. »

Pour des raisons stratégiques, il est peu probable que le cas d'un médecin serve d'exemple. « Parce que là on entre dans les méandres d'un dossier », indique l'avocat. Il faudrait prouver que le Procureur général du Québec a mal exercé son pouvoir discrétionnaire en ne poursuivant pas le clinicien. Une tâche difficile. « Par contre, il est



M^e Jean-Claude Hébert



M^e Pierre Belzile

Photo : Emmanuèle Garnier

plus facile de faire un débat en prétendant que le gouvernement du Québec est allé trop loin dans sa loi, qu'il a empiété sur le Code criminel. »

Réactions du Fédéral

Que va faire le gouvernement fédéral ? Une loi autorisant l'aide à mourir heurterait de plein fouet les siennes. Au ministère fédéral de la Justice, l'attachée de presse du ministre **Rob Nicholson**, **M^{me} Julie Di Mambro**, se contente d'indiquer qu'il « s'agit d'une question pénible et controversée qui a été débattue de façon exhaustive au Parlement. Nous respectons la décision du Parlement. » Cette décision est en fait le rejet, en 2010, d'un projet de loi qui tentait de modifier le Code criminel pour permettre à un médecin « d'aider une personne qui éprouve des douleurs physiques ou mentales aiguës sans perspective de soulagement ou qui est atteinte d'une maladie en phase terminale à mourir dignement quand elle y consent de façon libre et éclairée ».

Ottawa sera cependant peut-être sensible au consensus qu'il y a dans la population québécoise, et même canadienne, sur la nécessité d'une aide médicale à mourir. « De façon très prudente, le Fédéral a simplement dit jusqu'à présent, qu'il reviendra aux tribunaux de décider de la légalité de la loi du Québec. Il n'a pas affirmé qu'il allait prendre l'initiative de la contester », indique M^e Hébert. Mais que la démarche vienne du gouvernement ou d'une autre partie, l'avocat reste confiant. « J'estime que les bases juridiques du Québec sont assez solides. C'était une partie du mandat de notre comité. »

Droit de refus des médecins

La FMOQ, pour sa part, suit de près les mesures qui encadreront l'aide médicale à mourir. « La principale préoccupation de la Fédération c'est que les médecins aient le choix de pratiquer ou non l'aide à mourir. Certains de nos membres sont pour ce type de soins, d'autres sont contre. Le rapport Ménard nous rassure cependant concernant cette question », explique **M^e Pierre Belzile**, directeur du Service juridique de la FMOQ.

Toutefois, le document mentionne que « le médecin qui refuse (...) est tenu de fournir à son

Encadré.

Personnes pouvant demander une aide médicale à mourir

Le patient doit :

- ⊗ être majeur ;
- ⊗ apte à consentir à des soins ;
- ⊗ résider au Québec ;
- ⊗ être atteint d'une maladie grave et incurable ;
- ⊗ souffrir d'une déchéance avancée de ses capacités sans aucune perspective d'amélioration ;
- ⊗ éprouver des souffrances physiques ou psychologiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions qu'il juge tolérables.

patient l'assistance nécessaire afin qu'il trouve un autre médecin qui accepte de le prendre en charge dans le contexte de l'aide médicale à mourir ».

Jusqu'où va cette exigence ? « On ne voudrait pas que l'obligation soit si lourde qu'elle force le médecin à faire toutes les démarches possibles et imaginables pour trouver un collègue qui va accepter. Et que se passe-t-il s'il n'y en a pas ? », demande M^e Belzile.

M^e Hébert, pour sa part, voit plutôt le point de vue du patient. « Ce qu'on dit c'est qu'un médecin qui refuse d'agir contre sa conscience ne peut pas laisser tomber le patient. Il faut qu'il y ait une continuité dans le traitement de ce dernier. »

Évolution du droit et des mentalités

La ministre déléguée aux Services sociaux, **M^{me} Véronique Hivon**, devrait déposer un projet de loi d'ici l'été. « Il est possible qu'il soit beaucoup plus précis que notre rapport concernant ce que les soignants pourront faire, devront faire et les droits du patient. Nous avons simplement proposé des lignes directrices. » Il y aura ensuite des auditions en commission parlementaire où les différents groupes et personnes concernés pourront intervenir.

Aux yeux de M^e Hébert et des deux autres juristes-experts, le droit doit évoluer avec les mentalités. « Nous estimons qu'il faut respecter l'autonomie des gens. Il s'agit de leur vie, de leur mort. Ils ont le droit de décider s'ils veulent aller jusqu'au bout de la souffrance ou s'ils veulent l'abrégée. »

Rôle du médecin dans l'aide à mourir comment procédera-t-il ?

Emmanuèle Garnier



Photo : Paul Labelle

Dr Yves Robert

Quel geste fera le médecin pour aider un patient à mourir ? Comment se déroulera tout le processus qui mènera à cet instant ? L'aide médicale à mourir ouvre sur un univers nouveau où toutes les règles sont à définir.

Le moyen de choix sera probablement la sédation terminale, estime le **Dr Yves Robert**, secrétaire du Collège des médecins du Québec (CMQ).

« On induit une forme

d'anesthésie générale. La personne perd connaissance et on espère que, dans ce laps de temps, la mort survienne sans que le patient s'en aperçoive ou en souffre. Est-ce la sédation qui cause le décès ? On est dans la zone grise. La ligne est difficile à trancher. »

La sédation terminale a entre autres, pour le clinicien, l'avantage psychologique de provoquer un état d'inconscience réversible. « Cela permet d'avoir le sentiment de ne pas faire d'euthanasie », indique le Dr Robert.

Mais que se passe-t-il si le patient ne meurt pas ? Cela se produit parfois. Par exemple, il a fallu trois semaines à une dame âgée pour mourir sous sédation, sans nourriture ni hydratation. « On peut se poser la question de l'humanité d'un tel décès », souligne le secrétaire du Collège. Que faire alors ? « Dans ce genre de cas, on pourrait considérer d'abrèger l'agonie ou la vie. On pourrait pratiquer une euthanasie », explique le Dr Robert qui n'hésite pas à utiliser ce mot devenu tabou.

Pour provoquer la mort, la médecine offre plusieurs solutions sûres : administration de barbituriques, injection de chlorure

de potassium, association des deux, ajout possible de curare. « Si cela se faisait, cela se passerait probablement dans le cadre d'une sédation terminale. »

Les étapes de l'aide à mourir

À quoi ressemblera le processus d'aide à mourir ? Le rapport Ménard propose une procédure rigoureuse, des règles strictes, des balises claires.

- 1) La démarche s'enclencherait lorsque le patient, et lui seul, demanderait à son médecin de l'aider à mourir. Le clinicien aurait le choix de participer ou non à ce processus où il pourrait avoir à donner un traitement causant la mort.
- 2) Si le médecin acquiesce à la demande du patient, il devrait alors :
 - évaluer si la personne est apte à consentir à la procédure ;
 - s'assurer que la maladie réponde aux critères prévus par l'éventuelle loi (*encadré p. 3*) ;
 - obtenir un consentement libre et éclairé de la personne ;
 - s'assurer que la décision de cette dernière n'est pas une conséquence d'une maladie mentale.

Le praticien devrait ensuite consigner toutes ces informations dans un formulaire prévu à cette fin.

- 3) Un autre médecin indépendant, de la même spécialité, devrait alors évaluer les mêmes éléments et remplir un formulaire identique.
- 4) Le patient devrait réitérer sa demande après au moins cinq jours.
- 5) Si la demande est acceptée, le médecin conviendrait avec son patient du moment où il l'aiderait à mourir et de la manière dont il le ferait.
- 6) Un avis serait transmis au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital lors de la requête initiale et au moment de son exécution.
- 7) Dans les cinq jours suivant le décès, un avis serait envoyé au bureau du Coroner

où un comité de trois coroners, dont un médecin et un juriste, examinerait le dossier.

Maladie mortelle et mort imminente

Si une loi sur l'aide à mourir est adoptée, le Collège aura devant lui une tâche importante : encadrer la sédation terminale et l'aide médicale à mourir. « Pour nous, si ces moyens sont envisagés, il faudrait absolument que ce soit sous supervision médicale et dans un continuum de soins où il n'y aurait pas d'autres solutions pour soulager la souffrance d'un patient atteint d'une maladie terminale et dont la mort est imminente », précise le D^r Robert.

L'aide à mourir ne serait ainsi pas offerte à un patient, comme cet homme amputé des quatre membres et désirant mourir, dont ont parlé certains médias. « Son état était stable et il ne serait pas décédé à cause de la perte de ses membres. » Il n'y avait aucune ouverture permettant à un médecin d'intervenir.

L'aide à mourir offrirait simplement des outils aux patients au seuil de la mort. Il est probable que peu de gens recourraient à la sédation terminale et encore moins auraient besoin de l'euthanasie, mais beaucoup seraient rassurés de les savoir disponibles, estime le secrétaire du CMQ.

Et qu'en est-il du suicide médicalement assisté ? Dans cette avenue, brièvement évoquée dans le rapport Ménard, le clinicien remet au patient des médicaments qu'il pourrait s'administrer lui-même. Le Collège exclut d'emblée cette solution.

« Il y a un problème de contrôle qui se pose. Qui nous dit que le patient utilisera les médicaments pour lui-même ? Qui nous assure qu'un membre de la famille ne les emploiera pas pour une autre personne ? »

Demande d'aide médicale à mourir anticipée

Personne ne connaît l'avenir. Pour se prémunir dans une certaine mesure contre

les aléas de la vie, comme le fait de devenir inapte, le rapport Ménard permettrait d'effectuer à l'avance une demande d'aide à mourir. La personne qui voudrait s'en prévaloir devrait signer un document devant un notaire ou deux témoins. Ses directives seraient valides cinq ans.

Le médecin traitant aurait encore un rôle clé à jouer le moment venu. Il « devra s'assurer que le majeur est inapte, qu'il se trouve dans la condition médicale établie par la loi, que ses volontés sont claires et n'ont pas été modifiées par une expression quelconque de volonté de la personne », indiquent les auteurs du rapport.

Mais quand serait exécuté cet ordre ? « Quand la mort est imminente », répond d'un ton catégorique le D^r Robert. Il n'y aura pas d'euthanasie préventive. « Ce n'est pas parce que quelqu'un aurait un diagnostic précoce de maladie d'Alzheimer qu'il pourrait demander que l'on mette fin à ses jours pour prévenir la survenue dans six ou sept ans des souffrances associées à cette affection. Les directives anticipées ne pourront s'appliquer que lorsque la maladie arrivera à son terme. »

Le cas complexe des patients déments

Un problème reste à régler : le cas des patients déments. « Une grande partie de la population n'aura pas accès à l'aide médicale à mourir, souligne le secrétaire du Collège. On ira dire à ces gens : si vous souffrez, l'État ne peut rien faire pour vous, et vous allez continuer à avoir mal. »

Même ceux qui auraient pris la précaution de demander une aide médicale anticipée ne seraient pas à l'abri d'une agonie longue et pénible. Parce que les directives anticipées ne seraient valables que cinq ans. « La durée d'une démence est en moyenne de sept ans. On pourrait donc se retrouver dans la majorité des cas avec des directives inapplicables. » La solution ? Le Collège n'en a pas. Il veut néanmoins sonner l'alarme.. 📞

Résultats de l'enquête de la RAMQ

facturez-vous bien ?



Photo : Emmanuèle Garnier

D^{re} Hélène Roy

Facturez-vous vos services adéquatement ? Le tiers des omnipraticiens ne respecteraient pas à la lettre les exigences de l'entente, a découvert la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).

L'automne dernier, l'organisme a demandé à 864 médecins de famille de lui envoyer un dossier précis pour déterminer le taux d'erreur de facturation. L'objectif de la Régie était non pas d'imposer des sanctions, mais de mieux

comprendre la manière dont les médecins de famille appliquent l'entente. Les données ainsi récoltées doivent permettre d'apporter d'éventuelles corrections.

Jusqu'à présent, 34 % des 718 dossiers analysés sont considérés comme non conformes à l'entente dans le cadre de cet exercice de vérification. Dans la réalité, le taux d'erreur serait plus bas. « Cela s'explique en grande partie par notre interprétation très stricte de l'entente. Dans les cas conduisant à une réclamation financière, l'analyse est réalisée avec plus de souplesse », assure la **D^{re} Hélène Roy**, chef du service de l'Analyse de la facturation à la Régie. De plus, quand le litige porte sur l'interprétation du libellé d'un acte, le médecin a normalement l'occasion de présenter son point de vue.

Les trois erreurs les plus courantes

L'erreur la plus fréquente ? L'inscription du mauvais code d'acte. Cela correspond à 61 % des cas de facturation non conformes à l'entente. Bien des médecins ont facturé, par exemple, un examen complet alors qu'ils n'ont pratiqué qu'un examen ordinaire, selon la Régie. L'un d'eux a ainsi réclamé des honoraires pour un

examen complet, mais les notes au dossier ne mentionnaient pas d'examen du cou. Pourtant, la définition de l'examen complet inclut au moins l'examen du thorax, de l'abdomen et du cou.

L'interprétation du médecin, même si elle ne correspond pas exactement à l'entente, n'est pas forcément fautive. « Je pense que c'est le libellé de l'examen complet qui est en cause : l'évaluation du patient ne nécessite pas tout le temps l'examen cou/thorax/abdomen pour être "complète", comme en font foi les exceptions que sont l'examen gynécologique ou l'examen musculosquelettique », indique la D^{re} Roy.

La deuxième cause de facturation inadéquate est la « sous-documentation ». Cela représente 25 % des cas de non-conformité. Certains médecins ont ainsi répondu à la Régie qu'ils n'avaient pas de notes au dossier concernant l'acte qu'elle voulait vérifier. Un omnipraticien a envoyé un rapport de test de Papanicolaou pour justifier la facturation d'un examen complet, mais il n'y avait pas de notes à la date mentionnée dans le dossier envoyé.

Un autre a, quant à lui, répondu à la RAMQ de s'adresser aux archives du centre hospitalier où l'acte avait été fait. « La catégorie "service non documenté" est réservée aux situations où l'on reçoit une réponse qui n'est pas interprétable en matière de facturation », indique la D^{re} Roy.

La troisième source d'erreurs concerne le modificateur. Elle constitue 6 % des cas de facturation inadéquate. Certains modificateurs sont liés au lieu de pratique, et il est arrivé que l'endroit où le service a été rendu ne corresponde pas à celui qui est prévu dans l'entente. D'autres modificateurs sont, eux, associés à une plage horaire. « Si le médecin n'indique pas à quelle heure il a vu le patient, ce qui est habituellement le cas, on ne peut pas être sûr de la bonne utilisation du modificateur. On conclut à la non-conformité de son emploi, parce que l'article 68 de la *Loi sur l'assurance maladie* stipule que le médecin doit nous fournir les éléments nécessaires pour apprécier sa facturation. » Comme l'utilisation du modificateur pouvait néanmoins être justifiée, la Régie n'a pas demandé aux médecins de rembourser leurs honoraires. Dans le cas d'un véritable contrôle,

elle pourrait toutefois réclamer des documents supplémentaires, comme la liste de garde.

Globalement, le taux de facturation inexacte est élevé. Par comparaison, aux États-Unis, dans le programme d'évaluation du taux d'erreur global des centres de services Medicare et Medicaid, le taux de conformité de la facturation des professionnels de la santé était de 95 % entre novembre 2006 et mai 2008.

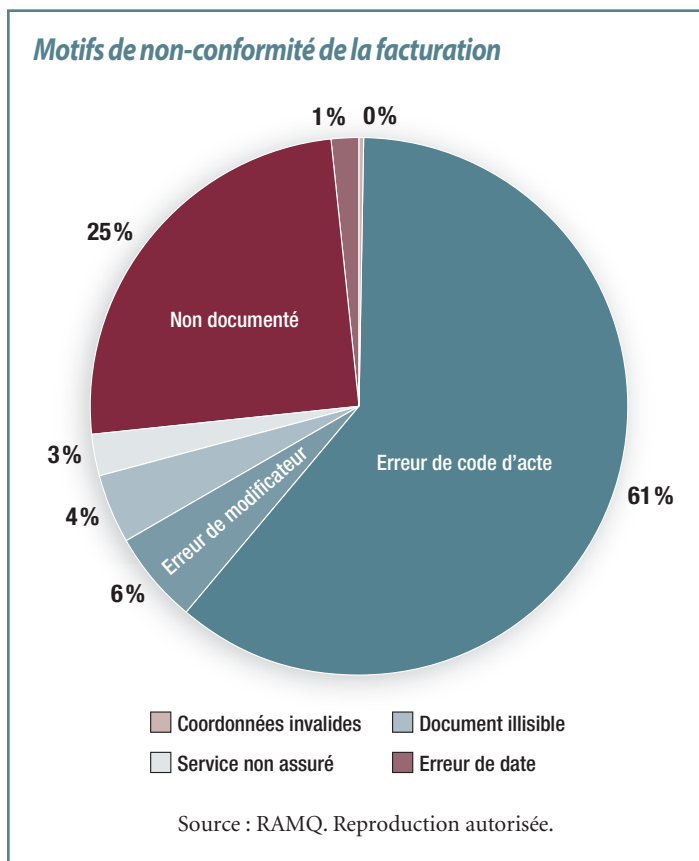
Remboursement des honoraires

Qu'arrivera-t-il aux médecins qui se sont trompés dans leur facturation ? Ils n'auront pas à rembourser le paiement perçu. « Tous ces éléments sont cependant compilés et pourront être utilisés, je l'espère, par les parties négociantes pour améliorer l'entente de facturation », mentionne la D^{re} Roy.

Par contre les cliniciens qui n'ont pas répondu à la demande de la Régie, risquent eux, d'avoir à remettre les sommes reçues. Cela pourrait toucher 136 omnipraticiens.

Le taux initial de réponse à l'enquête a été faible : 55 %. La manière dont la RAMQ a procédé pourrait être en cause. Elle a envoyé ses demandes de documents par son service en ligne à tous les médecins qui y étaient inscrits. « Nous soupçonnons que plusieurs n'ont probablement jamais pris connaissance de cette demande de renseignements, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas consulté le service en ligne. » Ainsi, sur les 102 premiers rappels, 94 concernaient des médecins qui avaient reçu la demande par voie électronique.

Au cours du mois de janvier, la RAMQ a fait un rappel cette fois uniquement par la poste



et a accordé un délai supplémentaire de trente jours aux omnipraticiens pour se conformer à sa demande.

Ce faible taux de réponse est inhabituel. Dans trois projets similaires concernant les médecins spécialistes et les dentistes, la RAMQ avait obtenu un pourcentage de participation entre 90 % et 95 %. Les demandes avaient toutefois été envoyées par la poste. **EG**

Soins aux agents de la GRC

changement concernant la facturation

À partir du 1^{er} avril 2013, les cliniciens qui offrent des services médicaux à des agents de la Gendarmerie royale du Canada devront facturer leurs honoraires à la Régie de l'assurance maladie du Québec et non plus à la Croix Bleue, comme actuellement. À la suite d'une modification de la loi, ces agents seront sous peu couverts par le régime de la province où ils sont en poste.

« Au Québec, les médecins de famille ne devront pas oublier d'inscrire ces nouveaux patients auprès de la Régie pour bénéficier du forfait lié à l'inscription générale. Si ces derniers font partie des clientèles vulnérables, ils devront être inscrits comme tels et donneront droit aux avantages liés à cette catégorie », indique le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ. **EG**

Entrevue avec le D^r Claude Rivard

les outils pour améliorer l'accès aux soins



D^r Claude Rivard

Aux yeux du D^r Claude Rivard, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu–Saint-Laurent, les cliniciens doivent recourir aux nouveaux outils à leur disposition pour améliorer l'organisation des soins de première ligne : l'informatisation, l'interdisciplinarité et la gestion proactive des rendez-vous. Ces trois moyens permettront à plus de patients d'avoir accès à un médecin, estime le D^r Rivard, qui a été récemment élu administrateur au Bureau de la FMOQ.

M.Q. – Pour quelles raisons avez-vous sollicité un poste au Bureau de la FMOQ ?

C.R. – Je me suis présenté parce que la FMOQ est, selon moi, à un tournant en ce qui concerne l'aide qu'elle offre à ses membres pour améliorer l'organisation des soins de première ligne.

M.Q. – Quels sont les aspects les plus importants pour vous ?

C.R. – Dans le cadre de l'organisation des soins de première ligne, mes trois grands chevaux de bataille sont l'informatisation, l'interdisciplinarité et l'*Advanced Access*, c'est-à-dire la gestion proactive des rendez-vous*. Ces trois outils vont permettre aux patients d'avoir un meilleur accès aux soins.

M.Q. – Les avez-vous utilisés personnellement en tant que médecin ?

C.R. – Le seul que je n'ai pas complètement adopté c'est l'*Advanced Access*.

M.Q. – Les deux autres, l'informatisation et l'interdisciplinarité ont amélioré votre pratique ?

C.R. – Énormément. La clinique où je travaille, à Sainte-Julie, est complètement informatisée. Le recours à l'ordinateur a énormément amélioré l'organisation interne et la gestion du personnel. Nous avons un dossier médical électronique (DME) et la presque totalité des patients prend contact avec nos secrétaires par courriel. L'informatique a, par ailleurs, complètement transformé la manière dont les soins sont donnés aux patients. Elle fait en sorte que nos ordonnances soient enfin lisibles, que des alertes pour les suivis

puissent être incluses dans le dossier, que l'on puisse faire des recherches dans tous nos dossiers de patients avec des maladies chroniques, qu'on reçoive directement les résultats de laboratoire dans notre DME et qu'on ait enfin des feuilles sommaires claires dans nos dossiers.

L'informatique nous permet en fait de donner de meilleurs soins à plus de patients. On est formé pour bien soigner les gens. On est capable de le faire, mais on a trop de demandes. On a de la difficulté à les gérer.

M.Q. – C'est un problème important.

C.R. – Oui, parce que notre défi vient du fait que nous ne sommes plus capables de fonctionner comme avant. Nos propres membres nous disent qu'ils sont débordés. Ils ne suffisent plus à la tâche. Et si nous ne parvenons pas à nous acquitter de notre travail, d'autres professionnels vont le faire à notre place. Les pharmaciens, les infirmières ou encore les spécialistes vont effectuer nos tâches. Nos champs de pratique sont menacés. Et une fois qu'on aura perdu notre capacité à nous occuper de nos patients, on aura de la difficulté à la ravaoir.

M.Q. – Vous croyez beaucoup aussi à l'interdisciplinarité ?

C.R. – Oui. J'ai toujours pratiqué avec d'autres professionnels de la santé. À l'hôpital, je travaille avec des infirmières, des auxiliaires, des pharmaciens, des diététistes, etc. Il y a plusieurs années, cependant, je n'avais l'aide d'aucune infirmière quand je pratiquais en cabinet. Mes collègues et moi avons toutefois décidé d'en engager une pour nous aider au service de consultation sans rendez-vous. On a tous constaté que cela fonctionnait mieux ainsi.

M.Q. – Que faisait-elle ?

C.R. – Elle faisait le triage. Elle voyait le patient avant nous. Elle prenait les signes vitaux, mesurait les bébés, prenait la température, faisait les tests d'urine, etc. Lorsqu'on arrivait, on n'avait que des interventions médicales à faire : l'examen, le diagnostic, etc. Une partie des antécédents médicaux avaient été notés, la collecte de données avait été effectuée, ce qui faisait que nous étions beaucoup plus efficaces comme médecins. On voyait plus de patients à l'heure.

M.Q. – Actuellement, vous avez toute la gamme des infirmières dans votre clinique.

C.R. – Il y a quatre ans, notre clinique est devenue un groupe de médecine de famille (GMF). On a alors eu accès à une autre classe

de professionnelles : l'infirmière bachelière clinicienne. Deux ans plus tard, le Centre de santé et de services sociaux Pierre-Boucher nous a offert les services de deux infirmières praticiennes spécialisées (IPS).

M.Q. – Est-ce utile d'avoir trois types d'infirmières pour vous épauler ?

C.R. – Oui. Étonnement, ça fonctionne très bien. Le travail au service de consultation sans rendez-vous est réservé aux infirmières techniciennes. Les infirmières de GMF, elles, suivent en collaboration avec nous des patients que l'on a déjà. Les IPS, quant à elles, prennent en charge de nouveaux patients, tout en étant assurées d'un soutien médical si elles en ont besoin. Ainsi, l'infirmière de GMF ne prend aucun patient qui n'a pas déjà été vu ou accepté par un médecin de famille. L'IPS, elle, peut s'occuper de bien des patients de la liste d'attente : les femmes ayant besoin d'une cytologie, les bébés en bonne santé, etc. Nos IPS en ont pris en charge plus de 500 chacune.

M.Q. – Le troisième moyen pour accroître l'efficacité des médecins, c'est la gestion proactive des rendez-vous.

C.R. – Oui. Quelques collègues et moi avons commencé à fonctionner un peu selon ce système. C'est cependant partiel. Ce que je fais quand je pratique à la clinique, c'est que je réserve les premières heures de mes journées uniquement aux petits cas. J'en vois toutes les dix ou quinze minutes. Les patients ont un rendez-vous, mais c'est comme si je les voyais dans un cadre de consultations sans rendez-vous. Une personne, par exemple, peut vouloir me rencontrer pour remplir un formulaire de la SAAQ, ce qui n'est pas long. Ou encore un patient qui est récemment allé à l'urgence désire avoir les résultats de la prise de sang ou de l'échographie qu'il a passée. Je peux aussi voir une personne qui a besoin d'une infiltration à l'épaule. Ma secrétaire me met les petites techniques, les biopsies, les infiltrations dans ces périodes-là. Les patients ayant un problème psychiatrique urgent sont placés en fin de journée ou dans des journées réservées à cette fin. Je suis ainsi plus efficace au cours de mes journées de cabinet.

Si l'on parvient à avoir un véritable système d'*Advanced Access*, on va sortir nos patients de nos consultations sans rendez-vous. Le service sera ouvert à tout le monde, mais quasiment aucun de nos patients n'ira, parce qu'ils verront leur médecin dès qu'ils en auront vraiment besoin. Un plus pour l'accessibilité, selon moi.

M.Q. – L'informatisation et l'interdisciplinarité associées à la gestion proactive des rendez-vous constituent un programme ambitieux pour les médecins de famille.

C.R. – Oui, mais il y a des budgets pour cela. Les GMF, par exemple, ont droit à certaines sommes. Le ministre **Réjean Hébert** a été clair. Il a dit qu'on allait accorder de nouvelles ressources aux GMF qui remplissent leur offre de services et ont assez de patients. On va nous allouer des diététistes, des travailleurs sociaux ou des psychologues pour nous aider dans notre travail. C'est juste cela que l'on veut. En ce qui concerne l'informatisation, il y a des mesures de financement destinées aux cliniques. Le programme a l'air ambitieux, mais si on avait à le mettre en œuvre sans ces ressources supplémentaires, ce serait encore plus difficile.

M.Q. – C'est quand même beaucoup de changements en même temps sur plusieurs plans.

C.R. – Oui, mais dans dix ans, les cliniques qui n'ont pas sauté dans le train seront fermées. Par contre, celles qui auront adopté des mesures comme l'informatisation, l'interdisciplinarité et la gestion proactive des rendez-vous seront capables de survivre. C'est une question de compétitivité. Les milieux qui auront laissé passer l'informatisation vont continuer à payer des secrétaires pour manipuler du papier et vont rester avec leurs dossiers papier. Ces cliniques-là ne survivront pas à cause des coûts. C'est aussi simple que cela.

Les cliniques qui vont s'informatiser, se mettre en réseau et aller chercher des ressources pour que leurs patients soient mieux suivis vont, par ailleurs, être plus attirantes pour les jeunes médecins. En plus, elles pourront facturer à ces derniers des frais moins élevés.

M.Q. – Le défi à relever est en fait d'augmenter l'accès des patients aux soins de première ligne.

C.R. – Oui. On ne peut pas faire de la médecine familiale sans avoir cette préoccupation-là. Il faut que l'on soit prêt à augmenter notre capacité de prendre en charge des patients de toutes conditions. Et on ne réinventera pas la roue. D'autres professionnels travaillent déjà en interdisciplinarité pour offrir des meilleurs services à leurs clientèles respectives. Il va falloir se retrousser les manches et effectuer notre travail en se donnant les moyens d'y arriver. Personne ne peut le faire à notre place. **EG**

* Aussi appelé « Accès adapté ».

Une première négociation cruciale

les gains d'un président visionnaire



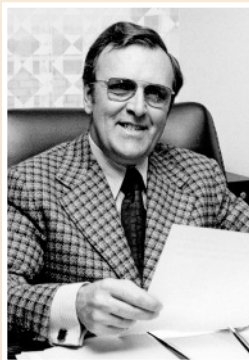
L'année 1966 est décisive pour la jeune Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Trois ans après sa création, elle franchit une étape importante : la conclusion de son premier accord avec le gouvernement, soit l'Entente relative à l'assistance médicale.

Avant même le début des négociations, le nouveau président, le D^r Gérard Hamel, qui a succédé au D^r Jules-Édouard Dorion, a une idée claire de la manière dont il veut traiter avec l'État. En 1964, il est allé en France étudier le système de syndicalisme médical. Il y a vu des syndicats divisés, sous-financés, qui négociaient avec différents interlocuteurs. Il est déterminé à ne pas commettre les mêmes erreurs.

« Je pense que le D^r Hamel était un visionnaire, estime le D^r Marc-André Asselin, qui va publier un livre sur l'histoire de la FMOQ. À ses yeux, il ne devait y avoir qu'un seul syndicat pour représenter les omnipraticiens ne négociant qu'avec le gouvernement. Il désirait, en outre, que tous les médecins soient membres de l'organisme et payent une cotisation. »

L'entente sur l'assistance médicale négociée par la Fédération et le gouvernement était importante : elle allait permettre d'offrir une couverture médicale complète aux assistés sociaux. Un premier pas vers un régime universel de santé. « Au lieu de le faire d'un coup, comme la Saskatchewan, le Québec a décidé de procéder en plusieurs étapes », explique le D^r Asselin. Pour les omnipraticiens, cet accord marque aussi un tournant. À cette époque où ils étaient payés directement par les patients, ils allaient avoir la garantie d'être rémunérés pour les soins donnés aux assistés sociaux.

La Fédération et le gouvernement se sont donc entendus sur une liste de tarifs et ont signé l'Entente. Ces pourparlers vont toutefois au-delà d'un accord pour les patients défavorisés. Les deux parties ont jeté les bases de leur processus de négociation.



D^r Gérard Hamel

La FMOQ a obtenu d'être le seul organisme représentant les médecins de famille de la province. Le gouvernement va également lui consentir, l'année suivante, la retenue à la source des cotisations syndicales : l'application de la fameuse formule Rand, apparue dans les années 40. Jusque-là, les médecins étaient libres de payer ou non une cotisation à la FMOQ. À partir de 1967, leurs

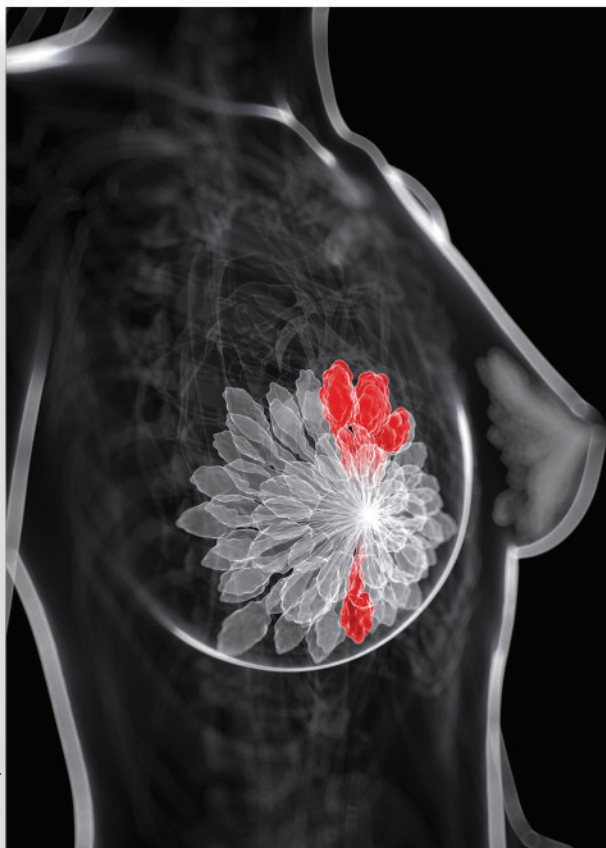
contributions seront déduites des sommes versées par le gouvernement. Les omnipraticiens n'ont pas protesté. « Chaque fois qu'ils voyaient le prélèvement de la cotisation, ils constataient aussi l'amélioration de leur rémunération », indique le D^r Asselin.



D^r Marc-André Asselin

Les coffres de la Fédération avaient été jusqu'alors plutôt vides. Les années de vaches maigres n'étaient cependant pas encore tout à fait finies. « Le problème était que les retenues à la source ne touchaient que les honoraires pour les soins aux assistés sociaux. Par conséquent, la FMOQ ne pouvait pas percevoir la cotisation complète. » Elle ne l'obtiendra qu'en 1970 avec l'arrivée de l'assurance maladie universelle.

L'année 1966 est aussi celle de l'expansion de la Fédération. En douze mois, six nouvelles associations ont été fondées et se sont jointes à elle : celles de la Côte-Nord, de la Gaspésie, de la Côte-Sud, de l'Estrie, du nord-ouest du Québec et du Bas-Saint-Laurent. À la fin de l'année, la Fédération représentait tout le Québec.



Dépistage du cancer du sein par mammographie

30 % de surdiagnostic ?

Emmanuèle Garnier

L'un des inconvénients du dépistage par mammographie est la détection de tous ces petits cancers qui ne progresseront jamais. Une nouvelle étude prétend qu'aux États-Unis, plus d'un million de femmes auraient ainsi eu un diagnostic inutile en trente ans. Le surdiagnostic est un problème auquel le Québec n'échappe pas non plus.

AU CENTRE HOSPITALIER de l'Université de Montréal, la **D^{re} Isabelle Trop**, radiologiste responsable de la section imagerie du sein, a eu un choc en lisant l'article du *New England Journal of Medicine* sur les effets de trente ans de dépistage par mammographie sur l'incidence du cancer du sein¹. Les données étaient cependant trop inquiétantes pour qu'elle y croie vraiment.

Selon l'étude, depuis trois décennies, plus d'un million de femmes aux États-Unis ont reçu un diagnostic inutile de cancer du sein. La lésion détectée au cours du dépistage n'aurait jamais provoqué de symptômes cliniques si elle n'avait pas été découverte. Un phénomène qu'on appelle le surdiagnostic. Seulement en 2008, 70 000 femmes de 40 ans et plus en auraient été

victimes. Cela représente 31 % de tous les cancers du sein diagnostiqués dans ce groupe.

« Nos analyses semblent indiquer que peu importe son avantage sur le taux de mortalité, le dépistage du cancer du sein entraîne un tort substantiel en raison du nombre de cancers additionnels détectés à un stade précoce qui n'est pas compensé par une diminution du taux de cancers repérés à un stade avancé », indique les auteurs, les **D^{rs} Archie Bleyer** et **Gilbert Welch**.

Les chercheurs ont utilisé les données de la banque *Surveillance, Epidemiology and End Results* pour analyser les tendances de 1976 à 2008 de l'incidence du cancer du sein, d'une part, à un stade précoce (carcinome intracanalair

in situ et maladie localisée) et, d'autre part, à un stade avancé (tumeurs avec atteinte régionale et atteinte éloignée du sein et de l'aisselle) chez les femmes de 40 ans et plus.

« J'ai regardé la réaction d'associations américaines comme l'American College of Radiology (ACR) et la Society of Breast Imaging (SBI). Leurs experts contestent les analyses des deux chercheurs (*encadré*) », dit la D^{re} Trop.



D^{re} Isabelle Trop

L'étude reflète cependant un phénomène réel. « On sait qu'il y a un surdiagnostic dans le dépistage du cancer du sein avec la mammographie, indique le D^r Guy Roy, médecin spécialiste en santé publique et conseiller en dépistage à la Direction de la santé publique. Beaucoup

d'articles ont été publiés à ce sujet, et on constate que l'estimation de l'importance du surdiagnostic varie entre 5 % et 50 %, selon les études².

En règle générale, quand on regarde les études les plus solides, soit les essais cliniques contrôlés, les estimations du taux de surdiagnostic sont de l'ordre de 10 % à 20 %³. Dans les études observationnelles, comme celles du D^r Welch, le taux a tendance à monter à 30 %, 40 % ou 50 % ».

Les études d'observation, par définition, parviennent difficilement à contrôler certains facteurs confondants. Celle du D^r Welch, que le D^r Roy juge quand même pertinente et intéressante, n'a pu par exemple contrôler l'influence de certains paramètres, comme le taux d'utilisation des hormones de remplacement après la ménopause ou l'évolution du taux d'obésité chez les femmes américaines, facteurs qui peuvent aussi influencer sur l'évolution de l'incidence du cancer du sein au cours des années.

Au Québec

Le Québec n'échappe pas non plus au problème de surdiagnostic. « On a été très préoccupé par cette question-là, reconnaît le D^r Roy. On a mis en place un comité d'experts en épidémiologie du dépistage du cancer du sein pour revoir toute la littérature sur cette question et nous donner une idée du taux de surdiagnostic au Québec. L'estimation qu'on retient est de l'ordre de 20 %⁴. Ainsi, environ une femme sur cinq dont le cancer du sein a été découvert grâce au dépistage pourrait être victime de surdiagnostic ».



D^r Guy Roy

Une étude de l'Agence d'évaluation

des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), faite en 2009, parvient au même taux. Elle indique cependant qu'il y aurait une marge d'erreur de 10 % au-dessus et au-dessous de cette estimation.

Qu'est-ce que cela signifie pour les femmes qui participent au programme de dépistage ? Au Québec, dans le groupe des 50 à 59 ans, le nombre de cas de surdiagnostic prévu serait de 5,1 pour 1000 femmes participant au dépistage pendant dix ans. Et il serait de 6,6 chez celles de 60 à 69 ans⁵.

« La participation de 1000 femmes de 50 à 69 ans au dépistage par mammographie permettrait d'éviter environ 7 décès par cancer du sein, mais pourrait générer environ 10 cas de surdiagnostic pendant la période de dépistage de 20 ans ».

— Comité expert en épidémiologie du dépistage du cancer du sein⁴.

Une autre approche pour certains cancers *in situ* ?

L'arrivée de la mammographie a permis la détection d'un plus grand nombre de cancers localisés, mais aussi de lésions intracanalaires *in situ* presque indétectables auparavant, mais

Encadré.

Le calcul du surdiagnostic

Avec l'arrivée de la mammographie aux États-Unis, le nombre de cas de cancer du sein précoce détecté chaque année est passé de 112 à 234 pour 100 000 femmes. Ce qui fait une augmentation de 122 cas pour 100 000 patientes.

Pendant ce temps, le taux de femmes chez qui on découvre un cancer du sein avancé a diminué de 8 cas pour 100 000 femmes. Ainsi, « on s'attend à ce que seulement 8 des 122 cancers additionnels diagnostiqués précocement progressent vers un stade avancé, si on émet l'hypothèse que le fardeau de la maladie reste constant ». Un total de 1,3 million de femmes américaines auraient donc été victimes de surdiagnostic au cours des trente dernières années.


Mais il y a un problème, selon le D^r Guy Roy : on ignore dans quelle mesure le taux de surdiagnostic de 31 % indiqué dans l'étude du D^r Welch est entaché de biais. « Pour bien apprécier l'importance du surdiagnostic, on doit observer l'incidence du cancer de sein chez des participantes et chez des non-participantes au dépistage tant pendant la période où le dépistage est offert, que pendant de nombreuses années après. Ce n'est qu'à ce moment que le surdiagnostic peut se révéler. C'est cette comparaison à long terme entre participantes et non-participantes au dépistage dans le cadre d'essais aléatoires qui permet la meilleure estimation possible du taux de surdiagnostic. Une telle comparaison est impossible dans une étude d'observation comme celle du D^r Welch. »

Par ailleurs, l'hypothèse de départ des auteurs, qui repose sur une augmentation annuelle de 0,5 % de l'incidence du cancer du sein, est contestée. « Si l'hypothèse est plutôt ajustée autour de 1 %, selon les données d'autres publications, il n'y a plus de surdiagnostic », indique pour sa part la D^{re} Isabelle Trop. Selon la radiologue, la vérité, comme toujours, est quelque part entre les deux points de vue.

dont certaines n'évolueront jamais. « Même si personne ne peut dire avec certitude quelles femmes ont un cancer qui est un cas de surdiagnostic, il y a une certitude concernant ce qui leur arrive : elles subissent une chirurgie, de la radiothérapie, prennent des anti-œstrogènes pendant cinq ans ou plus ou (habituellement) une combinaison de ces traitements pour des anomalies qui autrement n'auraient pas causé de maladie, déplorent les auteurs.

La solution viendra peut-être de la recherche. Des études vont éventuellement permettre de différencier les carcinomes *in situ* inoffensifs des autres. « Plutôt que de les opérer, on pourrait alors se permettre de les observer et donner un traitement pharmacologique à la patiente », indique la D^{re} Trop. Cette solution serait d'autant plus intéressante que le taux de surdiagnostic est de 50 % pour les cancers intracanaux *in situ*, alors qu'il n'est que de 10 % pour les cancers infiltrants, selon l'analyse de la Santé publique⁴.

Le D^r Welch, pour sa part, fait partie des chercheurs qui restent plutôt défavorables au dépistage par mammographie, indique le D^r Roy. « Cela étant dit, il y a aussi de l'exagération dans l'autre sens. Les médias et certains groupes ont parfois tendance à surestimer les bénéfices du dépistage et à en sous-estimer les inconvénients.

Il faut garder une approche équilibrée. Il y a des avantages au dépistage, notamment une diminution de la mortalité, et des désavantages, comme le surdiagnostic. Il faut donner cette information aux femmes. Nous avons, nous, la conviction qu'un programme de dépistage du cancer du sein comporte plus d'avantages que d'inconvénients pour la population à qui il est offert, mais il appartient à chaque femme de décider d'y participer ou non. Notre rôle est de donner la meilleure information possible pour qu'elles puissent faire leur choix. » 

Références

1. Bleyer A, Welch G. Effect of three decades of screening mammography on breast cancer incidence. *N Engl J Med* 2012 ; 367 (2) : 1998-2005.
2. Zackrisson S, Andersson I, Janzon L, et coll. Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: Follow-up study. *BMJ* 2006 ; 332 (7543) : 689-92.
3. Biesheuvel C, Barratt A, Howard K, et coll. Effects of study methods and biases on estimates of invasive breast cancer overdiagnosis with mammography screening: A systematic review. *Lancet Oncol* 2007 ; 8 (12) : 1129-38.
4. Comité expert en épidémiologie du dépistage du cancer du sein du Programme québécois du dépistage du cancer du sein. Simulation de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein dans des cohortes avec et sans dépistage par mammographie : Direction des communications du MSSS ; 2012. 28 p.
5. Deck W. *Mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans : mise à jour*. AETMIS 2009 ; 5 (8) : p. 25-6.

pratico-pratique

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

Une perle dans le nez

La D^{re} Marie-Josée Van Sterthem était perplexe. Comment allait-elle s'y prendre ? Le bambin devant elle s'était inséré une perle dans le nez. Les pinces n'auraient aucune prise sur ce petit objet rond. Et l'enfant était trop jeune pour qu'elle lui demande de souffler par les narines. Par expérience, la clinicienne savait qu'elle devait réussir du premier coup. Si elle tâtonnait, le petit patient allait s'énerver.

« Tout à coup, j'ai eu l'idée d'utiliser une curette flexible pour oreilles. Je l'ai pliée pour lui donner un angle et je l'ai glissée entre la muqueuse du nez et la perle. En cinq secondes cette dernière était enlevée », explique la clinicienne qui pratique au Médicentre Pincourt, à l'île Perrot. **EG**

Truc d'antan pour détecter un foie volumineux

Autrefois, même si l'échographie n'existait pas, les médecins parvenaient à détecter la présence d'un foie volumineux ou d'une rate trop grosse. Ils avaient un truc. La D^{re} Marjolaine Caron, une omnipraticienne de Québec, l'a découvert grâce à son propre médecin, qui était alors en fin de carrière. Lui-même l'avait appris à l'époque d'un vieux médecin de famille.

« Cela marche encore mieux que la palpation », indique la D^{re} Caron. On place le stéthoscope sur la rate ou le foie, puis en partant du bas de l'abdomen du côté controlatéral, on fait marcher ses doigts, comme les pattes d'une araignée et on remonte vers l'organe à examiner. « Lorsqu'on passe des organes creux à des viscères pleins, comme la rate et le foie, le bruit devient différent. » Ainsi, grâce au changement de tonalité, on peut délimiter la bordure de l'organe.

« Je répète l'exercice trois ou quatre fois pour bien déterminer la dimension de la rate ou du foie. C'est très précis. Ensuite, je fais la palpation habituelle de l'abdomen. » La D^{re} Caron utilise cette méthode chez la plupart de ses patients, mais surtout chez les enfants, les personnes obèses et les patients des soins palliatifs, qui sont tous plus difficiles à palper. **EG**

Un coup de tampon pour recevoir la liste des médicaments

Le D^r Jean-Pierre Canuel, de Saint-Jean-Chrysostome, est un clinicien très organisé. Pour mieux gérer les médicaments de ses patients, il s'est fait faire un tampon à l'intention du pharmacien : « SVP faxer profil pharmacologique à jour ». Chaque coup d'étau sur une ordonnance lui procure au moins cinq avantages.

1) Quand le D^r Canuel reçoit la liste de médicaments par télécopieur, il peut immédiatement vérifier la fidélité du patient à son traitement. « Si j'ai prescrit un médicament il y a six mois et qu'il reste quatre renouvellements, alors qu'il ne devrait plus y en avoir, je vais en discuter avec le patient à la prochaine consultation. » 2) Le clinicien voit aussi si d'autres médecins ont ajouté des médicaments, comme des somnifères prescrits à l'urgence.

3) À partir de la liste, le D^r Canuel fait également une révision de la pharmacothérapie du patient. Il raye les médicaments qu'il va cesser, choisit ceux qu'il va renouveler. 4) « Si je veux en prescrire de nouveaux, je les ajoute à la liste. Ensuite, je signe mon nom en bas de la feuille et elle devient ma prescription. » Une ordonnance qui a l'avantage d'être parfaitement lisible. Pour boucler la boucle, l'omnipraticien y applique son tampon pour avoir un nouveau profil médicamenteux. 5) Et quand il reçoit la télécopie, il l'insère dans le dossier du patient. Il a toujours ainsi une liste de médicaments à jour. **EG**

Le sommeil et vous ***Mieux dormir, mieux vivre***

De la D^{re} Diane B. Boivin



Dormir n'est pas toujours une activité de tout repos ! De nombreuses personnes le savent bien. Alors que le sommeil est essentiel à la santé mentale et physique, il semble que l'on dorme de moins en moins et de plus en plus mal.

En neuf chapitres, l'auteure, la **D^{re} Diane B. Boivin**, professeure de médecine et de psychiatrie à l'Université McGill, explique les mécanismes neurologiques du sommeil afin de les comprendre et de retrouver la capacité de dormir si on l'a perdue. Elle fait le point sur l'insomnie, les rythmes circadiens et l'horloge biologique. La spécialiste insiste sur les liens entre l'insomnie, le stress et l'obésité. À son avis, le proverbe « qui dort dîne » est vrai, et le manque de sommeil nous porte à manger pendant la nuit.

La D^{re} Boivin traite également des troubles du sommeil chez ceux qui souffrent d'anxiété, de dépression, de décalage horaire, etc. Des problèmes dont la narcolepsie, la parasomnie, le somnambulisme, l'épilepsie sont aussi démythifiés.

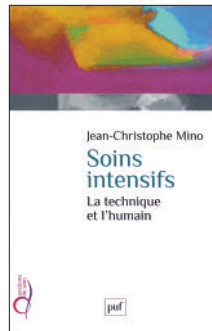
Cet ouvrage s'intéresse au sommeil à tous les âges, de celui du nourrisson à celui de la personne âgée. Il explique même la différence entre le sommeil de l'homme et celui de la femme. Il y est également question des travailleurs soumis à des horaires rotatifs, comme les travailleurs de nuit, mais aussi des adolescents et des nouvelles mamans.

Abondamment illustré de photos en couleur, ce livre qui explique les nouvelles découvertes dans le domaine du sommeil, n'a rien de soporifique.

Éditions du Trécaré, Montréal, 2012,
192 pages. 34,95 \$

Soins intensifs **La technique et l'humain**

De Jean Christophe Mino



La réanimation médicale et les soins intensifs font peur à plusieurs. Synonyme de situation grave, ils sont associés à l'antichambre de la mort. Le petit livre du **D^r Jean Christophe Mino**, qui porte sur ce sujet, nous ramène à un grand problème de bioéthique. Doit-on être pour ou contre le maintien artificiel de la vie, l'acharnement thérapeutique et l'arrêt de traitement ? Mais peut-on être contre la vie du patient ou

son bien-être ?

Une certaine ambivalence existe depuis que des cas médiatisés ont permis de jeter un regard critique sur les services de réanimation et de soins intensifs dans les grands hôpitaux. Car, bien qu'elles sauvent des vies, ces unités comportent un danger de déshumanisation des soins.

L'auteur encourage les médecins à douter, non pas de leur expérience ni de leurs connaissances, mais de la pertinence des techniques à utiliser ainsi que des limites à respecter envers le malade et sa famille. À son avis, la spécificité de chaque cas nécessite une réflexion collective de l'équipe soignante. Ainsi, le D^r Mino insiste sur l'importance du travail en commun et de l'organisation de périodes de réflexion collective autour du malade et de ses proches. Au cours de ces discussions, il sera question du traitement, de son arrêt, mais également de la sortie du malade des soins intensifs, de son transfert dans une autre unité d'hospitalisation et de sa réinsertion sociale et familiale.

Médecin et chercheur, le D^r Mino étudie les enjeux éthiques et organisationnels des pratiques de soins. Son ouvrage invite le lecteur à un questionnement sur les liens entre techniques et relations humaines dans les pratiques soignantes.

Presses universitaires de France, Paris, 2012,
64 pages, 11,95 \$