



Avoir un médecin de famille un facteur qui accroît la longévité

Emmanuèle Garnier

AVOIR UN MÉDECIN de famille est bénéfique pour la santé. C'est salubre au point où l'espérance de vie en est accrue. Et la période de l'existence sans maladie s'allonge. C'est ce que viennent de montrer des économistes québécois, les **P^{rs} Luc Godbout** et **Marc Van Audenrode**, de l'Université de Sherbrooke, et leurs collaborateurs¹.

Comment expliquer ce fait ? Les données des chercheurs révèlent que les patients suivis par un omnipraticien sont atteints plus tardivement de certaines maladies chroniques. Ils ont un meilleur accès aux mesures préventives, aux tests de dépistage et aux spécialistes. Ils ont également une meilleure hygiène de vie en ce qui concerne la consommation d'alcool et de tabac.

Les économistes ont utilisé les résultats de *L'Enquête nationale sur la santé de la population* de Statistique Canada de 1994 à 2008. Pour établir si l'accès à un médecin de famille a un effet sur diverses mesures liées à la santé, ils ont ciblé les 17 300 répondants en bonne santé et âgés de plus de 30 ans en 1994 qui ont été suivis pendant les quatorze ans de l'enquête.

Les chercheurs ont alors découvert, chez les patients ayant un médecin de famille, une diminution de 11 % du risque de décès au cours de la période que couvre l'étude ($P < 0,01$). « Vous prenez deux personnes en bonne santé en 1994 qui vivent ici, dans un pays développé où il y a un accès universel aux soins de santé.

Et à l'un des deux vous dites : vous, comme vous n'avez pas de médecin de famille, vous avez beau être en bonne santé, vous avez 11 % plus de risque de mourir dans les quinze prochaines années que votre compagnon », explique le P^r Van Audenrode, également directeur du Groupe d'analyse. La situation n'est cependant pas dramatique. « Les probabilités de mourir des deux personnes sont faibles », précise le P^r Godbout, aussi chercheur à la Chaire de recherche en fiscalité et en finances publiques de l'Université de Sherbrooke.

Ce n'est cependant pas la première fois que le suivi en première ligne est associé à une baisse du taux de mortalité. Récemment, des chercheurs californiens ont constaté une diminution de 21 % du risque de décès chez les patients de cliniques médicales de première ligne offrant des soins globaux centrés sur le patient et un horaire prolongé (encadré)².

Des patients en meilleure santé

Quel est cet étrange lien entre mortalité et suivi en médecine familiale ? Les patients pris en charge par un omnipraticien deviennent malades plus tard que les autres, ont constaté les P^{rs} Godbout et Van Audenrode et leurs collègues.

Les chercheurs se sont penchés sur trois maladies chroniques fréquentes : l'hypertension, le cancer et l'emphysème ou la bronchite chronique. Ces maladies semblent apparaître moins tôt chez les patients qui ont un médecin

Il y a eu une diminution de 11 % du risque de décès en quatorze ans chez les personnes qui avaient un médecin de famille par rapport à celles qui n'en avaient pas (P < 0,01).

1. Fortin P, Godbout L, Merrigan P et coll. Avec l'accès à un médecin de famille : une hausse significative de l'espérance de vie en bonne santé. Dans : Godbout L, Joanis M, de Marcellis-Warín N, rédacteurs. *Le Québec économique 2011. Un bilan de santé du Québec*. Québec : Presses de l'Université Laval ; 2012, p. 165.

2. Jerant A, Fenton JJ, Franks P. Primary care attributes and mortality: a national person-level study. *Ann Fam Med* 2012 ; 10 (1) : 34-41.



Le P^r Luc Godbout et le P^r Marc Van Audenrode, coauteurs de l'étude intitulée :
 « Avec l'accès à un médecin de famille : une hausse significative de l'espérance de vie en bonne santé ».

de famille que chez ceux qui n'en ont pas. Le diagnostic d'hypertension, par exemple, tombe en moyenne dix-sept mois plus tard ($P < 0,01$). Pour l'emphysème et la bronchite chronique, l'écart atteint cinq ans ($P < 0,01$). Le cas du cancer est tout aussi impressionnant. Le diagnostic survient quatre ans et demi plus tard chez ceux qui ont un médecin de famille ($P < 0,03$).

Selon les économistes, ces résultats pris collectivement « permettent de conclure que l'accès à un médecin de famille augmente de manière significative l'espérance de vie en bonne santé des patients qui finissent par souffrir de certaines maladies chroniques comme l'hypertension, le cancer et l'emphysème ou la bronchite chronique. »

Mais que fait de plus un médecin de famille pour ses patients ? Il a un rôle important dans le domaine de la prévention,

du dépistage et de l'accès aux autres professionnels de la santé. Parmi la clientèle des omnipraticiens, il y avait une hausse absolue de 9 % du nombre

de personnes qui avaient eu un vaccin antigrippal au cours des deux années précédant l'enquête ($P \leq 0,01$) et une augmentation absolue de 11 % du nombre de celles dont on avait mesuré la pression par rapport aux gens sans médecin de famille ($P \leq 0,01$). Les femmes suivies en première ligne, elles, étaient de manière absolue 9 % plus nombreuses à avoir passé une mammographie ($P \leq 0,01$) et 4 % le test de Papanicolaou ($P \leq 0,01$). Et, en général, les patients de médecins de famille avaient plus de chance d'avoir eu accès à un spécialiste par sept points

« Au lieu de se demander comment faire pour soigner les gens qui sont malades à un coût moins élevé, il faut plutôt s'interroger sur les solutions pour faire en sorte que les gens soient moins malades. »

– P^r Marc Van Audenrode

de pourcentage ($P \leq 0,01$).

Les patients traités par un médecin de famille

ont, par ailleurs, une meilleure hygiène de vie. Ils sont un peu moins nombreux à fumer régulièrement et prennent en moyenne trois quarts de verre d'alcool de moins par semaine. Toutefois, l'influence du médecin de famille sur le nombre de portions de fruits et de légumes pris par jour, l'activité physique et l'indice de masse corporelle n'est pas significative.

Miser sur la première ligne

« Nos données et d'autres montrent que la bonne chose à faire pour un gouvernement est de miser sur la première ligne », explique le P^f Godbout. Le Québec dépense plus dans le domaine de la santé que certains pays, comme la France et la Belgique, mais son système est moins performant. L'accès à la première ligne serait l'un des facteurs qui joueraient.

Même par rapport au reste du Canada, le Québec a des progrès à faire. Dans les autres provinces, 91 % des gens avaient un médecin de famille en 2008, contrairement à 79 % au Québec. En fait, 43 % de tous les Canadiens qui ne sont pas suivis par un médecin de famille résident dans notre province. Les répercussions du manque de suivi en première ligne y sont donc particulièrement importantes.

Un coup de barre serait nécessaire. D'autant plus que les dépenses en santé et en services sociaux au Québec vont atteindre presque 33 milliards en 2013. Leur hausse sera ainsi de plus de 70 % en dix ans. « Sans une réduction majeure et durable du budget de la santé, le Québec aura bien du mal à traverser la crise actuelle, et encore davantage à relever le défi du vieillissement de sa population », préviennent les auteurs de l'étude.

Il faut donc changer de perspective. « Au lieu de se demander comment faire pour soigner les gens qui sont malades à un coût moins élevé, il faut plutôt s'interroger sur les solutions pour faire en sorte que les gens soient moins malades », croit le P^f Van Audenrode. ☺

Encadré.

Longévité des patients

Caractéristiques des centres médicaux et mortalité

Des chercheurs américains ont associé le fait d'avoir accès à une clinique offrant des soins globaux centrés sur le patient et un horaire prolongé à une réduction de 21 % du risque de décès pendant une période de six ans ($P = 0,03$)².

Le D^r Anthony Jerant et ses collaborateurs du Département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Californie ont eu recours aux données du Répertoire national de décès. Ils les ont liées aux réponses de plus de 52 000 adultes américains qui ont rempli les questionnaires du Medical Expenditure Panel Survey de 2000 à 2005. On demandait entre autres aux répondants si leur centre médical – s'ils en fréquentaient un – avait les caractéristiques suivantes :

- 1) La capacité d'offrir des soins globaux. Le centre traitait-il les nouveaux problèmes de santé, donnait-il des soins préventifs et orientait-il les patients vers d'autres professionnels de la santé ?
- 2) La qualité d'être centré sur le patient. Écoutait-on et demandait-on l'avis du patient quand il y avait un choix à faire entre deux traitements ?
- 3) Un horaire élargi. Le centre était-il ouvert la fin de semaine et la nuit ?

Plus un centre médical possédait de ces caractéristiques, plus son score était élevé. Les chercheurs se sont aperçus que ce score était inversement associé au taux de décès. Il y avait même une relation linéaire entre les deux.

L'étude ne permet cependant pas d'établir les mécanismes potentiels par lesquels l'accès à une clinique aux heures d'ouverture étendues et offrant des soins globaux centrés sur le patient peut réduire le taux de décès. Néanmoins, le D^r Jerant et ses collaborateurs avancent que les caractéristiques étudiées peuvent réduire le risque de mortalité iatrogénique. « Le manque d'heures d'ouverture étendues dans les centres des soins de première ligne est associé à une augmentation du recours aux urgences ainsi qu'à une hausse du risque de tests et de traitements trop poussés. »

La possibilité d'obtenir des soins complets est également capitale. « Le fait de ne pas offrir des soins de santé globaux est associé à plus d'hospitalisations et de consultations auprès des spécialistes, ce qui augmente aussi la probabilité de soins trop vigoureux. »

Les discussions cliniques centrées sur les besoins du patient ont, elles aussi, leur importance. Elles seraient liées à une baisse du nombre de tests diagnostiques et de consultations en médecine spécialisée. « Probablement parce qu'on répond plus efficacement aux préoccupations du patient au sujet de sa santé », pensent les chercheurs.

De manière globale, l'équipe du D^r Jerant estime qu'un centre médical doté des caractéristiques qu'ils ont étudiées permet aux gens d'avoir tout au long de leur vie des soins préventifs et des traitements pour des problèmes aigus ou chroniques au moment où ils en ont besoin.

Entrevue avec la D^{re} Lucile Martin

Changements dans les effectifs médicaux et modification de la pratique



Photo : Emmanuèle Garnier

D^{re} Lucile Martin

La D^{re} Lucile Martin, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de la Côte-du-Sud, estime que les changements en médecine comme la féminisation et l'accès aux nouvelles technologies nécessitent une amélioration de l'organisation des soins. À ses yeux, cependant, la venue d'infirmières praticiennes spécialisées ne serait pas la solution attendue.

M.Q. – Les nouveaux médecins de votre région sont presque tous de jeunes femmes. Est-ce que la féminisation de la médecine pose des problèmes particuliers dans votre région ?

L.M. – Les problèmes ne sont pas toujours liés à la féminisation. Il y a souvent une différence de génération et de point de vue. En ce qui concerne les femmes, il est évident qu'il y a des adaptations à faire lors d'une grossesse. Chaque fois qu'une omnipraticienne s'absente pour un congé de maternité ou d'adoption, les médecins qui pratiquent avec elle à l'hôpital sont touchés. Les collègues, masculins et féminins, doivent faire plus de gardes à l'hôpital et sont moins présents en clinique médicale. Et si la jeune femme exerce aussi dans une clinique, les autres médecins doivent se diviser la charge de travail pendant le congé de maternité. Cependant, la plupart des femmes ne veulent pas avoir six enfants : le problème est donc vraiment ponctuel.

M.Q. – Doit-on prévoir des mesures particulières à long terme ?

L.M. – Il faudra avoir une main-d'œuvre plus abondante dans l'avenir pour couvrir tous les congés de maternité. Tout comme il faut des médecins pour remplacer les cliniciens qui ont besoin de congés de maladie. Par ailleurs, beaucoup de médecins de notre région aimeraient prendre leur retraite, mais disent ne pas pouvoir le faire parce que la relève est insuffisante. Je pense qu'on a besoin de beaucoup de nouveaux médecins.

M.Q. – Les cohortes de nouveaux médecins sont plus grandes, mais ce n'est pas suffisant ? Les médecins devront-ils pratiquer d'une manière différente ?

L.M. – Nous devons travailler, dans les prochaines années, à l'organisation de la pratique. Les modèles que l'on nous propose ne sont pas toujours adaptés. A-t-on demandé aux médecins de famille de quels

intervenants ils auraient besoin pour voir plus de patients, avec un maximum d'efficacité et de satisfaction pour les patients et les distributeurs de soins ? A-t-on demandé aux médecins de famille comment rendre leur pratique plus attrayante et plus efficiente ? Et lorsque les médecins de famille en parlent, les écoute-t-on ? Quels devraient être les meilleurs moyens d'intégrer de nouveaux professionnels dans le cadre d'une clinique médicale et quels intervenants seraient les plus adaptés d'après leurs connaissances et leur formation pour aider le médecin de famille ?

M.Q. – Quelle est l'importance de l'apport des IPS dans cette réorganisation ?

L.M. – Dans un premier temps, il serait intéressant de connaître les besoins des médecins de famille. Ensuite, selon les besoins, l'intégration d'autres professionnels pour venir en aide aux médecins serait facilitée. Concernant la venue des IPS, peuvent-elles améliorer la santé de la population ? Peuvent-elles contribuer à l'organisation de la pratique ? Répondent-elles aux demandes exprimées par les omnipraticiens ? Autant de questions qui suscitent des débats.

M.Q. – Est-ce que d'autres changements devraient être apportés dans la pratique ?

L.M. – En plus de l'intégration harmonieuse d'autres professionnels de la santé dans les cliniques médicales, le recours aux ordinateurs semble être une voie incontournable. L'informatisation est déjà offerte aux groupes de médecine de famille (GMF) et devrait aussi l'être aux médecins qui ne font pas partie de ces groupes. L'apprentissage des outils informatiques demande du temps, mais devrait faciliter un partage d'informations et augmenter notre efficacité. En ce qui concerne le travail en milieu hospitalier et en centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD), que ce soit à l'urgence, aux soins intensifs ou dans les unités de soins, il m'apparaît important de questionner les médecins sur les améliorations à apporter pour faciliter leur travail et améliorer encore la qualité des soins donnés aux patients : informatisation, ajout de personnel compétent, accès plus facile à la médecine spécialisée, etc.

M.Q. – Passons maintenant au nouvel accord-cadre signé entre la FMOQ et le gouvernement. Quelles sont les mesures les plus intéressantes, à votre avis ?

L.M. – Une des mesures intéressantes est le forfait pour les frais en cabinet, qui a commencé le 1^{er} novembre 2011. Cette bonification indique que le Ministère reconnaît que les médecins des cliniques mé-

dicales ont des dépenses. Éventuellement, la somme accordée devra être bonifiée pour refléter les coûts réels. Cette mesure encouragera nos jeunes collègues qui pratiquent beaucoup en deuxième ligne à s'intéresser à la pratique en clinique. Par ce changement, davantage de patients seront vus en clinique médicale.

M.Q. – Et qu'en est-il de la bonification liée à la prise en charge de patients orphelins venant des guichets d'accès des centres de santé et de services sociaux ?

L.M. – Le guichet d'accès encourage les médecins à prendre des clientèles vulnérables et non vulnérables, car ils bénéficient d'un forfait dans les deux cas. Le processus pour s'autoadresser de nouveaux patients, même s'il a été un peu ardu à installer, va donc favoriser la prise en charge des patients orphelins. C'est évident qu'on n'augmente pas le nombre de médecins. Néanmoins, cette mesure est particulièrement encourageante pour les médecins de famille qui commencent leur pratique et pour ceux qui acceptent d'accroître leur clientèle.

M.Q. – Y a-t-il des aspects de l'Entente qui sont particulièrement importants pour les médecins de votre région ?

L.M. – Dans notre région, le problème le plus important vient du fait que la rémunération dans les CHSLD n'est pas adaptée à la réalité. On appelle parfois pour demander : « Est-ce que la nouvelle nomenclature va bientôt arriver ? ». Les médecins qui œuvrent dans ce domaine espèrent obtenir une bonification adaptée, parce que la clientèle des CHSLD a beaucoup changé au cours des années. Il y a vingt ans, les patients arrivaient dans ces centres en conduisant leur auto. Aujourd'hui, ils y restent de six mois à un an. Les cas sont tellement lourds maintenant ! Les médecins sont vraiment sollicités, ils ont beaucoup d'appels, ils doivent passer davantage de temps auprès de cette clientèle. La nomenclature des actes posés en CHSLD doit donc être révisée.

M.Q. – Est-ce que la modulation pour les inscriptions satisfait les omnipraticiens ?

L.M. – On trouve deux opinions à ce sujet. Il y a celle des médecins dont la pratique comprend essentiellement les soins en clinique médicale et qui obtiennent une valeur ajoutée à tout ce qu'ils font déjà. Il y a aussi celle des jeunes médecins qui voient peu de patients en cabinet, parce qu'ils travaillent beaucoup en deuxième ligne. Ils trouvent difficile d'atteindre le quota pour avoir droit à la majoration. Il y en a beaucoup qui ont de 300 à 400 patients. Ils estiment que la modulation des inscriptions est une mesure qui avantage surtout leurs aînés.

La nouvelle entente générale prévoit cependant qu'il y aura des seuils moins élevés pour les médecins qui commencent leur pratique.

M.Q. – Et qu'en est-il de la prime à la polyvalence, qui demande d'avoir 700 patients ?

L.M. – Il faudrait vérifier combien de médecins atteignent ce seuil parmi ceux qui pratiquent à l'urgence, dans les unités de soins ou en obstétrique.

M.Q. – La liste des clientèles vulnérables a aussi été allongée.

L.M. – C'est une mesure touchant des clientèles qui demandent plus d'expertise comme les patients atteints d'un trouble de l'attention avec hyperactivité et les personnes aux prises avec une déficience visuelle ou auditive qui nécessitent l'aide d'une autre personne. Une des modalités que les médecins apprécient, par ailleurs, c'est le double forfait pour les personnes atteintes d'une maladie mentale ou d'une déficience intellectuelle et d'un autre problème de santé.

M.Q. – Cela rend la consultation plus lourde.

L.M. – Oui, parce que le patient atteint d'une déficience intellectuelle est souvent accompagné. Pendant et après la consultation, l'accompagnateur nous fait part des problèmes et des besoins du patient dans différents domaines et nous demande notre avis.

M.Q. – Que pensez-vous de la bonification pour les jours travaillés ?

L.M. – Cette bonification sera profitable pour les médecins qui travaillent beaucoup, notamment ceux qui font beaucoup de gardes. Néanmoins, pour travailler 200 jours et plus, il faut faire au moins quarante semaines de travail par année. Je pense que les journées de formation devraient être incluses dans les jours travaillés. Lorsqu'un médecin est en formation, il n'est pas au cabinet et est un peu pénalisé, car il a des frais d'inscription, souvent des frais de logement, il doit continuer à assumer les frais de la clinique médicale et n'a pas de revenu, sauf pour les sept jours admissibles à l'allocation du fonds de formation.

M.Q. – Le nouvel accord-cadre permet aussi de valoriser la médecine familiale.

L.M. – Oui. Des mesures comme la prise en charge de patients orphelins inscrits au guichet d'accès d'un CSSS font reconnaître l'importance d'avoir un médecin de famille. Les gens sont tellement contents quand ils ont enfin un médecin de famille. **EG**

Premier tour du jumelage des résidents de bonnes nouvelles

Le vent semble tourner tout à coup. Cette année, pour la première fois peut-être, les résultats du Service canadien de jumelage des résidents (CaRMS) semblent favorables à la médecine familiale. Après le premier tour, qui a eu lieu le 6 mars dernier, il restait 93 places vacantes : 43 en omnipratique et 50 dans les spécialités. Ce ne sont toutefois que des données partielles. Les résultats définitifs seront connus après le deuxième tour, le 18 avril.

« Il s'agit d'une excellente nouvelle pour la médecine familiale, estime M^{me} Isabelle Savard, directrice de la main-d'œuvre médicale au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Quatre-vingt-dix pour cent des postes offerts en médecine familiale ont été pourvus dès le premier tour. Au cours des années précédentes, le taux variait entre 75 % et 82 %. C'est donc une nette progression, mais qui ne se fait pas aux dépens de la médecine spécialisée où 90 % des postes ont été remplis. »

Toutes les facultés de médecine du Québec ont réussi à attirer de nombreux étudiants en

médecine familiale (*tableau*). Ainsi, après le premier tour, l'Université McGill n'a plus un poste vacant sur les 84 qu'elle offrait en omnipratique. À l'Université de Montréal, il ne reste que 10 places sur les 130 qui étaient disponibles. L'Université Laval, elle, a 10 postes de moins à pourvoir en médecine familiale qu'en médecine spécialisée (13 contre 23). L'Université de Sherbrooke, pour sa part, a rempli 78 % de ses postes en médecine familiale contre 81 % des places en médecine spécialisée.

« Tous les programmes ont fait des efforts importants. Il y a eu plusieurs mesures. Tout le monde a travaillé dans le même sens et cela a donné des résultats », indique M^{me} Savard.

Diplômés hors Canada

Le premier tour du jumelage recèle également d'autres bonnes nouvelles. Ainsi, le solde migratoire des résidents est positif pour le Québec : huit étudiants de plus des autres provinces ont choisi de faire leur résidence au Québec que l'inverse. « C'est une première », indique M^{me} Savard.

En ce qui concerne les médecins diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis, les données sont également réjouissantes. Cette année, ils sont 44 à entrer en résidence : 27 en médecine familiale et 17 en spécialité. Par comparaison, en 2011, il n'y avait que 36 candidats après le premier tour

Le nombre de postes en médecine familiale progresse-t-il ? Cette année, sur les 890 postes offerts aux résidents, 409 étaient destinés à la médecine familiale, soit 46 %. Cela représente 12 places de plus que l'an dernier. L'année prochaine, le nombre de postes devrait augmenter encore. Le MSSS le proposera à la table de concertation qui conseille le ministre de la Santé. M^{me} Savard est optimiste en ce qui concerne la hausse du nombre de médecins de famille. « On est sur la bonne voie. On fait des progrès actuellement, parce qu'on a des ajouts nets beaucoup plus importants qu'avant. » EG

Tableau.

Résultats du premier tour du Service canadien de jumelage des résidents en 2012

Université	Médecine familiale			Médecine spécialisée		
	Postes offerts	Postes vacants	% de postes remplis	Postes offerts	Postes vacants	% de postes remplis
Laval	105	13	88	122	23	81
Sherbrooke	90	20	78	99	19	81
Montréal	130	10	92	150	7	95
McGill	84	0	100	110	1	99
Total	409	43	90	481	50	90

La D^{re} Johanne Blais

la passion de la médecine familiale

Francine Fiore

Omnipraticienne et professeure à la Faculté de médecine de l'Université Laval, la D^{re} Johanne Blais a été l'un des dix Médecins de famille canadiens de 2011. Chaque année, le Collège des médecins de famille du Canada décerne cet honneur à un omnipraticien par province.

Passionnée par la médecine familiale, la recherche, la communication et l'enseignement, la D^{re} Blais estime que la médecine familiale devient de plus en plus exigeante à cause de l'étendue de son champ de pratique. « Il est impossible que les nouveaux médecins de famille réussissent à tout faire comme ceux d'il y a vingt ans », explique la clinicienne. Elle voit ses résidents passer de l'urgence, au cabinet médical, travailler à l'unité de médecine

Pour être un bon médecin de famille, il faut non seulement être compétent, mais aussi capable d'établir une bonne relation avec le patient.

familiale, dans un groupe de médecine de famille, en CLSC, en centre jeunesse et dans un service de consultation sans rendez-vous. Certains donnent des soins palliatifs, pratiquent dans les unités de soins à l'hôpital, dans un centre de soins de longue durée, à la santé publique ou suivent des patients à domicile.

Le médecin de famille de demain devra faire des choix. « Je crois que c'est déjà commencé, dit la D^{re} Blais. Par exemple, les activités médicales particulières (AMP) ont créé des points d'intérêts qui n'auraient peut-être pas

existé autrement pour les jeunes médecins qui développent ainsi une expertise dans un domaine bien précis. Toutefois, les AMP ont également provoqué un vide dans d'autres secteurs, soit ceux qui ne sont pas couverts par ces activités. »

La force de la médecine familiale

La diversité de la médecine familiale constitue l'une de ses forces. « Le médecin de famille prend en charge le patient à tous les âges, ce qui est un grand avantage pour la famille. Moi, je vois les enfants, les adolescents, les parents et les grands-parents. » Mais ce type de pratique est restreint par certaines limites, dont le temps. « Lorsque l'on voit un patient en clinique privée, on a seulement le temps de l'installer et la période est terminée. Cette situation convient de moins en moins à la lourdeur de la pratique. »

Par ailleurs, la médecine familiale affiche une ouverture pour la collaboration interdisciplinaire, soutient la D^{re} Blais, qui mise sur la pratique de groupe. L'avenir appartient donc aux GMF, aux UMF et à la collaboration interdisciplinaire autour du patient. « Pour être un médecin de famille compétent, il faut être humble et capable de dire "je ne sais pas telle chose, car je ne l'ai pas faite souvent" et de demander conseil à ses collègues, dit-elle. Il y aurait, par ailleurs, un avantage certain pour le patient



D^{re} Johanne Blais

à ce qu'il y ait une équipe interdisciplinaire comprenant des médecins spécialistes dans les GMF et les UMF. »

Un bon médecin de famille

Pour être un bon médecin de famille, il faut non seulement être compétent, mais aussi capable d'établir une bonne relation avec le patient. « On doit être à l'écoute de cette personne, non seulement pour ce qui est des symptômes physiques, mais également en ce qui concerne l'aspect psychosocial qui joue un rôle sur la santé », dit l'omnipraticienne.

Il faut ainsi prendre en considération la religion et les croyances. « On a beaucoup occulté l'aspect religieux, dit-elle. C'est important. Il faut se renseigner afin de savoir si nos patients ont une croyance particulière. Cela peut compter, par exemple, dans les soins palliatifs. Montréal est de plus en plus multiculturel, et il va falloir s'adapter à ses diverses populations et à leurs besoins. »

Il faut aussi savoir bien communiquer avec le patient. De nos jours, il est de mieux en mieux informé et pose de plus en plus de questions. Ainsi, le bon médecin de famille doit fournir au patient les renseignements dont il a besoin afin que lui et sa famille prennent une décision éclairée. « Il ne faut pas que le médecin décide pour le patient, estime la D^{re} Blais. Ce dernier doit prendre la décision qui lui convient. Le médecin de famille doit être un bon guide dans les dédales du problème de santé et faire part au patient des avantages et des inconvénients du traitement envisagé. Ils doivent prendre la décision ensemble. »

Le plaisir de pratiquer

La médecine familiale a actuellement besoin de modèles. « Il faut montrer des omnipraticiens qui ont du plaisir à faire de la médecine familiale

et qui ne sont pas fatigués et lassés de leur pratique. » La D^{re} Blais est d'ailleurs elle-même un exemple pour les jeunes médecins. Les résidents qui passent la journée avec elle comprennent ce qu'est la médecine familiale en la voyant à l'œuvre. « On a un peu perdu cette notion de plaisir. Si on a du plaisir, on est passionné et si on est passionné, on est capable de se valoriser, de se sentir compétent dans ce que l'on fait et de bien prendre soin des patients. »

Les omnipraticiens ne doivent toutefois pas oublier de s'occuper d'eux-mêmes. « L'épuisement professionnel chez les médecins est une réalité », précise la praticienne. Le médecin a d'ailleurs besoin de soutien. Il doit pouvoir compter sur une solide organisation de soins pour ne pas être submergé. « Cela va de l'informatique à l'ajout de personnel de secrétariat efficace et d'infirmières, dont des infirmières praticiennes. On pourrait d'ailleurs recourir davantage aux ordonnances collectives. Si on en avait pour plusieurs maladies chroniques, dont le diabète et l'hypertension, on aurait plus de temps pour voir plus de patients. »

Afin de maintenir la satisfaction du médecin de famille par rapport à sa pratique, la D^{re} Blais précise

qu'il faut tenir compte de plusieurs facteurs, dont la rémunération, l'organisation des soins et la prise en charge. En fait, il faudrait revoir tous les aspects de la pratique.

À la fois heureuse et surprise d'avoir été nommée Médecin de famille de l'année, la praticienne répond parfaitement aux critères de sélection de cette reconnaissance par les pairs, soit l'engagement dans les soins aux patients, la contribution à la santé et à la collectivité ainsi que l'engagement dans l'enseignement et dans la recherche. « Si jamais ce prix me permet de convaincre des jeunes à s'engager en médecine familiale et en prévention, j'en serai très heureuse. »

« On a un peu perdu cette notion de plaisir. Si on a du plaisir, on est passionné et si on est passionné, on est capable de se valoriser, de se sentir compétent dans ce que l'on fait et de bien prendre soin des patients. »

– D^{re} Johanne Blais

Bienfaits de l'empathie des patients avec une meilleure glycémie et une meilleure cholestérolémie

Emmanuèle Garmier



Allant au-delà de la simple sympathie, l'empathie permet d'obtenir de meilleurs résultats cliniques chez les patients. Elle est maintenant considérée comme une composante de la compétence du médecin.

L'EMPATHIE EST UN OUTIL puissant aux effets sous-estimés. Saviez-vous que si vous êtes empathique, vos patients diabétiques ont plus de chance d'avoir une glycémie optimale que si vous êtes froid et indifférent ? Que leur taux de cholestérol LDL a une plus grande probabilité d'être au-dessous de 2,6 mmol/l ?

Le P^r **Mohammadreza Hojat** et ses collaborateurs du Jefferson Medical College, à Philadelphie, ont montré ces faits dans une étude publiée dans *Academic Medicine*¹. Ils ont réussi à établir une corrélation entre les résultats de laboratoire de 891 patients diabétiques et le degré d'empathie des 29 médecins de famille qui les traitaient.

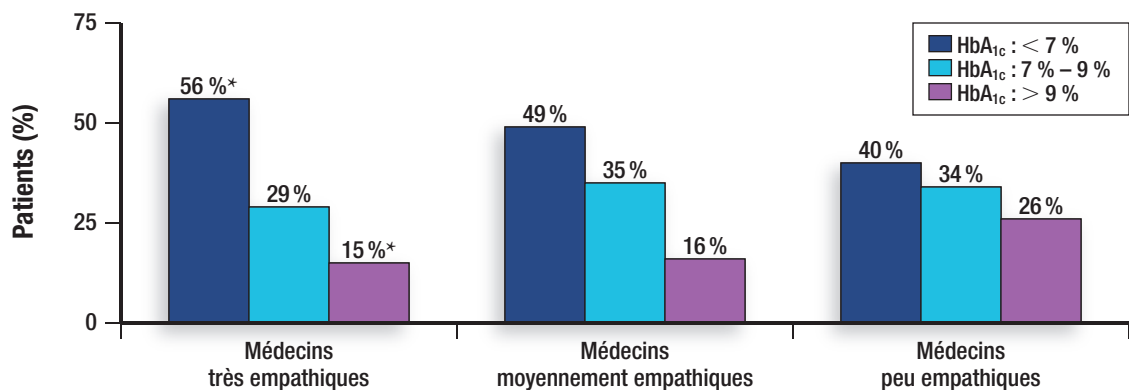
Les chercheurs ont pris les résultats des derniers tests d'hémoglobine glyquée des patients et les ont

divisés en bons (< 7,0 %) et en mauvais (> 9,0 %). Ils ont également séparé les résultats de leur taux de cholestérol LDL en adéquats (< 2,6 mmol/l) et trop élevés (> 3,4 mmol/l). Parallèlement, ils ont fait passer aux cliniciens un questionnaire, l'Échelle d'empathie de Jefferson, pour les classer en très empathiques, moyennement empathiques et peu empathiques.

Le P^r Hojat et son équipe ont alors découvert que 56 % des patients de médecins très empathiques avaient une bonne maîtrise de leur glycémie, ce qui n'était le cas que de 40 % des diabétiques suivis par un clinicien peu empathique (*figure*). La différence est significative ($P < 0,001$). En ce qui concerne le taux de cholestérol LDL, 59 % des personnes traitées par un praticien empathique avaient un

Figure.

Pourcentage de patients atteignant différents seuils d'hémoglobine glyquée en fonction du degré d'empathie du médecin



* Résultat significatif par rapport aux patients des médecins peu empathiques ($P < 0,001$ pour $HbA_{1c} < 7\%$; $P < 0,01$ pour $HbA_{1c} > 9\%$)

bon taux, par rapport à 44 % de celles qui étaient suivies par un clinicien froid ($P < 0,001$).

À l'inverse, le risque d'avoir un taux d'hémoglobine glyquée de plus de 9,0 % était plus élevé chez les patients soignés par des médecins indifférents (26 %) que chez ceux qui avaient un clinicien très empathique (15 %) ($P > 0,01$). La situation était la même pour le taux de cholestérol LDL.

« Une composante intégrale de la compétence du clinicien »

Endocrinologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal et professeur à l'Université de Montréal, le **D^r Jean-Marie Ékoé** a été frappé par les données de l'équipe du P^r Hojat. « C'est impressionnant d'avoir des valeurs P aussi significatives pour des facteurs difficiles à quantifier. La force de l'étude est d'avoir établi une corrélation entre l'empathie, en la mesurant par un test qui a été objectivé et validé, et des données de laboratoire. C'est la première recherche à le faire. La corrélation établie est certainement le reflet d'une meilleure observance thérapeutique encouragée par l'empathie. »

L'étude a cependant ses faiblesses. « Il y a beaucoup de facteurs qui pouvaient être confondants. Il n'y a pas eu d'ajustement

en fonction, par exemple, de la gravité de la maladie ou de la présence de complications. »

Néanmoins, malgré ces limites, les auteurs estiment que leurs résultats semblent indiquer que « l'empathie devrait être vue comme une composante intégrale de la compétence du clinicien ». Leurs données, affirment-ils, montrent que le fait d'être empathique contribue de manière unique et significative à une bonne maîtrise de la glycémie et de la cholestérolémie chez les patients diabétiques.

L'étude n'établit cependant pas de relation de cause à effet. Néanmoins, certains mécanismes pourraient expliquer l'association découverte. « Une explication possible est qu'une plus grande empathie dans la relation médecin-patient accroît la compréhension mutuelle et la confiance. Cela encourage le partage sans dissimulation, ce qui mène à une meilleure harmonisation entre les besoins du patient et les plans de traitement. Un diagnostic plus précis et une meilleure observance du traitement sont ainsi favorisés », estime l'équipe du P^r Hojat.

Empathie et sympathie : deux concepts différents

Mais qu'est-ce exactement l'empathie ? Cette faculté repose sur l'aptitude à comprendre les

Photo : Marcel La Haye



« L'empathie permet entre autres d'améliorer l'observance thérapeutique. Si vous montrez de l'intérêt à un patient qui est prêt à faire les efforts nécessaires, la partie est gagnée d'avance. »

– D^r Jean-Marie Ékoé

expériences, les préoccupations et les perspectives du patient et à le lui montrer, tout en lui manifestant son intention de l'aider.

L'empathie relèverait surtout de la sphère cognitive. « Le trait clé de l'empathie, selon notre définition, est la compréhension plutôt que l'engagement affectif à l'égard des expériences des patients », ont mentionné le P^r Hojat et ses collaborateurs dans leurs articles antérieurs². L'empathie est en fait distincte de la sympathie. « Les deux concepts impliquent le partage, mais les médecins empathiques partagent avec leurs patients leur compréhension tandis que les médecins sympathiques partagent leurs émotions »³. Et alors que la sympathie, si elle est démesurée, peut interférer avec l'objectivité lors du diagnostic et du traitement, l'empathie, elle, ne peut être excessive. Parce que la compréhension est toujours bénéfique au patient.

On peut mesurer l'empathie entre autres grâce

à l'échelle de Jefferson que le P^r Hojat et ses collègues ont mise au point au début des années 2000 (*tableau*). Elle contient vingt affirmations au sujet desquelles le médecin doit indiquer à quel point il est d'accord ou non. Les chercheurs se sont entre autres servis de cet outil pour comparer l'empathie chez les femmes et les hommes médecins et entre les cliniciens de diverses spécialités².

Les hommes ne seraient pas vraiment moins empathiques que les femmes, selon l'étude. Par contre, les médecins de spécialités orientées vers les patients obtenaient pour plusieurs affirmations de l'échelle un score d'empathie un plus élevé que ceux qui pratiquaient dans des spécialités orientées vers la technologie (*tableau*). Cela ne signifie toutefois pas que ces derniers présentaient un déficit d'empathie, préviennent les chercheurs. La différence n'était pas assez grande pour être cliniquement importante ou anormale. En outre,

Tableau.

L'échelle d'empathie des médecins de Jefferson : item – corrélations avec le score total, estimations de l'ampleur de l'effet concernant le sexe et la spécialité (orientée vers les gens ou orientée vers la technologie) pour les items[¶]

Item	Ampleur de l'effet		
	r [†]	Sexe [‡]	Spécialité [§]
1. J'essaie de m'imaginer à la place de mes patients quand je leur prodigue des soins.	0,60	- 0,07	0,05
2. Le fait de comprendre les sentiments de mes patients leur apporte une validation qui est thérapeutique en elle-même.	0,60	0,17*	0,23**
3. Une partie importante de la relation avec mes patients réside dans le fait de comprendre leur état émotionnel ainsi que celui de leur famille.	0,59	0,11	0,41**
4. Je tente de comprendre ce qui se passe dans la tête de mes patients en étant attentif aux signes non verbaux et au langage du corps.	0,54	0,03	0,13
5. J'essaie de penser comme mes patients afin de leur prodiguer de meilleurs soins.	0,53	- 0,16	0,08
6. Je crois que l'empathie est un facteur thérapeutique important du traitement médical.	0,51	0,21*	0,13
7. L'empathie est une habileté thérapeutique sans laquelle je réussirais moins bien en tant que soignant.	0,48	0,09	0,25**
8. Les patients ne peuvent être guéris de leurs maladies que grâce à un traitement médical ; des liens affectifs avec ceux-ci n'ont donc pas une place importante dans leur guérison.	0,46	0,18*	0,18*
9. Je refuse de me sentir touché par des relations émotionnelles intenses avec mes patients et les membres de leur famille.	0,44	0,16	0,20**
10. Je crois que les émotions n'ont pas de place dans le traitement médical.	0,42	0,03	0,09
11. Parce que les gens sont différents, il m'est presque impossible de voir les choses avec la même perspective que mes patients.	0,40	0,18*	0,17*
12. Tenir compte des expériences personnelles de mes patients ne change rien à l'efficacité du traitement.	0,39	- 0,08	0,20*
13. Mes patients se sentent mieux quand je comprends leurs sentiments.	0,39	0,25*	0,17*
14. J'ai un bon sens de l'humour, ce qui, je crois, contribue à de meilleurs résultats cliniques.	0,37	- 0,14	0,13
15. Je considère que le langage du corps est aussi important que la communication verbale dans les relations soignant-patient.	0,35	0,21*	0,19*
16. J'essaie de ne pas porter attention aux émotions de mes patients quand je les interroge et que je fais l'anamnèse.	0,34	0,15	0,16*
17. Je considère que questionner mes patients sur leur vie est sans importance pour comprendre leurs problèmes physiques.	0,34	0,06	0,22**
18. Il m'est difficile de voir les choses avec la perspective de mes patients.	0,32	0,08	0,07
19. Je n'aime pas lire des ouvrages non médicaux ni les arts.	0,30	0,16	0,09
20. Le fait de comprendre les sentiments de mes patients et de leur famille n'est pas pertinent dans le traitement médical.	0,30	0,03	0,10

¶ L'étude a été faite auprès de 704 médecins. † r = tout l'item – les corrélations avec le score total sont statistiquement significatives ($P < 0,01$). Les items sont placés selon l'ordre décroissant de l'importance des corrélations. ‡ Lambda de Wilks = 0,94, valeur $F_{(20,644)}$ multivariée = 2,21 ($P < 0,01$). L'ampleur de l'effet a été calculée selon la formule suivante : $(\text{moyenne}_{\text{homme}} - \text{moyenne}_{\text{femme}}) / \text{écart-type cumulé}$. § Lambda de Wilks = 0,94, valeur $F_{(20,661)}$ multivariée = 2,25 ($P < 0,01$). L'ampleur de l'effet a été calculée selon la formule suivante : $(\text{moyenne}_{\text{orienté vers les gens}} - \text{moyenne}_{\text{orienté vers la technologie}}) / \text{écart-type cumulé}$. * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$.

Source : Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ et coll. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item levels. *Acad Med* 2002 ; 77 (suppl.10) : S58-S60. Reproduction autorisée.

les tâches dans les spécialités orientées vers la technologie ne demandent pas le même degré d'empathie que celles des domaines orientés vers les gens.

Une patiente de 73 ans

Le D^r Ékoé croit aux effets de l'empathie. Récemment, une patiente de 73 ans, diabétique depuis plus de vingt ans, est venue le consulter. Son hémoglobine glyquée atteignait 9,7 %. Elle avait amené avec elle son carnet de glycémie. Elle prenait soin de noter ses résultats, mais aucun médecin ne les regardait jamais, se plaignait-elle.

Le D^r Ékoé s'est d'ailleurs aperçu, en examinant ses valeurs, qu'elle ne faisait pas la différence entre un résultat normal et anormal.

« Il a fallu lui expliquer ce qu'était une bonne valeur glycémique et comment prendre les moyens pour atteindre cette cible. Je ne dirais pas que l'empathie seule a suffi, mais c'était un élément important », explique l'endocrinologue. Le médecin a alors établi un plan de traitement. La patiente est allée à l'unité de jour du diabète de l'hôpital et pris de nouveaux médicaments. Le D^r Ékoé lui a également expliqué l'importance de perdre du poids et de faire de l'exercice. Comme elle avait mal aux genoux et pouvait difficilement effectuer de longues marches, le praticien lui a proposé une solution de rechange : l'aquaforme. En neuf mois, le poids de la patiente est passé de 97 kg à 83 kg. Son hémoglobine glyquée, elle, est descendue à 6,6 %. Plus bas que l'objectif de 7 %.

« Le simple fait de s'intéresser à la patiente et de l'accompagner a un effet. Elle a vu qu'on regardait enfin ses résultats de glycémie. On lui a expliqué ce qu'était une bonne valeur. Un lien s'est créé. Ce sont toutes ces petites choses qui ont fait qu'on ne s'est pas intéressé seulement à la maladie, mais qu'on s'est intéressé à la personne elle-même. Je pense que c'est une forme d'empathie qui se traduit au sein de différents facteurs. »

Pour l'endocrinologue, l'empathie est un élément

puissant. « Elle permet entre autres d'améliorer l'observance thérapeutique. Si vous montrez de l'intérêt à un patient qui est prêt à faire les efforts nécessaires, la partie est gagnée d'avance. »

Des oncologues peu sensibles à la détresse

Le monde médical a encore des progrès à faire sur le plan de l'empathie. Notamment dans les domaines qui engendrent de grandes détresses, comme l'oncologie. En Caroline du Nord, des chercheurs du Centre médical de l'Université Duke ont enregistré, au cours de consultations, les conversations de 51 oncologues avec 270 patients atteints d'un cancer à un stade avancé⁴. Les transcriptions révèlent que les cliniciens n'ont saisi que 22 % des quelque 300 occasions de montrer de l'empathie. Les spécialistes ne tenaient ainsi souvent pas compte des moments où les patients exprimaient leurs émotions et leurs préoccupations.

Les auteurs de l'étude sont conscients des répercussions de ce type d'attitude. « Les soins en cancer demandent de s'occuper des émotions du patient. Quand ces derniers expriment des émotions difficiles, ce sont des occasions

de montrer de l'empathie. Si les oncologues répondent par une phrase encourageante montrant de l'empathie et permettant aux patients de continuer à exprimer leurs émotions plutôt que par une affirmation qui décourage les révélations, les patients ont moins d'anxiété et de dépression. Ils disent également avoir une plus grande satisfaction et une meilleure fidélité au traitement », écrivent la **D^{re} Kathryn Pollak** et ses collaborateurs.

Dans une autre étude, des chercheurs de l'Université de Rochester et de l'Université de l'Illinois ont enregistré vingt consultations de patients atteints du cancer du poumon avec leur oncologue ou leur chirurgien thoracique⁵. Les résultats sont similaires. Au cours des discussions, les médecins ont eu 384 occasions de montrer de l'empathie, mais ils n'en ont

Alors que la sympathie, si elle est démesurée, peut interférer avec l'objectivité lors du diagnostic et du traitement, l'empathie, elle, ne peut être excessive. Parce que la compréhension est toujours bénéfique au patient.

manifestée que dans 10 % des cas. « Les médecins offraient peu de soutien émotif, changeant souvent de sujet pour aborder des questions ou faire des déclarations de nature biomédicale », indiquent la **D^{re} Diane Morse** et ses collègues. En outre, la moitié du temps, lorsque les médecins témoignaient de l'empathie, c'était dans le dernier tiers de la consultation, même si les patients exprimaient leurs préoccupations tout au cours de la rencontre.

Être empathique ne demanderait pas beaucoup plus de temps. Au contraire. L'équipe de la D^{re} Morse a observé que lorsque les médecins l'étaient, les réponses des patients ne s'allongeaient que d'un ou deux mots. D'une phrase au maximum. Par contre, lorsque certains malades se butaient à de l'indifférence, ils tentaient de manière répétée de donner au médecin l'occasion de répondre à leurs besoins.


Quelle est la meilleure attitude à adopter avec des personnes en détresse ? « Nous suggérons aux médecins, particulièrement lorsqu'ils discutent avec des patients atteints d'une maladie mortelle, d'envisager de montrer de l'empathie dès le début de la rencontre et ensuite par intervalles. Cela permet d'explorer et de confirmer les besoins et les préoccupations des malades et de créer un climat de compréhension pour établir progressivement la confiance et de bons rapports », affirment les chercheurs. Pour manifester son empathie, on peut utiliser des phrases telles que : « Je peux imaginer à quel point c'est difficile », « Ce que vous me dites, c'est ... » ou encore « Vous semblez avoir été très effrayé quand on vous a donné des nouvelles au sujet du cancer. »

Se protéger et aider les patients

Comment expliquer le détachement apparent de certains médecins ? Les cliniciens mentionnent régulièrement que les consultations où les patients expriment colère, tristesse et peur sont particulièrement difficiles pour eux. Et dans ces situations, ils manifestent rarement de l'empathie. « Paradoxalement, les études semblent indiquer que le fait de montrer de l'empathie est une manière de prévenir l'épuisement professionnel, de diminuer le stress et de rendre la pratique

médicale plus valorisante », font valoir la D^{re} Morse et ses collaborateurs.

Les raisons du manque d'empathie des oncologues dans les deux études sont probablement multiples, écrivent pour leur part le **D^r Robert Buckman**, lui-même oncologue, et ses collègues dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*⁶. Ils estiment cependant que l'un des facteurs importants réside dans le programme de médecine des universités. L'enseignement de l'empathie clinique y accusait, jusqu'à récemment, un certain retard par rapport aux autres champs. « Il en résulte que bien des médecins n'ont pas reçu une formation suffisante pour développer ou améliorer les aptitudes interpersonnelles nécessaires aux soins centrés sur le patient, le modèle idéal selon le US Institute of Medicine. »

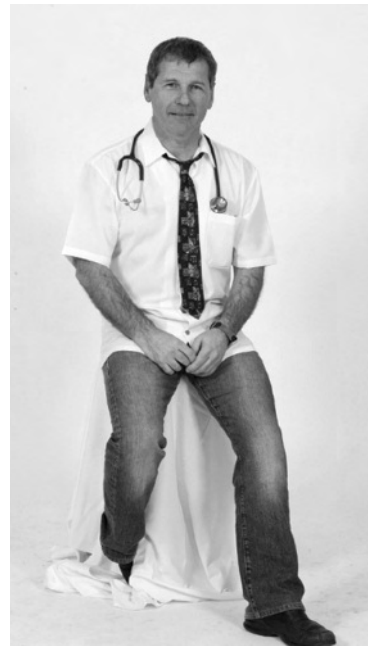
L'avenir ? « Notre profession a maintenant besoin d'incorporer l'enseignement de l'empathie clinique plus largement dans la pratique clinique à tous les niveaux, en commençant par la sélection des candidats dans les facultés de médecine. » L'empathie devrait donc faire partie des cours de médecine, de l'enseignement postdoctoral et de la formation médicale continue, estiment le D^r Buckman et ses collaborateurs. À leurs yeux, « l'empathie clinique est une habileté médicale essentielle qui peut être enseignée et améliorée. Elle produit ainsi des changements dans le comportement du médecin et les résultats du patient. » 

Sources

1. Hojat M, Louis DZ, Markham FW et coll. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med* 2011 ; 86 (3) : 359-64.
2. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ et coll. The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further psychometric data and differences by gender and specialty at item levels. *Acad Med* 2002 ; 77 (suppl. 10) : S58-S60.
3. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ et coll. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002 ; 159 (9) : 1563-9.
4. Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS et coll. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol* 2007 ; 25 (36) : 5748-52.
5. Morse DS, Edwardsen EA, Gordon HS. Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 (17) : 1853-8.
6. Buckman R, Tulsy JA, Rodin G. Empathic responses in clinical practice: Intuition or tuition? *CMAJ* 2011 ; 183 (5) : 569-71.

Prix du Médecin champion de Planetree

Le D^r André Munger lauréat



D^r André Munger

L'automne dernier, le **D^r André Munger**, omnipraticien de Sherbrooke, a reçu le *Prix du Médecin champion* décerné lors du congrès annuel de l'organisme Planetree, à Nashville, au Tennessee.

Planetree est un réseau international qui fait la promotion des soins centrés sur le patient.

Chaque année, il remet à des professionnels divers prix pour les qualités humaines qu'ils montrent dans leur travail. Celui du Médecin champion récompense « un médecin qui se fait le champion du modèle Planetree centré sur le patient et dont les actions montrent qu'il est un modèle pour les autres membres du personnel médical. »

Pour choisir les lauréats, Planetree suit les recommandations des organismes membres qui lui soumettent un candidat. Ainsi, en septembre dernier, le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) du Centre de Réadaptation Estrie a sélectionné le D^r Munger. « Ses qualités humaines, son engagement envers ses patients et tous les autres professionnels de l'équipe soignante, son implication à l'amélioration constante de la qualité des soins, sa générosité à partager son expérience de travail et d'organisation tout au long de sa carrière font de lui une personne chère

(Suite à la page 135) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 131)

à notre organisation », a écrit le comité dans sa résolution.

Le D^r Munger exerce à temps partiel au Centre de Réadaptation Estrie. Il s'occupe du sous-programme sur les encéphalopathies qui accueille de nombreux patients. « Il travaille avec diligence et une grande efficacité. Il est capable d'être bien présent et de régler les problèmes. Il exerce également avec beaucoup d'empathie et d'humanisme. Il veut toujours en faire un peu plus », affirme le **D^r Claude Hémond**, président du CMDP, qui a lui-même reçu le prix en 2008.

Le réseau Planetree Québec

Planetree rassemble quelque 500 cliniques, hôpitaux et centres de santé divers dans cinq pays. Le modèle dont il fait la promotion repose sur des principes comme la valorisation des interactions humaines, le partage de l'information, la stimulation par l'alimentation, l'ouverture aux traitements complémentaires, l'humanisation de l'environnement physique, etc.

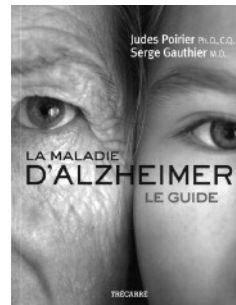
Les valeurs de Planetree doivent apparaître entre autres dans les soins aux patients. En recevant son prix, le D^r Munger a croisé d'autres médecins, comme lui, champions de Planetree, qui recourent à ces principes de manière novatrice. « Ils ont fait disparaître la notion de "médecine alternative". Ils parlent plutôt de "médecine intégrée" où l'on intègre à la médecine que l'on pratique tous les jours des habiletés et des compétences liées à d'autres façons d'aider nos patients. »

Mais les valeurs de Planetree doivent aussi être présentes dans les services administratifs et connexes. Le Centre de Réadaptation Estrie a dû, pour sa part, améliorer la nourriture destinée au personnel pour obtenir son agrément. « Selon les valeurs de Planetree, les aliments doivent être beaux et bons », dit le D^r Hémond.

Le Centre de Réadaptation Estrie, premier établissement agréé par Planetree au Québec, a, à son tour, fondé le Réseau Planetree Québec. Le nouvel organisme est responsable du développement et de l'accréditation de plusieurs autres établissements Planetree québécois, comme le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, à Montréal. **EG**

La maladie d'Alzheimer – Le guide

de Judes Poirier et de Serge Gauthier



Depuis que le **D' Alois Alzheimer** a découvert des anomalies dans le cerveau de son étrange patiente à la mémoire défaillante il y a 100 ans, comment les méthodes de diagnostic se sont-elles affinées ? Comment ce qu'on appelle maintenant la maladie d'Alzheimer évolue-t-elle ? Ce sont entre autres à ces questions que **M. Judes Poirier** et le **D' Serge**

Gauthier, tous deux professeurs à l'Université McGill, répondent dans un joli livre illustré par de nombreuses photos.

En plus d'approfondir la question du diagnostic et de l'évolution de l'affection, les auteurs consacrent un chapitre aux facteurs de risque (cholestérol, diabète, hypertension) et aux causes de la maladie, qui pourraient relever à la fois de la génétique et de l'environnement. Ils relatent aussi le long parcours de la recherche, parsemé des avancées sur lesquelles tabletront les chercheurs, au cours des prochaines années, pour cibler les traitements appropriés. Ils expliquent ainsi l'utilisation des agents pharmacologiques qui peuvent moduler les gènes défectueux, mais abordent également la question de la prévention par de saines habitudes de vie.

L'ouvrage offre des réponses à tout un chacun : cliniciens, proches de personnes atteintes ou enfants de parents vieillissants. Ainsi, la famille de la personne atteinte, dont la tâche est particulièrement lourde, y puisera de l'inspiration. Un chapitre l'éclairera, par exemple, sur les décisions cruciales qui lui incombent au cours de la maladie. Ce livre, agréable à consulter, constitue donc une intéressante source de renseignements sur tous les aspects de l'affection.

Les Éditions du Trécaré, Montréal, 2011,
181 pages, 29,95 \$