

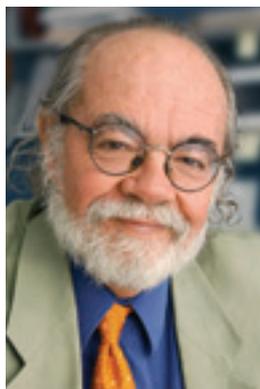
Observance thérapeutique

connaître les bons ressorts et les bons moyens

Emmanuel Garnier

L'observance thérapeutique est cruciale en médecine. Un médicament qui n'est pas pris est un médicament sans effet. Comment alors inciter le patient à suivre sa pharmacothérapie ? Quelle méthode novatrice utiliser ?

L'INOBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE coûte cher. Très cher. Au Québec, chaque année, environ de 150 à 200 millions de dollars seraient gaspillés en



Dr Jacques LeLorier

médicaments préventifs abandonnés trop tôt, évalue le **Dr Jacques LeLorier**, chercheur en pharmaco-épidémiologie au Centre de recherche du CHUM.

« L'observance cause un double désastre économique, indique le Dr LeLorier. Premièrement, la prise pendant seulement six mois d'un médicament

comme un antihypertenseur ou un hypolipémiant équivaut à jeter de l'argent par les fenêtres, parce que le traitement n'est pas assez long pour avoir un effet. Et deuxièmement, des événements qui auraient pu être prévenus vont survenir. »

Ainsi, dans la prévention secondaire de

l'ostéoporose, le coût des bisphosphonates pris en vain avant de faire effet est l'équivalent de 31 \$ par patient commençant le médicament. Et le coût des fractures évitables s'élève à 331 \$ par personne entreprenant le traitement, ont calculé le Dr LeLorier et ses collaborateurs¹.

Les chiffres sont aussi catastrophiques du côté des autres pharmacothérapies. Par exemple, seulement de 17 % à 39 % des patients atteints de glaucome prennent encore leur médicament au bout d'un an (*figure 1*)². Dans le domaine du sida, uniquement 60 % des personnes traitées par des antirétroviraux les emploient toujours après douze mois (*figure 2*)³. « En moyenne, la moitié des patients ne prennent

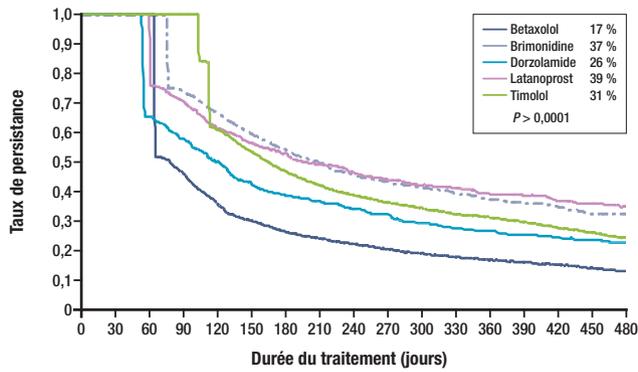
1. Sheehy O, Kindundu C, Barbeau M, LeLorier J. Adherence to weekly oral bisphosphonate therapy: cost of wasted drugs and fractures. *Osteoporos Int* 2009 ; 20 (9) ; 1583-94.

2. Houde M, Castilloux Am, Tingey D, Assalian A, Leloirier J. Contraindications and therapeutic cautions in topical glaucoma treatment. *Can Clin Pharmacol* 2002 ; 9 (1) 20 ; 5.

3. Dorais M, Lalonde RG, Maier-Moldovan M, Leloirier J. Adherence to antiretroviral therapy (HAART) in Quebec. 20th International Conference on Pharmacoepidemiology and Therapeutic Risk Management, Bordeaux, France, 22-25 août, 2004.

Figure 1.

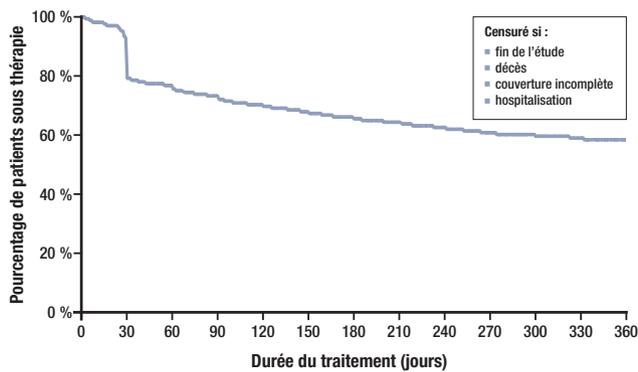
Taux de persistance au bout d'un an pour le traitement topique du glaucome



Source : Jacques LeLorier, Centre de recherche du CHUM

Figure 2.

Utilisation des antirétroviraux (ARV) – Temps au moment de l'interruption de la HAART*



* L'interruption a été définie comme le non-renouvellement des ARV avant la fin de la dispensation + durée de la dispensation (période de grâce = 100 %) + accumulation.

Source : Jacques LeLorier, Centre de recherche du CHUM

pas leurs médicaments assez longtemps pour en bénéficier », résume le chercheur.

Prise de décision et cerveau

Comment améliorer la fidélité au traitement ? La question se pose non seulement pour la prévention et les mesures thérapeutiques, mais aussi pour toutes les prescriptions non pharmacologiques.

Et si une partie de la solution résidait dans la manière de présenter le traitement ?

La D^{re} Pascale Garnier, médecin de famille au CLSC des Patriotes, à Belœil, était étonnée de voir que ses jeunes patientes étaient peu intéressées par l'anneau contraceptif *Nuvaring* quand elle le leur présentait. Pourtant, dans les études, le taux d'acceptabilité était très élevé...⁴

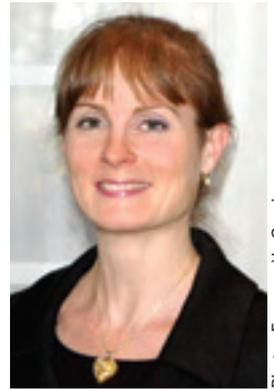


Photo : Emmanuèle Garnier

D^{re} Pascale Garnier

L'omnipraticienne a décidé de changer sa manière de proposer le produit. « Je dis maintenant aux adolescentes : "Je vais vous montrer un truc que tout le monde trouve bizarre. Cependant, la plupart des jeunes filles qui l'ont essayé l'aiment beaucoup. C'est ce qu'il y a de plus *high-tech* en contraception". » La clinicienne parle ensuite des avantages de l'anneau. Puis, elle demande aux jeunes filles si elles en veulent des échantillons en plus de leur ordonnance pour la pilule contraceptive que beaucoup ont de la difficulté à prendre tous les jours. Le taux de patientes qui adoptent l'anneau a alors grimpé de manière impressionnante.

Depuis quelques années, la D^{re} Garnier s'intéresse à la façon de proposer les traitements aux patients. Étrangement, ce n'est pas en médecine, mais plutôt en psychologie sociale et en marketing qu'elle a découvert les méthodes les plus novatrices.

La psychologie, pour sa part, apporte des données révélatrices sur le fonctionnement du cerveau et la prise de décision. Ainsi, selon certains modèles, nous disposons de deux systèmes pour traiter l'information⁵. Le premier, rationnel et lent, se fonde sur la réflexion. Il utilise des règles reposant sur la logique et demande un effort. C'est à lui que l'on recourt pour le calcul mental, les choix complexes ou la réflexion⁶.

Mais dans la vie de tous les jours, le cerveau

4. Dieben TO, Roumen FJ, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstet Gynecol* 2002 ; 100 (3) : 585-93.

5. Chaiken S, Trope. *Dual Process Theories in Social Psychology*. New York : Guilford ; 1999.

6. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Improving decisions about health, wealth and happiness*. New Haven : Yale University Press ; 2008. 294 p.

emploi beaucoup le second système. Automatique, rapide et intuitif, il fonctionne sans effort, agit par association et est lié aux émotions. C'est lui qui, entre autres, nous fait baisser la tête pour éviter une balle, nous rend nerveux quand l'avion tangué ou nous attendrit devant un adorable chiot⁶. C'est avec ce mécanisme que l'on prend la plupart de nos décisions.

Les découvertes de la psychologie sociale

À cause de la manière dont fonctionne le cerveau, les arguments ne constitueraient pas toujours le meilleur moyen de convaincre un patient. Par contre, des expériences en psychologie sociale montrent que certaines méthodes ont une efficacité surprenante. Par exemple, au Montana, une campagne de sensibilisation très simple a été lancée pour réduire le tabagisme chez les jeunes. Son seul message : « La plupart des jeunes du Montana (70 %) ne fument pas ». Le taux de fumeurs a par la suite fléchi⁷. Les gens sont sensibles aux normes sociales, révèlent les professeurs **Richard Thaler** et **Cass Sunstein**, de l'Université de Chicago, qui citent cet exemple dans leur livre *Nudge*⁶.

La D^{re} Garnier a été impressionnée par ce procédé. « Il n'a rien d'agressant. On ne sermonne pas les jeunes, on ne dénigre pas la cigarette, on n'est pas paternaliste. Comme être humain, on se fait beaucoup à ce que fait la majorité. Probablement que cela touche quelque chose dans notre cerveau. »

On peut également influencer les gens par une simple question. Une recherche a montré, par exemple, qu'on peut augmenter jusqu'à 25 % de plus, le taux de participation à une élection en demandant la veille aux gens s'ils ont l'intention d'aller voter⁸. Cette tactique est transposable dans le domaine de la santé. Ainsi, les gens interrogés sur le nombre de fois qu'ils ont l'intention d'utiliser la soie dentaire dans la semaine à venir l'emploient davantage. Si on leur demande

s'ils consommeront des aliments gras dans les prochains jours, ils en mangent moins⁹.

Le recours aux images est également utile pour convaincre une personne. La D^{re} Garnier, également auteure de la conférence *Dans la tête du patient : comprendre pour mieux recommander*, emploie parfois ce moyen connu en marketing. L'une de ses patientes refusait de prendre des antidépresseurs malgré une dépression qui s'aggravait. Elle craignait d'avoir à fonctionner toute sa vie avec des béquilles. La clinicienne a saisi l'image au vol. « Qu'est-ce qui est pire : avoir une béquille et continuer à avancer ou demeurer assise sans progresser pour le restant de ses jours ? », a-t-elle demandé. La patiente a compris par cette analogie. Elle a commencé à prendre des antidépresseurs et n'a plus cessé.

Souvent, la manière de formuler une explication influence le patient. Par exemple, dire qu'un médicament produit des effets secondaires chez 20 % des gens ou ne cause aucun problème chez 80 % est identique d'un point de vue mathématique. Mais pas dans la tête du patient. Et cela peut modifier sa décision.

En marketing, certains spécialistes estiment par ailleurs qu'il est plus efficace de demander aux clients potentiels s'ils veulent un échantillon plutôt que de leur en imposer un¹⁰. Qu'en est-il en médecine ? On l'ignore. « Les gens en marketing sont beaucoup plus au fait des recherches concernant la manière de présenter les choses que les médecins. Pourquoi n'utiliserions-nous pas, nous aussi, la psychologie sociale ? C'est une science. Cela fait des années que l'on file vers une catastrophe à cause de l'obésité, de la cigarette et du diabète. Il nous faut des méthodes innovatrices », estime la D^{re} Garnier. (Voir également encadré 1)

L'accord entre le patient et le médecin

Il existe des approches plus classiques pour améliorer l'observance thérapeutique.

(Suite à la page 14) >>>>

7. Linkenbach JW, Perkins HW. « MOST of us are tobaccofree: an eighth-month social norms campaign reducing youth initiation of smoking in Montana ». Dans : Perkins HW, rédacteur. *The Social Norms Approach to Preventing School and College Age Substance Abuse*. New York : Jossey-Bass ; 2003. p. 224-34.

8. Greenwald AG, Carnot CG, Beach R et coll. Increasing voting behavior by asking people if they expect to vote. *Appl Psychol* 1987 ; 2 : 315-8.

9. Levav J, Fitzsimons GJ. When questions change behavior. *Psychol Science* 2006 ; 17 : 207-13.

10. Joule V-C, Beauvois J-L. *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble ; 2007 : 288 p.

Encadré 1.

Résonance magnétique, cerveau et réactions



Dr Maurice Ptito

Le *nec plus ultra* en marketing ? Le neuromarketing. Grâce à l'imagerie par résonance magnétique, il est possible de comprendre les réactions du consommateur en étudiant les changements d'activités de certaines zones de son cerveau. Mais cette exploration des neurones peut aussi être utile dans le domaine de la santé.

En 2006, une étude réalisée à Montréal a ciblé la campagne antitabac de Santé Canada. Des chercheurs, dont le Dr Maurice Ptito, médecin et neuropsychologue, ont utilisé l'imagerie par résonance magnétique pour découvrir l'effet que produisaient sur le cerveau les photos de gencives ravagées,

de poumon cancéreux, de cœur avec un infarctus et autres images perturbantes des paquets de cigarettes.¹¹

Les chercheurs ont recruté 33 jeunes femmes, fumeuses et non-fumeuses. Lorsque les 18 sujets qui ne fumaient pas regardaient les photos, certaines zones de leur cerveau associées à l'aversion, entre autres le cortex préfrontal, étaient activées. Par contre, les mêmes structures étaient plus faiblement stimulées chez les consommatrices de tabac. « L'effet émotionnel était plus fort chez les non-fumeuses que chez les fumeuses. Les fumeurs se seraient à la longue désensibilisés à ces images-là », explique le Dr Ptito, également professeur à l'Université de Montréal. Comment alors maintenir l'efficacité des mises en garde ? Il faudrait les changer régulièrement et faire une publicité plus forte, affirment les chercheurs.

Les scientifiques ont également découvert, en interrogeant les sujets, que les avertissements écrits sur les paquets de cigarettes étaient beaucoup moins efficaces que les photos. En fait, les mots n'ajoutaient rien. « Ces publicités sont louables, mais pas très bien conçues », estime le Dr Ptito.

Cette étude pilote a permis aux chercheurs une première incursion dans l'univers de la prévention. Ils en concluent que l'application des neurosciences peut être « un puissant outil pour faciliter la création de campagnes de marketing antitabac plus efficaces au Canada et dans toute l'Amérique du Nord, que ce soit pour empêcher les gens de commencer à fumer ou pour les aider à cesser¹¹ ». Le Dr Ptito compte d'ailleurs poursuivre ses recherches.

Les neurosciences pourraient aussi être utilisées pour réaliser d'efficaces publicités pour encourager les gens à faire de l'activité physique, à opter pour une meilleure alimentation ou à choisir la vaccination. Mais il y a un frein au développement de ce domaine encore inexploité : le prix de l'imagerie par résonance magnétique. Réaliser une séance d'une heure avec un sujet coûte 500 \$.

11. Campbell S, Chebat J-C, Ptito M. Lighting up ! The neurophysiological effects of anti-tobacco advertising on smokers and non-smokers. 2006, 4^e rencontre de la Society for Neuroeconomics, Park City, États-Unis, 7-10 sept. 2006.

Le Dr Richard Boulé, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke, pensait, comme bien des praticiens, que tous ses patients suivaient ses traitements sans problème. Jusqu'au jour où il leur a posé la question : « Que faites-vous quand vous oubliez de prendre vos pilules ? »



Dr Richard Boulé

C'est alors qu'il a découvert que certains patients suivaient leur traitement sans trop d'assiduité.

La question révélatrice, que le Dr Boulé pose maintenant régulièrement, a deux avantages. D'abord, elle permet de rendre normal l'oubli d'un médicament. Ainsi, le patient ne se sent pas fautif s'il doit admettre que cela lui arrive. « Ensuite, cette question permet de voir si les stratégies de la personne sont adéquates et de les corriger au besoin », explique le médecin, coauteur de l'atelier *Comment améliorer l'observance au traitement ?*

Le Dr Boulé a mis au point, avec le psychologue Gilles Girard, une grille d'analyse pour améliorer la fidélité au traitement. La méthode permet de vérifier si le patient et le médecin s'entendent sur le problème de santé, les objectifs à atteindre et les moyens de traiter l'affection.

La première étape est d'évaluer si le patient a la même vision du problème que le praticien. Si une personne se plaint d'un mal de tête qu'elle croit dû à une tumeur cérébrale, elle sera probablement peu encline à suivre un traitement pour une céphalée de tension. « Il est important de demander au patient : que pensez-vous de mon diagnostic ? », indique le Dr Boulé.

Arrive ensuite l'objectif. Une glycémie au-dessous de 7 mmol/l, une pression artérielle inférieure à 140 mm Hg/90 mm Hg, la disparition de certains symptômes, etc. « Il faut s'entendre sur une cible et expliquer la raison pour laquelle elle est importante », indique le médecin. Si le patient n'est pas d'accord sur l'objectif, il faut essayer de comprendre : est-ce que son opposition vient d'une lecture, d'une expérience personnelle, du fait qu'il trouve qu'il en fait déjà assez pour sa santé, etc.

Dernière étape : le patient accepte-t-il les moyens que propose le médecin ? Certaines personnes ne veulent pas suivre le traitement que prescrit le clinicien. Elles ne se croient pas capables de cesser de fumer, ne veulent pas prendre de médicaments, n'ont pas envie de faire de l'exercice, etc.

Dans ces cas, la meilleure solution peut être de voir quel est le prochain pas raisonnable qu'accepterait de faire le patient. « Il arrive que l'objectif que je propose n'aille pas aussi loin que les cibles des guides de pratique. Cependant, il permet au patient de progresser. » Un grand fumeur peut ainsi accepter de diminuer de moitié sa consommation quotidienne en la réduisant progressivement d'une cigarette à la fois. « C'est sûr que l'effet sur sa santé n'est pas très grand, mais le patient est sur la bonne voie. C'est sa vitesse à lui et, comme médecin, je dois accepter cela pour maintenir le dialogue. »

Aux yeux du D^r Boulé, l'observance médicamenteuse est une responsabilité partagée. « J'ai ma part à faire en tant que médecin. Est-ce que j'ai donné l'information ? Est-ce que le patient est clairement informé de sa maladie, des objectifs et de l'importance du traitement ? Où se situe le désaccord quand il y en a un ? Est-ce qu'on peut raisonner le patient ? »

Trois précautions pour améliorer l'observance



D^{re} Marie-Thérèse Lussier

Des chercheurs québécois, la D^{re} **Marie-Thérèse Lussier**, omnipraticienne, et le D^r **Claude Richard**, psychologue, ont découvert que les généralistes discutent très peu d'observance avec leur patient¹². « Ils le faisaient pour moins de 10 % des médicaments, et

voire même moins de 5 % », précise la D^{re} Lussier, qui avec son collaborateur, a analysé presque

500 entrevues médicales menées au Québec.

« Dans l'étude, bien des patients venaient pour un suivi. Il y aurait eu intérêt à soulever le problème de la fidélité au traitement. »

Les médecins devraient chercher à savoir non seulement si leurs patients prennent leurs médicaments, mais aussi de quelle manière ils le font. Parce que certains ont une « observance créative ». « Nous devons arrêter de tenir pour acquis que ce que nous avons prescrit est utilisé de la façon dont nous l'avons indiqué. Les gens adaptent nos prescriptions pour toutes sortes de bonnes et de moins bonnes raisons. »

Se référant aux travaux de la pharmacienne **Jana Bajcar**, de l'Université de Toronto, la D^{re} Lussier estime que trois conditions sont nécessaires pour que le patient suive adéquatement son traitement¹³. La prescription doit d'abord avoir un sens pour lui. « Il faut que le patient sache pour quel problème de santé ou pour éviter quelles complications il prend le produit », explique l'omnipraticienne.

Le praticien doit ensuite donner des instructions claires au patient sur la manière de prendre le médicament. « Habituellement, nous, les intervenants en santé, sommes forts dans ces aspects techniques. »

Et pour finir, il faut que le patient puisse évaluer l'efficacité du médicament entre les visites médicales. « Les médecins sont peu portés à dire au patient ce qu'il peut observer pour savoir si son traitement fonctionne et à lui indiquer quand il devrait s'inquiéter d'un effet secondaire. »

Pour s'assurer de la fidélité au traitement, le médecin devrait passer en revue avec le patient tous ses produits pharmacologiques. « Il faut voir si chacun est pris correctement, et si ce n'est pas le cas, quelles en sont les raisons », explique la D^{re} Lussier. Le clinicien doit donc nommer chaque médicament, en mentionner la posologie, vérifier que le patient en connaît le rôle, s'assurer qu'il le prend régulièrement, s'enquérir des effets indésirables, puis voir les préoccupations que peut causer le produit¹⁴. À chaque consultation,

13. Bajcar J, Leslie D. Task analysis of patients' medication-taking practice and the role of making sense: a grounded theory study. *Res Social Adm Pharm* 2006 ; 2 (1) : 59-82.

14. Pour plus de détails, voir Lussier M-T, Richard C. Le dialogue de prescription : un incontournable dans l'usage optimal du médicament ! *Le Médecin du Québec* 2008 ; 43 (12) : 45-52.

12. Richard C, Lussier M-T. Development of a "Dialogic Index" to better describe physician and patient participation in discussions of medications during primary care encounters. Exposé oral, North American Primary Care Research Group, Banff, Canada, 2003.

Encadré 2.

Défaire les croyances du patient

Le naturel contre le chimique

Le patient a une pression sanguine dangereusement élevée : 200 mm Hg/110 mm Hg. Mais il ne veut pas entendre parler d'antihypertenseurs. Il n'accepte que les traitements naturels. Que faire ?

Le type de représentation qu'a ce patient est souvent bien organisé, bâti depuis longtemps et généralement lié à un style de vie. Rien ne sert donc d'attaquer ses convictions de front. Cela ne pourrait que briser la relation thérapeutique.



Dr Claude Richard

Il faut plutôt introduire un doute, conseille le Dr Claude Richard, psychologue et coauteur du livre *La Communication professionnelle en santé*¹⁵. « On attaque le maillon le plus faible du système sans remettre en question l'ensemble », explique-t-il.

La démarche se fait souvent sur plusieurs rencontres. Le médecin peut d'abord amener le patient à relativiser les bienfaits du naturel. On sait, par exemple, que certains végétaux sont toxiques. Le patient peut ainsi être amené à ajouter des nuances dans sa vision du naturel et à accepter d'évaluer les produits au cas par cas. On peut ensuite

appliquer le raisonnement inverse aux produits chimiques. Tous ne sont pas néfastes. Il faut évaluer chaque cas et en soupeser les avantages et les inconvénients.

Autre stratégie, le médecin peut faire valoir que les mécanismes d'approbation des médicaments sont beaucoup plus rigoureux que ceux des produits naturels. Les traitements pharmacologiques sont donc plus sûrs. On peut aussi expliquer que plusieurs études scientifiques ont confirmé l'efficacité du médicament prescrit.

Le facteur essentiel : la confiance dans le médecin

Souvent, cependant, le patient n'ose pas dire carrément au médecin qu'il est contre les médicaments. Il ne veut pas créer de conflit. « Toute la difficulté est de faire parler le patient de ses idées en sachant qu'on le met dans une situation délicate. Pour contourner le problème, on lui peut demander : "Qu'est-ce que vous avez entendu dire à ce sujet ? Avez-vous lu des choses ?" Le patient n'a ainsi pas à endosser ces opinions. Pour lui répondre, on peut discuter des arguments de la source d'information », explique le psychologue.

Le médecin peut ensuite proposer au patient des documents, ou des sites Internet, lui conseiller des lectures. Chaque fois, le clinicien doit insister sur le fait qu'il s'agit d'une source fiable et sérieuse. « Le rôle du médecin est de prendre position et de donner de la crédibilité à certaines informations », estime le Dr Richard.

La décision du patient reposera toutefois surtout sur un facteur : la confiance qu'il a dans son médecin. S'il a choisi d'aller le consulter, c'est parce qu'il croit en l'utilité de son aide. « Le médecin part donc déjà avec un capital de confiance. C'est le premier élément avec lequel il faut travailler. » Grâce à cette confiance, le patient pourra accepter de mettre de côté ses croyances et essayer le médicament.

15. Richard C, Lussier M-T. *La communication professionnelle en santé*. Ville Saint-Laurent : ERPI ; 2005. 842 p.

le médecin peut revoir ainsi une partie des médicaments. « L'important, c'est d'avoir fait le tour au bout d'un an, au moment où on les re prescrit. » Tout ce processus aide le patient à prendre conscience de l'importance de ses traitements.

La reprise du traitement

Beaucoup de recherche reste à faire dans le domaine de l'adhésion au traitement.

« On manque de données », estime, pour sa part, la

Pr^e Jocelyne

Moisan, titulaire de la Chaire sur l'adhésion aux traitements de l'Université Laval. On ignore ainsi le pourcentage global de patients munis d'une nouvelle ordonnance qui achètent leurs médicaments. Le nombre total de ceux qui commencent leur traitement. La proportion de ceux qui le poursuivent.

« Globalement, on pense qu'à peu près 20 % des ordonnances n'arriveraient pas à la pharmacie », explique la professeure. Une chose a cependant frappé la chercheuse qui a étudié le diabète, l'hypertension et la schizophrénie. « Même pour des maladies chroniques, une forte proportion des gens n'auront qu'une seule ordonnance. Ils vont essayer le traitement et y mettre fin tout de suite. » Cependant, plusieurs recommenceront leur pharmacothérapie plus tard, ont montré certaines données. « Ainsi, tout n'est pas perdu quand le patient cesse un traitement. Il est possible qu'il y revienne. »



Pr^e Jocelyne Moisan

pratico-pratique

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

Transformer l'examen abdominal en jeu

Les enfants n'aiment souvent pas se faire palper le ventre. Ils protestent, bougent, se plaignent. Pour les amadouer, la D^{re} France de Carufel, médecin de famille à Laval, leur dit avant de faire l'examen : « Tu sais, je suis capable de deviner quel est ton plat favori. Attends, je vais regarder ton ventre. » L'omnipraticienne se met alors à palper l'abdomen pendant que l'enfant, intrigué, la regarde chercher. Puis elle dit : « Je pense que j'ai trouvé. C'est du spaghetti ! »

Généralement, la D^{re} Carufel voit juste. Les enfants en sont tout impressionnés. Évidemment, il y en a toujours un dont le plat est plus difficile à deviner, comme du poulet aux pêches ! Et l'enfant se fait souvent alors un plaisir de corriger le médecin. Dans ces cas, la D^{re} de Carufel réexamine le petit patient et admet : « Oui, tu as raison. C'est vrai, je n'avais pas vu ça ». Elle note ensuite au dossier le met préféré pour la prochaine fois.

Certains enfants ressentent par ailleurs des chatouillements quand on leur touche le ventre. Ils se mettent à rire et contractent l'abdomen. « Je leur dis alors : "Mets ta main sur la mienne. Cela va m'aider." » La sensation de chatouillement disparaît alors. **EG**

Potion santé pour gens pressés

Vos patients ne mangent pas de fruits ni de légumes ? Proposez-leur une potion santé. En se fondant sur les concepts du Pr Richard Béliveau, auteur de plusieurs livres sur l'alimentation et le cancer, le D^r Pierre Shebib, omnipraticien au CSSS de la Pointe-de-l'Île, a conçu un délicieux *milk shake* qui se fait en 45 secondes.

Il suffit de mettre dans un robot culinaire une demi-banane mûre et du lait de soya, auxquels on ajoute, au choix, divers végétaux congelés :

- jeunes feuilles d'épinard
- persil italien
- menthe fraîche
- coriandre fraîche
- algues séchées (pour sushis)
- bleuets sauvages et autres petits fruits des champs
- autres fruits (mangue, papaye, ananas, etc.)
- gingembre frais râpé (au goût)
- brocoli (idéal, mais au goût difficile à masquer).

Cette recette nécessite toutefois une étape préparatoire : la congélation suivie du broyage de chacun des ingrédients, déposés dans des contenants individuels. Après, on n'a plus qu'à les sortir et à les mettre dans un robot culinaire. Le *Magic Bullet* est particulièrement pratique. Petit, il est facile à nettoyer et son contenant peut servir de verre. « Avec les autres appareils, le processus est trop laborieux », indique le D^r Shebib. **EG**

Bien commencer une entrevue

Comment bien commencer une consultation médicale ? Le secret réside dans plusieurs éléments. Le premier est l'accueil du patient. Il faut prendre le temps de le faire asseoir, de se présenter et de s'assurer qu'il comprenne bien notre nom. Puis, on doit prononcer son nom en vérifiant qu'on le dit bien. « Cela crée tout de suite une intimité avec le patient et rend la pratique plus gratifiante », estime le D^r Richard Boulé, omnipraticien et professeur à l'Université de Sherbrooke.

Le deuxième élément important est la raison de la consultation. On la nomme si on la connaît, puis on demande au patient de nous parler de son problème et de ce qui l'inquiète. « Le patient va alors nous dire des choses qui vont au-delà de ses symptômes et qui vont nous permettre de personnaliser notre démarche », indique le D^r Boulé. Il faut également vérifier s'il y a d'autres problèmes urgents. Parce que parfois la véritable raison de la visite n'est pas le motif officiel. « Le patient va de toute façon nous en parler. Mieux vaut que ce soit dès le début. » Avant de passer à l'étape suivante, il est conseillé de résumer les propos du patient.

Pour finir, il y a le « contrat de l'entrevue ». Le médecin doit expliquer ce qu'il va faire au cours de la consultation. Il lui faut tenir compte de ses priorités, de celles du patient et du temps dont il dispose. « Si on manque de temps, on peut s'entendre avec le patient pour traiter certains problèmes à un autre rendez-vous. Il faut cependant que ce soit explicite. » **EG**

Entrevue avec le D^r Jacques Bergeron

Des négociations pour assurer la relève



Photo : Emmanuelle Garnier

D^r Jacques Bergeron

Élu l'automne dernier, le D^r Jacques Bergeron est le nouveau président de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska. À ses yeux, les prochaines négociations seront importantes pour attirer davantage d'étudiants en médecine familiale en valorisant ce domaine.

M.Q. – Trouvez-vous difficile d'expliquer les demandes d'augmentations salariales des omnipraticiens aux patients qui vous interrogent ?

J.B. – Ce n'est pas toujours évident dans un contexte de crise économique. Les gens travaillent souvent à la petite semaine pour des salaires qui sont loin de ce que nous pouvons avoir. Ce n'est donc pas facile pour eux de comprendre notre position. Cependant, les gens saisissent bien les enjeux quand on aborde la question de la relève. Ils nous demandent : « Docteur, quand vous allez prendre votre retraite, qui vous remplacera ? » Lorsqu'on leur dit qu'il n'y a pas de relève et que c'est en partie à cause de la rémunération, le problème devient très concret pour eux.

À la clinique où je pratique, il y a deux omnipraticiens qui prennent leur retraite. Cela n'est pas sans soulever d'inquiétudes chez les patients des autres médecins. Nous sommes à peu près tous dans la première moitié de la cinquantaine. Les patients se demandent quand ils vont à leur tour se trouver sans médecin. Qu'est-ce qui va alors leur arriver ? Qui va les prendre en charge à ce moment ?

M.Q. – Pour vous, l'un des enjeux des prochaines négociations est la question de la relève ?

J.B. – On est rendu à un point critique pour l'avenir de notre profession. Les jeunes qui étudient en médecine voient eux aussi les écarts de rémunération entre les omnipraticiens et les spécialistes. Ils regardent la différence de la durée de la formation pour la différence de revenus. Ils se disent : « Je vais étudier deux ans de plus, peut-être trois, par contre, pendant 30 ans, je vais faire 100 000 dollars de plus par année. » La médecine spécialisée de-

vient alors beaucoup plus attirante.

À l'époque, quand j'ai commencé à pratiquer, il y avait déjà une différence de revenu entre omnipraticiens et spécialistes. La formation de spécialiste demandait quatre ou cinq ans de plus et l'écart de rémunération n'était pas si grand entre les deux. On se demandait : est-ce que cela vaut la peine de devenir spécialiste ? Est-ce que j'aime suffisamment cette spécialité pour y consacrer cinq ans de formation supplémentaires et, par la suite, avoir un revenu un peu plus élevé, mais pas tant que cela. Avec l'écart qui s'est creusé au fil des années et qui atteint maintenant 56 %, les futurs médecins regardent les choses différemment.

M.Q. – Dans le cahier des demandes de la FMOQ, quel est le point le plus important en ce qui concerne les conditions de pratique ?

J.B. – L'augmentation du nombre d'infirmières collaborant avec des médecins. Je travaille dans un groupe de médecine de famille où il y a déjà deux infirmières. Nous sommes cependant huit médecins et suivons environ 15 000 patients inscrits. Les infirmières qui sont payées par le centre de santé et de services sociaux ont des tâches définies. Elles suivent une partie de nos clientèles, ce qui bien sûr nous libère. Nous avons aussi deux infirmières à temps partiel que nous payons nous-mêmes. Elles travaillent au service de consultations sans rendez-vous : elles font le tri des patients et prennent les signes vitaux. Nous avons cependant besoin de plus d'aide. Dans un monde idéal, il faudrait une infirmière pour chaque médecin. Si nous pouvions toujours travailler en équipe avec une assistante, nous serions plus productifs.

M.Q. – Y aurait-il d'autres moyens d'augmenter la productivité des médecins ?

J.B. – La productivité peut, entre autres, se définir comme l'atteinte de certains objectifs cliniques. L'an dernier, le Comité de la planification et de la régionalisation de la FMOQ, dont je fais partie, a étudié le concept du *Pay for Performance*, c'est-à-dire de la rémunération selon la performance. Cela consiste à donner une prime aux médecins qui atteignent certaines cibles en santé publique ou sur le plan clinique. On peut appliquer cette mesure pour la vaccination, le dépistage ou la diminution du taux d'une maladie précise. Un bonus peut ainsi être accordé aux médecins qui

ont prescrit un dépistage du cancer du côlon à la majorité de leurs patients de plus de 50 ans, se sont assurés que les femmes de plus de 50 ans qu'ils suivent ont passé une mammographie, font une cytologie cervicale (test PAP) à la fréquence recommandée à la plupart de leurs patientes entre tel et tel âge.

Le comité a conclu qu'il s'agissait d'une piste intéressante. En Grande-Bretagne, où cette formule a été essayée, il y a eu des améliorations intéressantes sur le plan de l'atteinte de cibles, notamment en santé publique. Ce serait, par ailleurs, une façon de bonifier la rémunération des médecins qui suivent une clientèle. De nombreux omnipraticiens du Québec ne pourraient cependant pas bénéficier de cette mesure : ceux qui ne pratiquent qu'à l'urgence, suivent des patients à domicile, etc. Elle toucherait surtout les médecins des cliniques médicales.

M.Q. – Vous vous préoccupez beaucoup, par ailleurs, « d'adaptabilité intergénérationnelle » dans votre association.

J.B. – Il faut être capable d'adapter nos façons de faire et nos activités syndicales à nos plus jeunes médecins. Comme les autres jeunes de la société, ils sont habitués à tout ce qui est informatique et moyen de communication électronique. Il faut peut-être repenser notre façon de transmettre l'information. L'Association est d'ailleurs en train de construire son site Web, dont le lancement officiel devrait avoir lieu au début de mai.

Il y a aussi la question des valeurs. Pour la plus jeune génération, que ce soit les hommes ou les femmes, le travail est important, mais la famille, les activités sociales, le sport, les loisirs le sont tout autant. Je pense que c'est un mode de vie qui est probablement plus équilibré que ce que nous avons pu connaître il y a quelques années. Comme il y a plusieurs parents parmi nos jeunes médecins, peut-être faudrait-il tenir nos réunions annuelles ou nos activités le mercredi après-midi au lieu du vendredi soir. Cela leur permettrait peut-être d'y participer en plus grand nombre. Nous sommes à l'écoute de ce que nos membres souhaitent.

M.Q. – Y a-t-il de jeunes médecins au Bureau de votre association ?

J.B. – Oui, il y a deux jeunes femmes, l'une diplômée en 2007 et l'autre en 2004. Pour ce qui est des autres membres du Bureau, ce sont des gens, disons, plus expérimentés.

M.Q. – Le recrutement est-il difficile dans votre région ?

J.B. – Ce n'est pas facile. Nous sommes victimes de la perte de popularité de la médecine familiale parmi les étudiants en médecine. Il y a, dans mon entourage, trois ou quatre étudiants en médecine qui sont à la veille de choisir de faire une résidence soit en médecine familiale, soit en spécialité. Ils subissent beaucoup de pression de leurs professeurs pour s'en aller en médecine spécialisée. J'en suis vraiment étonné. Je n'ai pas fait de sondage formel et il s'agit peut-être de cas isolés, mais ce sont quand même trois ou quatre personnes venant d'universités différentes qui nous disent la même chose. On se demande ce qui se passe. Je pense qu'il va falloir que la FMOQ réfléchisse sur la manière de faire contrepoids aux messages véhiculés sur la médecine familiale pendant les études prédoctorales. Parce que cela a une influence directe sur le choix de résidence. Il faut intervenir en amont du processus.

L'autre difficulté vient de nous-mêmes, les omnipraticiens. Il faut faire un examen de conscience et regarder notre attitude. On se plaint de la lourdeur de la tâche. On dit que la pratique est complexe, difficile, qu'on a trop de travail. Quand on reçoit des étudiants en médecine et des résidents, tout ce qu'ils entendent c'est que le nombre d'heures n'a pas de bon sens, qu'il y a trop de patients, d'appels téléphoniques, de formulaires à remplir, de messages à prendre, de résultats de laboratoire à vérifier. Et ça ne finit plus ! Peut-être qu'il faudrait arrêter de se plaindre et vanter les beaux côtés de la médecine. On devrait raconter les anecdotes qui nous montrent qu'on a fait le bon choix de carrière. Parfois, ce sont de petits événements qui compensent les aspects moins favorables de la pratique. Il faudrait insister davantage sur les bons côtés de notre profession plutôt que sur ses inconvénients.

M.Q. – Les prochaines négociations seront donc importantes pour augmenter le prestige de la médecine familiale ?

J.B. – Je dirais que les négociations qui s'amorcent ont un caractère historique et sont capitales pour l'avenir de l'omnipraticien. Tous les éléments sont interreliés. Si l'on réussit à améliorer les conditions d'exercice, à augmenter la rémunération, à s'adapter aux changements générationnels et à inciter les jeunes à choisir la médecine familiale comme carrière, c'est sûr que la profession va en sortir gagnante. On va pouvoir augmenter nos effectifs de façon plus rapide que ce qu'on avait prévu. 📶

Le nouveau site Internet de la FMOQ

Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier



M. Jean-Pierre Dion

Alors que les négociations avec le gouvernement s'amorceront sous peu, la FMOQ lance la nouvelle version de son site Internet (www.fmoq.org). Plus moderne, plus esthétique, plus pratique, il va lui permettre de mieux communiquer avec ses membres.

« Le nouveau site est fait sous le signe de l'interaction, explique **M. Jean-Pierre Dion**, directeur des Communications de la FMOQ.

Le président de la Fédération, le **D^r Louis Godin**, désireait pouvoir entrer en contact plus rapidement avec les omnipraticiens et connaître leurs réactions plus vite. »

L'une des nouveautés du site est le blogue du président. Ce dernier peut maintenant commenter sans délai certains événements. Et ses membres peuvent lui répondre instantanément. Les textes du président sont aussi accessibles au public et aux journalistes, ce qui permet de faire connaître les positions de la Fédération.

Le nouveau site permet également de faire des sondages auprès des omnipraticiens, grâce à la section intranet qui leur est réservée. La Fédération pourra ainsi consulter ses membres tout au long des négociations et connaître leur opinion sur différents enjeux.

« La nouvelle plateforme va aussi nous servir pour le fonctionnement général de la FMOQ, que ce soit pour la formation professionnelle, des événements ponctuels ou la transmission de divers types d'informations »,



précise M. Dion. Les médecins pourront ainsi non seulement s'inscrire aux congrès de formation continue par Internet, mais aussi aux colloques syndicaux. Ils continueront également à avoir accès à leur plan d'autogestion de développement professionnel continu.

Le site Internet comprend quatre grandes sections : les affaires syndicales, la rémunération, l'organisation de la pratique et la formation professionnelle. On y trouvera également la revue *Le Médecin du Québec*, le projet pilote Le Prescripteur, les communiqués et les bulletins de la FMOQ ainsi que les dossiers importants de la Fédération. 📶

Haïti dons des omnipraticiens

Quelques jours après le tremblement de terre qui a frappé Haïti le 12 janvier dernier, la FMOQ a invité ses membres et ses dix-neuf associations affiliées à faire des dons pour aider les sinistrés. Plus de 20 000 \$ ont ainsi été recueillis, auxquels la Fédération a ajouté sa contribution de 10 000 \$. La Croix-Rouge a ainsi pu bénéficier d'une somme de 20 000 \$ et Médecins du monde d'un don de 10 600 \$.

Voir également l'article *Mauricie : des initiatives originales pour aider Haïti* p. 98. 📶

Université McGill et hôpital St. Mary Chaire de médecine familiale et communautaire



M^{me} Jeannie Haggerty

L'Université McGill et le Centre hospitalier de St. Mary viennent de créer une chaire de recherche en médecine familiale et communautaire, dont la titulaire, spécialisée dans l'évaluation des soins de santé, est **M^{me} Jeannie Haggerty**, docteure en épidémiologie et en biostatistique.

Aux yeux de la chercheuse, auparavant professeure à l'Université de Sherbrooke, la médecine familiale est

(Suite à la page 88) >>>

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- *Avril 2010*
L'électricité et la santé

- *Mai 2010*
***La prise
de décision médicale***

- *Juin 2010*
Visites en salle de réanimation

- *Juillet 2010*
Les soins périopératoires

- *Août 2010*
La médecine en CHSLD

- *Septembre 2010*
Le diabète

- *Octobre 2010*
Le sein

- *Novembre 2010*
Les troubles de la personnalité





Congrès de formation médicale continue FMOQ

Les 22 et 23 avril 2010

L'infectiologie

Hôtel Delta Québec, Québec

Les 13 et 14 mai 2010

La pneumologie

Hôtel Sheraton Laval, Laval

Les 3 et 4 juin 2010

La néphrologie et l'urologie

Hôtel Delta Québec, Québec

Les 16 et 17 septembre 2010

Les aspects médicolégaux et médicoadministratifs de la pratique

Hôtel Delta Québec, Québec

Les 14 et 15 octobre 2010

La médecine hospitalière

Centre Mont-Royal, Montréal

Les 11 et 12 novembre 2010

La psychiatrie

Hôtel Delta Québec, Québec

Les 2 et 3 décembre 2010

L'omnipratique d'aujourd'hui à demain

Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Les 10 et 11 février 2011

Les urgences

Hôtel Delta Québec

◀◀◀ (Suite de la page 20)

un maillon clé du réseau. « Ce secteur est une interface entre la collectivité et le système de santé. Nous avons vraiment besoin d'une première ligne forte pour recevoir les gens, résoudre leurs problèmes de santé rapidement ou les diriger adéquatement dans le réseau. »

La médecine familiale est, par ailleurs, fondamentale pour les patients. « À peu près la moitié des gens qui se présentent en première ligne ont des symptômes qui ne sont pas liés à une maladie précise. Il faut donc s'occuper des patients et de leurs symptômes, et non seulement des affections. La médecine familiale offre justement ce type de soins orientés vers le patient », explique M^{me} Haggerty, également professeure agrégée à la faculté de médecine de l'Université McGill.

Dans ses recherches, M^{me} Haggerty s'intéresse particulièrement à ce que vivent les patients. « Les études montrent que la personne qui se sent respectée et qui a une bonne relation avec le médecin et les autres professionnels de la santé se sent plus capable de s'occuper de sa santé. Elle ressent moins de symptômes et a une meilleure expérience des soins que le patient qui n'a pas de médecin de famille ou ne bénéficie pas d'une prise en charge personnalisée. »

Actuellement, M^{me} Haggerty travaille avec des collègues d'autres universités à un projet de recherche portant sur 2500 patients issus de la collectivité et 1500 provenant de cliniques. Les sujets seront suivis pendant trois ans pour voir l'évolution de leur santé et de leur expérience de soins. Les chercheurs espèrent montrer les avantages d'une approche centrée sur le patient, en particulier chez les personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques.

« Il ne faut pas seulement gérer la maladie du patient, il faut avant tout donner le sentiment à ce dernier qu'il peut agir sur sa santé et est capable de s'occuper de son alimentation, de son activité physique et de tout ce qui est nécessaire à sa santé. » Les chercheurs devraient avoir leurs premiers résultats d'ici l'été.

M^{me} Haggerty caresse également un autre projet particulièrement intéressant : aider les généralistes de l'hôpital St. Mary à faire de la recherche. « Je voudrais leur permettre de transformer les préoccupations et les questions qu'ils ont dans leur pratique quotidienne en projets de recherche. » Pour réaliser leurs études, les médecins pourront également compter sur le service d'épidémiologie clinique et d'études communautaires de l'établissement.

Le Centre hospitalier de St. Mary, axé sur les soins à la collectivité, compte de nombreux omnipraticiens. « Ils ont une place prépondérante non seulement dans l'unité de médecine familiale, mais aussi dans le reste de l'hôpital », souligne M^{me} Haggerty. ☺

(Suite à la page 98) ▶▶▶

Mauricie

des initiatives originales pour aider Haïti

Emmanuèle Garnier



D^{re} Valérie Garneau

Dans les semaines qui ont suivi le tremblement de terre à Haïti, la **D^{re} Valérie Garneau**, chef de l'urgence du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Trois-Rivières, voyait ses collègues partir aider les sinistrés. Elle aurait voulu les accompagner, mais ne le pouvait pas. Comment alors contribuer à l'effort collectif ?

La D^{re} Garneau a eu une idée à la fois originale et généreuse. Elle a annulé sa semaine de vacances de février, couvert les six périodes de garde à l'urgence pour lesquelles il n'y avait aucun médecin et fait don de ses honoraires

à la Croix-Rouge. « Je me suis dit que j'allais donner de bons soins au Québec et donner mon argent à Haïti. » Elle a ainsi offert 48 heures de travail. Une somme de plusieurs milliers de dollars. « Mon but est d'amener mes collègues à faire un don de soi de la même façon. » Elle ne sait cependant pas encore si son exemple a été suivi.

La D^{re} Garneau ne s'est par ailleurs pas arrêtée en si bon chemin. Elle a aussi mis aux enchères un souper en sa compagnie pour recueillir d'autres fonds. L'annonce de l'événement a fait la une du *Nouvelliste*. Le public, également informé par la radio, pouvait miser en appelant au CSSS. Les enchères sont montées jusqu'à 1100 \$.

La dynamique omnipraticienne voulait également envoyer des messages d'espoir en Haïti, en collaboration avec son CSSS. Deux banderoles ont donc été installées sur les murs de l'hôpital pour que les gens y inscrivent un mot de solidarité pour les Haïtiens. « Médecins du monde amènera ces banderoles en Haïti et les affichera dans un hôpital. » Quand ce sera fait, l'organisme enverra une photo.

Pourquoi tant d'initiatives ? « C'est pour dire merci à la vie pour tout ce que j'ai. Mes besoins primaires sont comblés, et cela me permet d'avoir droit au bonheur. Je me disais également que moi j'avais tout et qu'eux n'avaient rien. Il fallait que je fasse quelque chose. »

Autour de la D^{re} Garneau, beaucoup de gens ont été sensibilisés à la cause haïtienne. Le CSSS où elle pratique a ainsi lancé le projet *L'Urgence pour Haïti* grâce auquel les employés peuvent demander une retenue sur leur salaire pour la Croix-Rouge. Par ailleurs, le CSSS vend aussi des bracelets pour la section jeunesse de Médecins du monde et des T-shirts pour récolter d'autres fonds pour Haïti. ☺

Guérir à s'en rendre malade

De Jean Robitaille



Quand rien ne va plus, mais qu'aucune maladie physique n'est diagnostiquée, commence parfois une longue quête du bien-être. À la fois drôle et émouvant, ce récit est un vibrant témoignage du parcours de **Jean Robitaille**, un auteur-compositeur québécois bien connu.

Vers l'âge de 40 ans, Jean ressent des douleurs à la poitrine, a des sueurs et des palpitations. Croyant mourir, il est

saisi de crises de panique, a des phobies et éprouve de la difficulté à respirer. Les médecins concluent que ses malaises sont causés par l'angoisse et le traitent en conséquence. Mais Jean se sentait décliner. Il fonctionnait avec difficulté, utilisant tous les moyens et substances dont il entendait parler. Pendant dix ans, il a tout essayé : les antidépresseurs, les antianxiolytiques, les livres, les granules, la cartomancie, le jus de chou, le charbon, le yoga, le tai-chi, les AA, le psychomassage et autres thérapies. Il s'est même joint au **D^r Luc Jouret** de l'Ordre du Temple solaire. Mais rien ne fut efficace. Démuni, Jean s'est retrouvé complètement démolé, déprimé, désespéré, couché sur le plancher dans la position du fœtus, incapable de manger et de dormir.

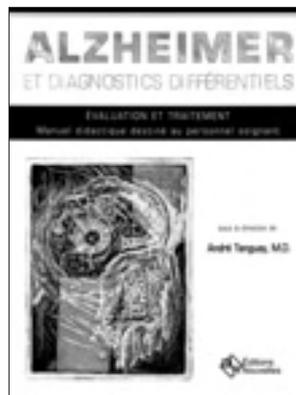
Finalement, sa rencontre avec une psychiatre lui a ouvert la voie de la guérison et du bien-être. Atteint de troubles anxieux et dépressifs, il a réfléchi avec elle, a appris des choses sur lui-même, puis a commencé à faire des progrès et à reprendre confiance en ses moyens. « Elle me remettait les émotions en ordre et les idées en place, précise Jean. Je repartais avec des trucs concrets. Elle me reprogrammait à la simplicité, au réel. Je devenais à nouveau fonctionnel. » Ainsi, il a enfin pu revivre. ☞

Éditions Libre Expression, Montréal, 2009, 312 pages, 27,95 \$

Alzheimer et diagnostics différentiels

Évaluation et traitement

Sous la direction d'André Tanguay



Dans les unités de soins de longue durée, au moins 85 % des patients sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Pour aider le personnel soignant, le **D^r André Tanguay**, omnipraticien de Sainte-Rose, à Laval, a conçu à leur intention un manuel didactique en collaboration avec des infirmières, des pharmaciennes, des ergothérapeutes et d'autres professionnels.

L'ouvrage aborde tous les aspects de la maladie d'Alzheimer. Il contient évidemment des informations médicales comme l'évolution naturelle de la maladie, les outils de dépistage et

d'évaluation, ainsi que les critères diagnostiques des principales atteintes cognitives. Les auteurs consacrent un important chapitre au traitement comportemental, environnemental et pharmacologique de la maladie d'Alzheimer. Ils se penchent sur les troubles de comportement et le rôle de l'aidant professionnel et présentent les traitements pharmacologiques, mais aussi des approches non pharmacologiques.

L'ouvrage s'intéresse également aux dimensions humaines de la maladie. Les auteurs expliquent la manière de mieux communiquer avec une personne ayant des problèmes cognitifs, le type de loisirs qui peut lui être offert et les manières de répondre à ses besoins spirituels. Le livre donne, par ailleurs, des informations pratiques, comme la procédure d'admission au centre d'accueil, discute de questions difficiles, comme la contention physique, et aborde les aspects juridiques de la démence.

Très riche, l'ouvrage contient également de nombreux outils, dont un formulaire d'observation médicale, des algorithmes décisionnels pour la contention, une grille d'observation de l'application des mesures de contrôle et un algorithme d'intervention pour un bénéficiaire ayant des troubles de comportement au centre d'accueil. ☞

Éditions Nouvelles, Montréal, 2009, 192 pages, 39 \$.
Pour commander : 514 355-9718