

Épuisée, Myriam se rend au service de consultation sans rendez-vous

par Ghislain Lévesque

« Docteur, je ne vous dérangerai pas longtemps. J'ai juste besoin d'un arrêt de travail pour une couple de semaines. »

Et elle attend silencieusement que vous signiez l'attestation, comme si tout avait été dit. Elle vous paraît différente des autres fois où vous l'avez vue. Elle a les traits tirés et le faciès un peu triste. Vous lui demandez alors pourquoi elle ne peut plus travailler.

Quels sont les critères diagnostiques du DSM-IV pour la dépression ?

Depuis trois semaines, Myriam est triste et pleure tous les jours. Elle n'éprouve plus de plaisir, elle a perdu l'appétit et a maigri de sept kilos. Son sommeil, entrecoupé de périodes d'éveil, n'est pas réparateur. Elle se sent ralentie, épuisée et incompétente. Elle a l'impression d'être un fardeau pour son conjoint. A-t-elle déjà pensé à se suicider ? Pas vraiment. Mais si elle mourait, elle pense que son mari serait soulagé du fardeau qu'elle représente pour lui.

N'avez-vous pas suffisamment de critères pour diagnostiquer un trouble dépressif majeur ? Peut-être que si, mais que vous manque-t-il pour l'affirmer ?

Bien que la dépression majeure soit un problème de santé fréquent, elle demeure malheureusement sous-diagnostiquée. Un patient dépressif peut spontanément évoluer vers la guérison au bout de quelques mois à quelques années. L'importante détresse psychologique éprouvée alors par le patient et ses proches peut entraîner une séparation conjugale, une perte d'emploi, une faillite, voire même un suicide. Sans insister sur les statistiques, les coûts de santé rattachés à cette maladie sont très importants. De plus, environ un patient at-

Le Dr Ghislain Lévesque, omnipraticien, exerce au CLSC-CHSLD Sainte-Rose-de-Laval.

T A B L E A U I

Certains critères diagnostiques de la dépression majeure (symptômes)

Touchant le biorythme

- Fatigue ou perte d'énergie
- Insomnie ou hypersomnie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Augmentation ou diminution de l'appétit accompagnée ou non d'une variation du poids

Touchant l'intellect

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité inapproprié
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer
- Pensées récurrentes de mort ou de suicide

teint sur sept posera un geste suicidaire. Au Québec, chaque année, il se produit quelque 1500 décès par suicide¹, soit un des taux les plus élevés du monde. Heureusement, il existe des traitements pour soulager nos patients.

Myriam présente des symptômes qui vous orientent rapidement vers un trouble de l'humeur. Par contre, les maux évoqués par les patients dépressifs sont souvent dominés par des symptômes peu spécifiques. Un tableau douloureux atypique, une fatigue inexplicable, un ralentissement psychomoteur ou du processus de la pensée peuvent vous inciter à soupçonner la présence d'une dépression. Il est alors important de chercher systématiquement les critères diagnostiques du DSM-IV^{2,3}. Au

Bien que la dépression majeure soit un problème de santé fréquent, elle demeure malheureusement sous-diagnostiquée. De plus, environ un patient atteint sur sept posera un geste suicidaire.

R E P È R E

T A B L E A U II

Certains critères diagnostiques de la dépression majeure (conditions)

- Chacun des symptômes précédents doit représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur.
- Chaque symptôme doit induire une souffrance clinique significative ou altérer le fonctionnement social ou professionnel de l'individu.
- Chaque symptôme doit être présent presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives.
- Chaque symptôme ne doit pas être lié à l'utilisation d'un médicament ou d'une substance psychoactive.
- Chaque symptôme ne doit pas être imputable à un problème médical (par exemple, hypothyroïdie) ni à un deuil, ni être mieux expliqué par un autre trouble mental (par exemple, trouble bipolaire).

moins cinq symptômes doivent être présents sur une possibilité de neuf, dont obligatoirement une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pendant pratiquement toute la journée. Après avoir vérifié si ces deux symptômes sont présents, vous devez évaluer si les sept autres le sont (*tableau I*).

Myriam présente suffisamment de symptômes répondant aux critères diagnostiques d'une dépression majeure. Toutefois, les symptômes présents doivent aussi respecter les conditions énoncées au *tableau II*.

Pour s'assurer que c'est bien le cas, il faut établir un diagnostic différentiel. Ce sujet sera abordé dans l'article intitulé « L'évaluation de la dépression au cabinet » de la D^{re} Marie Joyal. Dans un contexte de consultation sans rendez-vous, faute de temps, il est souvent difficile de faire une évaluation étoffée d'un trouble de l'humeur. Nous devons donc cibler nos interventions. Le *tableau III* résume les renseignements pertinents et insiste sur certains aspects essentiels à l'évaluation et à la prise en charge du problème de Myriam.

Vous cherchez à savoir si elle a vécu des événements déclencheurs qui expliqueraient l'importance de ses symptômes. L'anamnèse vous indique que son fonctionnement professionnel est très perturbé. Même à mi-temps, elle n'a pas l'énergie

nécessaire pour corriger les examens de ses élèves. Elle termine sa journée exténuée. Elle a beaucoup de difficultés à lire des documents. En effet, elle doit fréquemment reprendre au début du texte, n'ayant rien assimilé du contenu. En outre, elle n'arrive plus à faire régner la discipline en classe.

Myriam est bien entourée (conjoint, famille, amies). Elle dit ne pas consommer de drogues, ni être en sevrage (< 1 mois) d'aucune substance, deux situations qui auraient pu expliquer son état. Myriam n'a jamais présenté de symptômes qui pourraient vous faire croire qu'elle souffre d'une autre maladie psychiatrique pouvant expliquer ses symptômes actuels. Ses antécédents personnels et familiaux sont peu contributifs. L'examen physique et l'anamnèse ne vous permettent pas de diagnostiquer un trouble médical. Myriam n'a pas l'intention de s'enlever la vie ; elle n'a aucune idée ni aucun plan suicidaire.

Comment évaluer le risque suicidaire ?

Le trouble dépressif majeur est l'une des affections qui s'accompagnent du taux de suicide le plus élevé. Il est essentiel d'évaluer à intervalles réguliers le risque suicidaire⁴ et l'hétéroagressivité chez tout patient en détresse psychologique. Cette évaluation est délicate. Elle demande une grande sensibilité ainsi que la capacité de reconnaître les signes précurseurs et doit prendre en considération de multiples facteurs que le jugement clinique saura interpréter.

La majorité des études sur la question sont rétrospectives⁵. Elles nous permettent donc d'évaluer le risque à long terme. Une étude prospective précise que l'absence d'espoir chez le patient est un indicateur important de dangerosité⁶, mais ne nous permet pas encore de prédire si un patient va poser un geste suicidaire à court terme. Tout au plus, nous pouvons évaluer le risque d'un point de vue qualitatif. Comme dans plusieurs autres situations cliniques, il s'agit de recueillir la présence de facteurs de risque, de maladies concomitantes, d'habitudes de vie et de situations stressantes qui viendraient interagir avec le trouble de notre patient⁷. J'identifierais ce volet de l'évaluation comme étant

Il est essentiel d'évaluer à intervalles réguliers le risque suicidaire ou l'hétéroagressivité chez tout patient en détresse psychologique. Lorsque votre patient n'a plus d'espoir ou qu'il ne veut pas s'engager dans un plan de traitement, l'hospitalisation est souvent nécessaire.

R E P È R E

T A B L E A U III

Éléments clés de l'évaluation d'un état dépressif

Raison de la consultation : symptômes orientant vers un trouble de l'humeur

Évolution de la maladie actuelle

Facteurs de stress psychosociaux

Recherche des symptômes de dépression

- Tristesse, perte d'intérêt (absence de plaisir)
- Symptômes touchant le biorythme
 - Sommeil
 - Appétit, poids
 - Symptômes psychomoteurs
 - Fatigue
- Symptômes touchant l'intellect
 - Problème de concentration
 - Dévalorisation, culpabilité
 - Idées de mort, idées suicidaires

Recherche des cinq conditions :

- **Changement** par rapport au fonctionnement antérieur ?
- Souffrance significative ?
- Durée de deux semaines, tous les jours
- Consommation d'alcool, de drogues, de médicaments ou sevrage (< 1 mois) ?
- Symptômes non attribuables à un problème médical, ni à un autre trouble psychiatrique, ni à un deuil

- Recherche de symptômes psychotiques ou suicidaires ou encore d'hétéroagressivité
- Facteurs de risque suicidaire
- Symptômes maniaques ou hypomaniaques ou encore symptômes dépressifs dans le passé
- Précision des handicaps actuels et des exigences au travail
- Symptômes faisant penser à un autre problème médical
- Examen : présence d'un problème médical ?
- Examen mental : humeur, ralentissement psychomoteur, hallucinations, dangerosité, trouble de la pensée, pensées liées au suicide : COQ*, degré d'ambivalence, perte d'espoir

- Antécédents personnels médicaux
- Antécédents personnels psychiatriques
 - dysthymie
 - manie
 - dépression
 - tentative suicidaire
 - trouble de la personnalité
- Antécédents familiaux psychiatriques
 - maladie bipolaire
 - dépression
 - suicide
- Consommation d'alcool
- Consommation de drogues
- Médicaments

*COQ : comment, où, quand

le niveau de prédisposition à poser un geste suicidaire. Dans la *figure 1*, vous trouverez différents facteurs de risque et diverses conditions utiles pour faire cette évaluation.

Le niveau de risque attribué à la suite de l'examen mental (surtout du contenu de la pensée) nous permet d'apprécier un autre aspect de l'état du patient. Au cours de cet examen, nous rechercherons la présence d'un plan suicidaire (comment + où + quand = COQ)⁸, son potentiel de létalité, l'ambivalence du patient face au suicide et surtout le degré de désespoir de ce dernier. Le *tableau IV* résume le niveau de risque attribué au patient à la suite de cet examen.

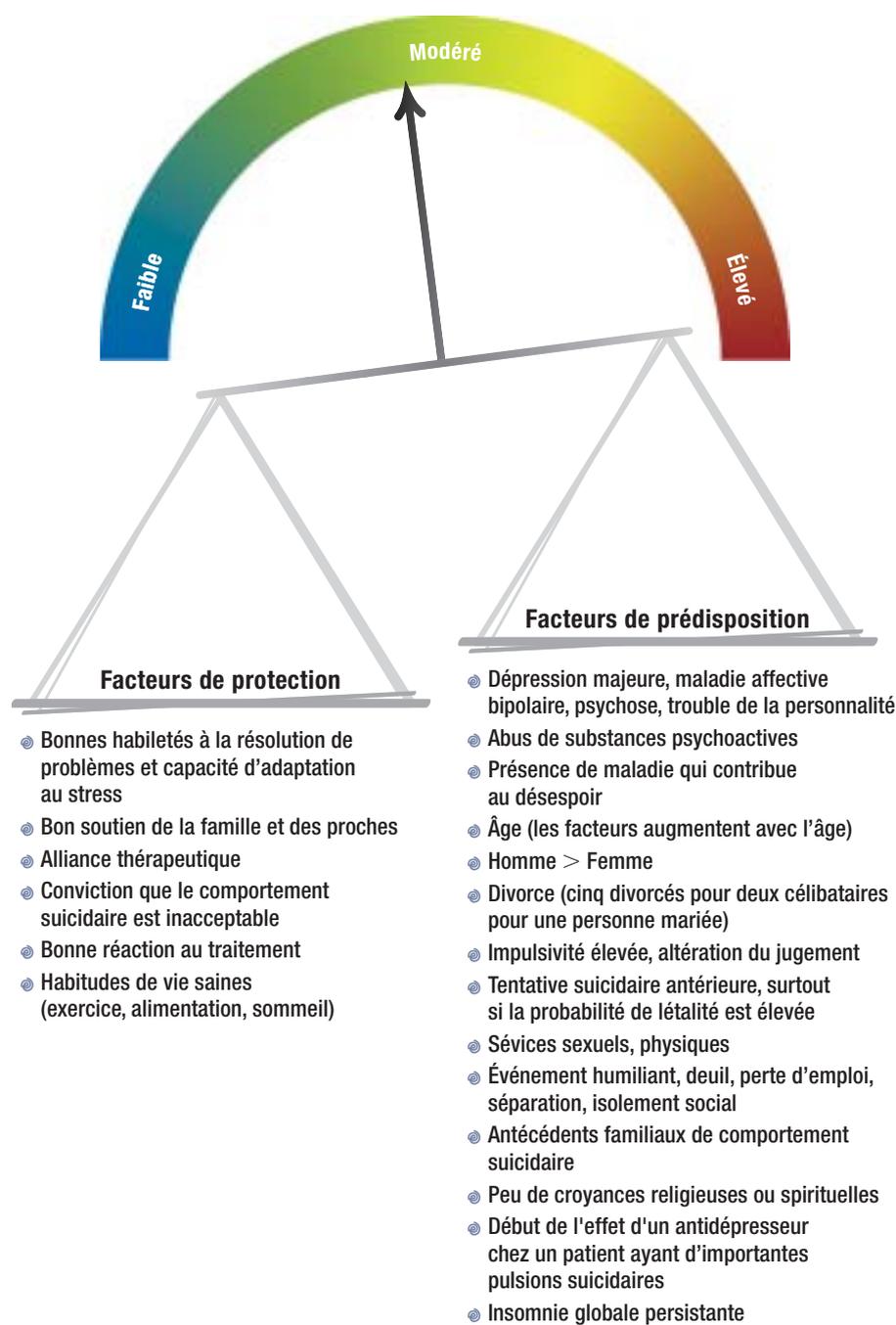
L'évaluation du degré de dangerosité peut être établie selon la probabilité du passage à l'acte, modulée par le potentiel de létalité du plan suicidaire. J'ai résumé cette démarche

au *tableau V*. Le résultat de cette évaluation correspond à l'état de notre patient à un moment bien précis, sous l'influence de certains facteurs. Le passage de l'idéation à la tentative suicidaire peut être très rapide. Il est donc aussi important pour le médecin traitant de prendre en considération la présence de paramètres qui pourraient changer rapidement (impulsivité, facteurs de stress).

Une écoute empathique ainsi qu'une attitude favorisant l'expression de la souffrance et des émotions aident à créer un bon lien thérapeutique qui facilitera la mise en place d'une stratégie de traitement. En présence d'un niveau d'alerte faible, on aide la personne à comprendre ce qui provoque son état de crise actuel. On transmet au patient l'espoir d'une réaction au traitement en explorant avec lui

FIGURE 1

Prédisposition à poser un geste suicidaire



pour optimiser le traitement. De plus, on informe le patient des ressources disponibles en cas d'urgence*.

L'utilisation d'un contrat de non-suicide (*tableau VI*) peut être efficace en présence d'un bon lien thérapeutique. Ce contrat n'est toutefois pas un gage de sécurité. Il peut être efficace sur une courte période si certaines conditions sont respectées : bonne relation de confiance et respect entre les deux parties, acceptation d'un traitement, présence assidue aux rendez-vous. Il est moins fiable en présence d'une forte pulsion suicidaire et d'un faible soutien social. Par ailleurs, il nous permet d'évaluer la capacité du patient de s'engager sans négociation dans une démarche d'aide dans un laps de temps précis.

Une dépression accompagnée d'idées suicidaires nécessite un traitement énergique. Le traitement médicamenteux doit être optimisé. Le choix du médicament tiendra compte des risques de surdosage (prioriser un produit dont l'indice thérapeutique, aussi appelé « index thérapeutique », est élevé, comme un inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine). On évitera de prescrire de grandes quantités de comprimés à la fois. Il peut s'avérer nécessaire de mobiliser le soutien communautaire et de demander une

des pistes de solution. De façon proactive, on tente de briser l'isolement en mobilisant les membres importants de son entourage et en demandant l'aide d'autres intervenants

consultation en deuxième ligne. Le suivi sera aussi plus

* Un seul numéro pour tout le Québec : 1 866 APPELLE (277-3553)

T A B L E A U IV

Niveau de risque établi par l'examen mental

Niveau de risque	Pensées suicidaires	Solutions envisagées	Projets, espoir
Faible	<ul style="list-style-type: none"> Le patient ne pense pas au suicide. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient cherche des solutions. Le patient tente de retrouver un équilibre. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient garde bon espoir.
Faible	<ul style="list-style-type: none"> Le patient pense à ne plus être là. Le patient a des idées suicidaires passagères. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a des stratégies pour faire face à la crise, mais n'y arrive pas. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a des projets d'activités. Le patient garde espoir.
Léger	<ul style="list-style-type: none"> Idéation suicidaire Le patient pense au suicide quelques fois par semaine. Le suicide devient un projet réalisable. Le patient est capable d'écarter l'idée du suicide. Il n'a pas de plan suicidaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Les solutions tentées sont inefficaces ; les possibilités s'épuisent. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient garde espoir et accepte l'aide offerte.
Modéré	<ul style="list-style-type: none"> Rumination suicidaire. Le patient a des idées suicidaires plusieurs fois par jour. Le patient cherche activement des moyens. Les composantes du plan suicidaire : le comment, le où et le quand (COQ) se précisent. Le « comment » n'est pas tout à fait déterminé. Le « quand » est dans un avenir lointain. 	<ul style="list-style-type: none"> Épuisement progressif des solutions. Le patient demeure ambivalent face au suicide. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient cherche une aide immédiate. Effrètement de l'espoir.
De modéré à élevé	<ul style="list-style-type: none"> Cristallisation du plan et de l'intention suicidaire. Idées suicidaires constamment présentes. Les éléments de COQ sont précis. Le « quand » est dans plus de 48 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Le suicide est la seule solution. Équilibre fragile, peu d'ambivalence. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient a besoin que la souffrance cesse. Il abandonne ses projets en cours. Il fait don d'objets significatifs. Il met en ordre ses affaires personnelles. Perte d'espoir.
Élevé	<ul style="list-style-type: none"> Idées suicidaires envahissantes. Tous les éléments du plan suicidaire sont fixés. Les moyens sont disponibles. Le « comment » et le « où » sont précis. Le plan est structuré. Le patient a l'intention d'agir. Le « quand » est dans moins de 48 h. 	<ul style="list-style-type: none"> Le patient est persuadé d'avoir tout tenté. Pour le patient, poser un geste suicidaire est la seule issue. Le patient présente très peu d'ambivalence. 	<ul style="list-style-type: none"> Désespoir, anxiété élevée ou sérénité discordante. Le patient ne voit plus la nécessité de demander de l'aide. Il n'est plus capable de livrer bataille. Il y a absence d'investissement dans l'avenir.

rapproché (quelques jours). Il faut prendre des précautions afin d'éviter l'accès aux moyens suicidaires (par exemple, arme à feu). Toutes ces mesures ont pour but d'interrompre le processus suicidaire.

Lorsque votre patient n'a plus d'espoir ou qu'il ne veut pas s'engager dans un plan de traitement, l'hospitalisation est souvent nécessaire. Le Collège des médecins du Québec⁹

a clairement établi les obligations du médecin en cabinet dans une telle situation (figure 2). Au besoin, il fera appel aux proches, aux intervenants en situation de crise ou aux ambulanciers pour tenter de convaincre le patient de collaborer aux soins proposés. Le refus du patient de consentir aux soins ne libère pas le médecin de sa responsabilité envers ce dernier. Il devra suivre l'algorithme décisionnel

T A B L E A U V

Évaluation de la dangerosité imminente

Degré de dangerosité imminente	=	Probabilité de passage à l'acte à court terme	×	Potentiel de létalité du plan suicidaire
Probabilité de passage à l'acte	=	Niveau de prédisposition à poser un geste suicidaire (figure 1)	+	Niveau de risque établi par l'examen mental (tableau IV)
		<ul style="list-style-type: none"> ● Faible, modéré, élevé ● Stable, instable 		<ul style="list-style-type: none"> ● COQ ● Degré d'ambivalence ● Niveau d'espoir

T A B L E A U VI

Contrat de non-suicide

Je, soussigné _____, m'engage à ne pas porter atteinte à ma santé et à ne pas poser de geste suicidaire jusqu'au _____, date où je dois revoir mon médecin ou un autre intervenant dans l'éventualité où il serait impossible de revoir mon médecin à cette date.

Je m'engage à rencontrer régulièrement mon médecin, le Dr _____, afin de trouver des solutions à mes difficultés.

Je m'engage à aller chercher de l'aide au besoin auprès des adultes suivants de mon entourage :

Nom	Téléphone
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Je m'engage également à communiquer avec un service d'aide pour parler de mon désir de passer à l'acte, si tel était le cas.

Service d'aide : partout au Québec
1 866 APPELLE (277-3553)
URGENCE : 911 (police-ambulance)

En foi de quoi, j'ai signé : _____

En date du _____

Témoïn _____

décrit à la figure 2. La même conduite s'applique pour la prise en charge de la dangerosité envers les autres.

Bien que le suicide ne puisse être empêché à coup sûr, le médecin doit prendre les mesures qui s'imposent pour tenter de l'éviter (obligation de moyens).

Myriam présente une détresse psychologique (vulnérabilité), mais cherche des solutions et ne pense pas au suicide.

Myriam présente au moins cinq symptômes indiqués dans le DSM-IV qui respectent les cinq conditions nécessaires pour poser le diagnostic de dépression (notamment un changement important par rapport au fonctionnement antérieur). Elle paraît surprise quand vous lui dites qu'elle fait probablement une dépression. Elle vous demande alors d'assurer le suivi, car vous êtes le seul médecin qu'elle ait consulté dans les cinq dernières années. Vous acceptez. Quand vous commencez à parler d'antidépresseurs, elle refuse catégoriquement de prendre des pilules, « du moins tant que le diagnostic ne sera pas absolument certain ».

Myriam maintient sa demande d'arrêt de travail. Elle présente une maladie réelle qui entraîne des difficultés de fonctionnement sur les plans cognitif et social. Son rendement au travail s'en trouve nettement diminué.

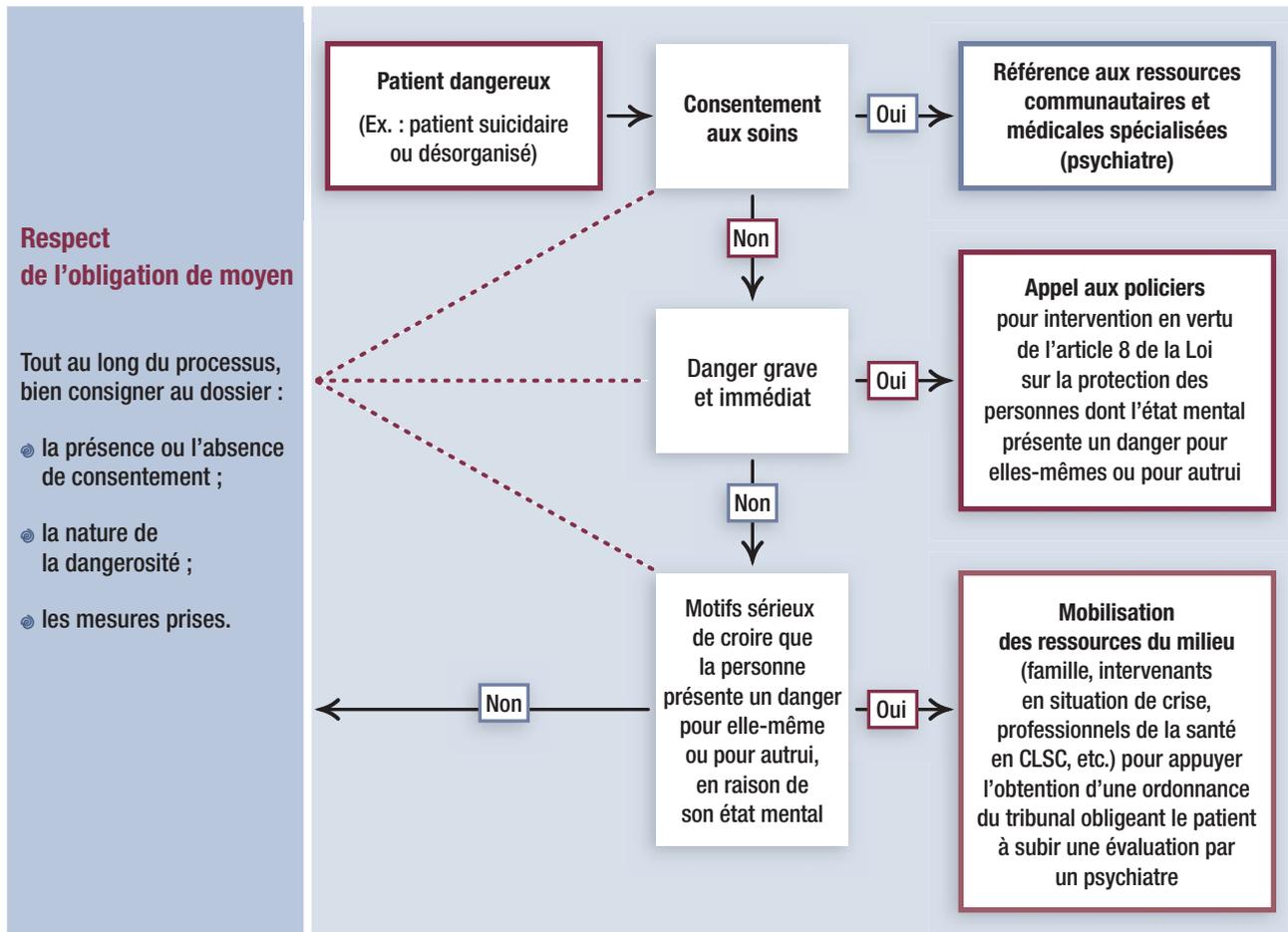
Comment évaluer l'invalidité ?

J'ai tenté de décrire sommairement, au tableau VII, la marche à suivre pour étayer un arrêt de travail. J'y indique quelques points de repère, mais il revient à chaque médecin de juger si le patient est apte ou non au travail. Il est important de préciser, au début de la prise en charge, quelles sont les incapacités (limitations) du patient. Ces incapacités pourront ensuite devenir des objectifs thérapeutiques. Le médecin doit aussi soupeser les risques d'un arrêt de travail^{10,11}.

Vous jugez que Myriam n'est actuellement pas apte à travailler et que son désir de reporter le traitement pharmacologique ne représente pas un manque d'effort de sa part pour améliorer son état. Vous remettez à Myriam une demande d'examen de laboratoire. Vous vous entendez avec elle pour un arrêt de travail de deux semaines avec un

FIGURE 2

Obligations du médecin en cabinet envers les personnes qui, en raison de leur état mental, présentent un danger pour elles-mêmes ou pour autrui



Source : Marchand M, Grunbert F. Le médecin de première ligne et le patient suicidaire ou désorganisé. *Le Collège* 2002 ; 42 (1) : 21. Reproduction autorisée.

diagnostic provisoire de dépression majeure. Vous lui donnez un rendez-vous dans dix jours pour approfondir l'anamnèse et procéder à un examen plus complet. Enfin, vous lui conseillez de rester active (marche) et de se rendre rapidement au service

de consultation sans rendez-vous si son état se détériore. ☞

Date de réception : 10 novembre 2003

Date d'acceptation : 29 mars 2004

Mots-clés : dépression, suicide, invalidité

Il revient à chaque médecin de juger si le patient est apte ou non au travail. Il est important de préciser, au début de la prise en charge, quelles sont les incapacités (limitations) du patient. Ces incapacités pourront ensuite devenir des objectifs thérapeutiques. Le médecin doit aussi soupeser les risques de cet arrêt.

REPÈRE

T A B L E A U VII

Évaluation de l'invalidité : points de repères

L'invalidité peut s'appliquer si les points suivants sont respectés :

- 1) un individu (patient)
- 2) présente une incapacité découlant d'une maladie ou d'une blessure
- 3) qui le limite dans la réalisation de son travail

1) L'individu (patient, malade) n'est pas jugé responsable de sa maladie (il ne s'agit pas d'un trouble factice, ni d'une simulation). Il doit s'efforcer de guérir.

2) Blessure ou maladie	→	Déficiences (dysfonctionnement), anomalie de structure, d'apparence ou de fonctionnement	→	Incapacité : atteinte de la capacité de l'individu à satisfaire ses besoins ou à respecter ses engagements (limitation)
Ex. : Dépression	→	Trouble de concentration	→	Incapacité de faire une tâche complexe

3) Exigences du travail :

- transport, déplacement, rendement, relations interpersonnelles ;
- besoin de concentration, pensée abstraite, motivation ;
- constance, vitesse d'exécution.

Congé de maladie, arrêt de travail = invalidité totale temporaire

Retour progressif, programme de soutien = invalidité partielle temporaire

Risques occasionnés par la sous-évaluation de l'incapacité

- Perception du milieu de travail : l'individu a un fonctionnement déficitaire
- Risque de perte d'emploi, exposition à des stress qui peuvent contribuer à ralentir le processus de guérison

Risques occasionnés par la surévaluation de l'incapacité

- Perte de contact avec le milieu du travail, déconditionnement, perte du réseau social
- Accentuation de l'apathie et de l'évitement
- Accentuation d'une dépendance chez les patients présentant des risques

28

Bibliographie

1. Bexton BG, Tourjman SV, Debonnel G, Ladouceur R. La dépression. *L'actualité médicale* 2002 ; 23 (42) : 2-3.
2. Kennedy SH, Lam RW, Cohen NL, Ravindra AV et le groupe de travail sur la dépression du CANMAT. Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs. *Rev Can Psychiatrie* 2001 ; 46 (Suppl 1) : 13-20, 22-23, 26-27.
3. Pincus HA, Wise T, First MB et le groupe de travail sur le DSM-IV-PC. *DSM-IV Soins primaires*. Paris : Masson ; 1998.
4. Lefort PE. La dépression majeure et le risque suicidaire. *MedActuel FMC* 2003 ; 3 (6) : 14.
5. Goulet J. La dépression majeure et ses complications, syllabus, formation médicale continue. Mise à jour en omnipratique, 17 octobre 2003. Montréal, Aéroport Hilton avec la collaboration des polycliniques Masson, Saint-Laurent et Lévesque.
6. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 1985 ; 142 (5) : 559-63.
7. Gagnon A. Savons-nous comment traiter l'état suicidaire? *L'omnipraticien* 2001 ; 5 (1) : 7-14.
8. Association québécoise de prévention du suicide. L'urgence suicidaire. Association québécoise de prévention du suicide (Éd.). Programme

S U M M A R Y

Exhausted, Myriam is consulting at the walk-in clinic.

Although a major depressive disorder is a windsurfing and manageable disease, it is often missed. If suspected, you must look for the DSM-IV diagnostic criteria. Suicide is a frequent complication resulting from this illness; signs of hopelessness should bring you up to a high level of alert. Depression usually leads to a working incapacity. But it is important for the physician to weigh the pros and cons of a working break.

Keywords: depression, suicide, working break

9. provincial Intervenir en situation de crise suicidaire 2001 ; 30-32. Document inédit, Montréal.
10. Marchand M, Grunberg F. Le médecin de première ligne et le patient suicidaire ou désorganisé. *Le Collège* 2002 ; 42 (1) : 18-21.
11. Lepage D. *L'omnipraticien et le congé de maladie*. Pot-pourri psychiatrique, formation médicale continue, Faculté de médecine, Université de Sherbrooke 2002 ; 78-87. Site Web : <http://cpc.med.usherbrooke.ca>.