



 FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS  
DU QUÉBEC



## LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

---

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

---

LA REVUE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

# FORMATION EN LIGNE EN GROUPE

PLUS DE  
400 FORMATIONS  
EN LIGNE ACCRÉDITÉES  
EN TOUT TEMPS  
ET DES NOUVEAUTÉS  
CHAQUE SEMAINE

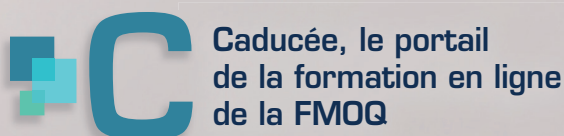
## INFORMATION IMPORTANTE :

Le responsable de groupe, **obligatoirement omnipraticien** ou résident en médecine familiale, **organise et gère l'activité comme suit :**

- **INSCRIPTION EN GROUPE** à la formation en ligne à partir du répertoire de Caducée ;
- **GESTION DES ÉTAPES OBLIGATOIRES** pour l'obtention des crédits de tous les participants ;
- **DEMANDE** spécifique d'allocation du fonds de formation auprès de la FMOQ pour toute activité de 3 heures consécutives.

NOMBRE DE PARTICIPANTS*	DE 3 À 10 OPTION A	DE 11 À 15 OPTION B	DE 16 À 20 OPTION C	DE 21 À 25 OPTION D
<b>ABONNEMENT D'UN AN (ACCÈS ILLIMITÉ)</b>	<b>1598 \$</b>	<b>2397 \$</b>	<b>3196 \$</b>	<b>3995 \$</b>
FORFAIT DE 12 HEURES	930 \$	1395 \$	1860 \$	2325 \$
FORFAIT DE 6 HEURES	520 \$	780 \$	1040 \$	1300 \$
ACHAT À L'UNITÉ (PAR HEURE)	100 \$	150 \$	200 \$	250 \$

Informations et options d'achat sur le portail Caducée, onglet **FORMATION**, section « Tarifs de la formation en ligne », choisir « De groupe » et sur [fmoq.org](http://fmoq.org).



\* Responsable du groupe compris. Si le groupe a déjà un forfait de 6 ou de 12 heures, les heures payées et non utilisées seront automatiquement déduites du prix de l'abonnement au moment de l'achat.

Un paiement unique doit être fait par le responsable du groupe. Reçu d'achat disponible dans le profil du responsable de groupe sur [caducee.fmoq.org](http://caducee.fmoq.org), onglet FMOQ, section « Mes reçus ».







---

## LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

---

### ÉDITORIAL

Pour un discours public  
sain et constructif

### ÉGALEMENT DANS LE MONDE SYNDICAL

Entrevue avec la D<sup>re</sup> Caroline Delisle  
de l'Association des médecins  
omnipraticiens de Richelieu—  
Saint-Laurent : une nouvelle  
présidente et ses idées

---

LE **MÉDECIN** DU QUÉBEC

---

LA REVUE DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC

# La Gaspésie au cœur de ta pratique



Dans nos 4 RLS :

- équipes interprofessionnelles dévouées
- plateaux techniques contemporains
- support administratif efficace et convivial
- leadership compétent et prévenant

**Besoins prioritaires: prise en charge - urgence  
- obstétrique - courte durée - CHSLD**

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de la Gaspésie  
Québec



*Communiquez avec nous pour obtenir tous les détails*



# POUR UN DISCOURS PUBLIC SAIN ET CONSTRUCTIF

DR MARC-ANDRÉ AMYOT  
PRÉSIDENT DE LA FMOQ

Marc-André  
Amyot



Deux mois après la sortie du ministre au sujet des « 13 000 patients vulnérables [qui attendraient] entre deux et trois ans avant de trouver un médecin de famille » dans le but de justifier l'adoption d'un règlement coercitif découlant de la loi 11, nous en savons davantage sur ces données. La grande majorité de ces patients ont accès au réseau par l'entremise d'un médecin ou d'une autre ressource, et les patients identifiés « A » ou « B » sont rapidement inscrits. De plus, globalement, près de la moitié des rendez-vous médicaux sont alloués aux patients vulnérables. Ces chiffres montrent que nous faisons preuve au quotidien d'un **dévouement certain envers les personnes qui en ont le plus besoin** et que nous devons poursuivre nos efforts en ce sens.

D'un autre angle, **cette affirmation ambiguë du ministre provoque le contraire de l'objectif souhaité**. Elle sème l'inquiétude sur le terrain sans améliorer les services à la population, dévalorise la profession et réduit encore un peu plus l'attractivité de la médecine de famille. Pourtant, la signature d'une entente sur l'accès aux soins qualifiée d'« historique », la création d'une table nationale sur la valorisation de la médecine familiale, les travaux rigoureux portant sur l'organisation optimale des soins et le mieux-être au travail montrent que **la FMOQ et ses partenaires, dont le MSSS, travaillent d'arrache-pied** à rendre la profession toujours plus attrayante et les services plus accessibles.

Il est d'autant plus désolant de constater à quel point les discours politiques tendancieux nuisent grandement aux efforts colossaux des dernières années. Nous tenons encore une fois à affirmer que **le travail de collaboration dans un climat de confiance** constitue la clé de la réussite.

Depuis la diffusion du webinaire du 29 février sur ce projet de règlement, de nombreux médecins nous ont fait part de **leur volonté d'exprimer leur désaccord aux élus**. Dans la section « Affaires syndicales » de notre site Web, vous trouverez comment vous y prendre pour contribuer au débat. La période de consultation sur ce projet s'attaquant

à notre droit reconnu à la négociation, à notre autonomie professionnelle et, par ricochet, à l'accès à la première ligne se termine **début d'avril**.

## JUMELAGE DU CARMS : UNE HÉMORRAGIE À FREINER

Le manque de valorisation de la médecine familiale au cours de la dernière décennie a laissé des marques importantes, notamment auprès des étudiants. Nous aurons beau augmenter le nombre de places en médecine familiale dans les facultés, **encore faut-il que ces derniers la choisissent** et aient envie de la pratiquer. Le 19 mars dernier, ils étaient encore trop nombreux à bouder ce choix de résidence lors du jumelage du CaRMS, 91 postes étant demeurés vacants dans les facultés québécoises au premier tour. Chaque poste de formation non pourvu nous prive d'un médecin de famille potentiel pour les trente prochaines années. Avons-nous le luxe d'un tel déficit d'attractivité? Nous devons **tout mettre en œuvre pour freiner cette hémorragie**, à commencer par un discours public sain et constructif.

## ENSEMBLE POUR INNOVER !

Le **Congrès des membres de la FMOQ** sous le thème « Ensemble pour innover » **se tiendra les 9 et 10 mai** prochains, à Montréal. On y abordera des enjeux cruciaux, comme le mieux-être, l'innovation, l'avenir de la médecine de famille et de l'action syndicale. Ce congrès risque d'être fort intéressant ! Ne tardez pas à vous y inscrire, le nombre de places en personne étant limité.

Malgré les tempêtes, les messages publics parfois irritants et les enjeux structurels que l'on connaît, j'invite la Fédération et ses membres à poursuivre sur leur lancée. Depuis le printemps 2022, les médecins de famille ont **inscrit collectivement près d'un million de patients dits orphelins**, y compris de nombreux « patients vulnérables », proposé des idées innovantes comme le GAP et fait un appel fort à la collaboration interprofessionnelle. Continuons donc d'être en action, de nous mobiliser et d'agir de façon constructive !

Le 20 mars 2024



Tous les sites Internet mentionnés dans les articles du *Médecin du Québec* sont présentés sous forme de liens hypertextes sur notre site Internet au [www.lemedecinduquebec.org](http://www.lemedecinduquebec.org). Vous avez donc accès directement aux références indiquées d'un simple clic de souris.

## DIRECTEUR DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

D<sup>e</sup> Claude Guimond

## RÉDACTRICE EN CHEF

D<sup>e</sup> Louise Fugère

## COMITÉ ÉDITORIAL

D<sup>r</sup> Guillaume Charbonneau, président

D<sup>r</sup> Kevin Girard

D<sup>e</sup> Louise Fugère

D<sup>r</sup> Claude Guimond

D<sup>e</sup> Anne-Louise Boucher

D<sup>e</sup> Isabelle Noisieux

## COMITÉ DE

### RÉDACTION SCIENTIFIQUE

D<sup>e</sup> Louise Champagne, présidente

D<sup>e</sup> Mylène Arsenaud

D<sup>e</sup> Myriam Gosselin

D<sup>r</sup> Alain Parent

D<sup>r</sup> Marc-Antoine Turgeon

D<sup>e</sup> Louise Fugère

D<sup>r</sup> Claude Guimond

D<sup>e</sup> Isabelle Noisieux

## COORDONNATRICE

### DE LA PRODUCTION ET

### INFOGRAPHISTE SÉNIOR

Anne-Marie Boiteau

## JOURNALISTES MÉDICALES ET RÉDACTRICES SYNDICALES

Élyanthe Nord

Annie Labrecque

Nathalie Vallerand

## RÉVISEUSE ET TRADUCTRICE

Martine Picard

## ADJOINTES ADMINISTRATIVES

Christine Brendell-Girard

Karine Cuny

## PHOTOGRAPHE

Élyanthe Nord

## CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Mélisande Leduc

## PUBLICITÉ

CPS Média inc.

Mélanie Crouzatier

[mcrouzatier@cpsmedia.ca](mailto:mcrouzatier@cpsmedia.ca)

450 227-8414

1 866 227-8414, poste 304

## IMPRIMEUR

Transcontinental/Interweb

Boucherville (Québec)

### ATTESTATION

L'éditeur atteste que la déduction des frais de publicité du présent journal n'est pas restreinte par l'article 19 de la *Loi de l'impôt canadien sur le revenu*. Un annonceur qui remplit une déclaration d'impôt fédéral peut réclamer à titre de frais d'exploitation les frais de publicité dans la présente publication.

*Le Médecin du Québec*, mensuel de la FMOQ, est envoyé aux médecins omnipraticiens du Québec ainsi qu'aux résidents en médecine familiale. Ceux qui désirent renoncer à leur abonnement doivent en faire la demande par écrit à la rédaction :

2000-3500, boul. De Maisonneuve Ouest, Westmount (Québec) H3Z 3C1  
Téléphone : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499 / Télécopieur : 514 878-2659  
Courrier électronique : [mq@fmoq.org](mailto:mq@fmoq.org) / Site Internet : [lemedecinduquebec.org](http://lemedecinduquebec.org)

Abonnement : 200 \$ par année, taxes applicables en sus.  
Tirage : 11 223.

*Le Médecin du Québec* ouvre ses pages à toute collaboration pouvant intéresser la profession médicale sur les plans syndical, professionnel, économique et social. Les textes de la section de formation continue de même que ceux à caractère scientifique sont révisés par des pairs (comité de rédaction scientifique).

Avant de prescrire un médicament mentionné dans la revue *Le Médecin du Québec*, l'éditeur conseille aux lecteurs de consulter les renseignements thérapeutiques publiés par les fabricants pour connaître la posologie, les mises en garde, les contre-indications et les critères de sélection des patients. *Le Médecin du Québec* se dégage de toute responsabilité à cet égard.

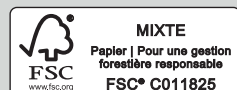
Les textes publiés dans cette revue n'engagent que leurs auteurs.  
Membre de l'Association des médias médicaux du Canada.

*Le Médecin du Québec* est une revue indexée dans la base de données Repère.

Toutes les annonces de produits pharmaceutiques sur ordonnance ont été approuvées par le Conseil consultatif de publicité pharmaceutique. Toutes les autres annonces doivent recevoir l'approbation de l'éditeur.

Envoi de Poste - Publications - Convention n° 40068972

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives nationales du Québec - ISSN 0025-8692  
Reproduction interdite sans autorisation.  
© *Le Médecin du Québec*, 2024.



## ÉDITORIAL

- 1 **POUR UN DISCOURS PUBLIC SAIN ET CONSTRUCTIF**  
MARC-ANDRÉ AMYOT

## BILLET

- 7 **DONS DE SOI EN CETTE SEMAINE DU DON D'ORGANES**  
LOUISE FUGÈRE

## VIE PROFESSIONNELLE

ÉLYANTHE NORD

- 8 **ASSOCIATION DE RICHELIEU-SAIN-T-LAURENT : UNE NOUVELLE PRÉSIDENTE ET SES IDÉES**
- 10 **ENFANTS DE 3 À 6 ANS : ÉCRANS ET SANTÉ MENTALE**
- 12 **TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL : LES SPORTIFS SONT-ILS PLUS RÉSILIANTS ?**
- 15 **BACTÉRIÉMIE GRAM-NÉGATIVE NON COMPLIQUÉE : PASSER DES ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE AUX ANTIBIOTIQUES PAR VOIE ORALE**
- 16 **LIVRES**



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS  
DU QUÉBEC

## FORMATION CONTINUE

- 19 **LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS**  
FRÉDÉRIK D'ARAGON
- 21 **DON DE REIN D'UN DONNEUR VIVANT : QUE DEVEZ-VOUS SAVOIR ?**  
CAROLINE LAMARCHE  
ET MYRIAM KHALILI
- 27 **IDENTIFICATION DES DONNEURS D'ORGANES : RÔLES CLÉS DU MÉDECIN DE FAMILLE**  
MARC BROUSSEAU  
ET PATRICIA AYOUB
- 31 **MODÈLE DE CONSENTEMENT AU DON D'ORGANES : UNE SOLUTION PRÉSUMÉE**  
MATTHEW J. WEISS
- 37 **LE VETO DES FAMILLES AU DON D'ORGANES : QUI A LE DERNIER MOT ?**  
LOUISE BERNIER  
ET MARINE MAGEAU
- 43 **LE DON DE TISSUS POUR LA GREFFE, VOUS CONNAISSEZ ?**  
ÉTIENNE FISSETTE, MARC GERMAIN  
ET MÉLANIE DIEUDE
- 47 **POST-TEST (AVEC CRÉDITS)**

## CHRONIQUES

- 49 **ALLEZ PLUS LOIN GRÂCE À INTERNET DONNER ET RECEVOIR UN ORGANES**  
ROBERT AUBIN
- 50 **ZONE TECHNO**  
INTELLIGENCE ARTIFICIELLE : PROJETS PROMETTEURS  
GILLES TOUSIGNANT
- 51 **QUESTIONS DE BONNE ENTENTE**  
MÉDECINS LOCATAIRES : METTEZ VOS HONORAIRES À L'ABRI  
MICHEL DESROSIERS
- 55 **POUR QUE LA FORMATION CONTINUE DON DE TISSUS ET AMM : NOUVEAUX PROCESSUS DE RECOMMANDATION**  
AUDREY LAFORTUNE, GILLES BEAUPRÉ  
ET SABRINA ROBICHAUD
- 61 **GESTION PRATIQUE**  
LE GUIDE PRATIQUE DE LA FMOQ : TOUT LE MONDE Y TROUVE SON COMPTE !  
MARIE-PIERRE LAFLAMME  
ET MARIANNE CASAVANT
- 63 **VUE SUR L'OBSERVATOIRE**  
TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ AVEC LES AGONISTES GLP-1 : EFFETS POSITIFS SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE  
MARTIN JUNEAU
- 65 **FONDS FMOQ**  
LA PÉNURIE DE LOGEMENTS LOCATIFS : BIEN PLUS QU'UN ENJEU D'IMMIGRATION  
DAVID DUPUIS
- 68 **EN FIN... LA FACTURATION**  
RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN À HONORAIRES FIXES DURANT UNE PÉRIODE D'INVALIDITÉ-III  
MICHEL DESROSIERS
- 70 **INDEX DES ANNONCEURS**





**Lorsque vos patients atteints de trouble dépressif majeur obtiennent une réponse inadéquate à leur traitement antidépresseur**

**Envisagez l'ajout de Pr REXULTI<sup>MD</sup>**

Pr REXULTI<sup>MD</sup> est indiqué en appoint à des antidépresseurs pour le traitement du trouble dépressif majeur (TDM) chez les adultes ayant obtenu une réponse inadéquate aux traitements antérieurs avec des antidépresseurs prescrits pour l'épisode dépressif en cours<sup>13</sup>.

**Pour de plus amples renseignements :**

Consultez la monographie de produit au [www.rexultimonographie.ca](http://www.rexultimonographie.ca) pour obtenir des renseignements importants sur l'usage clinique, les mises en garde et précautions, les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans le présent document. La monographie est également offerte sur demande en appelant au **1 877 341-9245**.

\* REXULTI est admissible à un remboursement dans le cadre du Programme des services de santé non assurés, de Service correctionnel du Canada et d'Anciens combattants Canada (usage général) et à une couverture en vertu du régime d'assurance médicaments des provinces et territoires suivants : Alberta et Nouveau-Brunswick (prestation régulière); Ontario (usage général); Manitoba, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador et Territoires du Nord-Ouest (sans restriction).





**REMBOURSÉ** par la plupart des régimes d'assurance publics et privés<sup>1-12\*</sup>



**Références :** **1.** REXULTI. Données internes. Régimes d'assurance privés. **2.** Ministère de la Santé de l'Alberta. Liste des médicaments. 1<sup>er</sup> avril 2021. **3.** Régime d'assurance médicaments du Manitoba. Résultats de recherche. 1<sup>er</sup> décembre 2021. **4.** Programme de médicaments de l'Ontario. Liste des médicaments. 26 février 2021. **5.** Données internes. Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd. 2019. Couverture par le SSNA. **6.** Terre-Neuve-et-Labrador. Mise à jour de la liste des médicaments. 12 mai 2022. **7.** Service correctionnel du Canada. Données internes. Août 2019. **8.** Anciens combattants Canada. Résultats de recherche. 2 novembre 2021. **9.** Territoires du Nord-Ouest. Données internes, TNO. 17 novembre 2020. **10.** Régime d'assurance médicaments du Nouveau-Brunswick – Bulletin n° 1087. 26 septembre 2022. **11.** Régime d'assurance médicaments de la Nouvelle-Écosse – Pharmacare News. Septembre 2022. **12.** Santé IPE. PEI Pharmacare Bulletin. 16 novembre 2022. **13.** Monographie de REXULTI. Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd.



**Est-ce le moment de choisir REXULTI pour vos patients ? Visitez [REXULTI.ca/fr](https://www.rexulti.ca/fr)**

REXULTI est une marque déposée d'Otsuka Pharmaceutical Co., Ltd., utilisée sous licence par Otsuka Canada Pharmaceutique.  
© Otsuka Canada Pharmaceutique et Lundbeck Canada Inc. Tous droits réservés.  
OTS-REX-00060F





Au Québec, près de **1 personne sur 3** ayant été **victime de grossophobie** dit l'avoir vécu **lors d'une visite médicale\***.



Cette forme de discrimination n'est pas sans conséquence pour la santé et le bien-être de vos patients et patientes.

**Comment mieux communiquer sur le poids sans nuire?**

Consultez la **Trousse pour des communications saines liées au poids** développée par le Collectif Vital, une initiative de l'Association pour la santé publique du Québec, sur [collectifvital.ca](https://collectifvital.ca).



*En gros, parlons-en différemment!*



[collectifvital.ca](https://collectifvital.ca)



\*Sondage Léger réalisé pour le compte de l'ASPQ en juillet 2023 auprès de 1 001 Québécois(e)s ayant un IMC de 25 ou plus.

# Thèmes de **FORMATION CONTINUE** des prochains numéros

## 2024

**MAI** MALADIE DE PARKINSON  
ET PARKINSONISME

**JUIN** L'ÉCHOGRAPHIE  
AU CABINET

**JUILLET** LA PROSTATE

**AOÛT** L'INSUFFISANCE  
RÉNALE CHRONIQUE

**SEPTEMBRE** LES TROUBLES  
DU SOMMEIL

**OCTOBRE** PRATIQUE AVISÉE :  
MIEUX CHOISIR  
NOS EXAMENS ET  
NOS TRAITEMENTS

**NOVEMBRE** L'INFERTILITÉ

**DÉCEMBRE** LA RHUMATOLOGIE

*Félicitations aux **2857 médecins** qui ont  
obtenu trois heures d'activité de DPC (type A)  
en répondant au post-test d'août 2023!*



## DONS DE SOI EN CETTE SEMAINE DU DON D'ORGANES

Faire coïncider ce numéro sur les dons d'organes et de tissus avec la Semaine nationale de sensibilisation au don d'organes et de tissus va de soi.

La pénurie d'organes et de tissus est bien réelle. C'est un enjeu de santé majeur au Québec ! Le médecin de famille est un acteur clé quand il s'agit de sensibiliser ses patients, de les accompagner dans leur décision et de les aider dans leur démarche, le cas échéant.

Un article complémentaire au cahier de formation vous est offert dans la chronique « Pour que la formation continue » afin de vous informer du nouveau processus de recommandation pour les donneurs potentiels de tissus humains dans le cadre de l'aide médicale à mourir. C'est une première !

Bonne lecture !



D<sup>RE</sup> LOUISE FUGÈRE  
RÉDACTRICE EN CHEF

*Louise  
Fugère*





## ASSOCIATION DE RICHELIEU-SAINST-LAURENT

# UNE NOUVELLE PRÉSIDENTE ET SES IDÉES

La D<sup>re</sup> Caroline Delisle, présidente de l'Association des médecins omnipraticiens de Richelieu-Saint-Laurent, désire que l'on soutienne les chefs de GMF dans leur rôle de gestionnaire. Elle a aussi des suggestions pour rendre la pratique plus efficace.

NATHALIE VALLERAND

**M.Q. – VOUS VOUS INTÉRESSEZ PARTICULIÈREMENT À LA QUESTION DE LA GESTION DES CLINIQUES MÉDICALES.**

**C.D. •** Oui. Il faut soutenir davantage les médecins qui gèrent les cliniques. C'est un rôle qui peut faire peur, car notre formation en médecine ne nous y prépare pas. De plus, les femmes ont tendance à se faire moins confiance que les hommes pour diriger une clinique, alors qu'elles sont maintenant majoritaires dans la profession. Elles ont pourtant toutes les qualités nécessaires.

Pour que les cliniques demeurent entre les mains des médecins, il est important d'appuyer les omnipraticiens gestionnaires. Comme je gère un GMF depuis des années, je peux dire qu'un cabinet constitue une dépense, et non une façon de faire de l'argent. Cependant, lorsqu'une clinique appartient à une entreprise privée, l'objectif est plus de faire des profits que d'offrir des services de santé à la population.

**M.Q. – AVEZ-VOUS UNE SOLUTION À PROPOSER ?**

**C.D. •** Notre association travaille à l'organisation d'une journée de formation et de réseautage pour les chefs de GMF de notre région. Nous sommes encore en train d'évaluer les besoins, mais l'idée est de donner de la formation en gestion et de partager les bons coups qui pourraient être utiles aux autres cliniques. Est-ce que des médecins expérimentés en gestion pourraient offrir du mentorat ? C'est aussi une avenue à explorer. Cette formule existe pour le rôle de médecin, mais pas pour celui de gestionnaire. Il y a de l'entraide oui, mais je pense qu'il est possible de faire plus pour outiller les médecins en gestion et attirer la relève. Ce sont souvent des médecins assez âgés qui dirigent les cliniques. Il faut de la relève si on veut éviter que ces dernières passent dans les mains du privé.

**M.Q. – QUELS SONT LES AUTRES DOSSIERS IMPORTANTS POUR VOUS ?**

**C.D. •** Je tiens à préserver notre autonomie de pratique. Plus il y a de règles, plus les médecins se sentent coincés. Par exemple, modifier sa pratique est plus difficile qu'avant. C'est dommage parce que ce qui est intéressant dans la médecine familiale, c'est la possibilité d'avoir diverses pratiques dans différents milieux et de changer en cours de route. Je ne veux pas perdre cette flexibilité. Déjà que depuis l'ère Barrette, les ententes concernant les GMF sont toutes pareilles au lieu d'être adaptées aux caractéristiques régionales.

De plus, je souhaite que les médecins de GMF aient leur mot à dire dans la sélection des infirmières qui viennent travailler dans leur clinique. Lorsqu'un professionnel n'est pas sur la même longueur d'onde que le reste de l'équipe, la collaboration interprofessionnelle s'en ressent. J'espère par ailleurs que dans le nouvel accord-cadre la notion du « lui-même » sera abandonnée, ce qui favoriserait une vraie collaboration et nous permettrait de gagner en efficacité.

**M.Q. – JUSTEMENT, AVEZ-VOUS DES SUGGESTIONS CONCERNANT L'EFFICACITÉ ET L'ORGANISATION DE LA PRATIQUE ?**

**C.D.** • Pour commencer, j'ai des doléances. Il faut saupoudrer moins de services un peu partout et mieux les coordonner. On a confié des responsabilités liées au dépistage et au diagnostic à plusieurs intervenants du réseau de la santé. Un même service peut ainsi être offert en cabinet, au CLSC ou dans une clinique d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS). Cette situation crée de la confusion tant pour les patients que pour les médecins. Il y a de belles idées, mais elles ne mènent nulle part lorsque la coordination fait défaut.

**M.Q. – POUVEZ-VOUS DONNER UN EXEMPLE ?**

**C.D.** • Il est maintenant recommandé de suggérer aux adolescentes le stérilet comme moyen de contraception, avant la pilule. Mais où doivent-elles cogner ? Ce service est offert à plusieurs endroits. Si une jeune fille va voir son médecin de famille et que ce dernier ne pose pas de stérilet, il peut avoir le réflexe de faire une demande au centre de répartition des demandes de service (CRDS). Il ne sait peut-être pas que le CLSC et la clinique d'IPS offrent ce service ni que d'autres omnipraticiens de son territoire pourraient l'aider. Au CRDS, la patiente va attendre deux ans. Elle risque alors de tomber enceinte et de se faire avorter. Cette situation pourrait être évitée avec une meilleure coordination.

**M.Q. – QUELLES AUTRES AMÉLIORATIONS SOUHAITEZ-VOUS ?**

**C.D.** • Il faut enfin donner aux médecins de famille en cabinet l'accès à un plateau technique sept jours par semaine, comme à l'hôpital. Actuellement, il faut parfois des mois avant que mes patients passent les tests. Pendant ce temps-là, ils me consultent plusieurs fois parce qu'ils vont mal, qu'ils sont désemparés. Si je pouvais faire faire les tests rapidement, cela éviterait des consultations inutiles. La bonne nouvelle, c'est qu'il y a un projet en ce sens dans ma région, mais il en faudrait partout.

Pour les patients hospitalisés, je pense qu'il est important de mieux préparer leur sortie de l'hôpital. Il faudrait peut-être avoir des protocoles à cette fin. Les gens qui ont subi une intervention chirurgicale ne devraient pas se retrouver dans le cabinet de leur médecin de famille ni à l'urgence lorsqu'ils ont une complication une fois à la maison. Même chose pour les personnes qui ont été hospitalisées en cardiologie ou dans une autre spécialité. Il n'y a qu'en oncologie où les patients ont accès à une infirmière pivot. Pour le reste, les problèmes retombent toujours dans la cour de la première ligne.

**M.Q. – COMME PRÉSIDENTE, QUELS SONT VOS PROJETS POUR L'ASSOCIATION ?**

**C.D.** • Je souhaite favoriser la communication entre les membres et l'association, mais aussi entre les médecins. Nous avons d'ailleurs organisé en février dernier une journée de formation et d'information pour les omnipraticiens comptant moins de cinq ans de pratique, qu'ils soient membres ou non de l'association. La formation portait sur la facturation et sur les exigences en matière de formation professionnelle continue. Ensuite, il y a eu un 5 à 7 au cours duquel nous avons transmis de l'information syndicale de manière ludique.

**M.Q. – COMPTEZ-VOUS RÉPÉTER L'EXPÉRIENCE ?**

**C.D.** • Nous espérons en faire un événement annuel. Les jeunes médecins sont tellement pris par les difficultés du début de pratique qu'ils ont souvent une connaissance limitée du rôle de la FMOQ et de ses associations. Une telle journée permet de leur faire connaître l'association, tout en les outillant. Je pense aussi que cela peut contribuer au développement d'un sentiment d'appartenance. L'humain est un être social. Or, avec la formation continue qui se donne de plus en plus par webinaire, même les médecins d'une même région ne se connaissent pas. Oui, on gagne du temps à tout faire devant un écran, mais ce n'est pas ainsi qu'on crée un véritable sentiment d'appartenance.

**M.Q. – UN MOT POUR CONCLURE ?**

**C.D.** • Le site de la Montérégie de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke va bientôt commencer un projet de recherche sur la valorisation de la médecine familiale dès le début des études de médecine. L'objectif est de rendre la profession plus attrayante. C'est tellement important ! J'espère qu'un jour, la médecine familiale sera le premier choix des étudiants en médecine. Et aussi qu'on dira aux étudiants : « Tu es tellement bon. Tu connais tout dans tout. Tes notes sont excellentes. Tu devrais devenir médecin de famille. » ■

# ENFANTS DE 3 À 6 ANS

## ÉCRANS ET SANTÉ MENTALE

ÉLYANTHE NORD

D<sup>re</sup> Evangelia Lila Amirali

Les écrans ont des effets sur la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans. Leur durée d'utilisation, mais aussi leur contenu influent sur les petits. Parfois de manière bénéfique, parfois de façon nocive. Ainsi, les émissions conçues pour les jeunes enfants sont associées à un plus faible risque de problèmes de santé mentale tandis que celles qui ne leur sont pas destinées sont liées à un risque accru, vient de montrer une étude chinoise<sup>1</sup>.

Au CHU Sainte-Justine, la **D<sup>re</sup> Evangelia Lila Amirali**, psychiatre pour enfants et adolescents, connaît bien la question. « Si le contenu des écrans est inapproprié, l'enfant peut avoir des symptômes d'anxiété ou des troubles du sommeil. Quand on cherche d'où vient un problème, comme une peur, parfois la seule chose que l'on découvre est l'exposition à une scène vue sur un écran. Quand un enfant fait des cauchemars ou a de la difficulté à s'endormir sans qu'il y ait de déclencheur apparent, je cherche toujours un contenu traumatique ou inapproprié. Quelques fois, les parents regardent la télévision et pensent que l'enfant, couché à côté d'eux, dort. Mais il peut être éveillé et être ainsi exposé à un contenu complètement inadéquat pour lui. »

### RISQUE D'UN TEMPS D'ÉCRAN EXCESSIF

L'étude chinoise a été menée à Shanghai par **M<sup>me</sup> Haiwa Wang** et ses collaborateurs. Ils ont suivi 15 965 enfants de 3 ans nouvellement inscrits dans 191 garderies sélectionnées au hasard. Les chercheurs ont demandé aux parents d'indiquer dans un questionnaire, quand le petit participant avait 3 ans, puis 5 ans, puis 6 ans, le temps que celui-ci passait devant les

écrans et de préciser la proportion consacrée aux émissions éducatives, aux émissions de divertissement, aux émissions non destinées aux enfants ainsi qu'aux jeux électroniques et aux réseaux sociaux. Les parents ont aussi rempli des questionnaires d'évaluation sur la santé mentale du jeune sujet.

L'équipe de M<sup>me</sup> Wang a observé que le temps d'écran s'est accru avec l'âge. Il est ainsi passé de 2,64 heures par jour à 3 ans à 3,13 heures à 6 ans. « C'est comparable aux durées d'exposition dans les autres pays », précisent les auteurs chinois. Autre constat : les enfants qui passaient plus de temps devant un appareil présentaient un plus grand risque de problèmes de santé mentale (rapport de cotes ajusté pour plus de 4 heures par jour : 1,34).

Quel est le lien entre santé mentale et temps d'écran ? « Premièrement, un temps d'écran excessif peut être associé à une entrave du traitement cognitif, de la compréhension émotionnelle et de la capacité de réguler ses émotions ainsi qu'à un état de surexcitation chez les enfants. Deuxièmement, selon l'hypothèse du déplacement, l'utilisation d'un média supplanterait d'autres activités ayant un effet protecteur sur la santé mentale, comme le sommeil et les interactions parents-enfant », écrivent les chercheurs.

La D<sup>re</sup> Amirali abonde dans le même sens. « Ce qui nous préoccupe, c'est que les écrans remplacent le temps consacré à d'autres activités beaucoup plus importantes (comme les interactions avec les parents et les autres enfants) qui contribuent au développement de la régulation émotionnelle. Tout l'aspect relationnel est essentiel. La Société canadienne de pédiatrie conseille moins d'une heure d'écran par jour chez les enfants de 2 à 5 ans. »

### ÉMISSIONS POUR ENFANTS ET POUR ADULTES

Le type de contenu que regardent les enfants est important. Les chercheurs ont découvert qu'une plus grande proportion d'émissions éducatives était associée à un plus faible risque de problèmes de santé mentale (rapport de cotes ajusté : 0,73).

Les émissions pour enfants ont un rythme plus lent, expliquent les auteurs. « Certaines études ont montré que les émissions [pour un public général] peuvent contribuer à la surstimulation du cerveau en développement et nuire aux fonctions exécutives. » De plus, avec leurs éléments prosociaux et leurs personnages qui chantent et parlent directement au téléspectateur, les émissions pour enfants peuvent aider les petits à





développer leurs capacités, ce qui est essentiel à leur fonctionnement social et à leur bien-être psychologique.

Les résultats ne signifient cependant pas qu'il faille accroître le temps consacré aux émissions éducatives. « Si l'enfant regarde du contenu éducatif plus longtemps, les bienfaits sur sa santé mentale n'augmenteront pas », précise la D<sup>re</sup> Amirali, également professeure à l'Université de Montréal et à l'Université McGill.

À l'opposé, une plus grande proportion d'émissions qui ne sont pas destinées aux enfants était associée à un risque plus élevé de problèmes mentaux (rapport de cotes ajusté : 2,82) à la fois internalisés et externalisés. « Dans ce type de contenu, on a un mélange de toutes sortes de scènes, mentionne la pédopsychiatre. Dans ma pratique, j'ai rencontré des enfants qui avaient vu de la pornographie, de la violence, des images complètement inappropriées pour leur âge ou des contenus traumatisants pour eux. Les émissions qui ne sont pas conçues pour les jeunes enfants peuvent également introduire des notions, des idées et des comportements nocifs pour eux. Les scènes de violence, par exemple, peuvent provoquer une désensibilisation et indiquer à l'enfant qu'il s'agit d'une façon de régler les problèmes. »

L'étude chinoise montre par ailleurs que l'exposition aux médias sociaux augmente entre l'âge de 3 et 6 ans. Elle constituait ainsi initialement 1,5 % du temps d'écran, mais 27 % trois ans plus tard chez les enfants qui passaient moins d'une heure devant un appareil. La proportion consacrée aux médias sociaux n'a toutefois pas été associée à des problèmes de santé mentale. Néanmoins, il faut être vigilant, estime la D<sup>re</sup> Amirali. « Dans les Facebook et Instagram, il y a des chansons et des images qui changent. On doit être prudent, parce qu'on ne sait jamais, ce qui peut sortir. J'ai vu des situations où des enfants ont été exposés à des contenus effrayants. »

### LES BONS CÔTÉS DES ÉCRANS

Pour réduire les risques de problèmes de santé mentale liés aux écrans chez les enfants de 3 à 6 ans, M<sup>me</sup> Wang et ses collègues recommandent de limiter le temps d'utilisation, de favoriser les émissions éducatives et d'éviter celles qui ne sont pas conçues pour les petits.

Mais est-ce que les résultats de cette étude faite en Chine peuvent s'appliquer au Québec ? « Malgré les différences importantes entre ce pays et les nations occidentales, l'accès à la télévision, aux médias sociaux et aux écrans s'y ressemble

### LES ÉCRANS CHEZ LES ENFANTS DE 1 AN

ENCADRÉ

Plus l'enfant est jeune et plus les effets des écrans sont nocifs. La Société canadienne de pédiatrie recommande d'ailleurs de ne pas y exposer les enfants de moins de 2 ans. « Leur cerveau est beaucoup plus plastique », explique la D<sup>re</sup> Evangelia Lila Amirali, psychiatre pour enfants et adolescents au CHU Sainte-Justine.

Une étude faite sur 7097 enfants japonais a par ailleurs montré que plus le temps d'écran était important à 1 an, plus il était associé à des retards de développement dans la communication et la résolution de problèmes à 2 ans et à 4 ans<sup>2</sup>. À 1 an, environ la moitié (49 %) des petits participants avaient regardé moins d'une heure d'écran, mais 30 % avaient passé une et deux heures quotidiennement devant les écrans, 18 % entre deux et quatre heures et 4 % quatre heures et plus.

probablement, surtout dans les régions urbaines. Shanghai est une grande ville. Les parents ont, en outre, été capables de participer à un projet de recherche pendant plusieurs années et de fournir les informations nécessaires. S'il y avait un problème potentiel à soulever concernant cette étude, ce serait la sous-estimation du temps d'écran, parce que les parents préfèrent ne pas en indiquer beaucoup. Ce serait probablement pareil ici », estime la D<sup>re</sup> Amirali.

Les jeunes enfants constituent par ailleurs le groupe d'utilisateurs d'écrans qui augmente le plus rapidement. On ne peut pas complètement éliminer ces médias de leur vie, affirme la psychiatre. « Ce ne serait pas réaliste. De plus, les écrans peuvent être bénéfiques s'ils ont un contenu éducatif. Ils peuvent favoriser la socialisation, parce qu'ils font partie de la culture commune, même chez les petits. Ils comportent des chansons ou des histoires qui contribuent au bagage des enfants d'aujourd'hui. Quand ces derniers dessinent ou créent, c'est à partir de leur culture quotidienne. Il faut toutefois que le temps d'écran soit limité et le contenu prosocial. » ■

### BIBLIOGRAPHIE

1. Wang H, Zhao J, Yu Z et coll. Types of on-screen content and mental health in kindergarten children. *JAMA Pediatr* 2024 ; 178 (2) : 125-32. DOI : 10.1001/jamapediatrics.2023.5220.
2. Takahashi I, Obara T, Ishikuro M et coll. Screen time at age 1 year and communication and problem-solving developmental delay at 2 and 4 years. *JAMA Pediatr* 2023 ; 177 (10) : 1039-46. DOI : 10.1001/jamapediatrics.2023.3057.

# TRAUMATISME CRANIOCÉRÉBRAL

## LES SPORTIFS SONT-ILS PLUS RÉSILIENTS ?

ÉLYANTHE NORD

D<sup>re</sup> Elaine de Guise

On a longtemps cru que les sportifs se remettaient plus facilement que les autres des traumatismes craniocérébraux. Ils présentent effectivement moins de symptômes comme l'anxiété ou la dépression. Mais sur le plan fonctionnel, ils ne récupèrent pas vraiment mieux. Au bout de six mois, presque la moitié a encore des séquelles, montre une nouvelle étude publiée dans le *JAMA Network Open*<sup>1</sup>. Même ceux qui ont eu une commotion légère sans anomalies à la tomodensitométrie peuvent ne pas retrouver leur fonctionnement normal.

« Ces résultats mettent en garde contre une vision trop optimiste de l'évolution du patient après un traumatisme craniocérébral lié au sport, même si la blessure initiale semble légère », indiquent dans leur article les auteurs de l'étude, le **D<sup>r</sup> Michail Ntikas**, de l'Université de Stirling au Royaume-Uni, et ses collègues.

Le chercheur et son équipe ont étudié les données de 4360 patients victimes d'un traumatisme craniocérébral qui se sont rendus à l'hôpital et y ont passé une tomodensitométrie cérébrale. Parmi ces sujets, issus de 18 pays européens, 256 (6 %) ont été blessés au cours d'une activité sportive : équitation, ski, soccer, etc. Le D<sup>r</sup> Ntikas et ses collaborateurs ont comparé leur état au bout de six mois à celui des 4104 autres participants qui ont subi un traumatisme craniocérébral dans un contexte différent.

Parmi les personnes victimes d'un trauma en pratiquant un sport, 46 % n'avaient pas totalement récupéré. Même chez celles dont le traumatisme craniocérébral était léger,

la proportion restait élevée au sixième mois : 39 %. Et chez les sujets qui, de surcroît, avaient des résultats négatifs à la tomodensitométrie cérébrale, 31 % demeuraient affectés par leur commotion cérébrale. Et qu'en est-il des patients blessés en dehors de la pratique d'une activité physique ? Soixante-cinq pour cent avaient encore des séquelles six mois plus tard, mais la différence avec les sportifs n'était pas statistiquement significative (*tableau*).

Pour mesurer la récupération, les chercheurs ont utilisé l'échelle de Glasgow étendue (GOSE) qui comprend huit catégories allant du décès à la récupération totale, en passant par l'invalidité modérée inférieure. Les chercheurs ont divisé les sujets en deux groupes : ceux qui avaient un score de 8, dont l'état était revenu à la normale, et ceux qui avaient un résultat inférieur.

« Un score en dessous de 8 peut signifier que les gens restent avec des limites sur le plan fonctionnel et peuvent avoir de la difficulté à reprendre leurs activités, à étudier ou à travailler. Une récupération incomplète peut aussi se manifester par des maux de tête, des étourdissements, de la fatigue, un sentiment de ralentissement, des troubles de concentration ou des problèmes de mémoire. Ce sont des symptômes qui nuisent à la qualité de vie et aux activités quotidiennes », explique la **D<sup>re</sup> Elaine de Guise**, neuropsychologue et chercheuse spécialisée dans les traumatismes craniocérébraux à l'Institut de recherche du CUSM et au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain.

### UNE DIFFÉRENCE SUR LE PLAN MENTAL

La différence entre blessés sportifs et non sportifs se dessine toutefois sur le plan mental. Et elle est très claire au bout de six mois. Ceux qui ont eu un trauma craniocérébral au cours d'une activité physique sont peu nombreux à souffrir d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique et de symptômes post-commotionnels. La différence par rapport aux autres sujets est statistiquement significative.

« On voit notamment que la qualité de vie liée à la santé psychologique est plus élevée chez les sportifs, note la D<sup>re</sup> de Guise, également professeure à l'Université de Montréal. Ce n'est cependant pas étonnant qu'ils présentent moins de symptômes liés au trouble de stress post-traumatique et d'anxiété, parce que les accidents de sport n'entraînent généralement pas ce genre de problème, contrairement à un accident de voiture où l'on a eu peur de mourir ou à une agression. »



**COMPARAISON DES PATIENTS AYANT SUBI UN TCC\* EN PRATIQUANT UN SPORT ET DE CEUX QUI EN ONT SUBI UN DANS UN AUTRE CADRE<sup>†</sup>**

TABLEAU

	TCC durant un sport		TCC en dehors du sport		
<b>Évaluation au bout de 3 mois</b>					
Groupe	Pourcentage de patients ayant un score GOSE <sup>‡</sup> < 8	Nombre	Pourcentage de patients ayant un score GOSE < 8	Nombre	Seuil de signification
Tous les patients	52 %	115/222	70 %	2390/3428	P = 0,07
Patients ayant un TCC léger	42 %	70/168	59 %	1289/2202	P = 4,04
Patients ayant un TCC léger et TC- <sup>†</sup>	33 %	32/98	48 %	524/1094	P = 0,07
<b>Évaluation au bout de 6 mois</b>					
Groupe	Pourcentage de patients ayant un score GOSE < 8	Nombre	Pourcentage de patients ayant un score GOSE < 8	Nombre	Seuil de signification
Tous les patients	46 %	103/223	65 %	2233/3451	P = 0,22
Commotion légère	39 %	65/168	52 %	1146/2212	P = 0,34
Commotion légère + TC-	31 %	30/98	40 %	437/1095	P = 0,65

\* Traumatisme craniocérébral. † Échelle de Glasgow étendue. ‡ Résultat négatif à la tomodensitométrie cérébrale.

La récupération mentale des sportifs a par ailleurs été plus rapide. Trois mois après l'accident, ils étaient encore relativement nombreux à avoir une moins bonne qualité de vie liée à la santé physique ou mentale (environ 23 % du groupe) et des symptômes post-commotionnels (22 %). Toutefois, au cours des trois mois suivants, plusieurs ne notaient plus ces problèmes.

D'où vient cette différence entre victimes d'un trauma craniocérébral survenu pendant le sport et victimes blessées dans un autre cadre? Les chercheurs avancent plusieurs hypothèses. « Après une blessure, les athlètes peuvent recevoir un plus grand soutien de leurs camarades de sport qui connaissent bien les commotions cérébrales. Ensuite, un exercice léger et contrôlé pendant la première semaine peut avoir des effets positifs sur la santé mentale et favoriser le rétablissement. Les victimes d'un traumatisme craniocérébral lié au sport sont vraisemblablement plus susceptibles que les autres patients d'en faire dans les semaines suivant l'accident en raison de leur désir de reprendre leur activité physique. Elles auraient également une plus grande résilience en ce qui a trait à certaines conséquences du traumatisme

craniocérébral, selon une vision optimiste des effets des commotions cérébrales dans le sport », écrivent les auteurs.

**LE MEILLEUR CONSEIL :  
LA REPRISE PROGRESSIVE DES ACTIVITÉS**

Que faire pour permettre au patient de récupérer le mieux possible? « Le conseil numéro un à lui donner, c'est vraiment de reprendre ses activités peu à peu. C'est la clé du succès. Il ne doit pas arrêter. Bien sûr, durant les 48 premières heures, il faut qu'il se repose, comme le recommande l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Ensuite, il doit s'adonner graduellement à ses activités intellectuelles, physiques et sportives. Le patient peut débiter, par exemple, par 20 minutes, puis faire une pause », explique la neuropsychologue.

Comme chercheuse, la D<sup>re</sup> de Guise crée des programmes d'intervention pour faciliter la récupération des patients après un traumatisme craniocérébral léger. « Si les bonnes recommandations sont appliquées dès le début, les patients ont de meilleures chances de se rétablir et de ne pas avoir de

QUELQUES OUTILS

ENCADRÉ



Feuillet et vidéos pour le patient conçus par l'INESSS

Traumatisme craniocérébral léger (commotion cérébrale) – Conseils pour la reprise graduelle des activités intellectuelles, physiques et sportives

symptômes chroniques. C'est la base de toutes mes études et de ma recherche. »

Il faut donc intervenir rapidement. Le patient doit être accompagné dans la reprise progressive de ses activités ainsi que dans la gestion de son anxiété, de ses symptômes dépressifs, de ses symptômes cognitifs, de sa fatigue et de ses problèmes de sommeil. « On réduit ainsi le risque que les problèmes perdurent », explique la professeure. Le sommeil, par exemple, est crucial. « Au début, les personnes dorment beaucoup. Elles ont une hypersomnie qui, rapidement, se transforme en insomnie. Elles auront donc de la difficulté à dormir, et un cercle vicieux va s'installer. »

Le patient doit également connaître les symptômes post-commotionnels susceptibles de survenir : mal de tête, difficulté de concentration, sensation de brouillard dans la tête et étourdissements. « S'il n'en a pas été informé, il va se demander ce qui se passe. Son anxiété va augmenter. Et comme il sera anxieux, ses symptômes s'amplifieront. Il dormira mal, se sentira fatigué ou deviendra de plus en plus déprimé. S'installera alors un cercle vicieux qu'il faudra briser au plus vite en lui fournissant les renseignements appropriés », recommande la D<sup>re</sup> de Guise.

On doit également encourager le patient à continuer à faire du sport. « L'exercice a de nombreux effets bénéfiques sur le cerveau et la santé mentale. »

Ainsi, chez les sportifs, tout comme chez les autres patients, les traumatismes craniocérébraux doivent être suivis de près, même si les répercussions semblent avoir été légères et qu'aucune anomalie n'apparaît à l'examen d'imagerie. « Cette étude nous montre qu'il faut revoir le patient six mois plus tard, mentionne la D<sup>re</sup> de Guise. Il est par ailleurs essentiel d'utiliser les bons outils de mesure. On recommande d'en employer plusieurs, parce que certains ne sont pas assez sensibles pour détecter toutes les difficultés. Il faut donc évaluer le patient selon plusieurs approches. » ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Ntikas M, Stewart W, Ietswaart M et coll. Contrasting characteristics and outcomes of sports-related and non-sports-related traumatic brain injury. *JAMA Netw Open* 2024; 7 (1): e2353318. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2023.53318.

17<sup>e</sup> édition

# Tournoi de golf des fédérations médicales

au profit du Programme d'aide aux médecins du Québec

10 juin 2024  
Club de golf de Pinegrove

TOURNOI GOLF  
DES FÉDÉRATIONS MÉDICALES DU QUÉBEC

PROGRAMME D'AIDE  
AUX MÉDECINS  
DU QUÉBEC

## MERCI À NOS PARTENAIRES

### Grands partenaires

fdp  
Gestion privée

FONDS FMOQ

### Catégorie Or

GRAVEL<sup>2</sup>  
AVOCATS

Sogemec  
ASSURANCES

TCC  
TRANS-CANADA CAPITAL

### Catégorie Argent

Desjardins

FRANKLIN  
TEMPLETON

mccarthy  
tetrault

mongeau — pellerin  
affaires publiques & CQ

MULTI D  
Solution administrative et financière en santé

### Catégorie Bronze

beneva

Gestion de placements  
Manuvie

ACPM  
Pour l'avancement des soins de santé

AON

CIBC

DAVIES

FIERACAPITAL

LANGLOIS  
AVOCATS - LAIERS

OPTIMUM  
Actuarial conseil

INSCRIVEZ-VOUS AU

pamq.org/tournoi-de-golf



# BACTÉRIÉMIE GRAM-NÉGATIVE NON COMPLIQUÉE

## PASSER DES ANTIBIOTIQUES PAR VOIE INTRAVEINEUSE AUX ANTIBIOTIQUES PAR VOIE ORALE

ÉLYANTHE NORD



Vous avez prescrit des antibiotiques par voie orale à votre patient souffrant d'une bactériémie gram-négative après quelques jours d'antibiotiques par voie intraveineuse ? Votre décision est maintenant appuyée par une étude additionnelle publiée dans le *JAMA Network Open*<sup>1</sup>.

Au Danemark, la **D<sup>re</sup> Sandra Tingsgård** et ses collègues ont étudié les cas de 914 patients atteints d'une bactériémie gram-négative sans complication traités dans quatre hôpitaux de Copenhague. Les sujets, dont l'âge médian était de 75 ans, présentaient une bactériémie venant généralement d'une infection urinaire (77 %) et, dans certains cas, d'une infection gastro-intestinale (17 %), souvent contractées dans leur milieu de vie. Tous avaient reçu dès le départ des antibiotiques par voie intraveineuse.

À partir des dossiers électroniques, les chercheurs ont sélectionné un premier groupe de 433 sujets qui étaient passés de l'administration d'antibiotiques par voie intraveineuse à la prise orale au cours des quatre jours qui ont suivi leur hémoculture. Ils ont également formé un second groupe de 481 patients qui avaient continué à recevoir les médicaments par voie intraveineuse. Au bout de 90 jours, le taux de mortalité dans les deux groupes était semblable.

Ainsi, pendant le suivi de trois mois, 99 patients sont morts. Dans l'analyse en intention de traiter, le taux de mortalité toutes causes confondues était de 9,1 % dans le groupe qui est passé à la voie orale et de 11,7 % dans celui qui est resté aux antibiotiques par voie intraveineuse. La différence n'est pas statistiquement significative.

L'étude de la D<sup>re</sup> Tingsgård et de ses collègues n'a pas la même solidité qu'un essai contrôlé à répartition aléatoire. Néanmoins, elle repose sur un cadre imitant ce type d'étude (*target trial emulation framework*). Ce genre d'analyse, fait à partir de données d'observation, tente de reproduire certaines des caractéristiques des essais contrôlés à distribution au hasard : critères d'admissibilité, assignation au traitement, suivi, critère d'évaluation principal, etc. L'objectif est de réduire les biais.

1. Tingsgård S, Bastrup Israelsen S, Jørgensen H et coll. Early switch from intravenous to oral antibiotics for patients with uncomplicated gram-negative bacteremia. *JAMA Netw Open* 2024 ; 7(1) : e2352314. DOI : 10.1001/jamanetworkopen.2023.52314.

### LES 72 PREMIÈRES HEURES

« Je trouve intéressant que l'on ait de nouvelles données montrant que l'on peut passer de manière sûre des antibiotiques par voie intraveineuse à ceux par voie orale chez les patients atteints d'une bactériémie gram-négative sans complications. Ces chiffres nous confortent dans notre pratique », affirme le **D<sup>r</sup> Philippe Morency-Potvin**, microbiologiste-infectiologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Dans l'étude, une partie des patients passaient à la forme orale de l'antibiotique au cours des quatre jours suivant l'hémoculture. Habituellement, comment s'effectue ce changement ? « Quand on amorce un traitement, on peut se poser la question : est-ce bénéfique de le modifier ? Les effets de cette décision sur le traitement ne sont pas parfaitement connus. Il est possible que l'on n'atteigne pas les cibles pharmacocinétiques du médicament. Souvent, on garde donc le même traitement pendant au moins 72 heures, ce qui correspond à un moment crucial. »

Après ce délai, il est généralement possible de voir si le patient répond aux antibiotiques et s'il présente des signes d'amélioration clinique, comme la disparition de la fièvre. « On peut également disposer d'un antibiogramme qui nécessite, en général, 48 heures, et choisir, le cas échéant, un traitement plus ciblé. Entre 72 et 96 heures, c'est souvent la période clé pour un relais par la bouche ou une diminution des antibiotiques », indique le D<sup>r</sup> Morency-Potvin, aussi coprésident du Comité de l'amélioration de l'usage des antimicrobiens au CHUM.

### DES DONNÉES SIMILAIRES

Le type d'étude menée par l'équipe de la D<sup>re</sup> Tingsgård apporte des données qui ne sont pas sans intérêt. « Dans le domaine des maladies infectieuses, les essais cliniques contrôlés à répartition aléatoire sont longs, chers et difficiles à réaliser. Le recrutement est ardu, parce que les caractéristiques des patients et des infections sont souvent très différentes. La méthode utilisée par la D<sup>re</sup> Tingsgård et ses collègues permet de contourner ce problème », explique le D<sup>r</sup> Morency-Potvin.

Mais les conclusions de ce type d'étude ne sont évidemment pas aussi robustes. « Il y a quand même des données similaires qui vont dans le même sens. Avec tous ces résultats, l'expérience que l'on a et nos observations, je suis à l'aise de remplacer au bout de quelques jours un antibiotique par voie intraveineuse par un antibiotique par voie orale. » ■

## LIVRES

NATHALIE VALLERAND  
ET ANNIE LABRECQUEGRANDS-PARENTS AUJOURD'HUI –  
DES RÉALITÉS QUI ÉVOLUENT

FRANCINE FERLAND ET FLORENCE FERLAND



De nos jours, les grands-parents vivent plus longtemps et ont moins de petits-enfants qu'avant. Ils ont donc plus de temps à leur consacrer. Et leur apport est bénéfique sur plusieurs plans, selon l'auteure principale, la professeure émérite en ergothérapie **Francine Ferland** : transmission de l'histoire familiale et de connaissances, oreille attentive, amour et attention, sécurité et stabilité, etc.

Mais si le rôle de grand-parent peut être gratifiant, il nécessite du doigté. Ainsi, un chapitre du livre porte sur les pièges à éviter. Par exemple, imposer aux jeunes parents une présence étouffante, s'ingérer dans leurs décisions concernant l'enfant ou encore utiliser ce dernier comme informateur. Des conseils sont aussi prodigués pour favoriser la bonne entente, comme

rassurer les parents sur leurs compétences parentales ou respecter leurs consignes lorsqu'on garde l'enfant.

Un autre chapitre vise à aider les grands-parents à composer avec des situations particulières et à leur donner des pistes pour épauler les parents. Naissance de jumeaux ou d'un enfant différent, monoparentalité, famille reconstituée ou homoparentale ou encore garde d'un petit-enfant au quotidien sont autant de sujets abordés. Le livre présente par ailleurs les précautions à prendre pour offrir à l'enfant un environnement sûr lors de ses visites. Et puisqu'il est également important de s'amuser, une foule d'activités sont proposées.

Enfin, le contenu de l'ouvrage est enrichi par les réflexions et les souvenirs de la petite-fille de l'auteure, Florence, ainsi que par de nombreux témoignages de grands-parents, parents et petits-enfants. Un livre à recommander tout particulièrement aux nouveaux grands-parents pour qu'ils puissent aborder leur rôle avec confiance. **NV**

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2023, 164 pages, 27,95 \$ (version électronique : 20,99 \$)

MIEUX VIVRE AVEC NOTRE ENFANT  
DE LA GROSSESSE À DEUX ANS

NICOLE DORÉ ET DANIELLE LE HÉNAFF



*Quelles sont les nouvelles informations que les professionnels de la santé découvriront dans l'édition de 2024 ?*

Chaque année, l'Institut national de santé publique du Québec met à jour son guide pour accompagner les nouveaux parents, en s'appuyant sur les récentes avancées scientifiques en matière de santé maternelle et infantile. Dans la toute dernière édition du *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, les principaux changements portent notamment sur la COVID-19 et l'alimentation. L'information sur la COVID-19 a été actualisée, et la maladie n'est plus traitée de façon distincte, mais plutôt intégrée aux autres maladies respiratoires.

Une autre mise à jour importante concerne la section sur l'alimentation, en particulier le chapitre « Nourrir bébé au sein ». Cette partie a été bonifiée afin de fournir davantage de conseils pratiques pendant l'allaitement maternel. Ainsi, le guide souligne la pertinence du contact peau à peau avec le bébé dès la naissance pour favoriser la production de lait chez la mère. De plus, un tableau synthétise les difficultés courantes liées à l'allaitement et les solutions recommandées. La technique de la contrepression y est maintenant expliquée. Cette méthode peut être utile lorsque « le sein est lourd, ferme et tendu (engorgé) ou lorsque le mamelon ne ressort pas ou rentre à l'intérieur. » Une photo permet de bien comprendre la manière de procéder.

Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans*, qui existe depuis plus de 40 ans, reste un précieux document de référence pour les parents. **AL**

Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2024, 808 pages, 22,95 \$ (remis gratuitement aux futurs parents, version électronique gratuite)

**Commotion:**  
**personne ne l'a**  
**d'écrit dans le front.**

En cas de choc, surveillez  
l'apparition de symptômes.

[QUÉBEC.CA/COMMOTION](http://QUÉBEC.CA/COMMOTION)





**Prix**

**du CQDPCM 2024**

**Prix de la recherche**

*et*

**Prix de l'innovation  
pédagogique en développement  
professionnel continu**

Pour participer, consultez  
notre site au [www.cqdpcm.ca](http://www.cqdpcm.ca)

**Date limite : le 1<sup>er</sup> mai 2024**



CONSEIL QUÉBÉCOIS  
DE DÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL CONTINU  
DES MÉDECINS

# LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

La Semaine nationale de sensibilisation au don d'organes et de tissus a lieu annuellement au mois d'avril. Pour cette occasion, *Le Médecin du Québec* publie un numéro unique sur ce thème.

La pénurie d'organes et de tissus à des fins de transplantation et de greffe constitue un enjeu de santé majeur au Québec. À titre d'exemple, 913 patients étaient en attente d'une transplantation d'organes en 2022. Au cours de cette même période, 171 donneurs ont permis la transplantation de 581 organes, une augmentation de 3 % par rapport à 2021. Malgré cette hausse, seulement un Québécois sur deux a inscrit sa volonté d'être donneur, et une famille sur trois aurait refusé le don malgré un consentement préalable de leur proche.

Dans ce numéro sur le don d'organes et de tissus, nous aborderons les sujets du don vivant, les stratégies d'identification d'un donneur, le consentement présumé et le veto des familles. Nous compléterons par un survol sur le don de tissus et ses retombées pour des milliers de Québécois. Ainsi, vous serez mieux outillé pour répondre aux questions de vos patients et de leurs proches.

Le don d'organes et de tissus constitue un événement à la fois tragique et heureux. Il est donc primordial d'être bien informé !



## FRÉDÉRICK D'ARAGON

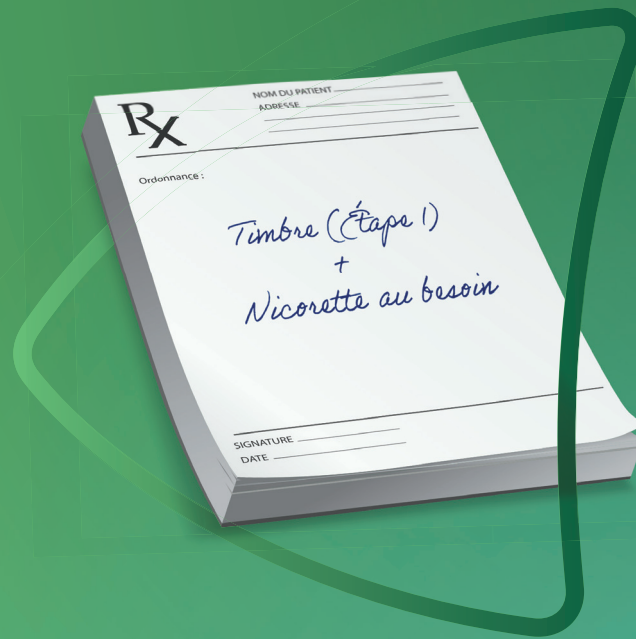
Anesthésiologiste intensiviste au CIUSSS de l'Estrie-CHUS  
Professeur agrégé au Département d'anesthésiologie  
de l'Université de Sherbrooke

*Frédéric  
D'Aragon*

# AJOUTEZ DU POUVOIR À LEUR VOULOIR, AVEC UNE THÉRAPIE DE REMPLACEMENT DE LA NICOTINE D'ASSOCIATION

 nicorette®  
**NICODERM®**

La thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) d'association, qui fait appel au timbre NICODERM® et à un produit NICORETTE® (gomme/pastille/inhalateur/vaporisateur buccal), est utilisée pour aider vos patients à arrêter de fumer, en réduisant les symptômes de sevrage et les envies de nicotine<sup>1-5</sup>.



Donner des **CONSEILS** aux patients, ne serait-ce que pendant 3 minutes augmente les taux d'abandon, preuves à l'appui<sup>6</sup>

Il a été démontré que le **TRAITEMENT D'ASSOCIATION** était 30 % plus efficace que l'utilisation d'une seule TRN<sup>1</sup>

La TRN d'association peut être **REMBOURSÉE** aux patients à qui on la prescrit

**ENVISAGEZ** de prescrire NICODERM® + NICORETTE® à vos patients qui sont prêts à essayer de cesser de fumer<sup>1</sup>

Voir les mises en garde, les précautions et le mode d'emploi de NICODERM® (timbre transdermique de nicotine) à [health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02093111&lang=fr](http://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02093111&lang=fr), de la gomme NICORETTE® (gomme de polacrilex de nicotine) à [health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02091933&lang=fr](http://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02091933&lang=fr), de la pastille NICORETTE® (pastille de résinate de nicotine) à [health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02247347&lang=fr](http://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02247347&lang=fr), de l'inhalateur NICORETTE® (système d'inhalation de nicotine) à [health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02241742&lang=fr](http://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=02241742&lang=fr) et de NICORETTE® VapoÉclair® (vaporisateur buccal de nicotine) à [health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80110857&lang=fr](http://health-products.canada.ca/lnhpd-bdpsnh/info?licence=80110857&lang=fr) pour évaluer les bienfaits et les risques de ces produits. Toujours demander aux patients de lire l'étiquette. Les licences de mise en marché des produits sont accessibles sur demande par l'entremise du service de l'Information médicale de J&J, en composant le 1-866-311-5659 (pour NICODERM®) ou 1-866-311-5606 (pour NICORETTE®).





# DON DE REIN D'UN DONNEUR VIVANT

## QUE DEVEZ-VOUS SAVOIR ?

CAROLINE LAMARCHE ET MYRIAM KHALILI



M<sup>me</sup> Renald, 65 ans, est atteinte d'hypertension artérielle bien maîtrisée par un seul antihypertenseur. Son mari souffre d'insuffisance rénale chronique et est maintenant sur la liste d'attente pour une transplantation d'un rein cadavérique. Elle se demande si elle devrait lui donner un de ses reins. Est-ce possible ?

### 1. QUELS SONT LES AVANTAGES DE RECEVOIR UN REIN D'UN DONNEUR VIVANT ?

Tout d'abord, le temps d'attente pour une greffe est réduit considérablement, ce qui permet plus souvent de faire une greffe dite préemptive, c'est-à-dire avant même que le receveur ne commence la dialyse. Comme le temps d'attente moyen pour une greffe est de plus de 1000 jours pour les patients de groupe sanguin O, cette diminution notable du temps d'attente est associée à une meilleure survie du greffon et du patient<sup>1</sup>. En effet, environ 50 patients par année au Québec sont retirés définitivement de la liste d'attente en raison d'un décès ou de complications les rendant inadmissibles à une greffe<sup>2</sup>. De plus, la survie au bout de dix ans d'une greffe à partir d'un donneur vivant (sans censure des décès) est supérieure à celle provenant d'un donneur cadavérique (77 % contre 58 % respectivement, tous âges confondus)<sup>3</sup>. Aussi, les transplantations à partir d'un donneur vivant permettent de mieux planifier et préparer les greffes, ce qui réduit, entre autres, l'anxiété et l'incertitude. De plus, la reprise de fonction des greffons provenant de donneurs vivants est normalement immédiate, ce qui réduit les durées de séjour à l'hôpital. Enfin, dans un contexte de pénurie d'organes, les greffes à partir de donneurs vivants diminuent également l'écart entre le nombre de reins disponibles et le nombre de personnes sur la liste d'attente pour une greffe de rein.

### 2. Y A-T-IL DES AVANTAGES POUR LE DONNEUR ?

Les donneurs retirent peu d'avantages, si ce n'est le soutien et l'accompagnement d'un proche atteint d'une maladie rénale, ainsi que les sentiments d'accomplissement et de fierté. Des études montrent que les donneurs sont, en général, au moins aussi satisfaits de leur vie qu'avant le don et que leur satisfaction est associée à l'expérience du don d'organes, indépendamment du résultat pour le receveur<sup>4</sup>. La majorité des

donneurs considèrent que le don d'organes a eu une influence positive sur leur vie et encouragent d'autres personnes à le faire. De plus, le bilan étendu qui précède le don d'organes permet parfois de dépister précocement des problèmes de santé pouvant alors faire l'objet d'interventions précoces. Cependant, les découvertes fortuites peuvent également entraîner des examens supplémentaires et constituer une source de stress pour le donneur potentiel.

### 3. QUELS SONT LES RISQUES À COURT TERME POUR LE DONNEUR ?

Pour le donneur, les risques à court terme sont liés directement à l'opération. La mortalité au bout de 90 jours est d'environ 0,03 %<sup>5</sup>. Dans une étude de registre américaine ayant évalué les données de 2008 à 2012, le taux de complications pour un don de rein était de 16,8 % et celui de complications majeures, de 2,5 %. Les principales complications décrites sont de nature digestive (4,4 %), hémorragique (3 %) ou respiratoire (2,5 %) ou encore sont liées à l'intervention chirurgicale ou à l'anesthésie (2,4 %) <sup>6</sup>.

### 4. Y A-T-IL DES RISQUES À LONG TERME POUR LA SANTÉ DU DONNEUR ?

Tout d'abord, la néphrectomie pour un don d'organes est inévitablement associée à une diminution de la fonction rénale. Cependant, des mécanismes d'hypertrophie compensatrice permettent une augmentation du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) qui se poursuit cinq ans après le don. Ainsi, le DFGe se stabilise à environ 70 % de la valeur initiale<sup>7</sup>.

Comme les donneurs choisis ont un faible risque d'insuffisance rénale terminale, le risque absolu d'un donneur d'atteindre ce stade demeure très faible (0,3 %-0,47 %), bien qu'il soit légèrement plus élevé après le don. En effet,

Les D<sup>res</sup> Caroline Lamarche et Myriam Khalili sont néphrologues spécialisées en transplantation rénale à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et professeures adjointes de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

**CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES ET RELATIVES AU DON DE REIN<sup>13,14</sup>****Contre-indications absolues**

- ▶▶ Maladie rénale : DFGe < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, protéinurie, hématurie de cause glomérulaire (sauf maladie des membranes minces prouvée à la biopsie)
- ▶▶ Maladie rénale vasculaire (athérosclérose ou dysplasie fibromusculaire)
- ▶▶ Diabète
- ▶▶ Cancer actif (sauf certains cancers cutanés autres que le mélanome)
- ▶▶ Hypertension artérielle avant 40 ans ou avec atteinte d'organes cibles ou hypertension artérielle non maîtrisée ou traitée par plus de deux antihypertenseurs
- ▶▶ Maladie psychiatrique non maîtrisée, toxicomanie, incapacité à donner un consentement éclairé ou contexte psychosocial défavorable
- ▶▶ Grossesse
- ▶▶ Infection active et transmissible
- ▶▶ Maladie vasculaire périphérique, insuffisance cardiaque

**Contre-indications relatives**

- ▶▶ Insuffisance rénale : DFGe de 60 ml à 89 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (selon l'âge et d'autres facteurs de risque)
- ▶▶ Néphrolithiases (selon l'âge, les découvertes au bilan étiologique, le risque estimé de récurrence, les lithiases résiduelles à l'examen d'imagerie, etc.)
- ▶▶ Prédiabète
- ▶▶ Obésité (IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>)
- ▶▶ Antécédents de cancer (selon le type et le risque de récurrence)
- ▶▶ Antécédents de prééclampsie (selon le désir de grossesse future et la latence depuis l'épisode)
- ▶▶ Receveur apparenté ayant une maladie rénale génétique trouvée chez le donneur potentiel
- ▶▶ Maladies pulmonaires (asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive, SAHS), selon la gravité

DFGe : débit de filtration glomérulaire estimé

l'augmentation du risque est d'environ 0,3 %, pour un risque absolu au bout de quinze ans inférieur à 0,5 %<sup>8,9</sup>. Les donneurs en sont bien informés, et un calculateur de risque peut être utilisé pour enrichir la discussion avec un donneur potentiel ([www.transplantmodels.com/esdrisk](http://www.transplantmodels.com/esdrisk)<sup>10</sup>). Quant au risque de mortalité, des études phares montrent que sur un suivi de six à dix ans après le don, le risque n'est pas majoré comparativement à celui d'une population de non-donneurs en bonne santé potentiellement admissibles à devenir donneurs<sup>5</sup>. L'étude norvégienne HUNT<sup>9</sup>, qui comportait un suivi médian de quinze ans, a trouvé un taux de mortalité similaire dans les dix premières années après le don, mais un risque légèrement accru à plus long terme, le risque absolu demeurant très faible.

Les donneurs potentiels sont avisés qu'une hausse légère de la pression artérielle d'environ 6 mmHg/4 mmHg peut être observée après le don<sup>11</sup>. Quant aux risques d'hypertension gestationnelle et de prééclampsie associés à une grossesse après un don de rein, ils sont légèrement accrus, mais sans augmentation des problèmes fœtaux ou néonataux<sup>12</sup>. Le risque de diabète de grossesse n'est pas plus élevé<sup>12</sup>. Par ailleurs, le désir de grossesse ne constitue pas une contre-indication au don d'organes.

**5. QUEL EST LE SUIVI NÉCESSAIRE APRÈS UN DON DE REIN ?**

L'idée générale est de maintenir de saines habitudes de vie et de maîtriser les facteurs de risque d'insuffisance rénale, notamment par la pratique régulière d'exercice physique, une saine alimentation, un poids santé et l'absence de tabagisme. Un suivi annuel est recommandé : prise de la pression artérielle, calcul de l'indice de masse corporelle, bilans pour estimer le débit de filtration glomérulaire par le dosage de la créatinine sérique et dépistage de la micro-albuminurie<sup>13</sup>. Ce suivi peut être fait par le centre de transplantation ou le médecin de famille. Une bonne maîtrise de la pression artérielle et du diabète est particulièrement importante après le don. Enfin, il est suggéré d'éviter les médicaments néphrotoxiques, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

**6. QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS AU DON DE REIN ?**

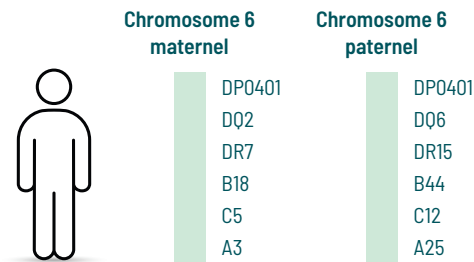
Pour être admissible à une évaluation en vue d'un don de rein, il faut avoir plus de 18 ans. Il n'y a pas d'âge limite, le rein d'un donneur plus âgé en bonne santé étant une excellente option pour certains receveurs. Les contre-indications absolues et

FIGURE 1

## ÉVALUATION DE LA COMPATIBILITÉ HLA POUR UNE GREFFE RÉNALE

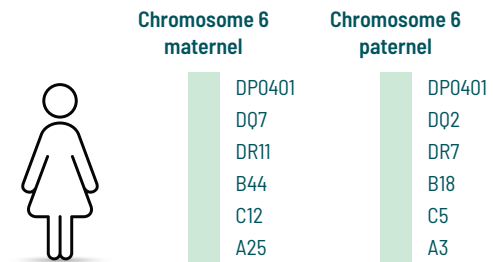
Le receveur potentiel a déjà développé un anticorps anti-DQ-7 d'une transfusion antérieure. Bien que ses antigènes HLA aient une plus grande ressemblance avec ceux du donneur n° 1, une greffe provenant de ce donneur comporterait un plus grand risque de rejet précoce puisque les cellules de ce donneur exprimeraient l'antigène DQ-7, et une réponse immunologique pourrait survenir plus rapidement. Le donneur n° 2 a un système HLA qui comporte moins de ressemblances avec le receveur. Toutefois, en l'absence d'anticorps préformés, une greffe avec ce donneur serait plus souhaitable.

## Receveur

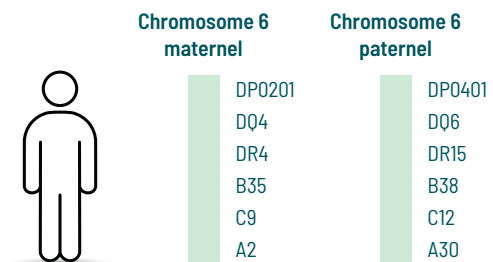


© Myriam Khalili.

## Donneurs potentiels



Donneur n° 1



Donneur n° 2

relatives doivent être évaluées au cas par cas et tenir compte d'un ensemble de facteurs (*tableau*<sup>13,14</sup>).

## 7. QUELLES SONT LES ÉTAPES POUR DONNER UN REIN ?

Tout d'abord, il faut contacter un des cinq centres de transplantation du Québec ([www.quebec.ca/sante/don-de-sang-de-tissus-et-d-organes/don-de-rein-provenant-d-un-donneur-vivant/demarche](http://www.quebec.ca/sante/don-de-sang-de-tissus-et-d-organes/don-de-rein-provenant-d-un-donneur-vivant/demarche)). Le processus d'évaluation médicale comporte quatre étapes, soit la préévaluation, la rencontre avec l'infirmière de don, la consultation médicale et la décision définitive.

Le but de ce processus est de s'assurer que l'état de santé physique et le contexte psychosocial permettent un don sans danger. Tout d'abord, lors du premier contact téléphonique, l'infirmière spécialisée en don vivant fait une préévaluation de l'état de santé global du donneur potentiel. Ensuite, dans le cadre d'une consultation, elle recueille les informations détaillées sur les antécédents médicaux et les habitudes de vie. Le bilan médical est alors entamé et comprend des tests

sanguins et urinaires, des examens en radiologie, ainsi qu'une évaluation psychosociale complète. Dans le cas d'un don dirigé, la compatibilité avec le receveur est également évaluée. Par la suite, une consultation auprès d'un néphrologue est organisée. Ce dernier discute des risques et des complications avec le donneur potentiel et effectue un examen physique complet. Le chirurgien transplantateur rencontre ensuite le donneur potentiel afin d'évaluer son admissibilité d'un point de vue chirurgical et de discuter des risques de l'opération. Finalement, les dossiers sont présentés à la réunion du comité de transplantation. La décision d'accepter ou de refuser un donneur revient à l'équipe.

Le médecin qui évalue un donneur ne peut être le même que celui qui a évalué le receveur afin de limiter les biais potentiels. Le processus prend de quelques semaines à quelques mois et est suspendu à la demande du patient ou dès qu'un examen montre une contre-indication au don. Le prélèvement du rein se fait généralement par laparoscopie, et la durée moyenne d'hospitalisation est de trois jours. La convalescence après l'opération dure de quatre à six semaines. Le don d'organes



FIGURE 2

CYCLES DE JUMELAGE DU PROGRAMME DE DON CROISÉ DE REIN

Au 11 juillet 2023, 1026 greffes rénales avaient été effectuées dans le cadre du programme canadien de don croisé de rein.



\* Les chaînes fermées sont également appelées « échanges fermés » ; les chaînes en domino sont aussi appelées « échanges en domino »

† Donneur sans receveur prévu

Source : Société canadienne du sang, Programme de don croisé de rein (DCR), Ottawa : la Société ; 2021. Site Internet : <https://professionaleducation.blood.ca/fr/organes-et-tissus/programmes-et-services/programme-de-don-croise-de-rein-dcr> (Date de consultation : le 7 juillet 2023). © Reproduction autorisée.

contre rémunération ou toute forme de compensation est illégal. Cependant, un programme provincial rembourse les dépenses des donneurs vivants pour couvrir les frais de déplacement, d'hébergement et de repas. Les donneurs qui vivent à l'extérieur du Québec ou du Canada y ont aussi accès si le receveur est couvert par l'assurance maladie du Québec.

**8. EST-CE QUE LE GROUPE SANGUIN EST SUFFISANT POUR ÉVALUER LA COMPATIBILITÉ ?**

Il est vrai qu'un donneur et un receveur doivent avoir un groupe sanguin compatible. Il existe cependant des exceptions à

la barrière ABO en transplantation, et certains donneurs du groupe A (ceux du sous-groupe A2) ont une expression réduite de l'antigène A sur leurs cellules et pourraient donc donner sans risque dans certaines circonstances aux autres groupes sanguins.

Néanmoins, le groupe sanguin ne suffit pas pour évaluer la compatibilité entre un donneur et un receveur. En effet, le système immunitaire peut différencier le soi du non-soi en reconnaissant des antigènes du complexe majeur d'histocompatibilité (HLA), les principales cibles antigéniques

après une transplantation. Ces antigènes comprennent les HLA de classe I (HLA-A, B et C) et de classe II (HLA-DR, DQ et DP). Les HLA d'un donneur et d'un receveur n'ont pas à être identiques, tant que les receveurs prennent des agents immunodépresseurs à long terme. Cependant, le receveur ne doit pas avoir d'anticorps contre les HLA du donneur avant la greffe, car le risque de rejet précoce est élevé et la survie du greffon est moindre (*figure 1*). Les anticorps contre le système HLA peuvent se développer lors d'une greffe antérieure, de transfusions sanguines ou de grossesses. Il est donc important, pour des patients qui auront potentiellement besoin d'une greffe, de réduire le plus possible le nombre de transfusions sanguines. L'évaluation prégreffe de la compatibilité HLA mise sur l'identification de tels anticorps déjà présents chez un receveur. Un test de compatibilité (*crossmatch*) négatif avant la greffe entre un donneur et son receveur veut donc dire que le receveur n'a pas d'anticorps circulants dirigés contre les antigènes HLA de son donneur<sup>15</sup>.

### 9. EST-CE POSSIBLE DE DONNER UN REIN À QUELQU'UN D'INCOMPATIBLE ?

Lorsqu'un donneur potentiel et un candidat à la transplantation ne sont pas de groupes sanguins compatibles ou en présence d'anticorps anti-HLA dirigés contre les antigènes du donneur potentiel, une greffe directe n'est pas souhaitable. Cependant, il est tout de même possible pour cette paire de participer au Programme de don croisé de rein, un programme interprovincial lancé en 2009 visant à jumeler des donneurs vivants avec des personnes en attente d'une transplantation. En mai 2023, la 1000<sup>e</sup> greffe par don croisé de rein a été réalisée au Canada.

Les donneurs et les candidats à la transplantation sont inscrits dans le Registre canadien de transplantation. Le programme lance quatre fois par année un algorithme qui crée le plus de jumelages possible entre des donneurs et des candidats sous forme de chaînes d'échange (*figure 2*<sup>16</sup>). Au moment de la greffe, le donneur subit sa néphrectomie dans le centre l'ayant évalué, puis le rein est transporté jusqu'au receveur qui peut se trouver n'importe où au Canada. Ce programme donne accès à la transplantation à des paires non compatibles.

### 10. EST-CE POSSIBLE DE DONNER UN REIN À UN INCONNU ?

Oui, on parle alors de donneur sans receveur prévu. Un tel donneur peut choisir de donner un rein directement et de façon anonyme à une personne sur la liste d'attente du Québec ou de participer au Programme de don croisé de rein, ce qui contribue à créer un plus grand nombre de jumelages à l'intérieur des chaînes d'échange. Les chaînes qui sont enclenchées par un donneur sans receveur prévu sont appelées des chaînes en domino (*figure 2*<sup>16</sup>). Au 11 juillet 2023, 705 des 1026 greffes effectuées dans le cadre du Programme de don croisé de rein avaient été réalisées grâce aux dons

de ces donneurs. Ces chaînes bénéficient aussi aux candidats sur la liste d'attente d'un rein cadavérique, car elles se terminent par des dons aux personnes sur les listes d'attente de la province du donneur.

### 11. QUELLE PROPORTION DE REINS PROVIENT DE DONNEURS VIVANTS ?

En 2020-2021, au Québec, les greffes à partir de donneurs vivants totalisaient 19 % chez les adultes et 37 % chez les enfants. Cette proportion est semblable à celle de la France. Elle est toutefois inférieure à celle d'autres pays, comme le Royaume-Uni où le pourcentage approche 35 %<sup>2</sup>, ou à celle d'autres provinces, comme l'Ontario où 36 % des greffes de rein en 2021 provenaient de donneurs vivants<sup>3</sup>. Le nombre de donneurs vivants par million d'habitants est malheureusement plutôt bas au Québec comparativement au reste du Canada (8,7 contre 15,5)<sup>3</sup>. Étant donné les avantages pour les receveurs et pour la société, le Québec doit faire mieux.

### RETOUR SUR L'AMORCE

Au terme d'un processus d'évaluation rigoureux, il a été déterminé que M<sup>me</sup> Renald n'a pas de contre-indication absolue à donner un rein à son mari et que les risques pour elle seraient minimes. Son don permettrait une greffe préemptive, donc avant que son mari ne commence les traitements de dialyse, ce qui est associé à un meilleur pronostic et permettrait au couple de poursuivre les activités qu'ils affectionnent. Vous avez longuement discuté avec elle des risques et des avantages du don d'organes, et elle souhaite aller de l'avant avec les dernières étapes du processus. Elle sait qu'elle peut à tout moment reconsidérer sa décision. Des épreuves de compatibilité ont toutefois révélé par la suite qu'elle et son mari sont de groupes sanguins incompatibles. Ils seront donc inscrits comme paire au Registre canadien de transplantation et espèrent être inclus dans une chaîne lors du prochain cycle de jumelage. ■

**Date de réception :** le 31 août 2023

**Date d'acceptation :** le 19 septembre 2023

---

La D<sup>re</sup> Caroline Lamarche reçoit des redevances comme coauteure d'une licence d'exploitation de brevet. La D<sup>re</sup> Myriam Khalili n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

---

### BIBLIOGRAPHIE

1. Mange KC, Joffe MM, Feldman HI. Effect of the use or nonuse of long-term dialysis on the subsequent survival of renal transplants from living donors. *N Engl J Med* 2001; 344(10): 726-31. DOI: 10.1056/NEJM200103083441004.
2. Collette C, Bouhrassa F, Côté B et coll. *La transplantation d'organes solides-Volet 3-Portrait de la transplantation rénale et pancréatique au Québec. État des pratiques*. Québec : INESSS; 2022. 176 pages.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Transplantations d'organes au Canada : statistiques annuelles du RCITO*. Ottawa : ICIS; 2023. Site Internet : [www.cihi.ca/fr/transplantations-dorganes-au-canada-statistiques-annuelles-du-rcito](http://www.cihi.ca/fr/transplantations-dorganes-au-canada-statistiques-annuelles-du-rcito) (Date de consultation : le 8 juin 2023).

## FORMATION CONTINUE



### CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ La survie d'un greffon provenant d'une greffe de donneur vivant est supérieure à celle provenant d'un donneur cadavérique.
- ▶ En cas d'incompatibilité, il est possible de favoriser l'accès d'un proche à une greffe de donneur vivant par l'entremise du Programme canadien de don croisé de rein.
- ▶ Le risque d'insuffisance rénale terminale nécessitant la dialyse est légèrement accru après le don chez une personne en santé.

- Messersmith EE, Gross CR, Beil CA et coll. Satisfaction with life among living kidney donors: a RELIVE study of long-term donor outcomes. *Transplantation* 2014; 98 (12): 1294-300. DOI: 10.1097/TP.000000000000360.
- Segev DL, Muzaale AD, Caffo BS et coll. Perioperative mortality and long-term survival following live kidney donation. *JAMA* 2010; 303 (10): 959-66. DOI: 10.1001/jama.2010.237.
- Lentine KL, Lam NN, Axelrod D et coll. Perioperative complications after living kidney donation: a national study. *Am J Transplant* 2016; 16 (6): 1848-57. DOI: 10.1111/ajt.13687.
- Lam NN, Lloyd A, Lentine KL et coll. Changes in kidney function follow living donor nephrectomy. *Kidney Int* 2020; 98 (1): 176-86. DOI: 10.1016/j.kint.2020.03.034.
- Muzaale AD, Massie AB, Wang MC et coll. Risk of end-stage renal disease following live kidney donation. *JAMA* 2014; 311 (6): 579-86. DOI: 10.1001/jama.2013.285141.
- Mjølén G, Hallan S, Hartmann A et coll. Long-term risks for kidney donors. *Kidney Int* 2014; 86 (1): 162-7. DOI: 10.1038/ki.2013.460.
- Grams ME, Sang Y, Levey AS et coll. Kidney-failure risk projection for the living kidney-donor candidate. *N Engl J Med* 2016; 374 (5): 411-21. DOI: 10.1056/NEJMoa1510491.
- Boudville N, Prasad GV, Knoll G et coll. Meta-analysis: risk for hypertension in living kidney donors. *Ann Intern Med* 2006; 145 (3): 185-96. DOI: 10.7326/0003-4819-145-3-200608010-00006.
- Pippias M, Skinner L, Noordzij M et coll. Pregnancy after living kidney donation, a systematic review of the available evidence, and a review of the current guidance. *Am J Transplant* 2022; 22 (10): 2360-80. DOI: 10.1111/ajt.17122
- Lentine KL, Kasiske BL, Levey AS et coll. KDIGO clinical practice guideline on the evaluation and care of living kidney donors. *Transplantation* 2017; 101 (8S suppl. 1): S1-S109. DOI: 10.1097/TP.0000000000001769.
- Richardson R, Connelly M, Dipchand C et coll. Kidney paired donation protocol for participating donors 2014. *Transplantation* 2015; 99 (10 suppl. 1): S1-S88. DOI: 10.1097/TP.0000000000000918.
- Tinckam K. Histocompatibility methods. *Transplant Rev (Orlando)* 2009; 23 (2): 80-93. DOI: 10.1016/j.trre.2009.01.001.
- Société canadienne du sang. *Programme de don croisé de rein (DCR)*. Ottawa: la Société; 2021. Site Internet: <https://professionaleducation.blood.ca/fr/organes-et-tissus/programmes-et-services/programme-de-don-croise-de-rein-dcr> (Date de consultation: le 7 juillet 2023).



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS  
DU QUÉBEC

FORMATION CONTINUE  
FMOQ.ORG

# LES URGENCES AU CABINET

11 ET 12 AVRIL 2024

CENTRE DES CONGRÈS DE QUÉBEC, QUÉBEC



VOUS N'ÊTES PAS ENCORE  
INSCRIT À CE CONGRÈS ?

VOUS AVEZ JUSQU'AU  
9 AVRIL 2024 POUR LE FAIRE.



NOMBRE DE PARTICIPANTS LIMITÉ





FORMATION CONTINUE

# IDENTIFICATION DES DONNEURS D'ORGANES

RÔLES CLÉS DU MÉDECIN DE FAMILLE

MARC BROUSSEAU ET PATRICIA AYOUB



**Un homme de 81 ans s'écroule en jouant aux quilles. Les manœuvres de réanimation sont commencées aussitôt, et le patient comateux est amené à l'urgence où il est intubé par le médecin de garde. La fille du patient est appelée et dit que son père avait informé son médecin de famille « qu'il ne voulait pas d'acharnement qui le laisserait légume ». Comment réagir ?**

Au Québec, toute personne, quels que soient son âge, son état de santé, ses habitudes de vie ou son orientation sexuelle, peut faire don de ses organes à son décès. Pour un clinicien occupé à prodiguer des soins actifs à un donneur potentiel, les démarches pour identifier le patient et le signaler à Transplant Québec peuvent sembler abstraites, chronophages et coûteuses compte tenu des ressources limitées du système de santé québécois. Il est donc important de rappeler ici les bienfaits de la transplantation d'organes. Un seul donneur peut sauver jusqu'à huit vies. Le manque de donneurs a plusieurs conséquences. Premièrement, les délais jusqu'à la greffe se prolongent pour les patients en attente. Deuxièmement, certains patients devront être retirés de la liste d'attente, car ils seront désormais trop malades pour bénéficier d'un don d'organes. Enfin, certains patients mourront d'une complication qui aurait pu être évitée par une greffe. Le don d'organes est aussi un des rares traitements qui réduit de façon globale le coût des soins de santé. En effet, la dialyse coûte de 56 000 \$ à 107 000 \$ par année par patient, et la transplantation, 66 000 \$ la première année, puis 23 000 \$ les années suivantes. Le système de santé économise ainsi annuellement jusqu'à 84 000 \$ par patient-receveur<sup>1</sup>.

Les donneurs sont rares. Ils ne représentent qu'environ 1 % des gens qui meurent en centre hospitalier. Il convient donc de viser un taux d'identification des donneurs de 100 %. C'est aux professionnels de la santé exerçant notamment à l'urgence et aux soins intensifs d'identifier tout donneur potentiel en présence d'un diagnostic ou d'un pronostic vital grave et irréversible. Devant la mort imminente d'un donneur potentiel,

---

**Le Dr Marc Brosseau est pneumologue intensiviste au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal. Il est médecin coordonnateur chez Transplant Québec depuis 2020. La Dre Patricia Ayoub, médecin généraliste, est cheffe du Département de médecine générale au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal.**

la *Loi sur la santé et les services sociaux* dicte ainsi à la Direction des services professionnels et aux professionnels de la santé sous sa responsabilité de vérifier auprès de Transplant Québec l'existence d'un consentement au don d'organes. Cette obligation légale, qui nous prescrit de transmettre tout renseignement médical nécessaire à Transplant Québec, n'est pas toujours bien connue des médecins<sup>2</sup>.

## COMMENT SE FAIT UN DON D'ORGANES APRÈS UN DÉCÈS PAR CRITÈRES NEUROLOGIQUES ?

Afin de bien comprendre comment identifier un donneur d'organes potentiel, il est important de connaître les types de donneurs. Il y a d'abord le don après décès par critères neurologiques, dont les lignes directrices canadiennes ont récemment été mises à jour<sup>3</sup>. La cause du décès par critères neurologiques doit être établie et irréversible. Elle doit être confirmée par l'anamnèse ou un examen d'imagerie médicale. Par exemple, des signes d'anoxie cérébrale ou d'autres dommages cérébraux devraient être visibles à la tomodensitométrie. Un diagnostic de décès par critères neurologiques ne doit pas être posé à la légère.

Ensuite, le patient doit se trouver dans un coma profond, défini comme l'absence de mouvements spontanés et de mouvements contrôlés par le système nerveux central (SNC), dont la fonction des nerfs crâniens, la réponse motrice à la douleur provoquée, les convulsions, les mouvements de décérébration et de décortication ainsi que toute respiration spontanée évaluée formellement par un test d'apnée. Les réflexes et les mouvements spinaux peuvent toutefois persister puisqu'ils ne sont pas produits par le cerveau.

Il faut aussi exclure tout facteur de confusion, notamment un choc profond, une hypothermie, un trouble métabolique grave, une intoxication (ex. : barbituriques, opioïdes) ou un dysfonctionnement neuromusculaire pouvant expliquer l'absence de réaction motrice. L'élément déterminant par rapport à ces facteurs de confusion reste néanmoins le jugement clinique. Le formulaire de détermination du décès

## FORMATION CONTINUE

par critères neurologiques de Transplant Québec se trouve au [https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/leg-for-001.f\\_v2.pdf](https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/leg-for-001.f_v2.pdf).

Les patients qui ont subi une atteinte neurologique grave et irréversible, mais qui ne présentent pas l'ensemble des critères du décès par critères neurologiques sont admissibles au don d'organes après décès par critères circulatoires. Un patient sans atteinte neurologique, mais ayant une maladie cardiorespiratoire terminale peut également être considéré pour un don après décès par critères circulatoires. Ce type de don exige du médecin qu'il prenne la décision d'interrompre les traitements de maintien des fonctions vitales avant même d'approcher la famille quant à la possibilité du don d'organes.

### COMMENT SE FAIT UN DON D'ORGANES APRÈS DÉCÈS PAR CRITÈRES CIRCULATOIRES ?

Un don d'organes après décès par critères circulatoires consiste en l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales en salle d'opération. La famille peut être présente au moment du décès. Une ambiance propice aux soins de fin de vie est prévue (musique, lumière tamisée, contact physique avec le donneur en fin de vie). Les soins de confort sont généralement administrés par le médecin responsable selon le principe éthique du double effet pour soulager le patient en fin de vie. Ce principe est souvent évoqué dans l'objectif de résoudre la tension entre soulager la respiration agonique du patient après l'extubation à l'aide de médicaments et la possibilité d'une accélération du décès du patient en conséquence.

Pour que les organes soient considérés pour un don, le décès doit habituellement survenir dans l'heure qui suit l'extubation. Si le temps d'ischémie est trop long, l'équipe de transplantation chirurgicale décline les organes la plupart du temps. Lorsqu'il y a disparition du pouls à la canule artérielle, la famille fait ses adieux, puis quitte la salle. Après cinq minutes continues d'absence d'ondes de pouls à la canule, le décès est constaté. L'équipe chirurgicale rentre ensuite dans la salle pour le prélèvement des organes. Le donneur est alors réintubé par l'anesthésiologiste si un don de poumons est envisagé. Le formulaire de détermination du décès par critères circulatoires de Transplant Québec se trouve au [https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/leg-for-004\\_v2\\_0.pdf](https://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/leg-for-004_v2_0.pdf).

L'option du don d'organes peut aussi être présentée à un patient qui a choisi l'aide médicale à mourir et qui n'est pas atteint d'un cancer métastatique ([www.transplantquebec.ca/sites/default/files/algoamm\\_affichesans\\_highres.pdf](http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/algoamm_affichesans_highres.pdf)). Transplant Québec évalue le dossier une fois le signalement du donneur reçu et les tests coordonnés pour déterminer l'admissibilité du donneur, par exemple lors d'une visite d'une journée en médecine de jour. Actuellement, au Québec, le don d'organes après l'aide médicale à mourir doit se faire à l'hôpital et est souvent administré dans une salle à proximité

du bloc opératoire. Lorsque le décès est constaté, le patient est amené en salle d'opération pour le prélèvement.

### QUELS SONT LES CRITÈRES D'IDENTIFICATION DES DONNEURS POTENTIELS ?

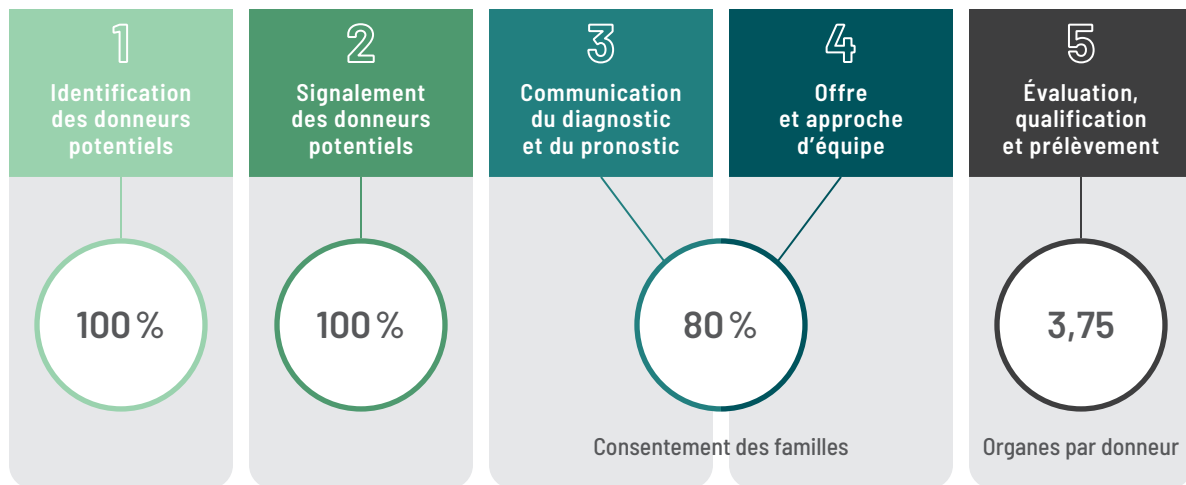
Les patients de tout âge ventilés mécaniquement de façon effractive ou non (ex. : appareil de type bi-PAP) devraient être identifiés comme donneurs d'organes potentiels lorsque l'arrêt des traitements de maintien des fonctions vitales est envisagé. La maladie sous-jacente est habituellement un problème neurologique important, comme un accident vasculaire cérébral (AVC), une anoxie cérébrale après une réanimation cardiovasculaire ou une hémorragie cérébrale. Le trauma crânien constitue une autre cause. Néanmoins, contrairement aux informations parfois véhiculées, il représente une faible proportion des causes de décès chez les donneurs d'organes. De plus, un patient ayant une maladie ou une blessure grave, telle qu'une insuffisance cardiaque ou respiratoire terminale, chez qui une extubation en contexte de soins de fin de vie est projetée, devrait aussi être identifié et dirigé vers Transplant Québec.

Il est important d'insister également sur l'aspect systématique de l'orientation vers Transplant Québec. Il n'est pas rare que le clinicien responsable d'un donneur potentiel utilise son jugement clinique pour déterminer si le patient peut donner ses organes ou non. Diverses raisons sont ainsi évoquées pour interrompre le processus d'orientation d'un donneur vers Transplant Québec, notamment un âge avancé, la fonction sous-optimale d'un organe après la réanimation ou des habitudes de vie risquées, comme la toxicomanie. Or, aucun de ces éléments ne constitue un critère d'exclusion pour le don d'organes. De plus, l'admissibilité définitive du donneur dépend beaucoup de l'état des patients sur les listes d'attente en vue d'une transplantation. Par exemple, un patient en insuffisance hépatique aiguë pourrait bénéficier d'une transplantation urgente du foie d'un donneur qui serait considéré comme inadmissible si le receveur potentiel était atteint d'une maladie terminale, mais chronique et stable. Il y a en outre des considérations anatomiques, telles que la taille des organes ou d'autres éléments (ex. : groupe sanguin compatible avec celui du receveur). Un patient remplissant les critères doit donc non seulement être systématiquement identifié par le clinicien, mais aussi dirigé pour une évaluation et une vérification des registres de consentement par Transplant Québec. Une ligne téléphonique d'urgence, le 1-888-366-7338, permet de contacter Transplant Québec, peu importe le milieu de pratique au Québec. Le tout est résumé dans les deux premières étapes de l'algorithme de la procédure type de Transplant Québec qui illustre comment appliquer ces concepts dans la pratique clinique ([www.transplantquebec.ca/sites/default/files/algorithme\\_affiche\\_sans\\_tq\\_final.pdf](http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/algorithme_affiche_sans_tq_final.pdf)).

Afin de vérifier la conformité des pratiques locales avec l'algorithme de sa procédure type, Transplant Québec fait

## INDICATEURS DE QUALITÉ DU DON D'ORGANE (IQDO)

FIGURE



Source : Villeneuve H, Beaupré G. Procédure type pour le don d'organes. Procédure type pour le don de tissus. En relation avec l'article 204.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Centre hospitalier sans personnel dédié en don d'organes. Montréal : Transplant Québec ; 2012. 28 pages. Site Internet : [www.transplantquebec.ca/sites/default/files/procedure\\_doc\\_sanspersonnel.pdf](http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/procedure_doc_sanspersonnel.pdf). Reproduction autorisée.

des audits pour évaluer la performance des différents centres hospitaliers. La procédure type contient des indicateurs de qualité du don d'organes (IQDO) associés à des objectifs de performance (figure<sup>4</sup>). Les statistiques sont compilées par des infirmières de Transplant Québec de manière à pouvoir en faire le suivi dans tous les hôpitaux du Québec lorsque ce sera possible. L'identification du donneur et l'orientation constituent les deux premiers indicateurs de qualité du don d'organes. L'objectif est de 100 %. Le but de ce programme est d'augmenter la qualité de l'acte et d'optimiser les dons d'organes conformément au consensus d'experts canadiens<sup>5</sup>.

Tous les professionnels de la santé, dont les infirmières, sont encouragés à identifier les donneurs potentiels et à les diriger vers Transplant Québec. Une approche multidisciplinaire améliore le taux d'identification et de signalement.

Par ailleurs, il est important de mentionner que l'identification du donneur et le signalement à Transplant Québec doivent avoir lieu bien avant l'approche à la famille pour le don d'organes. La proposition du don à cette dernière est délicate et doit être menée avec tact par une équipe multidisciplinaire expérimentée après confirmation auprès de Transplant Québec de l'admissibilité du donneur potentiel.

### ABORDER LE DON D'ORGANES AU CABINET COMME MÉDECIN DE FAMILLE

Après avoir discuté en détail du processus d'identification et de signalement des donneurs dans le contexte de la pratique hospitalière d'un omnipraticien, il est primordial d'aborder la notion de discussion sur le don d'organes au cabinet.

Selon le taux d'inscription aux registres de consentement au don d'organes de la Chambre des notaires et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), un Québécois sur deux a officiellement indiqué sa volonté d'être donneur à son décès en signant l'endos de sa carte d'assurance maladie ([www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/officialiser-consentement-don-organes-tissus](http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/officialiser-consentement-don-organes-tissus)). Actuellement, au Québec, le donneur potentiel doit poser un geste pour établir son consentement au don d'organes. Comme le médecin de famille a une relation de confiance privilégiée avec son patient, il est dans une position unique pour le sensibiliser au don. Le médecin de famille peut aussi rappeler au patient de s'inscrire dans un des registres (RAMQ et/ou Chambre des notaires) en vigueur, de signer sa carte d'assurance maladie et de partager sa volonté de donner ses organes avec les membres de sa famille. Le patient peut s'être inscrit dans un registre sans avoir signé sa carte d'assurance maladie.

La discussion sur la volonté d'être un donneur d'organes après son décès est intimement liée au niveau de soins. Un patient désirant devenir donneur d'organes pourrait ne pas savoir qu'une intubation et un soutien aux soins intensifs de quelques jours est nécessaire pour planifier le prélèvement et l'attribution des organes. Si le niveau de soins indique un refus d'intubation chez un patient ayant consenti au don d'organes, il est possible que son souhait de donner ses organes ne se concrétise pas. Il est primordial de faire la nuance entre le refus des traitements de soutien en toutes circonstances et le refus des séquelles qui en résultent parfois. Dans la deuxième situation, un essai de soins intensifs peut être interrompu si l'évolution n'est pas conforme aux souhaits





**CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR**

- ▶ Tout patient atteint d'une maladie grave, ventilé mécaniquement et chez qui l'arrêt de soins à l'urgence ou aux soins intensifs est envisagé se qualifie comme donneur d'organes potentiel peu importe son âge et doit être dirigé vers Transplant Québec.
- ▶ Les médecins doivent identifier les donneurs potentiels dont la mort est imminente et les diriger vers Transplant Québec.
- ▶ Le souhait d'être donneur devrait être abordé lors de la discussion sur le niveau de soins au cabinet, car la majorité des donneurs sont inaptes à consentir lorsqu'ils deviennent admissibles.

préalables du patient, et un don d'organes après décès par critères circulatoires peut alors être offert dans ce contexte.

Pour guider la discussion sur le niveau de soins en cabinet, la Société canadienne de médecine d'urgence, la Société canadienne de soins intensifs et la Société canadienne des sciences neurologiques ont adopté une position commune selon laquelle un essai de traitement aux soins intensifs de 72 heures<sup>7</sup> est suggéré après une lésion neurologique importante afin de préciser le pronostic et dans le cas d'un arrêt de soins subséquent d'accroître la possibilité d'un don d'organes<sup>8</sup>. Il est très difficile d'avoir un pronostic neurologique clair immédiatement après une réanimation cardiorespiratoire. Une interruption des soins précocement ne permet pas d'identifier les quelques patients qui pourraient survivre et avoir une bonne qualité de vie et peut mener à un biais d'autoréalisation (*self-fulfilling bias*) augmentant la mortalité.

Quand des séquelles neurologiques inacceptables sont confirmées après la période d'observation, le don peut être proposé si le patient évolue vers le décès par critères neurologiques ou vers des soins de fin de vie avec don d'organes après décès par critères circulatoires. La discussion doit bien sûr tenir compte de l'état de santé préalable du patient, de ses valeurs et des objectifs de soins de ce dernier.

Depuis 2017, le don après l'aide médicale à mourir est aussi possible au Québec pour tout patient qui n'est pas atteint d'un cancer métastatique<sup>8</sup>. Le médecin de famille peut en informer son patient. Une telle discussion doit être faite une fois l'admissibilité du patient à l'aide médicale à mourir confirmée afin de ne pas influencer sa décision. L'approche est illustrée dans la procédure type de Transplant Québec pour le don d'organes dans un contexte d'aide médicale à mourir ([www.transplantquebec.ca/sites/default/files/algoamm\\_affichesans\\_highres.pdf](http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/algoamm_affichesans_highres.pdf)).

**RETOUR SUR LE CAS CLINIQUE**

Après trois jours de soins intensifs qui ont permis de préciser le sombre pronostic, la décision a été prise de cesser les traitements actifs. Puisque Nathalie (l'infirmière qui a admis le patient à son arrivée aux soins intensifs) a identifié le donneur potentiel et l'a orienté vers Transplant Québec, la famille a ainsi

pu accepter le processus de don d'organes par décès par critères circulatoires. Ce don met un baume sur le deuil de la famille qui saura que le dernier geste de leur proche a été de donner la vie. ■

**Date de réception :** le 21 septembre 2023  
**Date d'acceptation :** le 1<sup>er</sup> octobre 2023

Le Dr Marc Brosseau est médecin coordonnateur à Transplant Québec depuis 2020 et chercheur principal sur des projets d'AstraZeneca. Il ne reçoit aucune rémunération personnelle, tous les fonds de recherche étant versés au centre de recherche. La Dr<sup>e</sup> Patricia Ayoub n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Myles E. *Consultations prébudgétaires 2021 (mémoire au Comité permanent des finances de la Chambre des communes)*. 2020. Montréal : Fondation canadienne du rein ; 2020. 7 pages. (cité le 26 octobre 2023). Site Internet : [www.ourcommons.ca/Content/Committee/432/FINA/Brief/BR10974333/br-external/TheKidneyFoundationOfCanada-10290940-f.pdf](http://www.ourcommons.ca/Content/Committee/432/FINA/Brief/BR10974333/br-external/TheKidneyFoundationOfCanada-10290940-f.pdf).
2. Weiss MJ, English SW, D'Aragon F et coll. Survey of Canadian critical care physicians' knowledge and attitudes towards legislative aspects of the deceased organ donation system. *Can J Anaesth* 2020 ; 67(10) : 1349-58. DOI : 10.1007/s12630-020-01756-8.
3. Shemie SD, Wilson LC, Hornby L et coll. A brain-based definition of death and criteria for its determination after arrest of circulation or neurologic function in Canada: a 2023 clinical practice guideline. *Can J Anaesth* 2023 ; 70(4) : 483-557. DOI : 10.1007/s12630-023-02431-4.
4. Villeneuve H, Beaupré G. *Procédure type pour le don d'organes. Procédure type pour le don de tissus. En relation avec l'article 204.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Centre hospitalier sans personnel dédié en don d'organes*. Montréal : Transplant Québec ; 2012. 28 pages. Site Internet : [www.transplantquebec.ca/sites/default/files/procedure\\_doc\\_sanspersonnel.pdf](http://www.transplantquebec.ca/sites/default/files/procedure_doc_sanspersonnel.pdf).
5. Zavalkoff S, Shemie SD, Grimshaw JM et coll. Potential organ donor identification and system accountability: expert guidance from a Canadian consensus conference. *Can J Anaesth* 2019 ; 66(4) : 432-47. DOI : 10.1007/s12630-018-1252-6.
6. Healey A, Leeies M, Hrymak C et coll. CAEP, CCCS, and CNSF position statement—Management of devastating brain injuries in the emergency department: Enhancing neuroprognostication and maintaining the opportunity for organ and tissue donation—Addendum. *CJEM* 2020 ; 22(6) : E17. DOI : 10.1017/cem.2020.357.
7. Nolan JP, Sandroni C, Bottiger BW et coll. European Resuscitation Council and European Society of Intensive Care Medicine guidelines 2021: post-resuscitation care. *Resuscitation* 2021 ; 161 : 220-69. DOI : <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.012>.
8. Ball IM, Healey A, Keenan S et coll. Organ donation after medical assistance in dying—Canada's first cases. *N Engl J Med* 2020 ; 382(6) : 576-7. DOI : 10.1056/NEJMc1915485.

# 3 MODÈLE DE CONSENTEMENT AU DON D'ORGANES

## UNE SOLUTION PRÉSUMÉE

MATTHEW J. WEISS



Pour les dons d'organes après le décès, de nombreuses personnes croient que le passage d'un modèle de consentement explicite à un modèle de consentement présumé réduirait considérablement la pénurie chronique d'organes. Cette croyance repose-t-elle sur des données probantes ou sur la présomption de l'effet d'un tel modèle sur le don d'organes ?

### 1. QU'EST-CE QU'UN MODÈLE DE CONSENTEMENT AU DON D'ORGANES ?

Le modèle de consentement au don d'organes après le décès est composé de l'ensemble des lois, des politiques et des pratiques qui régissent la manière dont le consentement au don d'organes après le décès est obtenu. La plupart des modèles de consentement reposent soit sur le consentement présumé, soit sur le consentement explicite. Le consentement présumé signifie que les membres d'un territoire donné, souvent définis comme des adultes compétents qui vivent volontairement dans la région, sont présumés avoir donné leur consentement au don, sauf indication contraire. Les modèles de consentement explicite supposent le contraire, soit que le consentement doit être confirmé avant le prélèvement des organes des patients décédés. Deux choses sont importantes à retenir à propos de ces modèles. Premièrement, ils font tous les deux l'objet d'une présomption inhérente, le consentement étant exprimé par oui ou non par défaut. Deuxièmement, les deux modèles comportent de nombreux autres aspects qui ont un effet considérable sur la manière dont ils sont appliqués.

Quelles que soient les lois et les politiques en vigueur, il existe un degré élevé de variabilité dans l'application du modèle de consentement dans la réalité clinique. Selon une enquête menée auprès des médecins de soins intensifs au Canada, la plupart n'ont pas été en mesure de dire si leur province avait une loi sur l'obligation d'orienter un donneur potentiel<sup>1</sup>. Dans cette même enquête, 70 % des intensivistes ont mentionné que la mise en œuvre d'un modèle de consentement présumé ne changerait pas leur approche avec les familles des donneurs. Ces réponses semblent indiquer que même pour les médecins qui interagissent le

plus souvent avec les donneurs potentiels, les lois et les politiques ne sont pas claires.

### 2. UN MODÈLE SE LIMITE-T-IL À UN SIMPLE CONSENTEMENT PRÉSUMÉ OU EXPLICITE ?

Absolument pas ! Il faut répondre à plusieurs questions juridiques et politiques avant de pouvoir appliquer un modèle. Qui peut donner son consentement lorsque la personne est inapte, la majorité des donneurs étant dans un coma lorsqu'ils deviennent admissibles au don ? Comment les citoyens peuvent-ils enregistrer leur consentement ou leur refus au don d'organes au cours de leur vie ? Est-ce que la famille peut aller contre la volonté du patient de devenir un donneur ? Quelles sont les obligations légales des professionnels de la santé d'identifier et de diriger les donneurs potentiels vers Transplant Québec ? Quels professionnels de la santé ont le droit de demander le consentement des décideurs de substitution<sup>2</sup> ? Ces facteurs interagissent de manière complexe, créant des systèmes sensiblement différents, même si les consentements présumé ou explicite reposent sur les mêmes hypothèses de base.

### 3. QUELS SONT LES DIFFÉRENTS MODÈLES DE CONSENTEMENT PRÉSUMÉ ?

Les modèles de consentement présumé sont souvent qualifiés de « stricts » ou de « souples ». Le consentement présumé absolu – le plus « strict » – est un système dans lequel le consentement présumé sera appliqué, à moins que la personne ou la famille aient explicitement enregistré un refus de donner les organes. Ce type de modèle, instauré en France en 2017, établit qu'en l'absence d'un « non » inscrit au registre, la famille doit fournir des lettres notariées de deux personnes attestant légalement qu'elles savaient

Le Dr Matthew J. Weiss est directeur médical du don d'organes à Transplant Québec et intensiviste pédiatrique au Centre Mère-Enfant Soleil du CHU de Québec.

que leur proche ne voulait pas devenir donneur<sup>3</sup>. Même dans les pays où le consentement est présumé, le modèle « strict » est rare. En effet, la plupart des systèmes préconisent le modèle « souple ». Ainsi, la famille sera contactée. Si elle mentionne que la personne n'aurait pas souhaité donner ses organes, son refus sera respecté. En Nouvelle-Écosse, le seul territoire en Amérique du Nord ayant un modèle de consentement présumé, la « souplesse » de la loi inclut explicitement le droit de veto de la famille, même si la personne avait enregistré son intention de faire don de ses organes. Un modèle semblable à celui de la Nouvelle-Écosse est dorénavant en vigueur au Nouveau-Brunswick.

#### 4. EST-CE QUE LE MODÈLE DE CONSENTEMENT PRÉSUMÉ EST PRÉFÉRABLE ?

Pas nécessairement. De nombreuses publications scientifiques sur ce sujet ont révélé des résultats contradictoires<sup>4,5</sup>. Les analyses d'un seul pays peuvent montrer que le consentement présumé est plus avantageux, mais il est difficile de séparer l'effet du modèle seul des ressources qui sont souvent investies dans un système au moment du changement de modèle de consentement<sup>6</sup>. Par exemple, le pays de Galles, au Royaume-Uni, a investi des millions de livres dans la formation du public et des professionnels de la santé au moment de son changement de système, et cet investissement aurait possiblement contribué à l'augmentation des dons après la mise en place du consentement présumé. Des études sont en cours pour essayer d'évaluer si cet effet se fait aussi sentir en Nouvelle-Écosse<sup>7</sup>.

#### 5. QU'EST-CE QUI EXPLIQUE LE SUCCÈS DE L'ESPAGNE EN MATIÈRE DE DON D'ORGANES ?

L'Espagne est bien connue pour son leadership en matière de don d'organes à l'échelle internationale. Selon les Espagnols eux-mêmes, le succès du don d'organes ne vient pas ou très peu du modèle de consentement présumé en vigueur dans leur pays<sup>8</sup>. Comme au Québec, les médecins espagnols cherchent toujours à obtenir le consentement des familles au don d'organes et respectent leur refus. Ils affirment donc qu'ils ne « présumant » jamais vraiment que le donneur a consenti au don d'organes. Les données montrent clairement que même si le consentement présumé est en vigueur depuis 1979, l'augmentation importante du nombre de donneurs n'a été constatée qu'à partir de 1989. C'est l'année où le pays a modifié de manière substantielle l'organisation du système de don, notamment en formant des professionnels de la santé et en créant des postes de médecins spécialisés en don dans chacun des hôpitaux du pays<sup>9</sup>. Ces changements ont conduit à la création du modèle espagnol désormais bien connu et que différents pays ont reproduit avec succès. Contrairement à la croyance populaire, cette réforme du système de don ne contenait aucune modification du modèle de consentement.

#### 6. QUEL MODÈLE EST ACTUELLEMENT UTILISÉ AU QUÉBEC ?

À l'instar de la majorité des autres États d'Amérique du Nord, le Québec possède un système de consentement explicite. Les Québécois ont actuellement deux options pour enregistrer leur intention de faire don de leurs organes, soit par l'intermédiaire de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (directement sur le site Internet ou en signant leur carte d'assurance maladie), soit par un testament rédigé par un notaire. Le registre de la RAMQ permet uniquement d'indiquer son intention d'être donneur, tandis que celui des notaires permet d'inscrire une intention favorable ou défavorable. Parce que ces deux registres sont administrés séparément, il est impossible de savoir combien de citoyens sont inscrits dans chacun. Il est donc difficile d'estimer le pourcentage de Québécois qui ont déclaré leur intention d'être donneurs. Nous estimons qu'environ la moitié de la population du Québec a enregistré son intention de donner ses organes<sup>9</sup>.

Cependant, l'effet de cet enregistrement n'est pas clair, car les pratiques québécoises liées au veto familial (objection d'un membre de la famille malgré une intention favorable enregistrée par le donneur potentiel) donnent préséance à la famille. Cette pratique entre apparemment en conflit avec la loi, qui stipule que le consentement enregistré doit être considéré comme contraignant, à moins d'un « motif impérieux », même si ce motif n'a jamais passé le test des tribunaux. Le veto familial est abordé dans l'article de M<sup>mes</sup> Louise Bernier et Marine Mageau intitulé : « Le veto des familles au don d'organes : qui a le dernier mot ? », dans le présent numéro.

#### 7. QUELS FACTEURS CONTRIBUENT AU SUCCÈS D'UN CHANGEMENT DE MODÈLE DE CONSENTEMENT ?

Tous les systèmes de don et de transplantation reposent sur la confiance, tant celle du public que des professionnels de la santé qui interagissent avec le système. Dans les pays où l'instauration d'un modèle de consentement présumé a été plus difficile, la population et les professionnels de la santé n'y avaient souvent pas été préparés. Par exemple, vers la fin des années 1990, le Brésil a tenté d'instaurer le consentement présumé, ce qui a mené à une chute dramatique des dons d'organes. Le modèle de consentement explicite a dû être réinstauré après seulement une année<sup>10</sup>. La population doit avoir l'assurance que les professionnels feront tout leur possible pour sauver la vie des patients et qu'ils ne les considéreront pas comme un ensemble d'organes qui pourrait bénéficier à quelqu'un d'autre. Ils doivent également savoir que leurs intentions relatives au don d'organes et les désirs de leur famille seront respectés.

Les professionnels de la santé doivent suivre une formation sur les lignes directrices et les politiques concernant



le consentement au don (ex. : quel donneur est admissible, comment et quand discuter de la possibilité du don d'organes et comment gérer la divergence entre l'intention enregistrée par le donneur et le refus de la famille). Le système devrait idéalement être cohérent avec la loi, la politique et la pratique de manière à éviter des problèmes comme la discordance qui existe actuellement au Québec entre la loi et la pratique sur le veto familial (*voir l'article sur le veto des familles cité précédemment*). Tous ces facteurs doivent être conformes aux normes culturelles et aux valeurs dominantes de la société et faire l'objet d'un débat public approfondi avant leur mise en œuvre<sup>2</sup>.

## 8. QUE DEVRAIT FAIRE LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS POUR AUGMENTER SON TAUX DE CONSENTEMENT ?

La conversion d'un patient de donneur admissible à donneur actuel fait partie d'une longue chaîne d'événements, dont le consentement n'est qu'un maillon. Tous les maillons de la chaîne doivent être solides, sinon le processus s'effondre. Par exemple, un taux de consentement de 100 % ne signifie pas grand-chose s'il manque de chirurgiens transplantateurs pour répondre à la hausse de l'activité clinique.

La croyance voulant qu'un changement de modèle de consentement entraînerait une augmentation massive des transplantations est souvent qualifiée par les professionnels du don de « solution miracle ». Un tel changement peut amener les décideurs politiques à penser qu'ils ont résolu le problème, bien qu'ils ne se soient pas attaqués aux causes sous-jacentes. Tout changement de modèle de consentement doit s'accompagner des ressources appropriées pour en garantir le succès et doit être mis en œuvre de manière à préserver la confiance du public dans le système. Actuellement, la grande majorité des Québécois croient que le système respectera leur intention de faire un don d'organes ou non et que leurs organes seront attribués de manière juste et transparente. La préservation de cette confiance doit être une considération clé du système de don et de transplantation futur.

## 9. COMMENT LES MÉDECINS DE FAMILLE PEUVENT-ILS CONTRIBUER AU SYSTÈME DE DON D'ORGANES ?

Quel que soit le modèle de consentement en vigueur dans un État, les médecins de famille jouent un rôle important en encourageant leurs patients à réfléchir à leur décision en matière de don. Comme pour tout aspect de la planification de la fin de vie, la décision relative au don d'organes devrait faire partie de la conversation sur ce qu'une personne aimerait laisser comme héritage.

Les patients doivent être informés que la logistique des dons est souvent complexe et que leur famille pourrait être

obligée de retarder les préparatifs des funérailles de plusieurs jours, le temps que l'admissibilité des organes soit confirmée et que les receveurs appropriés soient identifiés. Les médecins doivent aussi s'assurer que les patients comprennent que le don d'organes après le décès nécessite une tentative de réanimation après une blessure ou des lésions neurologiques importantes. Cette période de stabilisation pourrait aller à l'encontre d'un ordre de non-réanimation. Cependant, aucun patient ne peut devenir un donneur d'organes sans être intubé et amené aux soins intensifs pour une période d'observation. Cette réalité doit être expliquée aux patients pour que leurs familles puissent prendre des décisions cohérentes avec le désir de la personne de donner ses organes quand ça devient possible. Les patients doivent être encouragés à parler à leurs familles qui sont beaucoup plus disposées à poursuivre le processus quand elles sont au courant. Ces conversations sont plus puissantes qu'un oui coché au dos de la carte d'assurance maladie.

Les médecins peuvent également informer les patients de certains types de dons qu'ils ne connaissent pas, comme le don après l'aide médicale à mourir. Faire du don d'organes une partie intégrante de la planification de la fin de vie est l'acte le plus important que les médecins de première ligne peuvent faire. Le site Web de Transplant Québec contient du matériel pédagogique destiné aux médecins et au grand public : [www.transplantquebec.ca/professionnels](http://www.transplantquebec.ca/professionnels).

## CONCLUSION

Le système de don et de transplantation est complexe. Oui, le modèle de consentement constitue un facteur important, mais probablement pas déterminant dans le succès d'un système. Pour avoir un système performant, il faut une loi qui encadre tous les aspects ainsi que les ressources nécessaires à l'activité clinique. ■

**Date de réception :** le 9 octobre 2023

**Date d'acceptation :** le 12 octobre 2023

---

Le Dr Matthew J. Weiss n'a signalé aucun conflit d'intérêts.

---

## BIBLIOGRAPHIE

1. Weiss MJ, English SW, D'Aragon F et coll. Survey of Canadian critical care physicians' knowledge and attitudes towards legislative aspects of the deceased organ donation system. *Can J Anesth* 2020 ; 67(10): 1349-58. DOI : 10.1007/s12630-020-01756-8.
2. Walton P, Pérez-Blanco A, Beed S et coll. Organ and tissue donation consent model and intent to donate registries: recommendations from an international consensus forum. *Transplant Direct* 2023 ; 9(5): e1416. DOI : 10.1097/TXD.0000000000001416.
3. Molina-Pérez A, Delgado J, Frunza M et coll. Should the family have a role in deceased organ donation decision-making? A systematic review of public knowledge and attitudes towards organ procurement policies in Europe. *Transplant Rev(Orlando)* 2022 ; 36(1): 100673. DOI : 10.1016/j.trre.2021.100673.

# CONGRÈS DES MEMBRES ENSEMBLE POUR INNOVER

9 ET 10 MAI 2024  
CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL



**VOUS N'ÊTES PAS ENCORE  
INSCRIT À CE CONGRÈS ?**

**VOUS AVEZ JUSQU'AU  
7 MAI 2024 POUR LE FAIRE.**



**INSCRIPTION OBLIGATOIRE**  
NOMBRE DE PLACES LIMITÉES EN PRÉSENTIEL

## FORMATION CONTINUE



### CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Les preuves à l'appui d'un système de consentement présumé dépendent beaucoup du contexte dans lequel il a été instauré, car il est difficile de séparer les effets du modèle des ressources investies au moment du changement.
- ▶ La formation professionnelle sur les questions du don et des ressources du système aura probablement un effet plus important que le modèle de consentement à lui seul.
- ▶ Toute réforme législative du don d'organes doit inclure une consultation auprès du public et des gens touchés par le système.

4. Shepherd L, O'Carroll RE, Ferguson E. An international comparison of deceased and living organ donation/transplant rates in opt-in and opt-out systems: a panel study. *BMC Med* 2014; 12(131). DOI: 10.1186/s12916-014-0131-4.
5. Arshad A, Anderson B, Sharif A. Comparison of organ donation and transplantation rates between opt-out and opt-in systems. *Kidney Int* 2019; 95(6): 1453-60. DOI: 10.1016/j.kint.2019.01.036.
6. Madden S, Collett D, Walton P et coll. The effect on consent rates for deceased organ donation in Wales after the introduction of an opt-out system. *Anaesthesia* 2020; 75(9): 1146-52. DOI: 10.1111/anae.15055.
7. Weiss MJ, Krmpotic K, Cyr T et coll. A program of research to evaluate the impact of deceased organ donation legislative reform in Nova Scotia: The LEADDR Program. *Transplant Direct* 2020; 7(1): e641. DOI: 10.1097/TXD.0000000000001093.
8. Streit S, Johnston-Webber C, Mah J et coll. Ten lessons from the Spanish model of organ donation and transplantation. *Transpl Int* 2023; 36: 11009. DOI: 10.3389/ti.2023.11009.
9. Transplant Québec [en ligne]. *Statistiques*. Montréal: Transplant Québec; 2023. Site Internet: <https://www.transplantquebec.ca/statistiques-0> (Date de consultation: le 29 septembre 2023).
10. Csillag C. Brazil abolishes "presumed consent" in organ donation. *Lancet* 1998; 352(9137): 1367. DOI: 10.1016/S0140-6736(05)60767-2.

*Prendre soin de soi  
pour mieux soigner*



**DES OUTILS  
POUR LE MIEUX-ÊTRE  
DES MÉDECINS**



**FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS  
DU QUÉBEC**





RENTABILISER  
SA CLINIQUE



OPTIMISER  
SA FISCALITÉ

À TITRE DE MEMBRE DE LA FMOQ,  
**PROFITEZ-VOUS  
DES SERVICES  
QUI VOUS SONT  
DESTINÉS ?**



GÉRER SON  
PATRIMOINE



INVESTIR EN  
CONFIANCE



SIMPLIFIER SA  
FACTURATION



FONDS FMOQ



# 4 LE VETO DES FAMILLES AU DON D'ORGANES

## QUI A LE DERNIER MOT ?

LOUISE BERNIER ET MARINE MAGEAU



Charles est admis aux soins intensifs à la suite d'un grave accident de motoneige. Quarante-huit heures plus tard, son décès par critères neurologiques est constaté. Bien qu'il ait consigné ses volontés par écrit, ses parents endeuillés s'opposent au don, complètement épuisés par les derniers jours passés au chevet de leur fils. L'équipe traitante, bouleversée par la situation, s'interroge sur l'importance de respecter les volontés de Charles face au refus de sa famille.

### 1. QUEL EST L'ENCADREMENT NORMATIF ACTUEL DU CONSENTEMENT AU DON D'ORGANES APRÈS LE DÉCÈS AU QUÉBEC ?

Comme le mentionnait l'article du D<sup>r</sup> Weiss intitulé : « Modèle de consentement au don d'organes : une solution présumée », dans ce numéro, un consentement explicite au don d'organes est prévu à l'article 43 du *Code civil du Québec* (C.c.Q.)<sup>1</sup> qui stipule qu'un individu peut autoriser le prélèvement de ses organes à la suite de son décès et que cette volonté doit être respectée, sauf en cas de motif impérieux. Toutefois, au moment de consigner leurs volontés, les personnes disposent d'informations relativement sommaires sur le processus et le contexte du don d'organes. À ce titre, ce consentement n'est donc pas conforme aux normes juridiques habituelles de consentement éclairé aux soins, mais est plutôt abordé

comme une formalité, une sorte de volonté anticipée donnée sur la base d'un élan de générosité et de bienfaisance (figure).

### 2. QU'EST-CE QUE LA NOTION DE « VETO DES FAMILLES » AU DON D'ORGANES ?

On fait référence à la notion de « veto des familles » lorsque la famille s'oppose au déclenchement du processus, même si le défunt avait préalablement consigné son souhait de donner ses organes à son décès. La prochaine section montre les contextes juridique et clinique de ce veto.

### PORTÉE JURIDIQUE DU CONSENTEMENT INDIVIDUEL ET DU « VETO DES FAMILLES » AU DON D'ORGANES

Dans la première partie, nous avons énoncé que la loi prévoit que la volonté de donner ses organes à son décès doit être

#### NOMBRE DE CONSENTEMENTS RÉPERTORIÉS DANS LES DEUX REGISTRES AU QUÉBEC AU 31 DÉCEMBRE 2023

FIGURE

Nombre de personnes qui ont enregistré leur consentement au don d'organes et de tissus dans le registre de la RAMQ (seul un consentement peut être signifié dans ce registre)

**3 720 439**

Nombre de personnes ayant enregistré leur consentement au don d'organes et de tissus dans le registre de la Chambre des notaires du Québec

**2 248 804**

Nombre de personnes qui ont enregistré un refus du don d'organes et/ou de tissus dans le registre de la Chambre des notaires du Québec

**396 848**

Figure des auteurs, données internes de Transplant Québec obtenues le 16 février 2024.

M<sup>me</sup> Louise Bernier est professeure titulaire à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke. M<sup>me</sup> Marine Mageau est infirmière et étudiante en droit (programme coop) à la Faculté de droit de l'Université de Sherbrooke.

DONNÉES SUR LE REFUS DE LA FAMILLE EN CAS DE CONSENTEMENT, 2020-2022

TABLEAU

Raisons	2020	2021	2022
Refus du temps requis pour le processus de don	10	9	13
Arrêt immédiat des traitements de maintien des fonctions vitales demandé (fatigue)	6	18	18
Absence de consensus familial	1	1	0
Raisons religieuses	1	0	0
Opposition au don (raisons personnelles)	6	9	5
Refus du processus de DDC†	1	2	0
Refus de l'attente pour le DDN‡	1	2	5
Famille trop affectée pour parler de don (déni)	0	1	3
Raison non donnée	2	6	1
Autre	1	2	0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>50</b>	<b>45</b>

† Don d'organes après le décès par critères cardiocirculatoires; ‡ Diagnostic de décès par critères neurologiques  
Tableau des auteures, données internes, novembre 2023, Transplant Québec.

respectée lorsqu'elle a été consignée, sauf en cas de motif impérieux, c'est-à-dire qui comporte un caractère d'obligation et qui ne peut être contesté.

L'analyse des débats parlementaires ayant entouré l'adoption de l'article 43 du *Code civil du Québec* nous permet de constater l'importance accordée au principe d'autodétermination, mais indique aussi la possibilité d'y déroger dans certaines situations exceptionnelles<sup>2</sup>. Il est utile, avant d'aller plus loin, de faire état de la portée juridique de cette notion, tant par la doctrine que par les tribunaux.

Ainsi, pour certains auteurs, un motif impérieux se limite au caractère impropre des organes, à l'absence de receveur, à la preuve d'un changement de volonté du défunt avant son décès, à des raisons de santé publique ou encore à l'expression de volontés discriminatoires ou autrement contraires à l'ordre public. Certains prétendent même que les proches et les équipes ont un devoir légal de respecter les volontés préalablement consignées<sup>3,4</sup>.

Pour d'autres, le choc vécu par les familles après le décès soudain d'un proche, quand il se manifeste par un refus d'autoriser le don d'organes, constitue bel et bien un motif impérieux<sup>5</sup>. Selon ces auteurs, les enjeux moraux et relationnels qui émanent des soins intensifs demandent une interprétation souple et contextuelle de la notion légale de motif impérieux<sup>6</sup>.

À ce jour, les tribunaux n'ont pas été appelés à interpréter la portée du motif impérieux lié au veto des familles au don d'organes après le décès. Toutefois, dans une affaire récente, une famille a intenté une action contre un centre hospitalier en alléguant que le manque de diligence de ce dernier avait selon elle compromis le prélèvement des organes de leur proche qui avait pourtant consigné ses volontés à cette fin. Même si la raison principale ayant empêché le prélèvement découlait plutôt d'une incompatibilité clinique des tissus dont l'établissement ne pouvait être tenu responsable, la Cour du Québec a tout de même souligné l'importance de respecter le consentement anticipé au don d'organes en réaffirmant la place du principe d'autodétermination et d'autonomie de la personne même au-delà de sa mort<sup>7</sup>. Ainsi, bien que la question de la force juridique de la volonté des familles en contexte de don d'organes après le décès n'ait pas été clairement tranchée, le contexte normatif actuel semble favorable au respect des choix individuels en matière médicale. Pourtant, cette vision juridique paraît difficile à mettre en pratique de façon automatique, absolue et uniforme en clinique.

**APPLICATION DU CONSENTEMENT INDIVIDUEL ET DU « VETO DES FAMILLES » AU DON D'ORGANES EN CLINIQUE**

En contexte clinique, un peu partout dans le monde, les équipes médicales remettent presque toujours la décision finale du don d'organes entre les mains des proches du donneur, sans égard aux cadres juridiques en place<sup>8</sup>. D'ailleurs, une certaine

universalité se dégage de la littérature scientifique quant aux motifs invoqués par les familles lorsqu'elles refusent le don en dépit des volontés contraires consignées par le défunt (*tableau*)<sup>9</sup>.

Ainsi, si les soins intensifs et les délais inhérents au processus causent un épuisement, une incapacité émotionnelle ou un malaise important des proches par rapport au don, les équipes n'insisteront généralement pas. Pour plusieurs, cette situation peut paraître contradictoire, voire problématique, à la fois en ce qui a trait au respect des volontés individuelles enracinées dans des normes juridiques et au point de vue collectif en contexte de rareté d'organes. Il faut donc s'intéresser au cadre factuel dans lequel s'inscrit le don d'organes après le décès.

D'abord, au cœur de ce paysage, se trouvent les proches qui subissent un choc brutal et douloureux. Le bouleversement causé par la nouvelle ainsi que la survenance de l'irréversible couplé à l'urgence d'agir et au besoin collectif d'organes, crée un contexte factuel multidimensionnel qui peut être qualifié de « choix tragique ».

Les proches sont propulsés au cœur d'une situation dramatique pour laquelle ils ne sont ni préparés ni outillés. Ils sont aussi souvent épuisés par les longues heures d'attente ayant précédé l'annonce de l'irréversibilité de l'état de l'être aimé. C'est dans ce contexte qu'ils doivent rapidement assimiler des informations complexes. Ainsi, plusieurs espèrent encore un « miracle » et ont l'impression qu'en acceptant le don d'organes, ils abandonnent l'être cher trop tôt (en raison par exemple de leur représentation de la mort qui implique fréquemment la cessation des fonctions vitales)<sup>10</sup>. Pour d'autres, c'est plutôt un sentiment de méfiance par rapport au processus du don d'organes.

Un autre élément du contexte dans lequel se déploie ce processus concerne le nécessaire maintien des fonctions vitales pendant la période requise pour organiser le prélèvement et la transplantation. En effet, ces délais pourraient être perçus comme une étape supplémentaire prolongeant indûment une période déjà éprouvante. De surcroît, l'évaluation du donneur pourrait s'apparenter, pour certains, à une sorte d'acharnement thérapeutique contraire aux volontés pourtant claires du patient.

Devant la douleur et l'éventail de réactions humaines vives et imprévisibles possibles, il peut aussi être difficile pour les intervenants médicaux de passer outre le refus d'une famille de respecter les volontés du défunt. Cette situation entraîne parfois un conflit de valeurs entre, d'une part, leur rôle et leurs obligations déontologiques (réaliser les souhaits du défunt et accompagner les familles endeuillées<sup>11</sup>) et, d'autre part, leur mandat de sensibilisation et d'enseignement relativement

à la rareté des organes ainsi qu'à la souffrance physique et psychique des receveurs en attente.

Force est de constater que le contexte factuel dans lequel le don d'organes s'articule ne permettra pas que les intervenants deviennent, en toutes circonstances, fiduciaires des volontés anticipées du défunt<sup>12</sup>. En pareil cas, les équipes peuvent se sentir tirailler entre leur obligation de respecter le choix du défunt et la nécessité de faire preuve de souplesse. L'accent est mis sur l'importance de valider la valeur des besoins émotionnels et moraux des proches d'un patient, qui s'inscrit plus généralement dans un mouvement de soins centrés non seulement sur le patient, mais aussi sur les proches<sup>13</sup>. On reconnaît alors aux proches une importance morale qui doit se matérialiser dans un effort sincère et un devoir éthique de veiller à leur bien-être et de contribuer, autant que possible, à la réduction de leurs souffrances.

Cette mise en perspective réaliste peut donner un sens à la notion de motif impérieux empêchant les professionnels de la santé, dans certaines situations difficiles, d'aller de l'avant avec des volontés individuelles anticipées sur le don d'organes. Le contexte factuel éclaire la question de droit et permet de comprendre la flexibilité qui se déploie actuellement devant un régime de volontés anticipées imparfait.

Néanmoins, ce constat nous pousse à réfléchir à des solutions tenant compte à la fois de l'importance de la solidarité et des dimensions individuelle et collective du don d'organes, mais aussi du volet relationnel de manière à tendre vers un arrimage plus cohérent et harmonieux entre l'expression des volontés anticipées d'un donneur et leur mise en œuvre par les soignants et les familles.

### 3. MIEUX ACCOMPAGNER ET SENSIBILISER LES PATIENTS ET LEURS PROCHES

L'enjeu du veto de la famille nous mène à la question suivante : comment faut-il aborder le consentement au don d'organes pour en faire un outil témoignant d'un choix significatif propice à accroître sa réalisation en contexte de soins critiques ?

#### L'IMPORTANCE DES INFORMATIONS COMPLÈTES POUR DÉVELOPPER UNE CULTURE DU DON

Le régime de consentement anticipé au don d'organes actuel ne respecte pas tout à fait les critères d'un consentement libre et éclairé. En effet, dans le contexte habituel de consentement aux soins, les médecins informeront généralement leur patient des avenues thérapeutiques proposées, des risques possibles et des options aux traitements. Ils répondront aussi aux questions qui pourraient subsister.

Or, en voulant faire du consentement au don d'organes une démarche simple et efficace, on a dépouillé le processus de plusieurs éléments pourtant essentiels à sa bonne

compréhension. En ce sens, pour donner un consentement valide et susceptible d'être appliqué, un donneur potentiel devrait minimalement disposer d'informations sommaires relatives, par exemple, au contexte de soins intensifs, aux délais afférents, au défi de comprendre la notion de diagnostic de mort neurologique et aux difficultés humaines que peut occasionner un deuil accéléré pour les proches.

Pour le moment, la dimension relationnelle du consentement est surtout incarnée par la valeur sociale de l'altruisme collectif, particulièrement par le nombre de vies qui peuvent être sauvées par le don après le décès. Toutefois, en aucun temps, le contexte dans lequel le don a généralement lieu et l'effet du processus sur les proches ne semblent directement abordés. L'exemple de l'approche privilégiée en Espagne, où l'éducation au don constitue une priorité nationale, nous montre que l'enseignement, la sensibilisation et la transmission d'informations représentent des outils précieux pour développer une réelle culture du don<sup>14</sup>.

En complément, il est également essentiel de bonifier le processus de consentement en lui-même afin de faire écho aux dimensions clinique, relationnelle et émotionnelle complexes dans lesquelles ce choix s'enracine<sup>15</sup>. Il serait alors opportun de réfléchir à la création d'espaces de dialogue organisés intégrés aux soins pour faciliter l'émergence de discussions éclairantes entre le donneur potentiel, ses proches et des professionnels de la santé.

### SAISIR L'OCCASION D'ABORDER LE CONSENTEMENT AU DON DANS UN CONTINUUM DE SOINS

Pour faire en sorte que les donneurs potentiels et leurs proches puissent anticiper la réalité complexe du contexte de soins intensifs entourant le don d'organes après le décès, il semble prometteur de s'appuyer sur les occasions d'enseignement et de dialogue existantes entre les soignants et leur clientèle. Ainsi, en plus d'une culture du don à grande échelle, l'approche éducative dans différents contextes de soins miserait sur les rôles d'enseignement, de vulgarisation et d'accompagnement des différents professionnels de la santé<sup>16</sup>.

En effet, comme la pratique des professionnels de la santé comporte déjà un volet de sensibilisation et d'enseignement à visée bien souvent préventive, le fait d'y intégrer le sujet du consentement au don d'organes permettrait d'engager la conversation en contexte de soins. De surcroît, ces initiatives prendraient racine au cœur d'une collaboration inter-professionnelle déjà bien établie, notamment dans le cadre d'initiatives de prévention des dépendances ou encore des virus respiratoires syncytiaux dans les populations à risque. Des stratégies déjà bien établies contribuent à éduquer et à sensibiliser différentes clientèles et leurs proches au moment de leur prise en charge par des professionnels de la santé, que ce soit lors de visites en médecine familiale, dans les milieux

scolaires ou professionnels, en pharmacie et/ou en CLSC. Depuis de nombreuses années, les approches en milieux communautaires se sont révélées efficaces et ont donné des résultats mesurables sur les enjeux de santé publique<sup>17</sup>. Ainsi, le fait de profiter du savoir-faire des différents professionnels gravitant autour des patients et de leurs proches, dans un contexte de continuité des soins et de viser une transmission d'informations intelligibles et plus complètes des enjeux cliniques et humains posés par le don d'organes après le décès nous semble à la fois des gestes réalistes et prometteurs. Cette approche pourrait prendre différentes formes allant d'une discussion informelle éclairante lors d'un rendez-vous de suivi à l'organisation de séances d'information sur les modalités cliniques et relationnelles du don après le décès.

En assurant une intégration de la transmission d'informations en contexte de soins par différents professionnels de la santé compétents, cet effort collectif pourrait contribuer à recueillir des consentements au don plus significatifs, tant d'un point de vue juridique que clinique<sup>18</sup>.

### RETOUR SUR LE CAS ET CONCLUSION

*L'analyse des contextes cliniques et juridiques dans lesquels se déploie le don d'organes après le décès nous fournit certaines clés pour mieux comprendre le cas de Charles. Ce scénario met en lumière le dilemme auquel font parfois face les soignants.*

Il est très difficile pour les professionnels plongés au cœur d'une situation clinique critique de faire abstraction du contexte relationnel et émotionnel dans lequel le choix anticipé du don d'organes s'inscrit. Une avenue prometteuse pour surmonter cette impasse serait de miser sur une meilleure compréhension générale du processus de don d'organes ainsi que des obstacles au respect des volontés dans le cadre des soins intensifs. ■

**Date de réception :** le 10 octobre 2023

**Date d'acceptation :** le 15 octobre 2023

---

M<sup>mes</sup> Louise Bernier et Marine Mageau n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

---

### BIBLIOGRAPHIE

1. *Code civil du Québec*, RLRQ, c. CCQ-1991.
2. Ministère de la Justice du Québec. *Commentaires du ministre de la Justice, le Code civil du Québec, tome 1*. Québec : Publications du Québec ; 1993. 1141 pages.
3. Lessard M. Remuer ciel et terre : la dignité et l'autonomie après la mort au regard de l'exhumation. *McGill Law Journal* 2021 ; 66(4) : 675.
4. Ball IM, Oczkowski S, Sibbald R. Much ado about the family veto. *Can J Anaesth* 2021 ; 68(5) : 601-5. DOI : <https://doi.org/10.1007/s12630-021-01927-1>.
5. Bernier L. Le don d'organes : voir au-delà des volontés individuelles ? *Éthique et Santé* 2018 ; 15(3) : 142-51.
6. Steiner P. Le don d'organes : une affaire de famille ? *Ann Hist Sci Soc* 2004 ; 59(2) : 255-83.





**CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR**

- ▶ Le contexte du don d'organes influe sur l'application des volontés du défunt et la volonté des familles à les appuyer.
- ▶ La transmission d'informations plus complètes est essentielle à l'obtention d'un consentement réellement libre, éclairé et significatif du potentiel donneur.
- ▶ Le développement d'une réelle culture du don s'enracine dans l'accompagnement et la sensibilisation accrue au sein du continuum de soins.

7. Roy contre Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Île-de-Montréal, 2019 QCCQ 6257.
8. Altarouch L, Hébert-Gauthier N, Bourassa Forcier M. Don d'organes au Québec—Étude comparée des bonnes pratiques. *Cahier scientifique Le CIRANO* 2021; 11: 126 pages.
9. Sarti AJ, Sutherland S, Meade M et coll. The experiences of family members of deceased organ donors and suggestions to improve the donation process: a qualitative study. *CMAJ* 2022; 194(30): E1054-61. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220508>.
10. Sarti AJ, Sutherland S, Meade M et coll. Death determination by neurologic criteria—What do families understand? *Can J Anaesth* 2023; 70(4): 637-50. DOI: 10.1007/s12630-023-02416-3.
11. Weiss MJ, English SW, D'Aragon F et coll. Survey of Canadian intensivists on physician non-referral and family override of deceased organ donation. *Can J Anesth* 2020; 67: 313-23. DOI: 10.1007/s12630-019-01538-x.
12. Anthony SJ, Lin J, Pol SJ, Wright L et coll. Family veto in organ donation: the experiences of organ and tissue donation coordinators in Ontario. *Can J Anaesth* 2021; 68(5): 611-21. DOI: 10.1007/s12630-021-01928-0.
13. Santoro J et Bennet M. Ethics of end of life in pediatrics: a narrative review of the roles of caregivers, shared decision making, and patient centered valuers. *Behav Sci (Basel)* 2018; (8) 5: 42. DOI: 10.3390/bs8050042.
14. Streit S, Johnston-Webber C, Mah J, Prionas A, Wharton G, Casanova D et coll. Ten lessons from the Spanish model of organ donation and transplantation. *Transpl Int* 2023; 36: 11009. DOI: 10.3389/ti.2023.11009.
15. Bernier L, Régis C. Regard critique sur le régime québécois des directives médicales anticipées comme véritable consécration de l'autonomie. *RGDM* 2017; 62: 36-64.
16. Williment C, Beaulieu L, Clarkson A et coll. Organ donation organization architecture: recommendations from an international consensus forum. *Transplant Direct* 2023; 9(5): e1440. DOI: 10.1097/TXD.0000000000001440.
17. Dufour C, Lalonde AM, Defoy G. *Loi concernant la lutte contre le tabagisme—Rapport de mise en œuvre 2015-2020*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux; 2020; 56 pages.
18. Bernier L. Le don d'organes au Québec: la nécessité de tendre vers une expression de volonté plus éclairée, inclusive et significative. *Rev Droit Sanit Soc* 2018; (3): 474-86.



FORMATION CONTINUE  
FMOQ.ORG

# SOINS PALLIATIFS ET AIDE MÉDICALE À MOURIR

6 ET 7 JUIN 2024

CENTRE MONT-ROYAL, MONTRÉAL



**VOUS N'ÊTES PAS ENCORE  
INSCRIT À CE CONGRÈS ?**

**VOUS AVEZ JUSQU'AU  
4 JUIN 2024 POUR LE FAIRE.**



NOMBRE DE PARTICIPANTS LIMITÉ

# DU NOUVEAU AU MÉDECIN DU QUÉBEC UN QUIZ ANNUEL

## Grâce au Quiz annuel MQ 2023 :

- 1 Obtenez des crédits pour vos activités d'évaluation de l'exercice de la profession (AEEP)
- 2 Remplissez vos obligations liées au *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* du CMQ
- 3 Revisitez les anciens numéros et consolidez vos connaissances
- 4 Répondez à 12 questions à choix unique sur ce que vous devez retenir dans les cahiers de formation de l'année
- 5 Révissez les messages clés et trouvez celui qui est inexact

**Le Médecin du Québec,  
votre allié pour vos activités  
d'évaluation de l'exercice  
de la profession !**

Le *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* du CMQ exige 10 heures d'AEEP (catégorie B) par cycle de 5 ans



Remplissez le Quiz annuel MQ 2023 et obtenez votre résultat immédiatement. Avec une note de 80 % ou plus, la FMOQ vous attribuera 1 heure d'AEEP reconnue aux fins du règlement du CMQ.

LE MÉDECIN DU QUÉBEC

# 5 LE DON DE TISSUS POUR LA GREFFE, VOUS CONNAISSEZ ?

ÉTIENNE FISSETTE, MARC GERMAIN  
ET MÉLANIE DIEUDÉ



La première greffe de tissus a eu lieu il y a près de 150 ans. De nos jours, il se fait chaque année plusieurs milliers de greffes de tissus au Québec, dont plus de 800 greffes de cornées uniquement ! Pourtant, la greffe de tissus est encore mal connue, même si elle permet parfois de sauver des vies. Sauriez-vous dire dans quelles situations ? Continuez votre lecture pour en savoir plus !

## LE RÔLE D'HÉMA-QUÉBEC, DU DONNEUR ET DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

Les greffes de tissus humains sauvent des vies ou améliorent considérablement la qualité de vie de nombreux patients. Ainsi, les greffes de cornée permettent de redonner la vue, les tendons et les ligaments sont utilisés pour traiter les blessures sportives ou réparer les lésions dégénératives, les valves cardiaques remplacent celles qui sont endommagées et prolongent la vie de nombreux patients, la peau est essentielle à la survie des grands brûlés tandis que les os sont utilisés en orthopédie (générale et oncologique), en médecine du sport et pour des interventions craniofaciales et maxillo-faciales, dentaires et neurochirurgicales. Depuis la première greffe de tissus il y a près de 150 ans, les pratiques entourant le don, le prélèvement, la préparation et la greffe n'ont cessé d'évoluer dans le but d'augmenter la disponibilité, la qualité et l'innocuité des tissus. Grâce aux bonnes pratiques et aux règlements en place<sup>1</sup>, les enjeux d'approvisionnement et d'innocuité des tissus s'apparentent beaucoup à ceux du système de sang. C'est pour cette raison que le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié à Héma-Québec, en 2001, le prélèvement et la distribution des tissus humains. Fonctionnant déjà dans un environnement très réglementé, Héma-Québec a su tirer profit de son expérience dans le domaine du sang pour mener à bien ce nouveau mandat. Héma-Québec a depuis graduellement élargi la gamme de tissus humains offerts, qui comprend désormais des tissus oculaires, cardiaques, vasculaires, cutanés et osseux.

Héma-Québec et Transplant Québec, l'organisme chargé de coordonner le don conduisant à la transplantation d'organes au Québec, défendent la même cause. Héma-Québec intervient après le prélèvement des organes par Transplant Québec.

Les donateurs d'organes sont aussi, la plupart du temps, des donateurs de tissus. Cependant, ces donateurs conjoints ne peuvent assurer à eux seuls un apport suffisant pour répondre aux besoins de la population du Québec.

Le consentement des donateurs et de leurs proches est essentiel pour que ces tissus puissent sauver des vies et améliorer la santé de la population. En vertu du *Code civil du Québec*<sup>2</sup>, le prélèvement des tissus ne peut se faire sans consentement. Ainsi, toute personne peut, de son vivant, consentir au don ou le refuser. Au Québec, les trois moyens servant à officialiser son consentement au don d'organes s'appliquent aussi aux tissus, soit : 1) l'inscription au Registre des consentements au don d'organes et de tissus de la Régie de l'assurance maladie du Québec, 2) l'autocollant signé apposé au dos de la carte d'assurance maladie et 3) l'inscription de son acceptation ou de son refus du prélèvement dans le Registre des consentements aux dons d'organes et de tissus de la Chambre des notaires du Québec. Si la volonté du défunt n'est pas connue, le prélèvement peut être effectué avec le consentement de la personne qui aurait pu consentir aux soins, tel que le prévoit l'article 44 du *Code civil du Québec*<sup>3</sup>. Pour un majeur, cette personne est, par ordre de priorité, le mandataire, le tuteur, le curateur, le conjoint (marié, de fait ou en union civile), un proche parent ou toute personne qui démontre un intérêt particulier envers le défunt. Pour un mineur, cette personne est le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur.

Après l'arrêt cardiaque et respiratoire, le temps est compté. Le prélèvement des tissus doit être effectué dans les vingt-quatre heures, et parfois moins selon le tissu<sup>4</sup>. C'est pourquoi il est si crucial d'identifier rapidement un donneur potentiel et de le recommander à Héma-Québec. Cette identification

**M. Étienne Fissette est directeur de l'exploitation des tissus humains à Héma-Québec. Le D<sup>r</sup> Marc Germain est vice-président-Affaires médicales et innovation, à Héma-Québec. Il est aussi directeur médical de la banque de tissus. M<sup>me</sup> Mélanie Dieudé, Ph. D., est directrice des opérations de recherche à Héma-Québec, chercheuse au CRCHUM et professeure à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.**



est le plus souvent effectuée par le personnel de soins en milieu hospitalier, qui obtient alors l'autorisation des proches du défunt de les mettre en contact avec Héma-Québec. Une fois notifié, le personnel d'Héma-Québec vérifie d'abord les registres de consentement et s'assure que le donneur potentiel ne présente aucun des principaux critères d'exclusion au don (*tableau I*). Par la suite, le questionnaire d'évaluation médicale et sociale du donneur est rempli avec un proche du défunt, et le consentement au don est obtenu (s'il n'est pas déjà consigné dans l'un des registres, auquel cas le proche en est informé). Le plus souvent, cette démarche se fait par téléphone. Les équipes de prélèvement sont ensuite mobilisées : les tissus oculaires peuvent être prélevés directement dans les centres hospitaliers, les maisons de soins palliatifs, la morgue ou les maisons funéraires, tandis que les autres tissus doivent l'être dans les installations d'Héma-Québec. Il convient de préciser que c'est le personnel d'Héma-Québec qui s'occupe de l'entièreté de l'évaluation de l'admissibilité du donneur et du processus de don. Le rôle des professionnels de la santé consiste donc uniquement à identifier un donneur potentiel et à faire le lien avec Héma-Québec.

Au Québec, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*<sup>5</sup> spécifie que le directeur des services professionnels d'un établissement qui exploite un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés a l'obligation de communiquer avec Héma-Québec et Transplant Québec pour les prévenir de la mort imminente ou récente d'un donneur potentiel d'organes ou de tissus. En réalité, cependant, ce rôle revient le plus souvent aux professionnels de la santé en première ligne, dont la contribution au processus de recommandation au don est inestimable. Cette collaboration est aussi essentielle quand le donneur ne meurt pas ou ne séjourne pas dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés.

### LES MÉCANISMES D'IDENTIFICATION ET DE RECOMMANDATION DES DONNEURS POTENTIELS DE TISSUS

En 2022, le Québec a enregistré 78 400 décès<sup>6</sup>, et 43 % des personnes décédées étaient potentiellement admissibles au don de tissus. Il est important de préciser qu'Héma-Québec et les agences réglementaires établissent des critères d'admissibilité qui diffèrent pour chaque tissu<sup>7</sup>. Par exemple, la plupart des cancers actifs ou passés ne constituent pas un motif d'exclusion pour le don de la cornée, alors qu'ils le sont pour d'autres tissus. L'âge est aussi un facteur important pour déterminer quels tissus peuvent être prélevés. L'âge maximal est de 85 ans pour le don de la cornée et de 60 ans pour le don des tissus cardiovasculaires.

À noter que les donneurs potentiels chez les enfants doivent aussi être dirigés vers Héma-Québec, car les tissus cardiaques peuvent être prélevés dès la naissance. En effet, Héma-Québec doit maintenir en réserve des valves cardiaques de

TABLEAU I

#### CRITÈRES D'EXCLUSION POUR LE DON DE TISSUS HUMAINS

- ▶▶ Âge de 86 ans et plus
- ▶▶ Infection à VIH, à VHB ou à VHC
- ▶▶ Infection générale active et non traitée
- ▶▶ Cancer du sang (lymphome, leucémie)
- ▶▶ Maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, démence d'origine inconnue

Tableau des auteurs.

diamètres variés afin de traiter des enfants. En somme, l'admissibilité au don d'un tissu donné repose sur un examen approfondi des antécédents médicaux et sociaux. Pour cette raison, Héma-Québec demande aux professionnels de la santé de lui recommander tous les patients décédés qui ne présentent pas l'un des critères d'exclusion (*tableau I*).

Contrairement au don d'organes, le nombre de candidats au don de tissus est beaucoup plus élevé. Par conséquent, le principal défi du don de tissus consiste à s'assurer que les décès sont signalés à Héma-Québec, en temps opportun, afin que les démarches menant au don soient entreprises.

Pour ce faire, Héma-Québec a mis au point des mécanismes permettant d'identifier des donneurs potentiels en collaboration avec ses partenaires. Par exemple, de nouveaux parcours des personnes décédées ont émergé dans les dernières années. Une proportion grandissante des constats de décès se fait maintenant à distance (ex. : au domicile du défunt) par des équipes spécialisées. Héma-Québec collabore avec ces équipes pour identifier les donneurs potentiels et aborder l'option du don de tissus avec les proches. Un autre exemple de partenariat est celui qu'Héma-Québec a conclu en 2020 avec le Bureau du coroner du Québec qui reçoit de 7 % à 8 % des signalements des décès survenus chaque année au Québec<sup>8</sup>. Comparativement aux décès en milieu hospitalier, les décès signalés au bureau du Coroner touchent souvent des personnes ayant des caractéristiques plus favorables au don de tissus cardiovasculaires. Or, ces tissus sont en forte demande, ce qui rend cette collaboration indispensable pour assurer un approvisionnement suffisant pour la population québécoise. Le personnel d'Héma-Québec travaille en collaboration avec les coroners afin de rendre possible le don de tissus sans compromettre la recherche des causes du décès.

Plus récemment, l'aide médicale à mourir, qui représentait 3663 décès en 2021-22<sup>9</sup>, offre une nouvelle façon de donner des tissus. La discussion sur le don de tissus intervient entre le



médecin et son patient. Quand un patient consent à donner ses tissus, le personnel d'Héma-Québec remplit le questionnaire médico-social avec lui, de son vivant.

Ces trois exemples illustrent le fait que le parcours d'un défunt change au gré de l'évolution de la société et des pratiques hospitalières. Ces exemples montrent avant tout l'importance pour Héma-Québec de travailler de concert avec les partenaires du don.

### LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE DON AU QUÉBEC ET SES PARTICULARITÉS

Héma-Québec est responsable de toutes les étapes d'approvisionnement en tissus humains, y compris de la formation du personnel et du public, de la mise en place des mécanismes de recommandation des donneurs, de la détermination de l'admissibilité au don, du prélèvement et de la préparation des tissus, de la distribution ainsi que du service à la clientèle. On trouve ce modèle de banques de tissus intégrées dans d'autres provinces canadiennes, à la différence qu'elles relèvent toutes d'une agence de santé provinciale, et non de l'organisme responsable du système du sang comme au Québec. De plus, il existe des divergences marquées en ce qui a trait aux infrastructures de prélèvement et de transformation des tissus, de sorte que l'accès à la greffe de tissus et l'autosuffisance en tissus humains sont inégaux d'une province à l'autre<sup>10</sup>. D'ailleurs, le Québec et le reste du Canada sont loin d'être autosuffisants en tissus humains pour répondre aux besoins de la population. Le Québec peut se réjouir de son fort taux d'autosuffisance de certains tissus critiques, tels que les cornées et les tissus cutanés superficiels pour le traitement des grands brûlés. Toutefois, environ 40 % des tissus greffés au Québec proviennent de l'étranger, essentiellement des États-Unis. Ces importations concernent principalement les tissus très transformés, comme les matrices osseuses déminéralisées et les matrices dermiques acellulaires.

En 2021, le ministre de la Santé et des Services sociaux a élargi le mandat confié à Héma-Québec en 2001 en lui octroyant l'exclusivité de la distribution des tissus humains dans les établissements de santé publics du Québec. Ce mandat s'inscrit dans les meilleures pratiques internationales<sup>1</sup> et permettra à Héma-Québec d'assurer la qualité des tissus humains et de centraliser les échanges d'informations entre les fournisseurs et les utilisateurs, notamment en ce qui a trait à la déclaration des événements indésirables suivant la greffe de tissus humains. Héma-Québec est ainsi en bonne position pour cibler les besoins de chaque type de tissu et de planifier l'approvisionnement afin de soutenir un accès juste, opportun et équitable en tissus humains. De plus, les informations cruciales sur la capacité et la demande du système québécois ont permis de constater une dépendance excessive à l'égard des tiers. Ainsi, forte de son nouveau mandat, Héma-Québec

### QUELQUES STATISTIQUES SUR LE DON DE TISSUS HUMAINS AU QUÉBEC EN 2022

TABLEAU II

	Nombre
<b>Donneurs</b>	
Recommandés	5371
Prélèvements de tissus oculaires	836
Prélèvements de plusieurs types de tissus	209
<b>Unités de tissus distribuées</b>	
Tissus cutanés	930
Tissus musculosquelettiques (os et tendons)	2375
Tissus cardiovasculaires	55
Tissus oculaires	1225

Tableau des auteurs, données internes, Héma-Québec.

s'est fixée des objectifs d'accroissement de l'autosuffisance en tissus humains au Québec.

### QUE NOUS RÉSERVE L'AVENIR ?

La réglementation entourant les activités des banques de tissus humains s'est grandement bonifiée depuis vingt ans, ce qui a rendu les tissus humains plus sûrs (diminution du risque d'infections et d'autres effets indésirables). Aujourd'hui, toutes les spécialités chirurgicales ont recours à des tissus humains, l'orthopédie détenant le haut du pavé en ce qui concerne la diversité et la quantité de tissus greffés (*tableau II*).

Le domaine de la greffe de tissus humains est extrêmement dynamique. Les évolutions et les innovations se succèdent à une vitesse vertigineuse. Les chercheurs universitaires et de l'industrie, en collaboration avec les médecins spécialistes, développent de nouveaux traitements à base de tissus ou perfectionnent ceux déjà connus. Il en est de même à Héma-Québec, où les chercheurs et les professionnels collaborent avec les acteurs de l'écosystème du don et de la transplantation à l'échelle internationale. On continue d'apprécier les avantages des tissus humains par rapport aux matériaux synthétiques. Par exemple, des données probantes confirment que les valves pulmonaires humaines confèrent des avantages importants par rapport aux valves mécaniques et aux bioprothèses<sup>11</sup>. De nouvelles indications médicales sont également découvertes pour certains tissus. Par exemple, les membranes amniotiques (employées depuis longtemps en ophtalmologie) sont de plus en plus utilisées pour prévenir les adhérences et limiter le tissu cicatriciel dans l'espace épidual après une laminectomie<sup>12</sup>.



**CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR**

- ▶ La greffe de tissus permet chaque année d'améliorer et même de sauver la vie de milliers de patients au Québec.
- ▶ Le rôle crucial des professionnels de la santé est d'identifier les donneurs potentiels. Héma-Québec prend ensuite en charge l'entièreté du processus de don.
- ▶ Le ministère de la Santé a confié à Héma-Québec le mandat exclusif de la distribution de tissus humains dans le réseau hospitalier.

**CONCLUSION**

Malgré l'essor du génie tissulaire et des thérapies cellulaires, la pertinence des tissus humains dans l'arsenal thérapeutique est bien établie. D'ailleurs, des interactions importantes entre les thérapies cellulaires et le domaine des tissus humains sont à nos portes. Par exemple, la transplantation de cellules endothéliales cultivées *in vitro* pourraient potentiellement représenter un substitut à certaines greffes de tissus allogéniques<sup>13</sup>. Cela dit, bien malin celui qui peut prédire si les tissus humains seront encore nécessaires dans 150 ans. Nous pouvons toutefois parier sans grand risque que nous en aurons encore besoin pour au moins quelques décennies. Alors, continuons de nous mobiliser pour le don de tissus afin d'avoir une banque de tissus forte au service de la population du Québec.

Pour en savoir davantage sur le don de tissus et comment recommander un donneur, consultez la section professionnelle du site Web d'Héma-Québec. ■

**Date de réception :** le 11 octobre 2023

**Date d'acceptation :** le 27 octobre 2023

M. Étienne Fissette et D<sup>r</sup> Marc Germain n'ont signalé aucun conflit d'intérêts. M<sup>me</sup> Mélanie Dieudé a reçu des subventions de recherche de Boehringer Ingelheim Global de janvier 2022 à juin 2023.

**BIBLIOGRAPHIE**

1. Sánchez-Ibañez J, Humphreys C, Lomero M et coll. Tissue and cell donation: Recommendations from an International Consensus Forum. *Transplant Direct* 2023 ; 9 (5) : e1466. DOI : 10.1097/TXD.0000000000001466.
2. LégisQuébec. *Code civil du Québec*. RLRQ, c. CCQ-1991, c. 64, a. 43. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2023.
3. LégisQuébec. *Code civil du Québec*. RLRQ, c. CCQ-1991, c. 64, a. 44. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2023.
4. Brubaker S, Lotherington K, Zhao J et coll. Tissue recovery practices and bioburden: a systematic review. *Cell Tissue Bank* 2016 ; 17 : 561-71. DOI : 10.1007/s10561-016-9590-5.

5. LégisQuébec. *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*, art. 204.2. Québec : Éditeur officiel du Québec ; 2023.
6. Institut de la statistique du Québec. *Décès et taux de mortalité, Québec, 1900-2022* [en ligne]. Québec : l'Institut ; [cité le 3 août 2023]. Site Internet : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/tableau/deces-et-taux-de-mortalite-quebec>.
7. Ministère de la Justice. *Règlement sur la sécurité des cellules, tissus et organes humains destinés à la transplantation DORS/2007-118* [en ligne], 7 juin 2007. [cité le 3 août 2023] (Canada). Site Internet : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-2007-118/page-1.html>.
8. Gouvernement du Québec. *Bureau du coroner*. Québec : Gouvernement du Québec ; 2023.
9. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Dépôt du rapport annuel 2021-2022 de la Commission sur les soins de fin de vie : le Québec continue de bien faire les choses en matière d'aide médicale à mourir* [Internet]. Québec : l'Institut ; [cité le 3 août 2023]. Site Internet : [www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/depot-du-rapport-annuel-2021-2022-de-la-commission-sur-les-soins-de-fin-de-vie-le-quebec-continue-de-bien-faire-les-choses-en-matiere-daide-medicale-a-mourir-44654](http://www.quebec.ca/nouvelles/actualites/details/depot-du-rapport-annuel-2021-2022-de-la-commission-sur-les-soins-de-fin-de-vie-le-quebec-continue-de-bien-faire-les-choses-en-matiere-daide-medicale-a-mourir-44654).
10. Bae SS, Rocha G, Humphreys C et coll. A National Consensus Forum on improving cornea donation and transplantation access in Canada. *BMC Proc* 2021 ; 15 (10) : 1-4. DOI : <https://doi.org/10.1186/s12919-021-00215-6>.
11. Yokoyama Y, Kuno T, Toyoda N et coll. Ross procedure versus mechanical versus bioprosthetic aortic valve replacement: a network meta-analysis. *J Am Heart Assoc* 2023 ; 12 (1) : e8066. DOI : 10.1161/JAHA.122.027715.
12. Tao H, Fan H. Implantation of amniotic membrane to reduce post-laminectomy epidural adhesions. *Eur Spine J* 2009 ; 18 (8) : 1202-12. DOI : 10.1007/s00586-009-1013-x.
13. Kinoshita S, Koizumi N, Ueno M et coll. Injection of cultured cells with a rock inhibitor for bullous keratopathy. *N Engl J Med* 2018 ; 378 (11) : 995-1003. DOI : 10.1056/NEJMoa1712770.

Les auteurs remercient Samuel Rochette pour ses commentaires et pour avoir fait une révision linguistique.

# LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS

PADPC  
FMOQ



## 1 PARMIS LES ÉNONCÉS SUIVANTS SUR LES RISQUES ASSOCIÉS AU DON DE REIN, LEQUEL EST FAUX ?

- A Augmentation de la pression artérielle
- B Diminution du débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe), avec une stabilisation à 70 % avant le don
- C Risque accru pour le donneur de développer une insuffisance rénale terminale
- D Risque accru pour une donneuse de souffrir de diabète de grossesse après le don

## 2 PARMIS LES CHOIX SUIVANTS, LEQUEL CONSTITUE UNE CONTRE-INDICATION ABSOLUE À ENTAMER UN PROCESSUS D'ÉVALUATION POUR DONNER UN REIN À UN PROCHE ?

- A Présence de diabète bien maîtrisé par la metformine seule
- B Groupe sanguin différent pour le donneur et le receveur potentiels
- C Hypertension artérielle bien maîtrisée par un seul antihypertenseur
- D Antécédents de lithiase rénale

## 3 QUEL ÉLÉMENT EMPÊCHE LE SIGNALEMENT D'UN DONNEUR D'ORGANES DANS UN CONTEXTE D'AIDE MÉDICALE À MOURIR ?

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| A Hépatite C           | C Cancer métastatique   |
| B Maladie de Parkinson | D Âge de plus de 85 ans |

## 4 À LA SUITE D'UNE RÉANIMATION CARDIORESPIRATOIRE, QUELLE EST LA DURÉE D'OBSERVATION RECOMMANDÉE AVANT DE PRÉCISER LE STATUT NEUROLOGIQUE ET AINSI D'ENVISAGER LE DON D'ORGANES ?

- |             |             |
|-------------|-------------|
| A 24 heures | C 48 heures |
| B 72 heures | D 6 heures  |

## 5 PARMIS LES ÉLÉMENTS SUIVANTS, LEQUEL N'AUGMENTE PAS SYSTÉMATIQUEMENT LES DONNÉES D'ORGANES ET LES TRANSPLANTATIONS ?

- A Formation des professionnels qui identifient et soignent les donneurs potentiels
- B Loi qui prévoit le consentement présumé
- C Augmentation des ressources (financières et humaines) au système de don et de transplantation
- D Maintien de la transparence du système et de la confiance du public

## 6 UNE LOI DE CONSENTEMENT PRÉSUMÉ EST CONSIDÉRÉE COMME « DOUCE » OU « STRICTE » SELON QUEL CRITÈRE ?

- A Le nombre de greffes supplémentaires qui auront lieu après l'entrée en vigueur de la loi
- B Le moment, au cours du processus, où la famille est contactée pour discuter du don
- C Des sanctions imposées aux médecins qui n'arrivent pas à identifier des donneurs potentiels
- D La possibilité pour la famille d'annuler la décision enregistrée du donneur potentiel

# LE DON D'ORGANES ET DE TISSUS (suite)

PADPC  
FMOQ



7

## QUELS SONT LES TROIS MOTIFS DE « VETO FAMILIAL » LES PLUS RÉPERTORIÉS AU QUÉBEC EN 2022 ?

- A Motifs religieux, épuisement familial, désaccord entre les membres de la famille
- B Épuisement familial, absence de volonté anticipée du défunt, incompréhension du diagnostic de mort neurologique
- C Délais afférents, épuisement familial (fatigue) et opposition au don d'organes pour des raisons personnelles
- D Malaise de la famille par rapport au don d'organes, désaccord entre les membres de la famille, incompréhension du diagnostic de mort neurologique

8

## À QUOI FAIT RÉFÉRENCE LA NOTION DE « VETO DE LA FAMILLE » ?

- A Refus de la famille du don d'organes en l'absence de volontés anticipées consignées
- B Refus de la famille du don d'organes contraire aux volontés anticipées consignées
- C Refus de la famille du don d'organes en accord avec les volontés anticipées consignées
- D Refus de la famille du don d'organes en accord avec les volontés anticipées présumées

9

## ENVIRON COMBIEN DE GREFFES DE CORNÉES SONT RÉALISÉES CHAQUE ANNÉE AU QUÉBEC ?

- A 800
- B 200
- C 20 000
- D 50

10

## EN QUELLE ANNÉE LE GOUVERNEMENT A-T-IL CONFIE À HÉMA-QUÉBEC LE MANDAT EXCLUSIF DE LA DISTRIBUTION DES TISSUS HUMAINS ?


- A 2001
- B 2003
- C 2021
- D Héma-Québec n'a pas reçu ce mandat



SOYEZ  
BRANCHÉS !

[LEMEDECINDUQUEBEC.ORG](http://LEMEDECINDUQUEBEC.ORG)

REMPLISSEZ VOTRE POST-TEST EN LIGNE,  
C'EST FACILE ET RAPIDE !

1. Allez sur [lemedecinduquebec.org](http://lemedecinduquebec.org).
2. Cliquez sur l'onglet Post-test en haut de la page.
3. Connectez-vous en utilisant votre mot de passe  activez votre profil d'utilisateur.
4. Remplissez le post-test correspondant et obtenez votre résultat immédiatement. La FMOQ vous attribuera trois heures d'activité de DPC (type A) reconnues aux fins du règlement du Collège **qui seront automatiquement ajoutées à votre PADPC-FMOQ** si vous obtenez une note de 60 % ou plus. **Répondez avant le 1<sup>er</sup> octobre 2024.**
5. Votez pour votre article Coup de cœur du mois.
6. Cliquez sur le bouton « Remplir l'annexe 13 de votre PADPC » et remplissez-la.



# DONNER ET RECEVOIR UN ORGANE

ROBERT AUBIN, BIBLIOTHÉCAIRE PROFESSIONNEL

## POUR LES PROFESSIONNELS

### » Portrait de la transplantation d'organes solides au Québec (2022)

<https://bit.ly/transplantation-organes-solides-quebec>

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux fait le point sur la transplantation de cœurs, de poumons, de foies, de reins et de pancréas.

### » Le don et la transplantation d'organes (2004)

<https://ethique.gouv.qc.ca/fr/publications/don-et-transplantation-dorganes/>

La Commission de l'éthique en science et en technologie du Québec s'est penchée sur les enjeux éthiques, notamment en contexte de pénurie.

### » Interventions pour accroître le respect du traitement immunodépresseur chez les personnes greffées (2022)

<https://bit.ly/respect-traitement-immunodépresseur>

Pour la personne qui a reçu un organe, négliger ses médicaments immunodépresseurs peut mettre en danger la réussite de la greffe.

## GREFFE DE REIN

### » Quel est l'effet d'une greffe de rein sur la relation donneur-receveur ? (2012)

<https://bit.ly/effets-greffe-rein>

Quand les relations familiales entre le donneur et le receveur étaient bonnes, elles avaient tendance à s'améliorer. Quand elles étaient chancelantes, elles empiraient... D'où l'importance d'évaluer la qualité de la relation avant d'envisager une greffe de rein.

### » Analyse éthique du don d'organes de donneur vivant (2005)

<https://bit.ly/don-organes-donneur-vivant>

Comment évaluer l'autonomie d'un donneur ? Il comprend la situation, il ne subit aucune influence, il manifeste une volonté claire.

### » Donneurs de rein vivants : évaluation et suivi (2019)

<https://bit.ly/donneurs-rein-vivants>

Les omnipraticiens jouent un rôle important en donnant des conseils avant le don et en suivant le donneur après la greffe.

## GREFFE DE TISSU

### » Greffe de cornée (2023)

<https://bit.ly/greffe-cornée>

Des médecins danois donnent un aperçu de leur façon de procéder.

### » Intelligence artificielle, apprentissage machine et neuronal dans le contexte d'une greffe de foie (2023)

<https://bit.ly/IA-greffe-foie>

Dans la préparation d'un plan de traitement pour les patients ayant besoin d'une greffe de foie, l'intelligence artificielle pourrait intégrer utilement toutes les données démographiques et cliniques, ainsi que le résultat des examens de laboratoire et d'imagerie.

## CONSENTEMENT

### » Droits de la personne et consentement présumé au don d'organes au Royaume-Uni (2008)

<https://bit.ly/droits-don-organes-Royaume-uni>

Les pour et les contre du consentement présumé quand 90 % des Britanniques sont d'accord pour donner leurs organes, mais que seulement le quart ont signé le formulaire de don d'organes.

### » Une évaluation éthique du consentement présumé au don d'organes en Suisse (2020)

<https://bit.ly/consentement-don-organes-suisse>

Au moment où la Suisse s'apprêtait à légiférer sur le consentement présumé au don d'organes (un référendum l'a approuvé en mai 2022), l'auteur réfléchit sur les données disponibles et sur les conséquences éthiques.

### » Revue systématique sur le consentement présumé au don d'organes d'un donneur cadavérique (2009)

<https://bit.ly/don-organes-donneur-cadavérique>

Le consentement présumé au don d'organes n'explique pas à lui seul les différences constatées entre les pays. Un facteur important : la façon dont le sujet est abordé avec la famille d'un donneur potentiel.

### » Accroître le consentement des proches au don d'organes (2009)

<https://bit.ly/consentement-proches-donneur-organes>

Un éditorialiste du *British Medical Journal* amène plusieurs propositions.

## POUR LES PATIENTS

### » Transplant Québec

<https://www.transplantquebec.ca/>

De nombreuses informations pour les donneurs et les personnes greffées. ■

# INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

## PROJETS PROMETTEURS

GILLES TOUSIGNANT



Par sa capacité à analyser des milliards de données et à en tirer des lignes de conduite à une vitesse ahurissante, l'intelligence artificielle s'imbrique parfaitement dans le monde de la santé afin d'améliorer le processus diagnostique et de proposer des traitements adaptés à l'état du patient. De nombreux projets sont prometteurs, en voici quelques-uns parmi les plus intéressants.

### AIDE AU DIAGNOSTIC

L'entreprise montréalaise IMAGIA<sup>1</sup> utilise une technologie brevetée qui transforme le dépistage et le traitement de maladies comme le cancer. Par exemple, lorsqu'un patient se voit offrir deux traitements au taux de réponse similaire pour son cancer, cette entreprise est en mesure d'aider les professionnels de la santé à choisir le meilleur traitement. Plusieurs hôpitaux du Québec utilisent déjà la plateforme EVIDENS d'Imagia à des fins de recherche. Elle permet aux chercheurs d'avoir accès aux informations cliniques de tous les patients afin d'en tirer des analyses plus poussées.

### DIAGNOSTIC PRÉCOCE

L'intelligence artificielle permet non seulement de soutenir le diagnostic, mais aussi de le faire plus précocement. Grâce à des algorithmes, elle peut déceler très tôt les premiers signes d'une maladie. C'est en se servant de cette avancée qu'un consortium français a eu l'idée du projet PsyCare<sup>2</sup>. Cette équipe veut détecter précocement les signes d'une première psychose chez les jeunes de 15 à 25 ans. Elle va donc recueillir des données auprès de cinq cents patients, puis, après une analyse faite avec l'intelligence artificielle, elle établira les éléments nécessaires au repérage des adolescents susceptibles de faire une psychose et proposera une thérapie individualisée. Une application pour téléphone intelligent permettra au jeune de rester en contact avec des professionnels et d'avoir accès sans tarder à des services cliniques.

### TÉLÉMÉDECINE

Des entreprises développent des solutions permettant d'obtenir une consultation médicale débouchant sur un diagnostic et une ordonnance.

En Europe, la firme H4D<sup>3,4</sup> a mis au point une télécabine à cette fin. Une fois installé dans la cabine, le patient est mis en visioconférence avec un médecin qui procède à un examen subjectif et le guide de manière à obtenir des mesures

objectives. La cabine est munie d'appareils et de capteurs qui peuvent effectuer une quinzaine de tests. Le médecin pourra à la fin de la visite virtuelle déterminer la conduite à tenir. Peut-être une solution d'avenir pour éliminer les déserts médicaux.

### DONNÉES POUR LE SUIVI DES PATIENTS

Avec la mise au point de divers capteurs sont apparus des produits intelligents qui peuvent analyser plusieurs paramètres de santé. Par exemple, plusieurs montres font le suivi du diabète ou du sommeil, enregistrent le rythme cardiaque, la respiration, le taux sanguin d'oxygène ou encore détectent une arythmie cardiaque. Et Apple s'apprête à mesurer la pression artérielle avec ses prochaines montres. La société française Withings est active dans ce domaine et propose notamment un des tensiomètres intelligents les plus précis sur le marché. Au dernier Consumer Electronics Show, elle a présenté un nouvel appareil<sup>5</sup> qui, à l'aide de capteurs, prend la température corporelle en moins d'une minute, ausculte un patient grâce à son capteur-stéthoscope, fait un ECG et mesure le taux d'oxygène sanguin. Un autre élément qui permettra au médecin d'obtenir des données objectives pour le suivi de ses patients !

Voilà un mince survol de ce que l'intelligence artificielle nous réserve. Au Québec, plusieurs établissements s'y intéressent déjà, comme le CHUM<sup>6</sup>. Tous ces projets sont à suivre. Nous y reviendrons. ■

### BIBLIOGRAPHIE

1. <https://www.montrealinternational.com/fr/secteurs-cles/histoires-de-reussites/imagia/>
2. <https://psy-care.fr/presentation-generale-2/>
3. <https://www.h4d.com/nos-solutions/>
4. <https://www.visite-virtuelle360.fr/visite-virtuelle/171211-H4D/>
5. [https://www.withings.com/ca/fr/beam-o?utm\\_source=TwitterFR&utm\\_medium=social&utm\\_campaign=ces-2024](https://www.withings.com/ca/fr/beam-o?utm_source=TwitterFR&utm_medium=social&utm_campaign=ces-2024)
6. <https://www.chumontreal.qc.ca/innovation/lintelligence-artificielle-au-chum>

**M. Gilles Tousignant, clinicien retraité du réseau de la santé, est formateur en nouvelles technologies dans le domaine de la santé.**



QUESTIONS DE BONNE ENTENTE

# MÉDECINS LOCATAIRES

## METTEZ VOS HONORAIRES À L'ABRI

MICHEL DESROSIERS

Il semble courant pour les cliniques de percevoir les honoraires des médecins, d'en retirer le loyer, puis de leur remettre le solde. Cette méthode présente des avantages évidents pour la clinique, mais elle ne respecte pas l'Entente ni la réglementation du Collège des médecins. Lors des difficultés financières récentes d'une clinique de Montréal, les honoraires des médecins locataires ont d'ailleurs été saisis, situation qui aurait facilement pu être évitée si les médecins avaient procédé différemment. Traitons-en !

Certains médecins ne sont pas toujours assidus dans la gestion de leurs finances. Les comptes de loyer peuvent « traîner » un peu pour toutes sortes de raisons. Parfois, c'est parce que le médecin a d'autres priorités ; d'autres fois, c'est en raison d'un désaccord sur le montant à payer et à l'occasion, c'est parce qu'il est difficile d'établir le montant exact à payer. Afin d'éviter de telles situations, les cliniques cherchent souvent à percevoir directement le loyer à même les honoraires du médecin afin d'en contrôler la gestion. On peut les comprendre.

Lorsque le loyer est un pourcentage des honoraires, la clinique a aussi intérêt à ce que la facturation reflète toutes les activités permises du médecin. Si le médecin ne se donne pas la peine d'inscrire sa clientèle ou qu'il néglige de réclamer différents suppléments, il devient un locataire moins « rentable », à moins de lui demander un pourcentage beaucoup plus élevé que la moyenne. Les cliniques offrent donc souvent aux médecins de s'occuper de leur facturation à titre de mandataire. Un tel fonctionnement facilite aussi le calcul du pourcentage des honoraires correspondant au loyer, du moins pour les services que la clinique a facturés. Toutefois, certains forfaits ne se facturent pas. C'est plutôt la RAMQ qui détermine le montant et qui verse spontanément la somme due. Si les honoraires sur lesquels s'applique le pourcentage du loyer comprennent de tels forfaits, la clinique qui fait la facturation du médecin ne le saura pas, à moins que ce dernier l'en informe. Le loyer payé sera ainsi inférieur au pourcentage convenu. Et si les services de téléconsultation que le médecin fait de son domicile sont également inclus, mais que le médecin les facture lui-même, cette somme échappera aussi au calcul de la clinique. On peut donc voir que même si la clinique fait la facturation du médecin, elle ne connaît pas d'emblée toute l'étendue de sa rémunération, bien que ça aide.

Par ailleurs, une clinique dont le loyer est à pourcentage peut avoir intérêt à facturer plus que ne le permet l'Entente,

ce qui peut se traduire par un risque de récupération en cas de contrôle de la RAMQ. Autrement, le fait que la clinique agisse comme mandataire ne met pas en soi les honoraires du médecin à risque.

Tant que les honoraires sont versés directement au médecin par la RAMQ, le sort de la clinique n'y change rien.

### CONSÉQUENCES DE LA FAILLITE D'UNE CLINIQUE OU DE SA MISE SOUS LA PROTECTION DE LA LOI SUR LA FAILLITE ET L'INSOLVABILITÉ

La récente mise sous séquestre des actifs d'une clinique a montré un risque pour les médecins, spécifiquement lorsque leurs honoraires sont versés à un compte de groupe. Dans ce cas médiatisé, les honoraires des médecins ont ainsi été saisis.

Mais pas de panique ! Il y a deux éléments à préciser ici : le type d'organisation de la clinique qui peut faire faillite et la notion des comptes de groupe et les restrictions qui s'y appliquent.

#### TYPE D'ENTITÉ À RISQUE DE FAILLITE

Ce ne sont pas toutes les cliniques qui s'exposent au risque de faillite. Celles où les médecins sont constitués en société de dépenses ne feront jamais faillite, car une telle société n'a pas de personnalité légale. Ce sont donc les médecins qui s'engagent à payer le loyer, les salaires et les dépenses d'exploitation. Ils sont solidairement responsables des dettes du groupe. En cas de manque de fonds, les médecins devront collectivement trouver l'argent. Le groupe, lui, ne fera pas faillite.

Ce sont plutôt les entités constituées en sociétés par actions qui offrent des baux clés en main aux médecins qui y exercent qui peuvent faire faillite. On peut penser qu'une telle éventualité n'arrivera pas, mais au moins un groupe de cliniques de Montréal a dû se placer sous la protection de ses créanciers. Les honoraires des médecins, qui étaient versés à un compte de groupe de la clinique, ont été saisis par le syndic agissant dans le cadre de la *Loi sur la faillite et l'insolvabilité*. Lorsque les médecins ont appris la nouvelle, la RAMQ avait déjà versé les honoraires pour un cycle de paiement au compte de groupe

---

**Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.**

## QUESTIONS DE BONNE ENTENTE

de la clinique et s'apprêtait à faire de même pour ceux du cycle suivant. Malheureusement, les médecins n'ont pu bloquer ce deuxième versement au compte de groupe. Les médecins qui avaient rapidement encaissé le chèque de la clinique pour les honoraires du premier cycle ont été payés, mais pas les retardataires. Les montants de ce chèque et les honoraires du cycle de paiement suivant se sont donc retrouvés embourbés dans la saisie.

### COMPTES ADMINISTRATIFS OU DE GROUPE

L'agence de facturation ou la clinique qui fait la facturation pour un groupe de médecins agit comme mandataire. Elle transmet les demandes de paiement et obtient l'information sur les problèmes de paiement au nom du médecin. Un mandataire représente le médecin pour certaines activités. Toutefois, elle ne reçoit pas les honoraires versés par la RAMQ, car elle n'a pas rendu les services médicaux. Elle est un tiers par rapport au médecin.

L'Entente et le règlement du Collège des médecins sur l'exercice en société prévoient des restrictions sur les tiers qui peuvent recevoir des honoraires pour des services médicaux.

L'article 19.03 de l'Entente prévoit que la RAMQ peut seulement verser des honoraires au médecin ou aux tiers suivants qu'il autorise : un groupe de médecins, une société de médecins dont il fait partie et une société par actions de médecins (pour l'exercice de la médecine) au sein de laquelle il exerce ses activités.

Une clinique constituée en société par actions qui appartient à un promoteur ne fait pas partie des tiers autorisés à percevoir directement les honoraires de la RAMQ. Même dans le cas de médecins non participants, le règlement du Collège sur l'exercice en société par actions ne permet pas la rémunération d'une clinique constituée en société par actions pour des services médicaux. Mais concentrons-nous sur les participants.

La RAMQ offre à des groupes de médecins de désigner des « comptes administratifs », communément appelés « comptes de groupe ». Selon les règles de l'Entente, un compte pour le « GMF de la rue Principale » devrait être celui du groupe de médecins, le GMF étant une entité distincte de la clinique au sein de laquelle les médecins du GMF pratiquent. Les montants ne devraient donc pas être versés à la clinique où le GMF de la rue Principale loue ses locaux, car elle n'est pas un tiers autorisé. Un représentant de la clinique pourrait être autorisé à donner des instructions bancaires, mais comme mandataire du groupe de médecins. Le compte ne devrait pas être celui de la clinique.

Malgré ces règles, plusieurs médecins semblent avoir désigné le compte de la clinique comme compte de groupe pour le versement de leurs honoraires. C'est probablement ce

ENCADRÉ 1

### VOS HONORAIRES SONT VERSÉS DIRECTEMENT À LA CLINIQUE ?

Nous venons de voir que les tiers autorisés à recevoir les honoraires d'un médecin sont limités. Qu'il s'agisse d'un groupe de médecins, d'une société de médecins ou d'une société par actions où exerce le médecin, la RAMQ octroie un numéro à chaque groupe. L'agence ou le médecin inscrit ce numéro et celui du permis du professionnel sur chaque facture transmise à la RAMQ. Pour obtenir un tel numéro ou se joindre à un groupe existant, il faut utiliser le formulaire 4552. Pour que les paiements soient versés dans le compte de banque de l'entité en question, les médecins doivent préalablement avoir ouvert un compte au nom de l'entité et avoir désigné un ou des signataires autorisés.

Dans la mesure où un tel groupe est distinct de la clinique, une faillite de la clinique ne les touchera pas. Néanmoins, lors de la récente mise sous séquestre décrite précédemment, le compte de groupe semble avoir été perçu comme un actif de la clinique, ce qui pourrait indiquer qu'il s'agissait d'un compte de la clinique ou d'un compte de groupe dont la clinique faisait partie. En effet, lorsque la RAMQ reçoit un formulaire 4552, elle ne vérifie pas que le compte bancaire pour le versement des honoraires est bien celui d'un des tiers autorisés par l'Entente.

Si vous êtes dans cette situation, vous devriez en discuter avec la clinique et négocier une autre approche. Si vous ne vous êtes pas soucié de ces points techniques et que vous apprenez que les actifs de la clinique où vous exercez font l'objet d'une saisie et que vos honoraires sont bloqués, vous pouvez vous retirer du groupe. Il suffit d'aller sur le site de la RAMQ dans « Mon Dossier », de sélectionner l'onglet « Comptes de facturation », puis le compte voulu et de cliquer sur « Terminer l'adhésion au compte ». Il faut être conscient que ces changements ne seront en vigueur que pour la facturation transmise par après. Si jamais votre clinique faisait faillite et que vous vouliez soustraire vos honoraires de la mise sous séquestre, votre retrait n'aura pas d'effet sur les factures déjà transmises. Comme le paiement peut avoir lieu deux semaines ou plus après la facturation à la RAMQ, le groupe continuera à recevoir certains de vos honoraires après votre retrait. Dans un des cas de saisie, les médecins ont tenté de bloquer le paiement prévu au groupe directement auprès de la RAMQ. Malheureusement, il n'est pas possible de « stopper la machine » de paiement de la RAMQ une fois que cette dernière a donné les instructions de paiement. Ces instructions sont émises plus d'une semaine avant la date d'effet du versement.

Si vous vous retirez unilatéralement du groupe, vous pourriez vous placer en contravention d'engagements que vous avez pris lors de la signature du bail. Par conséquent, en l'absence de difficultés financières de la clinique, si vous voulez vous retirer du groupe pour respecter l'Entente, discutez-en d'abord avec la clinique.

qui explique pourquoi les honoraires des médecins exerçant dans la clinique ont été inclus dans les actifs qui ont fait l'objet d'une saisie. En effet, si les comptes de la clinique et des médecins avaient été distincts et que le compte de



groupe des médecins avait été clairement identifié, les honoraires n'auraient pu être saisis (*encadré 1*).

Lors de la mise sous séquestre, un syndic gère les actifs de la société et dresse l'inventaire de l'ensemble des actifs et des dettes de l'entité. Un syndic peut vendre certains actifs, mais si ultimement il y a plus de créances que d'actifs, l'entité sera mise en faillite. Le syndic devra alors séparer les créances selon leur priorité. Oui, certaines dettes passent avant d'autres (ex. : taxes de vente perçues, retenues à la source sur les salaires des employés, honoraires du syndic ou créances garanties). Une fois ces créances prioritaires acquittées, les dettes restantes sont remboursées au prorata des actifs nets. Essentiellement, si l'actif net de l'entreprise en faillite est de 100 000 \$ et que ses dettes générales sont de 1 000 000 \$, les créanciers seront remboursés à 10 % de leur valeur. Il ne s'agit pas d'une situation intéressante.

### MOYENS PRÉVENTIFS À PRIVILÉGIER

Alors, comment éviter de se retrouver dans une telle situation comme médecin ? Si la clinique perçoit vos honoraires et vous les reverse après avoir pris sa part du loyer, vous pouvez réduire votre risque en encaissant immédiatement les chèques d'honoraires venant de la clinique ou en exigeant le dépôt direct dans votre compte. Mais cette approche n'élimine pas le risque de saisie complètement et ne respecte pas l'Entente.

Un autre moyen d'éviter une telle situation et de se conformer à l'Entente est d'exiger que vos honoraires vous soient remis personnellement ou le soient à votre société par actions. Si vous faites partie d'un groupe et que vos honoraires sont versés à ce groupe (et non à la clinique), vous pouvez autoriser une personne à payer le loyer de chacun à même ce compte et, par la suite, à vous donner « votre part » des honoraires.

Autoriser un tiers à exercer un contrôle sur votre compte bancaire n'est toutefois pas attrayant. Comme les cliniques veulent s'assurer que le loyer sera payé sans retard, plusieurs demandent l'autorisation de vous réclamer le coût du loyer sur une carte de crédit (*encadré 2*). Vous recevez ainsi directement vos honoraires de la RAMQ, et la clinique facture le loyer sur votre carte de crédit.

### ENJEU DE FISCALITÉ ?

Nous avons par le passé expliqué comment un groupe de dépenses peut vous éviter de payer la TPS et la TVQ sur le salaire versé aux employés, situation différente de celle d'un loyer clé en main payé à la clinique où l'ensemble des frais perçus (y compris la part des salaires) sont taxables.

La TPS et la TVQ s'appliquent sur une location clé en main, que le loyer soit payé à partir d'un compte de groupe recevant directement les honoraires des médecins de la RAMQ ou d'une carte de crédit. Il n'y a donc pas d'avantage fiscal à procéder

ENCADRÉ 2

### PRÉAUTORISATION DU PAIEMENT DU LOYER

Donner l'autorisation à un des membres du personnel de retirer le loyer sur un compte de groupe ou préautoriser le paiement sur votre carte de crédit peut vous rendre inconfortable, car vous perdez ainsi un levier (retenir le paiement) en cas de désaccord sur les frais ou le montant exact que la clinique peut percevoir. En contrepartie, ces méthodes éliminent le risque que vos honoraires soient saisis en cas de faillite de la clinique.

En ce qui a trait aux cartes elles-mêmes, il serait prudent d'avoir une carte distincte de votre carte personnelle pour faciliter le suivi de vos dépenses professionnelles et pour éviter que le cumul des loyers et des dépenses personnelles dépasse votre limite de crédit lors d'un voyage, par exemple. Les banques offrent généralement des cartes commerciales à faible coût, permettant de séparer vos affaires personnelles de vos activités professionnelles ou de votre société par actions. Si vous êtes endetté (hypothèque, dettes d'études), soyez conscient que le fait de demander plusieurs cartes de crédit peut nuire temporairement à votre cote de crédit. En outre, la limite de crédit de l'ensemble de vos cartes (la limite accordée) réduit d'autant votre capacité d'emprunt à d'autres fins, même si vous n'atteignez pas cette limite. Par conséquent, si vous comptez négocier un emprunt ou une hypothèque, mieux vaut le faire avant de demander votre carte additionnelle, lorsque c'est possible.

d'une façon ou d'une autre, du moins lorsque vous faites affaire avec une clinique constituée en société par actions qui vous offre un bail clé en main. L'enjeu entre les deux approches est simplement le degré de contrôle dont dispose la clinique sur la perception du loyer.

Vous louez au sein d'une clinique constituée en société par actions ? Vous n'êtes pas certain des modalités de perception de vos honoraires ? Vous devriez vérifier. Il n'est pas difficile de vous mettre à l'abri d'une éventuelle faillite et de vous conformer aux règles du Collège et de l'Entente. La mise sous séquestre d'une clinique médicale est rare, mais c'est manifestement possible. Mieux vaut donc prévenir que subir, surtout que le coût pour se prémunir d'une telle situation est relativement modeste. Une fois un système sécuritaire en place, vous n'aurez pas à intervenir à répétition. Vous n'aurez à vous en soucier que si la clinique change de propriétaire ou que si vous changez de milieu de travail. À la prochaine ! ■

*Confier votre facturation à une clinique ne pose pas de risque de saisie. C'est plutôt le fait que vos honoraires soient versés dans un compte de la clinique qui constitue un risque de saisie.*

# Le PADPC-FMOQ, votre allié pour vos activités d'évaluation de l'exercice de la profession

## OBTENEZ DES HEURES RECONNUES D'ACTIVITÉ D'ÉVALUATION DE L'EXERCICE DE LA PROFESSION (AEEP) (CATÉGORIE B)

- 1 Évaluez les retombées de vos formations à l'aide de l'**annexe-13**
- 2 Remplissez les **formulaires d'AEEP** :
  - Étude par critères explicites (en cabinet)
  - Étude par critères explicites (en établissement)
  - Projet personnel d'apprentissage lié à l'évaluation de l'exercice de la profession
  - Rétroaction sur l'enseignement
  - Outil réflexif pour conférenciers
  - Revue de dossiers avec les pairs en cabinet
  - Comité d'évaluation de l'acte médical : revue de morbidité
- 3 Réviser votre **plan d'autogestion** de DPC

Le Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins du CMQ exige 10 h d'AEEP (catégorie B) par cycle de 5 ans



Inscrivez-vous à notre formation  
GRATUITE et accréditée sur vos obligations  
de formation continue et le PADPC-FMOQ

**PADPC – FMOQ**





# DON DE TISSUS ET AMM

## NOUVEAUX PROCESSUS DE RECOMMANDATION

AUDREY LAFORTUNE, GILLES BEAUPRÉ ET SABRINA ROBICHAUD

Héma-Québec a récemment mis au point un nouveau processus de recommandation pour les donneurs potentiels de tissus humains en contexte d'aide médicale à mourir (AMM). Le site Web d'Héma-Québec propose donc désormais des outils simples pour faciliter la discussion avec le patient et le processus de recommandation pour les médecins et les professionnels. Parlons-en !

### 1. L'AIDE MÉDICALE À MOURIR, MARGINALE AU QUÉBEC ?

Au Québec, le nombre de décès par aide médicale à mourir est en augmentation depuis l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en 2015. Ainsi, entre le 1<sup>er</sup> avril 2022 et le 31 mars 2023, 5211 personnes ont eu recours à l'AMM, ce qui représente 6,8 % de tous les décès. Une hausse d'environ 15 % est prévue en 2023-2024<sup>1</sup>.

L'AMM n'est donc plus un soin rare ni marginal. Devant cette nouvelle option de fin de vie, les professionnels de la santé doivent offrir aux personnes qui en font la demande l'occasion d'exprimer leurs volontés à propos du don d'organes et de tissus.

### 2. QUEL EST LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL MOTIVANT LA DEMANDE D'AMM ?

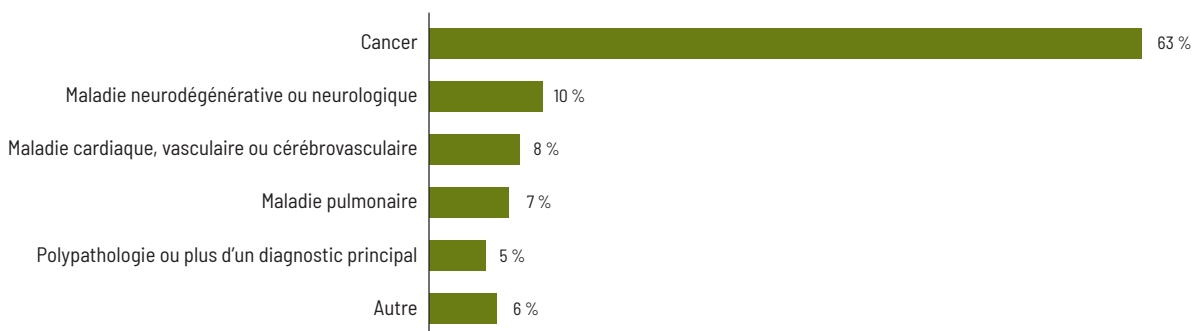
Les diagnostics de cancer motivent plus de la moitié des demandes d'AMM (figure 1). En mars 2021, le critère de fin de vie « raisonnablement prévisible » a été retiré de la loi, de sorte qu'une personne peut être admissible à l'AMM même si

sa mort naturelle n'est pas raisonnablement prévisible. Par conséquent, plusieurs personnes sont devenues admissibles à l'AMM, notamment celles qui sont atteintes de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques et de la sclérose latérale amyotrophique. Les problèmes de santé mentale sans maladies concomitantes ne sont toutefois pas admissibles. À noter que tous les autres critères d'admissibilité à l'AMM sont demeurés en vigueur après ce changement, soit :

1. être assuré au sens de la *Loi sur l'assurance maladie* ;
2. être majeur ;
3. être apte à consentir aux soins (c'est-à-dire être en mesure de comprendre la situation et les renseignements transmis par les professionnels de la santé et de prendre des décisions) ;
4. être atteint d'une maladie grave et incurable ;
5. avoir une situation médicale caractérisée par un déclin avancé et irréversible des capacités ;
6. éprouver des souffrances physiques ou psychiques constantes, insupportables et qui ne peuvent être apaisées dans des conditions que le demandeur juge tolérables<sup>2</sup>.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL DES DEMANDEURS DE L'AIDE MÉDICALE À MOURIR EN 2022-2023

FIGURE 1



La D<sup>re</sup> Audrey Lafortune est médecin de famille au CHSLD de l'Assomption et évaluatrice prestataire de l'aide médicale à mourir dans la région de Lanaudière. Elle collabore avec Héma-Québec pour le don de tissus chez les demandeurs de l'AMM depuis 2023. M. Gilles Beaupré, spécialiste certifié de banque de tissus, et M<sup>me</sup> Sabrina Robichaud sont chefs du programme de dons de tissus humains pour Héma-Québec.

PRINCIPALES DIFFÉRENCES ENTRE LE DON D'ORGANES ET LE DON DE TISSUS

	Don d'organes	Don de tissus
Organisme responsable	Transplant Québec	Héma-Québec
Fréquence	1%	40 %-50 %
Âge	Pas de critère d'exclusion	0-85 ans
Maintien artificiel des fonctions vitales	Oui	Non
Vascularisation	Oui	Non
Délais de prélèvement	< 1 h	< 24 h
Compatibilité donneur-receveur	Oui	Non
Immunodépression	Oui	Non
Délais pour la greffe	Heures	Semaines, années

**3. QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ENTRE LES DONS D'ORGANES ET DE TISSUS HUMAINS ?**

Il y a plusieurs différences entre ces deux types de dons (tableau I). D'abord, les dons d'organes sont sous la responsabilité de Transplant Québec, tandis que les dons de tissus humains relèvent plutôt d'Héma-Québec. De plus, contrairement au don d'organes, le don de tissus n'est assujéti à aucun critère de compatibilité et est possible jusqu'à 24 heures après l'arrêt cardiorespiratoire (sans qu'il soit nécessaire de maintenir les fonctions vitales). Enfin, une fois prélevés et traités, les tissus sont conservés et pourront être distribués dans les cinq années suivantes, alors que les organes doivent être transplantés dans les heures suivant le prélèvement.

À noter que les organes d'un patient décédé par AMM qui peuvent être prélevés sont : les poumons, le foie, le pancréas et les reins. Les tissus admissibles sont : les cornées, les tendons et ligaments, les valves cardiaques, les os et la peau.

**4. QUI PEUT ÊTRE DONNEUR D'ORGANES OU DE TISSUS APRÈS LE DÉCÈS ?**

Quel que soit son âge, un patient est considéré comme un donneur d'organes potentiel dans les cas suivants : atteinte neurologique primaire grave et patient ventilé mécaniquement (décès par critères neurologiques) ou atteinte neurologique grave attribuable à une défaillance systémique terminale (don après décès par critères circulatoires)<sup>3</sup>. Les donneurs d'organes au Québec sont rares : ils constituent seulement environ 1 % des décès en centre hospitalier. Le seul critère d'exclusion initial est un cancer métastatique.

Une personne qui vient de mourir (c.-à-d. en asystolie depuis moins de 24 heures) peut être considérée comme un donneur de tissus potentiel. Héma-Québec estime qu'entre 40 % et 50 % des personnes décédées seraient ainsi admissibles

au don de tissus. Puisque l'admissibilité est déterminée par un questionnaire approfondi des antécédents médicaux et sociaux, Héma-Québec demande qu'on lui recommande toutes les personnes décédées et admissibles à l'AMM qui ne présentent pas l'un des critères d'exclusion suivants :

1. âge ≥ 86 ans ;
2. infection à VIH, à VHB ou à VHC ;
3. infection généralisée (systémique) active non traitée ;
4. cancer du sang (c.-à-d. lymphome et leucémie) ;
5. maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, démence de cause inconnue<sup>5</sup>.

Selon les critères énoncés précédemment, la majorité des demandeurs de l'AMM sont admissibles au don de tissus.

À noter que certains patients sont à la fois admissibles au don d'organes et au don de tissus humains. C'est le cas, par exemple, d'une personne qui meurt à la suite d'une insuffisance pulmonaire terminale.

**5. DEVRAIT-ON DISCUTER DU DON DE TISSUS AVEC LES DEMANDEURS DE L'AMM ?**

Les demandeurs de l'AMM désirent planifier leurs soins de fin de vie et les recevoir dans le respect de leur dignité et de leur autonomie. Les personnes admissibles doivent avoir l'occasion d'exprimer leurs souhaits concernant le don de tissus afin que leurs volontés soient respectées. D'ailleurs, pour plusieurs, le don de tissus donne un sens à leur mort, puisqu'il contribue à changer la vie de plusieurs receveurs et de leurs proches.

Il est donc approprié – et même recommandé – d'offrir aux demandeurs de l'AMM médicalement aptes à prendre une décision la possibilité de donner leurs organes et leurs tissus<sup>4</sup>. Ce choix respecte leurs droits à l'autonomie individuelle et à l'autodétermination.



FIGURE 2

**PROCÉDURE POUR RECOMMANDER UN DONNEUR POTENTIEL AVANT L'ADMINISTRATION DE L'AMM**

**PATIENT EN PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'AMM**

**1 IDENTIFIER** le donneur potentiel (établissement ou domicile)

**Vérification de la présence d'un critère d'exclusion :**

- Âgé de 86 ans et plus;
- VIH - VHB - VHC;
- Infection systémique active et non traitée;
- Cancer sanguin (lymphome, leucémie, maladie de Hodgkin, myélome multiple);
- Alzheimer, Parkinson, démence d'étiologie inconnue;
- Sclérose latérale amyotrophique, sclérose en plaques.



**2 RECOMMANDER** le patient

**PAR COURRIEL OU TÉLÉCOPIEUR**  
(option recommandée)

Remplir le formulaire « Identification du donneur potentiel en AMM » et l'acheminer à Héma-Québec par courriel ou par télécopieur :

**coordonnateurs.th@hema-quebec.qc.ca**  
**418 780-2097 (Télécopieur)**

- Une communication confirmant la réception du document sera acheminée au professionnel ayant fait la recommandation;
- La confirmation de l'admissibilité de votre patient au don de tissus vous sera communiquée après la réalisation du questionnaire médical et social (dans les 7 jours qui précèdent l'administration de l'AMM).

**PAR TÉLÉPHONE**

(si l'accès au formulaire est impossible)

Contactez Héma-Québec par téléphone :

**1 888 366-7338, option 2**  
**(entre 6 h et minuit, 7 jours sur 7)**

**Fournir les informations suivantes :**

- Nom, date de naissance et numéro de carte d'assurance maladie (RAMQ) du patient;
- Informations médicales du patient;
- Date et lieu prévus de l'AMM;
- Numéro de téléphone du patient et date et heure où il sera possible de joindre ce dernier;
- Nom du professionnel, n° de permis et coordonnées.

**! Communiquer au patient qu'un coordonnateur d'Héma-Québec entrera en contact avec lui dans les 7 jours précédant la date prévue de l'AMM afin de donner les explications d'usages, d'enregistrer son consentement et de remplir un questionnaire médical et social.**

**3 DÈMARCHES À FAIRE** le jour de l'AMM

**1 888 366-7338, option 2**  
(entre 6 h et minuit, 7 jours sur 7)

**ÉTABLISSEMENT**

Communiquer avec Héma-Québec pour confirmer l'administration de l'AMM et l'heure du décès et transmettre les documents suivants :

**PERSONNEL DE L'ADMISSION:**

- Partager le bulletin de décès SP-3 via SIED;
- Le coordonnateur d'Héma-Québec peut vous soutenir à cette étape si besoin.

**PERSONNEL HOSPITALIER:**

- Transport des ambulanciers/rapport des paramédicaux (AS-810/AS-803P), s'il y a lieu;
- Feuille sommaire d'hospitalisation;
- Notes d'évolution médicale;
- Notes d'observation de l'infirmière;
- Résultats de laboratoire (globules blancs, analyses toxicologiques, cultures et hémocultures);
- Fiche d'administration des médicaments (FADM);
- Consultation médicale de l'hospitalisation actuelle;
- Relevé des paramètres fondamentaux (signes vitaux);
- Feuilles d'administration de produits sanguins ou stables;
- Feuille de niveau de soin.

**! Réfrigérer le corps le plus rapidement possible et indiquer au dossier la date et l'heure de la réfrigération.**

**DOMICILE**

**AVANT L'ADMINISTRATION DE L'AMM:**

Contactez Héma-Québec pour confirmer le processus en cours.

**APRÈS L'ADMINISTRATION DE L'AMM**

- 1) Contacter Héma-Québec par téléphone pour confirmer l'heure du décès.
- 2) Partager le bulletin de décès SP-3 via SIED;
- Le coordonnateur d'Héma-Québec peut vous soutenir à cette étape si besoin.
- 3) Fournir les coordonnées du représentant de la famille à contacter pour les suivis.

**Prise en charge du processus par Héma-Québec**

[https://www.hema-quebec.qc.ca/userfiles/file/2023/tissus%20humains/2023\\_TH\\_Procedure-Type-Avant-AMM\\_FR.pdf](https://www.hema-quebec.qc.ca/userfiles/file/2023/tissus%20humains/2023_TH_Procedure-Type-Avant-AMM_FR.pdf)

**PRINCIPALES DIFFÉRENCES ENTRE LE PROCESSUS DE RECOMMANDATION CLASSIQUE ET CELUI D'UN DONNEUR AYANT DEMANDÉ L'AMM**

	<b>Recommandation d'un donneur potentiel de tissus dans sa forme classique</b>	<b>Recommandation d'un donneur potentiel de tissus dans un processus d'AMM</b>
<b>Vérification des registres des consentements</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶▶ Le coordonnateur d'Héma-Québec vérifie les registres des consentements et en avise le soignant.</li> <li>▶▶ En l'absence d'un consentement établi, le proche parent est questionné par le soignant sur la volonté de l'être cher.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶▶ La volonté du demandeur de l'AMM (exprimée de son vivant) fait foi de son consentement.</li> </ul>
<b>Transmission des informations et du questionnaire de qualification</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶▶ Le proche parent fournit les antécédents médicaux et sociaux du défunt.</li> <li>▶▶ Les délais de transmission des informations sont parfois longs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶▶ Le demandeur de l'AMM répond lui-même au questionnaire sur ses antécédents médicaux et sociaux.</li> </ul>
<b>Autres étapes menant au prélèvement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶▶ L'évaluation du dossier médical et le déplacement de l'équipe et du donneur vers un centre pour le prélèvement sont complexes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶▶ L'évaluation du dossier médical et celle de l'admissibilité du patient sont faites quelques jours avant l'administration de l'AMM.</li> <li>▶▶ La planification du prélèvement facilite et allège le processus et permet à Héma-Québec de mieux planifier les prélèvements.</li> </ul>

AMM : aide médicale à mourir.

Dans cette optique, Héma-Québec a créé une trajectoire et les outils suivants pour la recommandation des patients en contexte d'évaluation de l'aide médicale à mourir ([hema-quebec.qc.ca](http://hema-quebec.qc.ca)):

1. un algorithme décrivant simplement les étapes à suivre (figure 2);
2. une foire aux questions pour les médecins et les autres professionnels de la santé;
3. un formulaire modifiable pour la recommandation des patients;
4. une carte comportant un code QR donnant accès au formulaire;
5. des vidéos explicatives;
6. un guide pour la transmission à Héma-Québec du bulletin de décès produit avec le système d'information d'événements démographiques (SIED).

**6. COMMENT LE DON D'ORGANES OU DE TISSUS INFLUENCE-T-IL LE PROCESSUS D'AMM ?**

Un décès survenant après l'AMM peut donner lieu à un don d'organes (dans le cas de certaines maladies) qui s'apparente alors à un don après décès par critères circulatoires<sup>6</sup>. Une fois la demande d'AMM acceptée, le don d'organes doit suivre une procédure qui comprend la qualification du donneur potentiel et l'évaluation de ses organes (de son vivant). L'AMM doit obligatoirement être administrée en centre hospitalier (en

salle d'opération) pour des raisons de logistique médicale. L'appui de Transplant Québec est nécessaire tout au long du processus, tant pour le patient que pour l'équipe médicale.

Actuellement, le personnel infirmier engage généralement la discussion sur le don de tissus après le décès du donneur. Dorénavant, Héma-Québec recommande la participation des professionnels dès le processus d'évaluation en vue de l'AMM.

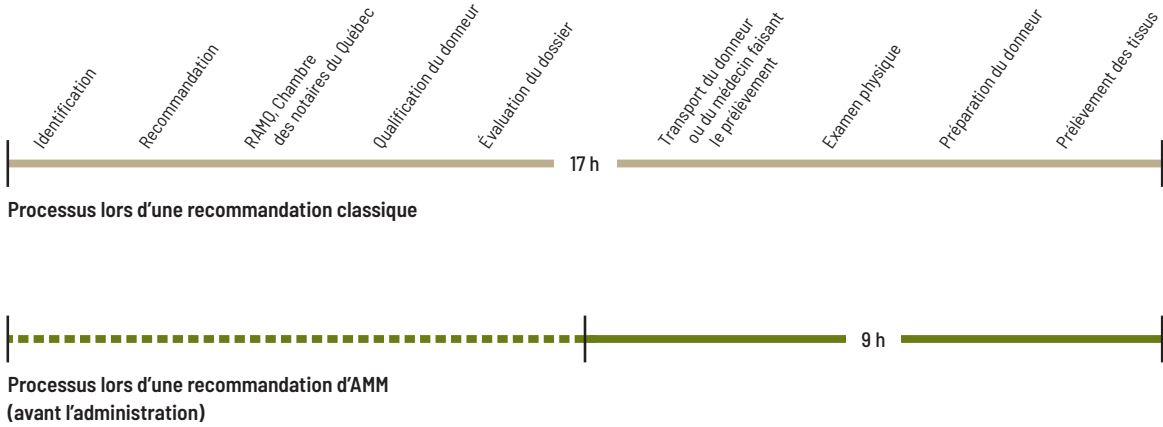
Pour le professionnel prestataire de l'AMM, l'admissibilité du patient au don de tissus n'influence pas le déroulement de l'AMM qui peut avoir lieu tant à domicile qu'en établissement. En outre, le protocole pour l'administration des médicaments demeure le même. Selon l'expérience des médecins ayant participé à la validation du processus, il est important d'aviser les équipes de soins, surtout en établissement, des démarches relatives au don de tissus déjà accomplies afin d'assurer une bonne continuité du processus.

**7. QUELLES SONT LES DIFFÉRENCES ENTRE UNE RECOMMANDATION CLASSIQUE ET UNE EN CONTEXTE D'AMM ?**

La distinction réside principalement dans le moment de faire la recommandation et dans la prise en charge du processus par les équipes d'Héma-Québec (tableau II). Dans le cas d'une recommandation classique, le processus est en général amorcé après le décès. L'équipe de coordination d'Héma-Québec traite

FIGURE 3

**DÉLAI ENTRE L'IDENTIFICATION ET LE PRÉLÈVEMENT DES CORNÉES POUR UN DONNEUR CLASSIQUE ET UN DONNEUR AYANT DEMANDÉ L'AMM\***



\*AMM : aide médicale à mourir.

ensuite cette recommandation, effectue les vérifications d’usage et évalue l’admissibilité du donneur. À l’opposé, la recommandation du demandeur de l’AMM est entreprise de son vivant, ce qui facilite grandement le processus de don.

Pour aider Héma-Québec à optimiser la prise en charge des donneurs potentiels de tissus, on encourage fortement les professionnels qui évaluent l’admissibilité du demandeur d’AMM à discuter de l’option du don de tissus avec leurs patients et à recommander les donneurs potentiels à Héma-Québec.

**8. QUELLES SONT LES RÉPERCUSSIONS SUR LES PROGRAMMES DE GREFFE DE TISSUS ?**

Les tissus sont prélevés de manière plus précoce après un décès par AMM, ce qui pourrait augmenter la qualité des greffons, notamment des cornées. Selon les données d’Héma-Québec, le temps moyen entre l’asystolie et le prélèvement des tissus oculaires dans un contexte d’AMM est réduit de près de la moitié par rapport au modèle classique (figure 3). Dans les faits, ce sont 77 % des cornées prélevées sur des donneurs décédés par AMM qui se sont qualifiées pour la greffe en 2023 comparativement à 50 % de celles provenant de donneurs habituels pendant la même période.

Héma-Québec compte sur les médecins et les professionnels de la santé pour recommander chaque donneur potentiel. La planification du prélèvement des tissus oculaires d’un donneur décédé par AMM réduit considérablement la pression à laquelle fait face Héma-Québec tous les jours pour trouver des donneurs admissibles.

**9. QUELS SONT LES AVANTAGES DE FAIRE UNE RECOMMANDATION PRÉCOCE ?**

La recommandation précoce en contexte d’AMM permet au patient de commencer le processus de don de son vivant avec l’équipe traitante et celle d’Héma-Québec. Le patient est ainsi partie prenante de la démarche et est en mesure d’obtenir des réponses à ses questions afin de donner un consentement libre et éclairé.

De plus, le processus de don est grandement simplifié, puisque l’admissibilité est déterminée avant le décès. Le donneur potentiel peut ainsi lui-même répondre aux différentes questions du personnel d’Héma-Québec, ce qui est rassurant et diminue la pression sur les familles et les proches.

Les recommandations précoces des patients par les professionnels effectuant l’AMM sont primordiales afin de mieux approvisionner Héma-Québec en tissus humains.

**CONCLUSION**

L’ajout de l’aide médicale à mourir comme option de fin de vie a permis à Héma-Québec de développer une marche à suivre propre à ces donneurs potentiels. Même si le moment habituel de la discussion est modifié, cette façon de faire peut avoir des effets positifs à plusieurs niveaux. Elle permet au médecin d’engager une réflexion avec son patient et à ce dernier d’exprimer sa volonté d’être ou ne pas être un donneur. Il est donc approprié – et même recommandé – d’offrir aux demandeurs de l’AMM la possibilité de donner leurs tissus. L’admissibilité du patient au don de tissus ne modifie pas l’administration de l’AMM. Le nouveau processus

## POUR QUE LA FORMATION CONTINUE



### CE QUE VOUS DEVEZ RETENIR

- ▶ Il est recommandé d'offrir aux demandeurs d'AMM de s'exprimer sur l'intention d'être un donneur de tissus à son décès.
- ▶ Les recommandations précoces sont déterminantes pour assurer de façon plus certaine un approvisionnement en tissus suffisant pour Héma-Québec.
- ▶ Le nouveau modèle de recommandation proposé par Héma-Québec est simple d'utilisation pour le professionnel et performant en ce qui a trait aux résultats.

de recommandation des demandeurs de l'AMM proposé par Héma-Québec constitue une option performante pour la greffe de tissus. ■

**Date de réception :** le 5 janvier 2024

**Date d'acceptation :** le 16 janvier 2024

La D<sup>re</sup> Audrey Lafortune, M. Gilles Beaupré et M<sup>me</sup> Sabrina Robichaud n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Commission sur les soins de fin de vie. *Rapport annuel d'activités du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 31 mars 2023*. Site Internet : <https://csfv.gouv.qc.ca/publications> [Date de consultation : décembre 2023].
2. Gouvernement du Québec. *Exigences requises pour recevoir l'aide médicale à mourir*. Site Internet : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/soins-de-fin-de-vie/aide-medicale-a-mourir/exigences-requises#:~:text=%C3%AAtre%20atteinte%20d'une%20maladie,conditions%20qu'elle%20juge%20tol%C3%A9ables> [Date de consultation : décembre 2023].
3. Transplant Québec. *Identification d'un donneur d'organes potentiel*. Site Internet : <https://www.transplantquebec.ca/identification-et-admissibilite> [Date de consultation : décembre 2023].
4. Wiebe K, Wilson LC, Lotherington K et coll. Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying: 2023 updated guidance for policy. *CMAJ*. 2023; 195(25): E870-8. DOI : <https://doi.org/10.1503/cmaj.230108>.
5. Héma-Québec. *Le don de tissus humains-Procédure pour recommander un donneur potentiel*. Site Internet : <https://www.hema-quebec.qc.ca/userfiles/file/media/francais/tissushumains/HQ-procedure-FR.pdf> [Date de consultation : décembre 2023].
6. Transplant Québec. *Le don d'organes dans un contexte d'AMM*. Site Internet : <https://www.transplantquebec.ca/aide-medicale-mourir> [Date de consultation : décembre 2023].

Les auteurs remercient Samuel Rochette pour son aide dans la rédaction de cet article.

# Le Balado nouveau est arrivé

Écoutez vos formations en ligne ou hors ligne directement dans Caducée ou sur [baladocaducee.fmoq.org](https://baladocaducee.fmoq.org)

L'application n'est plus offerte dans les boutiques Apple et Android.

 FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC





GESTION PRATIQUE

# LE GUIDE PRATIQUE DE LA FMOQ

TOUT LE MONDE Y TROUVE SON COMPTE !

**Nom :** Constance Sansoucis  
**Âge :** 30 ans  
**Statut :** en couple, mère d'une fillette de 5 ans  
**Études :** physiothérapie, médecine familiale

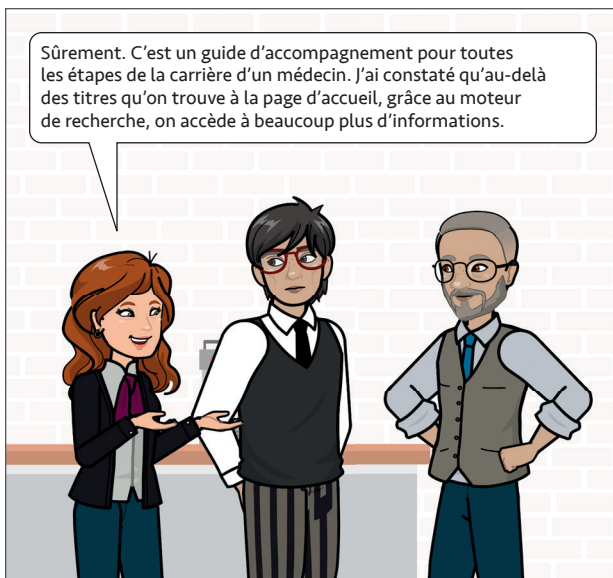
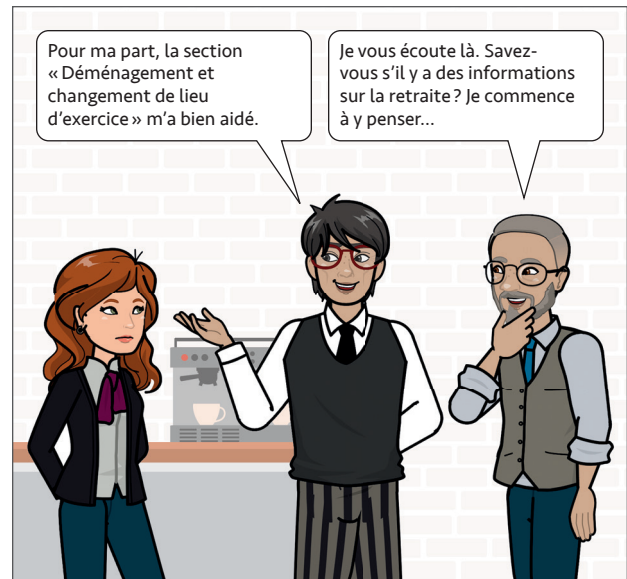
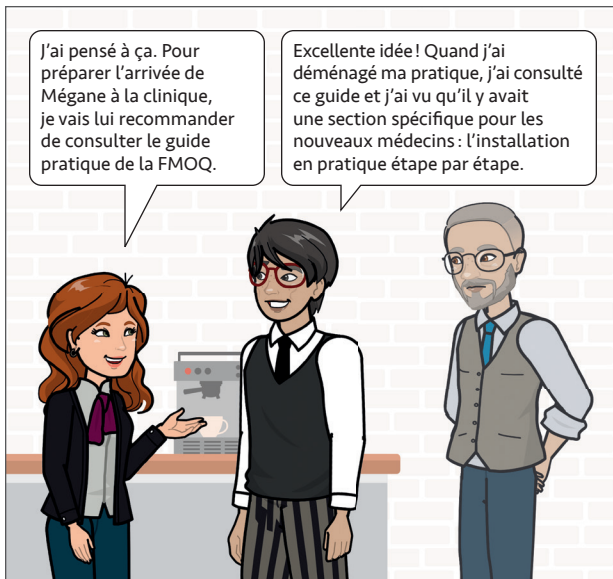


**Nom :** Vincent Lemoine  
**Âge :** 42 ans  
**Statut :** célibataire  
**Études :** médecine familiale



**Nom :** Jean-Pierre Turbide  
**Âge :** 70 ans  
**Statut :** marié  
**Études :** médecine familiale

Dans le dernier épisode, Constance questionne Bertrand sur les obligations du groupe envers les patients du D<sup>r</sup> Lemire en congé d'invalidité.



## EXPLICATIONS

Le guide pratique de la FMOQ (<https://bit.ly/guide-pratique-entente>) s'adresse à tous les médecins de famille, ainsi qu'aux médecins résidents qui commenceront à pratiquer la médecine familiale au Québec. Il renferme une multitude d'informations, tant sur l'installation en pratique que sur la gestion des ententes négociées et la retraite. Il a pour but de vulgariser et de rendre accessibles les grands principes de l'organisation du réseau de la santé et des politiques de santé qui prévalent au Québec.

Il ne faut pas hésiter à utiliser le moteur de recherche pour y découvrir des informations sur des thèmes plus spécifiques. L'équipe de la Direction de la planification et du développement organisationnel l'alimente constamment. ■

La D<sup>re</sup> Marie-Pierre Laflamme et M<sup>me</sup> Marianne Casavant travaillent à la Direction de la planification et du développement organisationnel de la FMOQ.

# ATELIERS PRATIQUES SUR L'APPAREIL LOCOMOTEUR

OFFERTS PAR LA FMOQ EN 2024

## ATELIER PRATIQUE D'INFILTRATION ÉCHOGUIDÉE SUR CADAVRE POUR LE MÉDECIN EN PREMIÈRE LIGNE

### FORMATION DE BASE IE-1

21  
JUN  
MONTRÉAL

6  
SEPTEMBRE  
MONTRÉAL

18  
OCTOBRE  
TROIS-RIVIÈRES

8  
NOVEMBRE  
MONTRÉAL

### FORMATION AVANCÉE IE-2 (PRÉREQUIS IE-1)

13  
DÉCEMBRE  
MONTRÉAL

## INTÉGRATION CLINIQUE DE L'ÉCHOGRAPHIE CIBLÉE MUSCULOSQUELETTIQUE EN PREMIÈRE LIGNE

### IE MSK-1 (PRÉREQUIS IE-1 OU ÉQUIVALENCE SUR APPROBATION)

19  
JUN  
MONTRÉAL

6  
NOVEMBRE  
MONTRÉAL

### POUR AMÉLIORER VOTRE EXAMEN DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR – IE MSK-2 (PRÉREQUIS IE MSK-1)

11  
JUN  
MONTRÉAL

## JOURNÉES DE L'AQMSÉ ET DE LA FMOQ

18 ET 19  
AVRIL  
MONTRÉAL

13 ET 14  
JUN  
QUÉBEC

26 ET 27  
SEPTEMBRE  
QUÉBEC

21 ET 22  
NOVEMBRE  
MONTRÉAL

## ATELIER PRATIQUE DE PROLOTHÉRAPIE POUR LE MÉDECIN DE PREMIÈRE LIGNE

19 ET 20  
SEPTEMBRE  
MONTRÉAL



**INSCRIVEZ-VOUS  
DÈS MAINTENANT !**



FÉDÉRATION DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



VUE SUR L'OBSERVATOIRE

# TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ AVEC LES AGONISTES GLP-1

EFFETS POSITIFS SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

MARTIN JUNEAU



Le semaglutide (Ozempic) et le tirzepatide (Mounjaro) sont des antidiabétiques basés sur leur action agoniste sur deux hormones produites par le système digestif, soit le *glucagon-like peptide-1* (GLP-1) et le *glucose-dependent insulinotropic polypeptide* (GIP). Le semaglutide est un agoniste pur du GLP-1, tandis que le tirzepatide est un agoniste double qui active à la fois les récepteurs du GLP-1 et du GIP.

Les agonistes GLP-1 ont cependant des effets additionnels, notamment au niveau de certains circuits neuronaux du cerveau impliqués dans la sensation de satiété, et les études montrent que la réduction de l'apport calorique associé à l'administration de ces agonistes se traduit par des pertes de poids importantes chez les patients obèses. Par exemple, l'administration de 2,4 mg/semaine de semaglutide pendant 68 semaines mène à des pertes moyennes de 15 % du poids corporel initial, avec près de 40 % des patients qui perdent

plus de 20 % de leur poids initial<sup>1</sup>. Ces pertes semblent encore plus prononcées chez les personnes traitées avec le tirzepatide, avec des pertes moyennes d'environ 20 % aux doses les plus élevées (10 et 15 mg/semaine) administrées pendant 72 semaines et près de 40 % des patients qui ont perdu plus de 25 % de leur poids initial<sup>2</sup>. Bien que les deux agonistes soient maintenant approuvés pour la perte de poids (Wegovy pour le semaglutide et Zepbound pour le tirzepatide), il reste néanmoins beaucoup d'incertitudes quant à leurs effets secondaires et leurs impacts concrets sur les maladies associées au surpoids, notamment les maladies cardiovasculaires.

## EFFETS SECONDAIRES

Les agonistes GLP-1 ne sont pas dépourvus d'effets secondaires parfois assez importants, notamment au niveau gastro-intestinal : en plus des nausées qui sont très fréquentes, une étude récente a rapporté que les agonistes

---

**Le Dr Martin Juneau, cardiologue, pratique à l'Institut de Cardiologie de Montréal où il dirige l'Observatoire de la prévention de l'ICM. Il est spécialisé en prévention et réadaptation cardiovasculaire.**

de GLP-1 haussent de 10 fois le risque de pancréatite et de 4 fois celui d'occlusion intestinale et de gastroparésie<sup>3</sup>. Les données actuellement disponibles indiquent également que l'arrêt du traitement mène rapidement à un regain de la majorité du poids initialement perdu<sup>4</sup>, ce qui suggère que le traitement avec ces médicaments pourrait être « à vie », un peu comme on le fait actuellement pour l'hypertension ou l'excès de cholestérol. La nature et l'incidence des effets secondaires qui peuvent survenir pendant ces traitements de longue durée demeurent inconnues. Il est également possible que la perte marquée d'appétit observée chez les patients traités avec les agonistes GLP-1 puisse entraîner une hausse du risque de maladies liées à des carences alimentaires, comme la sarcopénie, et d'ostéopénie. De plus, étant donné la proportion élevée de Québécois qui souffrent d'obésité et le coût élevé de ces nouveaux médicaments, ces traitements prolongés entraîneraient également des coûts exorbitants, de l'ordre de plusieurs milliards de dollars annuellement.

### EFFETS CARDIOVASCULAIRES

L'excès de graisse représente un important facteur de risque d'infarctus du myocarde, d'AVC et d'insuffisance cardiaque, en particulier lorsque la graisse est localisée au niveau viscéral (foie, pancréas, cœur)<sup>5</sup>. Étant donné que les études antérieures montrent qu'une perte de poids supérieure à 10 % du poids initial réduit significativement le risque d'accidents cardiovasculaires, deux études récentes ont examiné si les pertes de poids obtenues à l'aide des agonistes GLP-1 pouvaient également entraîner des effets positifs sur la santé cardiovasculaire. Dans la première étude, 529 patients obèses (IMC moyen de 37) atteints d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection préservée (HfpEF) ont été traités pendant un an avec un placebo ou le semaglutide (2,4 mg par semaine). Les résultats montrent que le poids corporel perdu par les patients traités avec le semaglutide (près de 15 %) était associé à une amélioration de plusieurs symptômes associés à l'insuffisance cardiaque (fatigue, dyspnée, œdème) et de ses limitations physiques sur la vie quotidienne (physique, émotionnelle, sociale)<sup>6</sup>.

L'obésité ne semble donc pas être simplement une comorbidité de l'insuffisance cardiaque, mais est bel et bien une cause métabolique qui contribue au développement de cette maladie. La possibilité d'améliorer substantiellement le statut clinique des insuffisants cardiaques à l'aide de ces médicaments représente donc un pas en avant dans la gestion de cette condition extrêmement débilitante et difficile à traiter.

La deuxième étude (appelée SELECT) portait quant à elle sur la prévention d'accidents cardiovasculaires chez des patients obèses ayant des antécédents de maladies cardio-

vasculaires. Ces patients n'étaient pas diabétiques, mais présentaient néanmoins des taux élevés de HbA1c (5.7 % - 6.4 %), avaient un historique de maladies cardiovasculaires (infarctus, AVC, maladie artérielle périphérique) et étaient donc à haut risque de récurrence malgré une médication agressive (statines, anti-plaquettaires, antihypertenseurs). Après un suivi de 40 mois en moyenne, on a observé une réduction statistiquement significative de 20 % du critère d'évaluation principal (une combinaison d'infarctus, d'AVC et de mort cardiaque) chez les patients traités avec le semaglutide comparativement à ceux ayant reçu le placebo<sup>7</sup>. En chiffres absolus, par contre, cet effet protecteur n'est pas du tout impressionnant, avec une réduction de seulement 1,5 % de l'incidence d'accidents cardiovasculaires. Autrement dit, seulement 1 % à 2 % des patients obèses à très haut risque de récurrences peuvent bénéficier de l'effet positif de la molécule, même après 3 années complètes de traitement. Ce résultat est très en deçà de ce qu'on pouvait espérer, surtout si l'on considère le coût élevé de cette nouvelle classe de médicament, et ne peut justifier l'utilisation des agonistes GLP-1 en prévention cardiovasculaire secondaire chez les patients obèses. ■

### BIBLIOGRAPHIE

1. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S et coll. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* 2021 18 ; 384(11): 989-1002. DOI : <https://doi.org/10.1056/nejmoa2032183>.
2. Jastreboff AM, Aronne LJ, Ahmad NN et coll. Tirzepatide once weekly for the treatment of obesity. *N Engl J Med* 2022 21 ; 387(3): 205-16. DOI : <https://doi.org/10.1056/nejmoa2206038>.
3. Sodhi M, Rezaeianzadeh R, Kezouh A et coll. Risk of gastrointestinal adverse events associated with glucagon-like peptide-1 receptor agonists for weight loss. *JAMA* 2023 14 ; 330(18): 1795-7. DOI : <https://doi.org/10.1001/jama.2023.19574>.
4. Wilding JPH, Batterham RL, Davies M et coll. Weight regain and cardiometabolic effects after withdrawal of semaglutide: The STEP 1 trial extension. *Diabetes Obes Metab* 2022 ; 24(8): 1553-64. DOI : <https://doi.org/10.1111/dom.14725>.
5. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ et coll. Heart disease and stroke statistics-2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2020 Mar 3 ; 141(9): e139-e596. DOI : <https://doi.org/10.1161/cir.0000000000000757>.
6. Kosiborod MN, Abildstrøm SZ, Borlaug BA et coll. Semaglutide in patients with heart failure with preserved ejection fraction and obesity. *N Engl J Med* 2023 21 ; 389(12): 1069-84. DOI : <https://doi.org/10.1056/nejmoa2306963>.
7. Lincoff AM, Brown-Frandsen K, Colhoun HM et coll. Semaglutide and cardiovascular outcomes in obesity without diabetes. *N Engl J Med* 2023 14 ; 389(24): 2221-32. DOI : <https://doi.org/10.1056/nejmoa2307563>.

**Note de la rédaction.** Ce texte a été écrit et révisé par l'Observatoire de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal. Il n'engage que ses auteurs.



# LA PÉNURIE DE LOGEMENTS LOCATIFS

## BIEN PLUS QU'UN ENJEU D'IMMIGRATION

DAVID DUPUIS



Les taux d'inoccupation sont en chute libre au pays depuis bientôt une décennie si l'on fait abstraction des deux années de pandémie. Notre capacité à construire des logements locatifs semble bien en deçà de la demande pour ce type d'habitation, et aucune région n'échappe à ce phénomène. Pour l'ensemble du pays, en début de 2024, il n'en coûte pas moins de 1 359 \$ par mois pour un loyer de deux chambres à coucher, selon le plus récent rapport de la Société canadienne d'hypothèque et de logement (SCHL). C'est une hausse annuelle de 8 %, soit une progression nettement plus rapide que l'inflation. Cette moyenne cache une réalité de plus en plus préoccupante : les hausses de loyers sont encore plus salées pour les « nouveaux » locataires. La roue qui assurait le bon fonctionnement du marché du logement locatif semble s'être brisée. Que s'est-il passé ?

### LA CONSTRUCTION AU NEUTRE

Au Québec, l'année 2023 est une annus horribilis pour ce qui concerne la construction résidentielle. Sont sorties de terre moins de 30 000 unités de logement, toutes catégories confondues, alors que la capacité productive tourne généralement autour de 60 000 unités. La récente hausse des taux d'intérêt n'est certainement pas étrangère à ce fort ralentissement, mais la hausse des coûts de construction observée au cours de la période de reprise postpandémique aura aussi joué un rôle décisif. La hausse des coûts aura dépassé les 20 % annuellement (figure 1), et bien que la fluidité des chaînes d'approvisionnement du secteur se soit normalisée depuis et que la pression soit retombée, le mal est fait. L'ardeur des entrepreneurs en construction est passablement refroidie, les coûts de construction demeurant élevés en regard des revenus.

Les nouvelles ne sont pas particulièrement bonnes non plus du côté de la main-d'œuvre qualifiée. Le taux de postes vacants est particulièrement élevé dans le secteur de la construction, et ce, malgré le ralentissement de l'activité. Au bas mot, il y avait en fin d'année dernière plus de 65 000 postes à combler à l'échelle du pays, dont 10 000 au Québec seulement. De plus, le secteur ne bénéficie pas de l'apport de sang neuf fourni par l'immigration, qu'elle soit permanente ou temporaire. Les données démontrent que les migrants sont en effet sous représentés, alors qu'ils ne comptent que pour 9 % des travailleurs de l'industrie. Une bonne part du problème de pénurie de main-d'œuvre dont

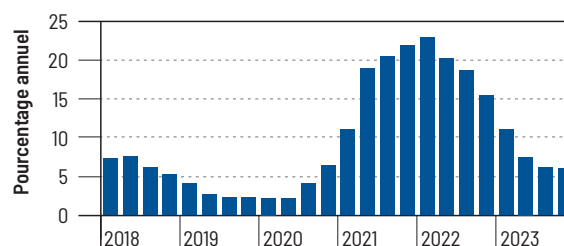
souffre la construction au Québec pourrait probablement s'alléger si on s'attelait à embaucher davantage, et surtout, à mieux intégrer les immigrants.

### UNE FORTE PRESSION DE LA DEMANDE

Du côté de la demande de logement, les sources de pressions s'accroissent depuis quelques années déjà. D'abord, le marché du travail reste résilient malgré la pandémie et le ralentissement économique que nous vivons. Le chômage se maintient à des niveaux historiquement faibles et la croissance des salaires parvient, malgré tout, à soutenir le marché immobilier de propriété. Après un certain relâchement des prix à Montréal et Québec l'an dernier, l'indice du prix des logements en propriété reprend, depuis plusieurs mois, sa tendance à la hausse. Les acheteurs potentiels se replient alors sur le marché locatif,

### HAUSSE DES COÛTS DE LA CONSTRUCTION DE BÂTIMENTS RÉSIDENTIELS

FIGURE 1

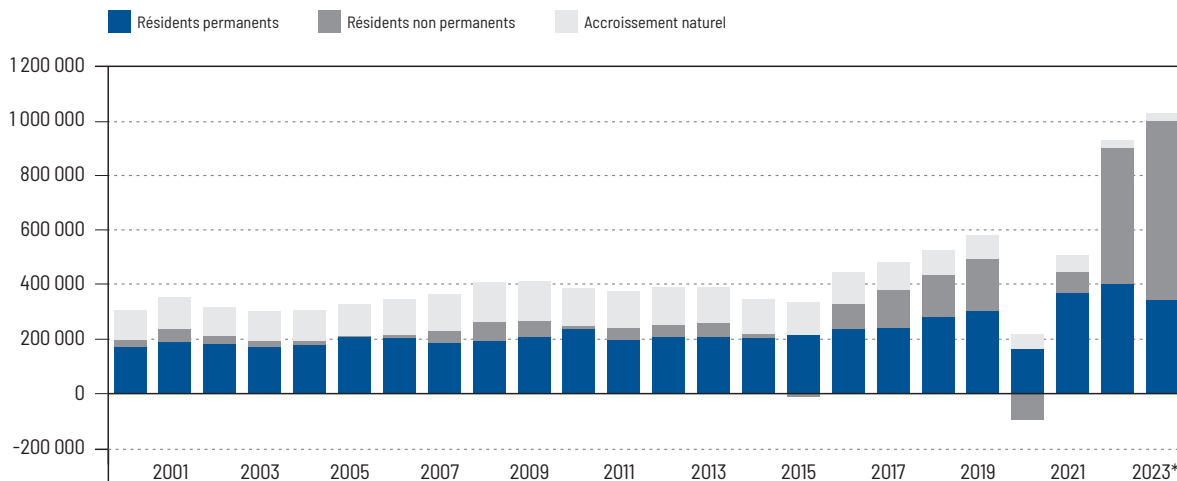


Source : Statistique Canada

M. David Dupuis est chargé de cours et responsable des programmes de 1<sup>er</sup> cycle en économique à l'École de gestion de l'Université de Sherbrooke.

## SOURCES DE L'ACCROISSEMENT DE LA POPULATION CANADIENNE

FIGURE 2



\*seuls les 3 premiers trimestres sont disponibles pour 2023

Source : Statistique Canada

démontrant à nouveau hors de tout doute les liens unissant ces deux marchés. La forte demande pour le logement locatif s'explique donc en partie par la faible abordabilité des habitations pour les propriétaires-occupants. Le phénomène est particulièrement probant chez les 15 à 24 ans qui ont profité de l'effervescence économique pour se tailler une position enviable sur le marché du travail, sans pour autant être en mesure d'accéder à la propriété. Certains iront jusqu'à dire qu'un problème d'équité intergénérationnelle se dessine actuellement au pays.

D'ordinaire circonscrites aux grands centres urbains, les pressions sur le secteur du logement se sont généralisées durant la pandémie, avec l'exode de nombreux travailleurs qui ont quitté les grands centres ou la banlieue pour aller vivre aux quatre coins du Québec. À titre d'exemple, les taux d'inoccupation à Trois-Rivières et à Drummondville étaient respectivement de 0,4 % et 0,5 % en 2023, alors que ce taux à Montréal oscillait autour de la moyenne nationale, déjà très faible, de 1,5 %. Pour mettre les choses en perspective, il y a un logement libre à Trois-Rivières pour chaque tranche de 250 logements répertoriés. Un marché à l'équilibre est réputé avoir une habitation disponible pour chaque tranche de 30 logements. Nous sommes loin du compte.

### ET L'IMMIGRATION DANS TOUT ÇA ?

Du côté de l'immigration, les deux dernières années sortent complètement du lot. Certes, l'immigration permanente est en progression, mais c'est plutôt la hausse des résidents non permanents qui explique la forte progression de la population

canadienne au cours des 24 derniers mois (figure 2). Cette hausse, combinée au fait que les nouveaux immigrants ont une forte propension à louer, et que la nouvelle règle entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2023 empêche les étrangers non canadiens d'acquies un bien immobilier pendant une période de 2 ans, est un des facteurs qui contribuent à la progression de la demande de logement locatif.

Les experts sont clairs, l'abordabilité a grandement diminué au pays. Les loyers ont augmenté plus rapidement que le salaire moyen et les faibles taux d'inoccupation placent les ménages, particulièrement ceux à faible revenu, dans une situation difficile. Que faire ?

### CONCLUSION

Le modèle économique est suffisamment limpide : lorsqu'il y a un décalage entre l'offre et la demande et que les prix s'échappent vers le firmament, il faut trouver un moyen de rehausser l'offre... et de calmer les pressions de la demande. Finalement, contenir la demande sera difficile, voire impossible. Les besoins en main-d'œuvre de notre économie sont trop importants pour espérer atténuer la pression sur le marché du logement avec une mesure de réduction marquée de notre accueil immigrant. ■

**Note de la rédaction.** Ce texte a été écrit, révisé et mis en pages par Conseil et Investissement Fonds FMOQ inc. et ses mandataires. Il n'engage que ses auteurs.

# FORMATION EN LIGNE INDIVIDUELLE

PLUS DE  
400 FORMATIONS  
EN LIGNE ACCRÉDITÉES  
EN TOUT TEMPS  
ET DES NOUVEAUTÉS  
CHAQUE SEMAINE

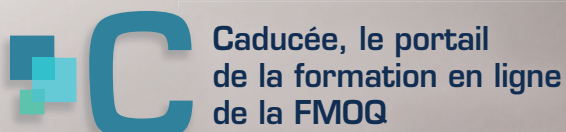
## Les AVANTAGES de la formation en ligne de la FMOQ :

- **ACCÈS ILLIMITÉ** pour les abonnements ;
- **RECHERCHE** par titre, mot-clé ou catégorie ;
- **ADAPTÉ** à vos besoins de formation.

### TARIFS PRÉFÉRENTIELS POUR LES MEMBRES ET AUTRES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

<b>ABONNEMENT DE DEUX ANS (ACCÈS ILLIMITÉ)*</b>	<b>1439 \$</b>
<b>ABONNEMENT D'UN AN (ACCÈS ILLIMITÉ)*</b>	<b>799 \$</b>
FORFAIT DE 10 HEURES	400 \$
FORFAIT DE 5 HEURES	220 \$
ACHAT À L'UNITÉ (PAR HEURE)	50 \$

Informations et options d'achat  
sur le portail Caducée, onglet **FORMATION**,  
section « Tarifs de la formation en ligne »,  
choisir « Individuelle » et sur [fmoq.org](http://fmoq.org).



**Caducée, le portail  
de la formation en ligne  
de la FMOQ**



\* Accès illimité pendant un an à toutes les formations en ligne de la FMOQ à partir de la date d'achat. Si vous avez déjà un forfait de 5 ou de 10 heures, les heures payées et non utilisées seront automatiquement déduites du prix de l'abonnement au moment de l'achat.

Reçu d'achat sur [mon.fmoq.org](http://mon.fmoq.org), section « Reçus ».

# RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN À HONORAIRES FIXES DURANT UNE PÉRIODE D'INVALIDITÉ-III

MICHEL DESROSIERS



Notre traitement de la rémunération des médecins à honoraires fixes en invalidité lorsqu'ils font de la réadaptation tire à sa fin. Il ne reste qu'à préciser ce qui arrive aux forfaits associés à leur clientèle inscrite et à vous décrire les nouvelles modalités et leur application. C'est le sujet de cette dernière chronique.

## LE PROBLÈME PARTICULIER DE L'INSCRIPTION DE CLIENTÈLE

Nous avons évoqué le fait que la RAMQ suspendait le paiement des avantages liés à l'inscription de la clientèle lorsque le médecin était en invalidité. Le raisonnement reposait sur le fait que le médecin à honoraires fixes devait être en invalidité totale pour retirer des prestations. Pour la RAMQ, ce traitement touchait tous les modes de rémunération du médecin. La seule exception était pour les retours progressifs dans les secteurs à honoraires fixes. Le versement des forfaits d'inscription reprenait alors.

La solution retenue prévoyait spécifiquement la possibilité que le médecin ait droit aux avantages liés à l'inscription après les trois premières semaines d'invalidité s'il a des activités régulières selon un autre mode ou après les quatre premières semaines s'il a des activités de réadaptation ou s'il fait un retour progressif à honoraires fixes dans un secteur où il fait de l'inscription de clientèle.

Ainsi, il suffit donc de facturer des activités pendant la réadaptation ou de faire un retour progressif à honoraires fixes pour réactiver le versement des avantages liés à l'inscription. Lorsque le médecin ne reprend pas ses activités à honoraires fixes, mais qu'il reprend celles en première ligne selon un autre mode (en cabinet, par exemple), il doit en informer la RAMQ à l'aide du formulaire 4543. Le médecin qui n'a pas d'activités en première ligne selon un autre mode n'a pas à remplir ce formulaire.

C'est donc dire que le médecin à honoraires fixes en invalidité qui a des activités rémunérées à l'acte en cabinet pourra recevoir les montants liés à l'inscription de sa clientèle pendant cette reprise d'activités. Il en est de même du médecin

en CLSC qui inscrit des patients dans le cadre de sa pratique à honoraires fixes, lorsqu'il reprend ses activités pendant sa réadaptation, comme c'était le cas auparavant.

Il y a néanmoins un prix à ce changement. Un médecin en invalidité totale pendant plus de treize semaines consécutives n'est pas tenu de voir sa clientèle pour que ses inscriptions demeurent actives. Lors de son retour à la pratique, il retrouve ses inscriptions dans l'état qu'elles étaient lorsqu'il est devenu invalide, sauf pour les patients qui se sont désinscrits ou qui se sont inscrits auprès d'un autre médecin. Cet avantage prend désormais fin quand le médecin reprend certaines activités pendant sa réadaptation ou ses activités régulières dans un autre secteur. Notez que le médecin en invalidité partielle qui ne reçoit aucune prestation d'honoraires fixes doit composer avec cette même réalité. Les inscriptions de patients ne sont donc suspendues que s'il est en invalidité totale, et non en invalidité partielle.

*Le médecin en invalidité à honoraires fixes qui a des activités rémunérées à l'acte en cabinet pendant son invalidité pourra recevoir les montants liés à l'inscription de sa clientèle, tout comme le médecin en CLSC qui effectue des activités pendant sa réadaptation.*

Comprenez que les inscriptions du médecin au moment de la reprise de ses activités ou du début de sa réadaptation seront les mêmes qu'au début de son invalidité. Par la suite, si ses activités sont limitées, l'inscription de certains patients pourrait ne plus être active. Par conséquent, les suppléments ou forfaits annuels liés à cette clientèle pourraient cesser, du moins jusqu'à ce que le médecin voie de nouveau ces patients.

---

**Le Dr Michel Desrosiers, omnipraticien et avocat, est directeur des Affaires professionnelles à la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.**



### MISE EN GARDE CONCERNANT LE TARIF HORAIRE

Certains médecins à honoraires fixes facturent à tarif horaire. Ils peuvent le faire dans une installation distincte du lieu de leur nomination à honoraires fixes (par exemple, honoraires fixes en CSLC, tarif horaire en CHSLD). Mais ils peuvent aussi réclamer des heures à tarif horaire lors de dépassements de leur nomination dans la même installation. Les deux situations sont radicalement différentes.

Dans le premier cas, il s'agit d'activités distinctes, et les règles que nous avons décrites s'appliquent. Dans le deuxième cas, il est difficile de comprendre qu'un médecin puisse se déclarer invalide seulement pendant les 35 premières heures de ses activités, mais non pendant les suivantes. Dans ce genre de situation, si le médecin a des activités pendant sa réadaptation, il devra d'abord les réclamer à honoraires fixes. Aussi bien dire qu'il lui sera difficile de réclamer le tarif horaire dans le secteur où il est rémunéré à honoraires fixes tant qu'il ne sera pas de retour à ses activités régulières.

### LA RÉADAPTATION, UN PROCESSUS VOLONTAIRE

N'oubliez pas que la réadaptation est un processus volontaire. Les médecins veulent généralement revenir au travail le plus rapidement possible. Ils se sentent responsables envers leur clientèle et les collègues qui doivent compenser en leur absence et ils se valorisent beaucoup par leur travail. Les anciennes règles pouvaient décourager un médecin d'effectuer un retour pendant la période de réadaptation. Depuis les modifications, ce frein a disparu.

### LA RÉADAPTATION ET LES VACANCES

Autre fait important, au-delà de l'année du début de son invalidité, le médecin en invalidité ne cumule pas de vacances. À la fin de la deuxième année qui suit le début de son invalidité (on parle d'années de l'entente, et non d'années civiles), si le médecin n'a pu prendre ses vacances, celles en banque lui seront payées sous forme de paiement forfaitaire. Ce versement ne réduit pas ses prestations.

Notez que durant la pandémie de COVID-19, plusieurs médecins ont accumulé des vacances qui sont reportables indéfiniment. Ces vacances ne sont pas payées automatiquement de la façon décrite précédemment, mais sont conservées en banque. Si le médecin veut se les faire payer, il doit demander à la RAMQ d'appliquer le traitement que nous venons de décrire. Autrement, la RAMQ les lui versera seulement lorsqu'il les prendra ou lorsqu'il mettra fin à sa nomination à honoraires fixes.

### ABSENCE DE VACANCES AU RETOUR POUR CERTAINS

Lorsque l'invalidité se prolonge au-delà de deux ans, comme le médecin n'accumule pas de jours de vacances pendant

son absence après l'année du début de son invalidité, s'il veut prendre des vacances après le retour de son absence pour invalidité, il n'aura plus de jours en banque (à l'exception des vacances reportables indéfiniment). Il pourrait donc être obligé de prendre un congé sans solde s'il veut s'absenter. Il serait préférable que ce congé soit « autorisé » par son chef de département ou de service afin de ne pas nuire au calcul de ses avantages sociaux l'année suivante.

### ABSENCE DE « VACANCES » DURANT LA RÉADAPTATION

Le médecin en réadaptation pendant plusieurs mois pourrait vouloir prendre des vacances pendant cette période. L'entente est muette à cet égard. Les parties négociantes se sont donc entendues pour permettre au médecin d'interrompre momentanément ses activités pendant sa réadaptation pour recharger ses batteries, tout en continuant à se prévaloir des prestations d'invalidité. Le médecin facture des codes de vacances à la place de ses activités de réadaptation ou de retour progressif et les codes d'invalidité pour les autres jours et donne des explications dans la case appropriée. Voyez les prochaines informations de la RAMQ. Ceci réduit sa banque de vacances. Cette possibilité fait disparaître ce qui était un dernier frein pour encourager les médecins à faire de la réadaptation.

### DATE D'APPLICATION POUR L'AVENIR

Les modifications sont apportées de façon prospective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Consciente des discussions entre les parties négociantes, la RAMQ n'a pas ajusté la rémunération des médecins en invalidité depuis cette date. Elle va l'ajuster rétroactivement au 1<sup>er</sup> janvier 2020 en fonction des nouvelles règles. Pour les quelques médecins dont elle retenait le paiement des forfaits liés à l'inscription, elle va procéder aux paiements.

### POUR LE PASSÉ

Nous l'avons évoqué d'entrée de jeu, c'est en 2016 que la RAMQ s'est mise à appliquer les règles du paragraphe 8.02. Elle est alors retournée sur les trois ans qui précédaient son évaluation. Une quarantaine de médecins ont été touchés par l'application des règles depuis 2014. Dans certains cas, les répercussions financières sont minimes. Dans d'autres, le recalcul des ajustements en fonction des nouvelles règles va produire un paiement de la RAMQ qui, dans certains cas, pourrait s'élever à des dizaines de milliers de dollars.

Comme les discussions avec le ministère ont été particulièrement longues dans ce dossier, il a été convenu d'appliquer les modifications rétroactivement aux médecins qui auraient subi des récupérations liées à ces anciennes règles. Pour les médecins en invalidité depuis peu, qui n'ont jamais fait l'objet d'une récupération par la RAMQ, il est très peu probable

## EN FIN... LA FACTURATION

que cela se produise. Ceux qui ont subi des récupérations depuis 2014 recevront le remboursement de ces sommes sans intérêt. Les calculs sont faits pour les périodes entre 2014 et 2019. Pour les invalidités survenues depuis 2020, la RAMQ devra réviser la rémunération, ce qui pourra prendre quelques mois.

Le versement se fera sous forme d'un montant forfaitaire, tant pour la période avant le 1<sup>er</sup> janvier 2020 que par la suite. La RAMQ n'aura donc pas à modifier les feuillets T4 des médecins pour les années en cause. Les médecins qui ont fait l'objet d'une récupération dans le passé et qui reçoivent des montants forfaitaires importants devront discuter avec leur comptable pour savoir s'ils doivent modifier leurs déclarations d'impôts des années en question.

### ASSURANCE INVALIDITÉ COMPLÉMENTAIRE

Nous avons évoqué la mixité des modes de rémunération dont bénéficient les médecins, y compris ceux à honoraires fixes. Leur assurance invalidité pour leur rémunération à honoraires fixes ne couvre donc qu'une partie de leur rémunération pour des activités professionnelles. C'est pourquoi il est important que les médecins se procurent une assurance invalidité distincte (individuelle ou collective) pour couvrir l'autre volet de leur rémunération au cas où ils se retrouveraient en invalidité.

Pour certains, la description des règles applicables jusqu'à tout récemment a probablement été une surprise. Toutefois, soyez rassuré. Le nouveau traitement colle plus à vos attentes intuitives. À part quelques rares exceptions (tarif horaire en dépassement des honoraires fixes dans le même milieu ou secteur), les nouvelles règles devraient vous permettre de tirer avantage de la possibilité d'effectuer d'autres activités professionnelles durant votre invalidité. Le plafond à la rémunération totale, légèrement inférieur à la rémunération brute préinvalidité, devrait toucher peu de médecins ou s'appliquer à de rares semaines. Comme groupe, espérons que vous pourrez dormir plus tranquilles et que si jamais vous deviez vous retrouver en invalidité, vos préoccupations sur l'effet de la reprise partielle de vos activités sur votre rémunération ne vous empêcheront pas de suivre vos impulsions d'aider vos patients et vos collègues. Bonne facturation! ■

*Le médecin en réadaptation pendant plusieurs mois pourrait vouloir prendre des vacances. Les parties se sont entendues pour lui permettre de prendre des vacances pendant sa réadaptation, tout en continuant de recevoir ses prestations d'invalidité.*

## LE MÉDECIN DU QUÉBEC

### INDEX DES ANNONCEURS

#### ASSOCIATION POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Corporatif..... 6

#### CISSS DE LA GASPÉSIE

Corporatif..... ii

#### CQDPCM

Prix du CQDPCM 2024 ..... 18

#### FONDS FMOQ INC.

Services..... 36

#### FORMATION PROFESSIONNELLE DE LA FMOQ

Ateliers Locomoteur 2024 ..... 62

Balados ..... 60

Congrès à venir..... 26, 34 et 41

Forfaits groupe..... Couv. II

Forfaits individuels..... 67

Formations accessibles sur le portail [Caducée.fmoq.org](http://Caducée.fmoq.org)

▶ Les 10 formations les plus populaires de 2023 ..... Couv. IV

▶ Outils pour améliorer l'accès  
aux consultations en spécialité..... Couv. III

Mieux-être..... 35

PADPC-FMOQ ..... 54

Quiz annuel MQ 2023..... 42

Thèmes de formation continue  
des prochains numéros du *Médecin du Québec*..... 7

#### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Corporatif..... 17

#### NICORETTE

Nicoderm ..... 20

#### OTSUKA

Rexulti..... 4-5

#### PAMQ

Tournoi de golf ..... 14

# Des outils pour améliorer l'accès aux consultations en spécialité

- ✓ Retour de consultation rapide
- ✓ Rapport lisible
- ✓ Échanges possibles avec le spécialiste
- ✓ Amélioration des soins aux patients

*Suivez nos formations en ligne accréditées sur Caducée !*



TÉLÉDERMATOLOGIE



CONSEIL NUMÉRIQUE



FÉDÉRATION  
DES MÉDECINS  
OMNIPRATICIENS  
DU QUÉBEC

PADPC  
FMOQ

Obtenez **30 minutes de crédits de formation de catégorie B** pour chaque **activité réflexive effectuée dans votre PADPC-FMOQ** à la suite d'un conseil numérique ou d'une consultation en télédermatologie.



# CADUCÉE : LES 10 FORMATIONS LES PLUS POPULAIRES DE 2023

**TOP 10**  
2023



**10 h d'activités** de formation reconnues  
dans un forfait à **250 \$ !**

**1 L'OSTÉOPOROSE : QUOI DE NEUF ? (84393)**

D<sup>re</sup> MARIE-CLAUDE AUDET | CONGRÈS LA RHUMATOLOGIE ET L'IMMUNOLOGIE (OCTOBRE 2023)

**2 LES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE (84443)**

D<sup>r</sup> ALEX DESAUTELS | CONGRÈS LA GÉRIATRIE (NOVEMBRE 2023)

**3 INFECTIONS COURANTES EN PÉDIATRIE – PARTIE I (84729)**

D<sup>re</sup> MAUDE PAQUETTE | CONGRÈS L'INFECTIOLOGIE (DÉCEMBRE 2023)

**4 INFECTIONS COURANTES EN PÉDIATRIE – PARTIE II (84730)**

D<sup>r</sup> MATTHEW MAGYAR | CONGRÈS L'INFECTIOLOGIE (DÉCEMBRE 2023)

**5 LES SYMPTÔMES DU CANCER À NE PAS MANQUER (85724)**

D<sup>r</sup> MARC-ÉTIENNE BEAUDET | CONGRÈS L'HÉMATOLOGIE ET L'ONCOLOGIE (FÉVRIER 2023)

**6 LES NOUVEAUX ANTIDÉPRESSEURS (86341)**

D<sup>r</sup> LOUIS TESSIER | CONGRÈS LA PSYCHIATRIE (MARS 2023)

**7 PROTÉINURIE ET HÉMATURIE MICROSCOPIQUE (86511)**

D<sup>r</sup> DAVID PHILIBERT | CONGRÈS L'UROLOGIE ET LA NÉPHROLOGIE (AVRIL 2023)

**8 LES STÉNOSES SPINALES ET FORAMINALES : COMMENT S'Y RETROUVER ? (86873)**

D<sup>re</sup> ISABELLE DENIS | CONGRÈS LA NEUROLOGIE (MAI 2023)

**9 L'ACNÉ (87261)**

D<sup>r</sup> JÉRÔME COULOMBE | CONGRÈS LA SANTÉ DES ADOLESCENTS (JUN 2023)

**10 LE SYNDROME GLUTÉAL PROFOND (87821)**

D<sup>r</sup> MARTIN LAMONTAGNE | CONGRÈS L'APPAREIL LOCOMOTEUR (SEPTEMBRE 2023)



**Les 10 formations  
les plus populaires de 2023**

Jusqu'au 31 décembre 2024.



**Caducée, le portail  
de la formation  
en ligne de la FMOQ**