

Yolande Leduc, médecin de famille spécialisée dans le suivi des grossesses : « L'être humain m'impressionne toujours ! »



Il s'appelle Hugo, c'est le bébé de Karine Perrutel, « accueilli » par la docteure Yolande Leduc.

MÉD DE CON

La médecine n'est pas une science exacte. Tous les jours, les soignants doivent vivre avec le doute, l'incertitude, la peur de se tromper, la mort qui rôde, et des conditions de travail de plus en plus difficiles.

Par Marie-Pier Elie

Ce n'est pas l'odeur de chair brûlée qui vous fait grimacer, docteur Leduc, alors qu'on achève de cautériser les vaisseaux sanguins de la patiente allongée sur la table d'opération. Non, ce qui vous fait grimacer, Yolande Leduc, c'est la réponse des infirmières à votre question : quel âge a-t-elle? À trente ans et des poussières, on n'est pas censé se battre contre le cancer, comme cette femme aura à

le faire! Car avant même qu'on achemine le prélèvement de tissus mammaires chez la pathologiste pour analyse, vous savez bien que des ganglions de cette taille – plus de 1,5 cm – n'augurent rien de bon. Une fois de plus, le doute réussit à s'immiscer dans votre esprit. Et si le médecin avait demandé une biopsie six mois plus tôt?

Même quand vous faites de l'assistance chirurgicale, une discipline plus technique, plus mécanique que la médecine familiale et l'obstétrique, qui occupent la moitié de votre temps de travail, vous semblez avoir bien du mal à « vous blinder », docteur Leduc. Vous qui, sur 30 années de pratique, en avez mis au moins 10 à cesser de repenser constamment à vos décisions passées. « Quand la porte de mon bureau se ferme et que je suis seule avec mon diagnostic, cela reste toujours troublant. »

Chaque année, vous aidez une centaine de bébés à voir le jour. Vous êtes présente à la plupart des accouchements de vos patientes, même la nuit. « Sinon, j'ai l'impression de manquer la fin d'un film. » Dans la grande majorité des cas, l'histoire se

termine bien. « L'être humain m'impressionne toujours! Vous auriez dû voir cette femme minuscule accoucher en deux heures d'un bébé de plus de 3,5 kg. » Et les films qui finissent mal? « Perdre un nouveau-né, c'est terrible. Mais le perdre parce qu'on s'est trompé, c'est encore pire. »

Se tromper. Étrange concept dans un domaine où, parfois, LA bonne réponse n'existe pas. Car on prend souvent à tort votre discipline pour une science exacte. « La médecine ne sera jamais de l'astrophysique! Pour faire décoller une fusée, il n'y a qu'à tenir compte d'une multitude de paramètres : la gravité, la puissance des réacteurs, la vitesse et la direction du vent. Dans le corps humain, il y aura toujours une part de mystère. »

Après une brève analyse des tissus, la pathologiste confirme : le cancer est partout. Dans ce cas-ci, c'est évident. Mais parfois, c'est beaucoup moins clair. Les spécialistes de l'interprétation – pathologistes et radiologues – travaillent souvent en zone grise, comme l'a démontré une étude menée en 2006 par E. James Potchen, de la Michigan State University. Il a présenté à plus de 100 radiologues une série de radiographies en leur demandant de trancher : normal ou pas? Ils étaient en désaccord dans 20 % des cas. Lorsqu'on leur a présenté à nouveau la même série de clichés, dans 5 % à 10 % des cas, ils ont contredit leur diagnostic initial. Dans le doute, le médecin est donc confronté à cet éternel dilemme : traquer la moindre anomalie, quitte à provoquer inutilement angoisse et détresse chez un patient en parfaite santé, ou prendre le risque de retarder un traitement vital.

Vous, Robert Patenaude, urgentologue à l'Hôpital Honoré-Mercier, à Saint-Hyacinthe, savez qu'une science inexacte peut tout de même faire des miracles. Il y a plus de 25 ans, on

YVES BEAULIEU

ECINS FIANCE

vous a annoncé que vous étiez atteint d'une leucémie incurable qui ne vous laissait plus que quelques mois à vivre. Mais vous avez fait la rencontre d'un jeune chercheur qui fondait beaucoup d'espoir dans la greffe de moelle osseuse, une procédure expérimentale pratiquée aux États-Unis. « Je suis un miraculé », dites-vous. L'une des toutes premières personnes sauvées par ce traitement qui a révolutionné la médecine moderne. Mais vous savez aussi que cette même médecine est parfois synonyme d'impuissance. « Il faut apprendre à ne pas tout faire pour sauver nos patients. » Et parfois, même quand on fait tout... il n'y a rien à faire, comme vous l'a appris cette douloureuse rencontre racontée dans votre livre, *24 heures à l'urgence* (Québec Amérique, 1999).

« Je ne veux plus mourir. » C'est ce que la belle adolescente vous a dit à son arrivée à l'hôpital. Vous avez eu le temps de discuter avec elle, de blaguer, même, alors qu'on la perfusait avec des intraveineuses et qu'on prélevait son sang. Mais la centaine d'aspirines qu'elle avait ingurgitées ont accompli leurs ravages sous vos yeux. Tout d'abord, des saignements anormaux au point d'insertion des aiguilles, suivis d'un sifflement persistant dans les oreilles de la jeune patiente. Les vomissements, la fièvre, l'accélération du rythme cardiaque, la perte de la vision. Puis les cris

résidence. « On n'a pas le choix d'apprivoiser la mort, philosophez-vous, à moins d'opter pour une spécialité où elle ne rôde pas continuellement: dermatologie, santé communautaire... » Soit. Mais peut-on vraiment apprivoiser l'incertitude et l'impuissance tout en incarnant la toute-puissance dans les fantasmes des patients ? Vous habituerez-vous réellement un jour à ce mélange de tristesse, de culpabilité et de révolte, cette persistante angoisse dont il n'est nullement fait mention dans le serment d'Hippocrate ?

En plus de terminer votre spécialisation en psychiatrie cette année, vous êtes président du Comité du bien-être de la Fédération des médecins résidents du Québec. La détresse psychologique, vous connaissez : celle de vos patients, mais aussi celle de vos collègues. « Quand cette détresse nous envahit, on se sent inadéquat, car depuis notre entrée à la faculté de médecine, on nous répète qu'on est la crème de la crème. Et le droit à l'erreur n'existe pas vraiment dans notre domaine. » Sur vos 109 camarades de classe de première année de médecine, deux se sont suicidés. « Tout le monde connaît ou a entendu parler d'un collègue qui l'a fait. »

Selon une étude menée en 2003 par l'Association médicale canadienne, près de la moitié des médecins sont à un stade

Près de la moitié des médecins sont à un stade avancé d'épuisement professionnel. Le risque de suicide est 41 % plus élevé chez les hommes médecins que dans la population, tandis que pour les femmes médecins, le pourcentage grimpe à 130 %.

devant ces monstres rouges et noirs qui voulaient la dévorer, les convulsions, la chute de pression et, finalement, les hémorragies à l'estomac, aux poumons et au cerveau, qui ont eu raison d'elle, raison de vous, raison de tout.

Vous, François Bourque, devenu « François Bourque, M.D. », le 1^{er} juillet 2003, trouvez parfois ces deux lettres bien lourdes à porter. L'exaltation que vous auriez pu ressentir en vous faisant appeler « docteur Bourque » pour la première fois, au tout début de votre résidence, a été bien vite éclipsée par l'angoisse, écrasée sous le poids de vos nouvelles responsabilités, de vos nouveaux devoirs, de vos nouveaux pouvoirs. Dont celui de tracer la frontière entre la vie et la mort.

« Il devait être 4 h 30 du matin. » Vous avez oublié l'heure exacte, inscrite à la dernière page du dossier médical de *vo*tre premier mort. Un homme dont les reins avaient déjà flanché lorsqu'on vous a réveillé, alors que vous étiez de garde. Sans trop y croire, vous avez prescrit un ultime traitement. Les autres organes vitaux ont abdiqué à leur tour. Vous vous êtes aussitôt demandé : « Est-ce ma faute ? » Pourtant, vous saviez très bien à quel étage vous vous trouviez : soins palliatifs. Et les miracles ne faisaient pas partie du parcours académique de votre formation inachevée. Mais comment évacuer tout doute de votre esprit au moment d'annoncer la nouvelle aux proches ? Vous avez oublié l'heure exacte; mais pas la sensation avec laquelle vous devrez apprendre à composer avant la fin de votre

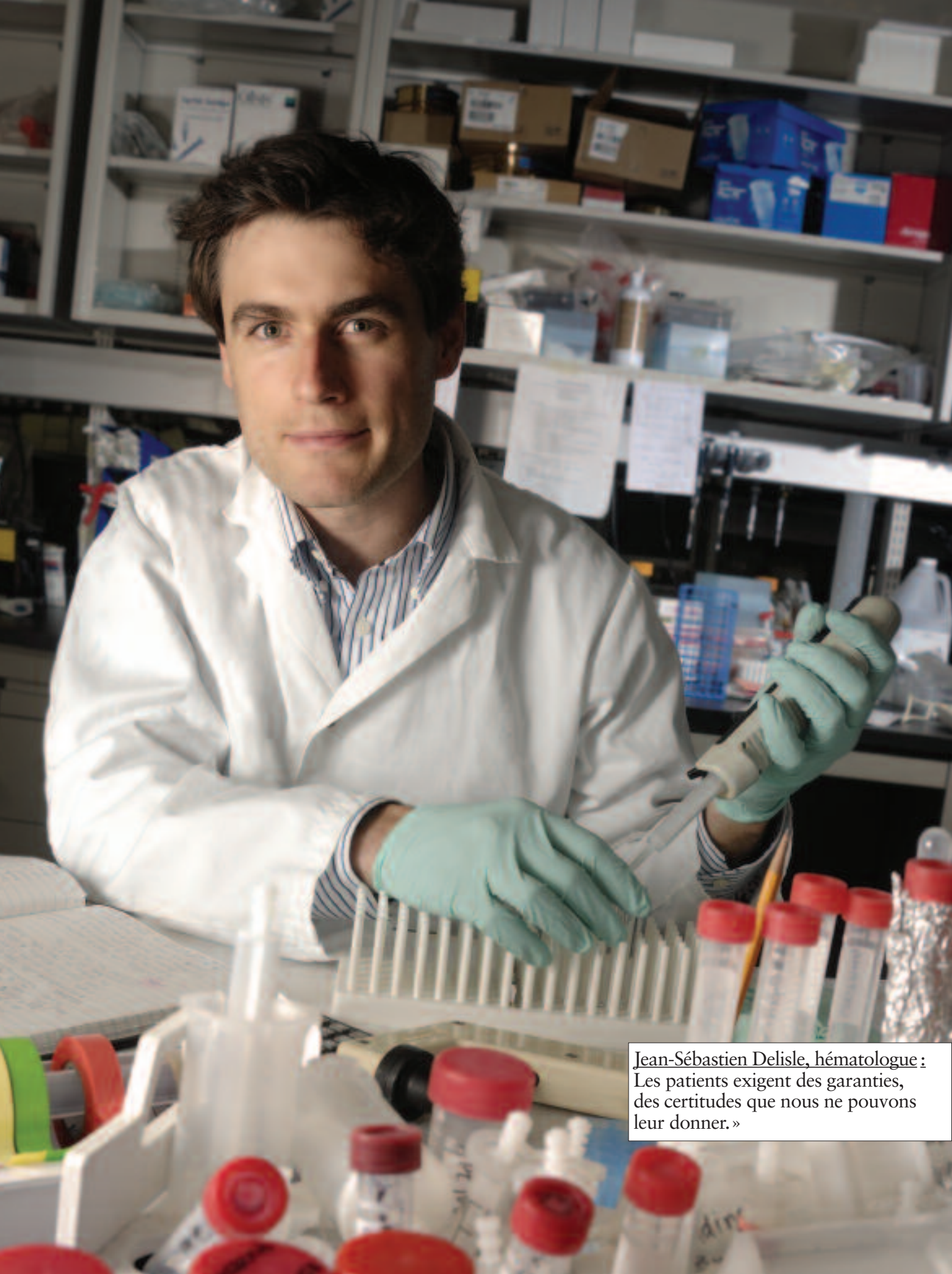
avancé d'épuisement professionnel. Une recherche publiée en 2004 dans l'*American Journal of Psychiatry* conclut que le risque de suicide est 41 % plus élevé chez les hommes médecins que dans la population, tandis que pour les femmes médecins, le pourcentage grimpe à 130 %.

Prochaine patiente au bloc opératoire : une dame dont il faut retirer la vésicule biliaire par laparoscopie. Une procédure de routine. L'incision est faite dans l'ombilic. Le chirurgien tente d'insérer ses instruments, mais se bute à une étrange paroi : un filet de polypropylène, mis en place lors d'une chirurgie précédente, afin de pallier la faiblesse des muscles abdominaux. Impossible de passer au travers. « Dans des situations comme celle-là, il faut savoir improviser », direz-vous, docteur Leduc, en assistant le chirurgien. Forcé d'insérer la caméra plus haut, celui-ci s'éloigne de sa « zone de confort ». Les angles sont modifiés; l'immense foie envahit l'écran et obstrue la vue. Il finit par repérer la vésicule, un petit sac bleu mauve qu'il tente maintenant de saisir à l'aide d'une pince. Il y perce un trou. Il ne s'y attendait pas : la bile brunâtre s'écoule dans l'abdomen. On distingue clairement les minuscules pierres noires qui obstruaient la vésicule, dans le liquide. « Succion, SVP ! » Rien de grave, heureusement. La vésicule est presque complètement détachée du foie. L'intervention a été quatre fois plus longue que prévu !

L'université ne peut préparer les futurs médecins à savoir quoi faire chaque fois que l'imprévu survient. Vous, Raymond Lalande, vice-doyen de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, êtes le premier à l'affirmer : « La médecine d'aujourd'hui est à la fois une science et un art. » Les étudiants auront beau mémoriser des encyclopédies



Docteur François Bourque, médecin psychiatre : « On n'a pas le choix d'appivoiser la mort, à moins d'opter pour une spécialité où elle ne rôde pas continuellement comme la dermatologie ou la santé communautaire... »



Jean-Sébastien Delisle, hématalogue :
Les patients exigent des garanties,
des certitudes que nous ne pouvons
leur donner.»

entières, prendre part à des simulations par ordinateur, disséquer des cadavres, s'exercer sur des cochons ou sur Stan, le mannequin patient high-tech, impossible de prévoir toutes les situations atypiques auxquelles ils seront confrontés. Car le corps humain a de ces complexités, de ces excentricités. « J'ai déjà été témoin d'un infarctus sans douleur à la poitrine et sans essoufflement, qui en sont pourtant normalement les symptômes les plus évidents. » Le patient se plaignait simplement d'une douleur à l'épaule.

Même les symptômes les plus banals réservent parfois de cruelles surprises. Un mal de tête, par exemple. À vous de déterminer s'il est attribuable à une migraine, à une méningite ou à une tumeur au cerveau. La poussée de fièvre de la nouvelle maman n'est-elle qu'une réaction normale à sa première montée de lait ou les prémices de l'infection qui la mènera au choc septique en moins de 24 heures ? Et que dire de ce grand classique : la douleur à l'abdomen, championne des motifs de consultation à l'urgence, qui peut masquer une appendicite risquant de dégénérer en péritonite, une crampe menstruelle, une grossesse ectopique, un syndrome du côlon irritable ou un stress mal géré. Dans ce joyeux cafouillis, parfois, les symptômes de différentes maladies s'entremêlent pour vous compliquer encore la tâche.

idée de ce qui cloche en moins de 20 secondes. Dans ces situations critiques où tout se passe trop vite, pas le temps de raisonner, il faut décider. Là, maintenant, tout de suite; alors que le patient, sous vos yeux, se tord de douleur, se vide de son sang, se noie dans ses vomissements, cherche son air en bleuisant, est secoué de convulsions ou se bat contre ses hallucinations.

Vous n'êtes pas une machine. Et même les machines les plus sophistiquées sont parfois inutiles face aux situations auxquelles vous êtes confronté. Pas un scanner n'arrivera à sonder les idées suicidaires d'un patient, amené à l'urgence au beau milieu de la nuit, pour déterminer s'il faut le garder à l'hôpital ou le renvoyer chez lui. Pourtant, docteur Bourque, vous devez prendre ce genre de décision chaque semaine. « J'ai une liste de points à vérifier. Est-ce sa première tentative ? A-t-il accès à une arme ? Est-il bien encadré par ses proches ? A-t-il des symptômes psychotiques ? Dans les faits, je ne peux jamais être certain de ce que je fais à 100 %. » Vous n'êtes pas une machine et, surtout, même si nous aimerions croire le contraire, vous n'êtes pas un dieu. Vous, Yves Lamontagne, psychiatre et président du Collège des Médecins, l'avez pleinement réalisé le jour où une de vos patientes s'est jetée devant le métro. Une patiente à haut risque, à laquelle vous

Dans ces situations critiques où tout se passe trop vite, pas le temps de raisonner, il faut décider. Là, maintenant, tout de suite; alors que le patient se tord de douleur, se vide de son sang, se noie dans ses vomissements, est secoué de convulsions ou se bat contre ses hallucinations.

Sans compter que le savoir évolue sans cesse. « Alors qu'avant, on valorisait beaucoup l'acquisition de connaissances, maintenant, on mise plutôt sur les capacités de raisonnement, ces fameuses compétences transversales qui, en médecine, prennent tout leur sens », soulignez-vous en bon vice-doyen, nous invitant à prendre part à une séance d'apprentissage au raisonnement clinique (ARC).

Les étudiantes (toutes des filles ce jour-là; la féminisation de la profession n'est pas un mythe!) s'y réunissent en petits groupes. L'une d'entre elles joue le rôle du malade, auquel les autres doivent poser les bonnes questions, histoire d'établir un diagnostic et de proposer un traitement. La fausse patiente se plaint de douleurs au bas-ventre et aux seins, 10 jours après son accouchement. Au tableau, on établit un « diagnostic différentiel », énumérant tout ce qui pourrait expliquer ces symptômes : mastite, abcès tubo-ovarien, péritonite, septicémie, thrombo-phlébite pelvienne, etc. Puis, on investit : questionnaire élaboré, formules sanguines et cultures diverses. Avec un peu d'aide de leur professeur, les étudiantes finissent par diagnostiquer une endométrite, puis par prescrire le bon antibiotique. Bravo !

À l'hôpital, elles n'auront toutefois pas un professeur expérimenté, un tableau vert et 60 minutes pour élaborer leur raisonnement. Vous, Jerome Groopman, professeur de médecine à la Harvard Medical School, l'exprimez clairement dans votre best-seller, *How Doctors Think* : « Le problème, c'est que les écoles de médecine n'enseignent pas les raccourcis. » Alors que les recherches démontrent que des étudiants et leur professeur mettent de 20 à 30 minutes pour en arriver à un diagnostic lors d'un exercice didactique, un clinicien expérimenté se fera une

aviez commencé par donner une journée de congé, la fin de semaine, en demandant à son mari de ne jamais la laisser seule. « Ce jour demeure le plus triste de ma carrière », écrivez-vous dans *Confidences d'un médecin* (Québec Amérique, 2003).

M

ais le mythe du médecin omnipotent a la vie dure. Vous, Jean-Sébastien Delisle, hématalogue, le constatez après huit années de pratique : « Les patients exigent des garanties, des certitudes que nous ne pouvons leur donner. » En plus de votre travail de clinicien, vous faites partie de l'équipe de recherche du docteur

Claude Perreault, ce visionnaire qui a sauvé la vie du docteur Robert Patenaude grâce à une greffe de moelle osseuse. Depuis, votre équipe a multiplié les prouesses médicales, mais votre discours demeure réaliste : « Un médecin n'est pas un dieu ! » Vos patients n'acceptent cependant pas que vous évoquiez un taux de mortalité de 30 %, sans leur dire si eux font partie de ce 30 % ou des 70 % qui vont guérir. « Je l'ignore moi-même ! La greffe de moelle osseuse est l'un des plus grands défis de la médecine moderne. » Un défi qui ferait trembler les dieux. En bref, on détruit le système sanguin et immunitaire du patient par des doses létales de radiations et de chimiothérapie. Tout y passe : globules rouges, lymphocytes B et T, neutrophiles, monocytes, plaquettes, etc. On injecte ensuite au patient des cellules souches issues de la moelle osseuse d'un donneur compatible, cellules qui, en se dévelop-

pant normalement, assureront le remplacement de celles qu'on a détruites. Mais ce nouveau système immunitaire, chargé de neutraliser les intrus, peut parfois confondre l'organisme qui l'héberge avec un corps étranger. Les lymphocytes T, censés sauver une vie, s'attaquent alors plutôt sans merci à leur nouvel hôte.

Docteur Patenaude, vous avez échappé à ces mortelles complications, et sauvez maintenant à votre tour des vies chaque semaine. Mais à quel prix? « Je vais devoir travailler moins, car je ne peux plus continuer comme ça. » Quand vous dites « comme ça », vous ne faites pas référence aux déchirantes prises de décision, aux imprévisibles caprices du corps humain ou à votre impuissance devant la grande faucheuse, mais à ce système où « les bureaucrates prennent la place des médecins ».

Telle semble être la norme chez vous et vos collègues : la désagréable et continuelle impression de devoir vous battre. Un exemple entre mille, lorsqu'une mammographie révèle quelque chose de louche chez une patiente, le plus pénible n'est pas toujours de trouver les mots pour le lui annoncer, mais de dénicher un spécialiste qui assurera le suivi. Docteur Leduc, chaque fois que cela arrive, vous décrochez vous-même le téléphone et multipliez les tentatives. À l'aube de votre carrière, docteur Bourque, vous savez déjà à quel point cette chasse au spécialiste peut s'avérer éreintante : « À moins que l'on se défonce à l'ouvrage, le patient attendra longtemps. » Même lorsque chaque minute compte. Docteur Patenaude, vous vous souvenez avoir dû téléphoner à trois hôpitaux universitaires avant de réussir à transférer une accidentée de la route gravement blessée aux soins intensifs. Aucun lit n'était disponible pour elle. Même pas moyen de la faire admettre aux urgences de l'un ou l'autre de ces hôpitaux : trop de malades dans les couloirs, c'est le règlement ! En feuilletant votre journal, vous avez plus tard appris que l'hôpital ayant finalement accepté votre patiente subissait les réprimandes de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, car le nombre de malades sur civière y dépassait les quotas du Ministère. Quant à l'un des deux autres hôpitaux, il recevait des félicitations pour avoir amélioré ses statistiques. « Malheureusement, la performance des hôpitaux n'est pas

mesurée au nombre de patients sauvés, mais aux heures d'attente et au nombre de civières occupées. »

Cela ne devait pas être – et ne sera pas – un énième plaidoyer contre « le système ». Mais comment éviter d'en parler ? « Dans le contexte où l'on travaille, il est certain que l'on fait des erreurs », répétez-vous, docteur Leduc, en grim pant à la hâte les escaliers qui mènent du bloc opératoire à la salle d'accouchement. Dans les couloirs de l'hôpital, on jase du *burn-out* d'un collègue comme de la pluie et du beau temps; de la fracassante démission d'un autre; de cette infirmière inexpérimentée qui a provoqué un arrêt cardiaque chez un patient (qu'on a heureusement

ranimé) en lui injectant le mauvais dosage d'un puissant médicament, entre autres erreurs plus anodines de ces « CP », ou « candidates à la profession », pas encore diplômées, mais appelées en renfort pour combler la pénurie. Docteur Bourque, vous semblez vaguement regretter votre choix de carrière, lorsque vous évoquez l'attitude du gouvernement envers la profession médicale. « Nos responsabilités n'ont jamais été aussi grandes, mais nous n'avons jamais eu si peu d'autonomie », résumez-vous. Parler « du système », ce n'est pas seulement parler de budget et de temps d'attente, de quotas, de coupures et de ticket modérateur : c'est aussi parler de ces patients psychotiques en proie aux hallucinations que l'on doit hospitaliser en plein couloir, parce qu'il n'y a pas d'autre place pour eux. « Disons que ce n'est pas très thérapeutique pour ces malades qui auraient besoin de repos et d'une absence de stimulation », confiez-vous, désolé de devoir ainsi chaque jour violer le *Primum non nocere* – d'abord ne pas nuire – prévu dans le serment d'Hippocrate.

Ce qui vous attend en haut de l'escalier, docteur Leduc, n'a rien de rassurant : un fœtus qu'on doit extirper de son bain amniotique au plus vite. En concentration anormalement élevée dans le sang de la future maman, les globules blancs luttent contre un microbe qui a envahi l'utérus par la grande porte, puisque les membranes sont rompues depuis plus de 24 heures. Pas question de faire une péridurale qui offrirait une entrée supplémentaire à l'agent infectieux : on effectuera la césarienne



« Monsieur, vous allez mourir ! »

Y a-t-il une façon de faire lorsque vient le temps de couper court à tous les espoirs en annonçant au patient sa mort imminente ?

« Certains ne sont jamais capables », dit Jean-Sébastien Delisle, qui trouve lui-même extrêmement difficile de gérer cette « montagne russe de l'espoir et du désespoir ». « Après avoir parlé au patient de la greffe qui pourrait le sauver, je dois lui parler de la leucémie post-greffe qui va le tuer. » C'est justement quand il a été trop optimiste qu'il s'en est le plus voulu. « Il n'y a rien de pire que voir un patient se décomposer en apprenant qu'il va mourir alors qu'il ne s'y attendait pas du tout. »

Avant toute chose, insiste-t-il, il faut jauger à quel point la personne tient à le savoir. Mais concrètement, dans l'affirmative, les prononce-t-il, ces mots fatidiques « vous allez mourir » ? « Il faut le faire ! » Dans la réalité, admet-il, le mot « mourir » est très difficile à prononcer, et ça ressemble plutôt à « la maladie est revenue, il n'y a plus grand-chose qu'on puisse vous offrir pour guérir... » Parfois, enchaîne-t-il, le plus difficile n'est pas tant l'idée de mourir que la peur d'être abandonné. « Il serait facile pour le médecin de considérer un patient en phase terminale comme une défaite et de s'en désintéresser, alors que c'est justement à ce moment qu'il a besoin de nous, plus que jamais. » Car dans l'attente de la mort, la relation de confiance entre le patient et son médecin acquiert une tout autre dimension. Il arrive même que le patient condamné s'inquiète pour son médecin autant que ce dernier s'inquiète pour lui. Celle-là, le docteur Delisle l'a entendue souvent : « Ça doit être dur pour vous de vivre des échecs comme ça. »

Qu'est-ce qu'un bon patient ?

Dans les cabinets des médecins, les variantes du genre humain se déclinent à l'infini : les imprécis, les indécis, les irritables...

sous anesthésie générale. Avant d'endormir la patiente, l'inhalothérapeute lui demande si elle attend une fille ou un garçon. « Un garçon », répond-elle, la voix tremblante, avant de sombrer dans le sommeil. On badigeonne l'immense ventre strié de vergetures d'une solution antiseptique rouge, jusque dans les moindres replis du nombril. L'anesthésiste insère un long tube entre les cordes vocales, jusque dans la trachée, puis surveille attentivement les signes vitaux. La gynécologue prend son bistouri et trace une entaille horizontale dans la peau du ventre. Elle écarte les muscles abdominaux, puis incise l'utérus.

Le voilà, le petit être bleuâtre qui refuse de briser le silence. « Allez, garnement ! » insiste l'anesthésiste. On comprime le ballon noir qui l'approvisionnera en oxygène en attendant qu'il respire par lui-même. S'il finit par respirer...

Il est né il y a maintenant cinq minutes et n'a toujours pas émis un son, toujours pas gonflé les alvéoles de ses poumons tout neufs. L'anesthésiste demande qu'on injecte à la maman une dose de... Impossible d'entendre le nom du médicament, couvert par les « 1-2-3 » rythmés que répète le pédiatre en appuyant sur le minuscule sternum.

Trois interminables minutes s'écoulent avant qu'enfin, un petit son plaintif finisse par se faire entendre. Le bébé ouvre les yeux. Il gémit doucement, mais ne respire pas. Il passe du bleu au rose, mais ne respire pas.

À la neuvième minute, une petite bosse prend naissance sur sa poitrine, du côté droit. La bosse que tous attendaient : sa première respiration. « On le réchappe ! » D'un ton suraigu, l'inhalothérapeute s'adresse au

nouveau-né : « Bonjour ti-bébé ! » La mère encore endormie commence à s'agiter. « Elle lutte contre l'intubation », dit l'anesthésiste en lui injectant un léger narcotique. À moins qu'elle ne veuille simplement féliciter son petit rescapé au plus vite.

Docteure Leduc, vous voudriez ne jamais décrocher de cet instant où vous déposez l'enfant dans les bras de son papa. Et pour cet homme ému aux larmes, ça ne fait aucun doute : parfois, les médecins sont un peu des dieux. **QS**

L'examen ne révèle rien d'anormal chez votre petite. C'est sans doute une gastro...

— Vous voyez bien qu'elle ne va pas du tout, je pense qu'elle serait mieux à l'hôpital qu'à la maison.

Ce ne sera pas nécessaire. Il suffit de suivre cette diète progressive.

— Non ! Ma fille est malade et moi je n'en peux plus, gardez-la quelques jours et guérissez-la !

Que puis-je faire pour vous ?

— J'ai mal au ventre !

À l'abdomen ou au thorax ?

— Un peu partout, en avant, ici, là...

Qu'est-ce que vous ressentez, exactement ? Un serrement ?

— Ça fait mal !

... Un brûlement ?

— Ça fait mal !

Ça vous arrive lors de circonstances particulières ?

— Des fois...

À quelle fréquence ?

— Souvent !

Quelle est la date de vos dernières menstruations ?

— C'était quand, déjà, chéri ? Il me semble qu'on était chez ma belle-sœur... oui, c'est arrivé une journée plus tôt que prévu, tu te souviens, attends... On était allé magasiner juste avant, Sophie et moi, il suffit que je retrouve la facture de la robe, quelque part dans mon sac à main... Je sais que, deux jours après, je suis allée à mon cours de yoga et que je n'osais pas mettre mon pantalon blanc, c'était quand, chéri ? Tu es venu me rejoindre avec l'auto et on est allé souper, après. Attendez... ce n'était pas lundi dernier, peut-être le lundi précédent... ou mardi...

« Les pires, ce sont les revendicateurs. Ceux qui exigent qu'on leur donne tout et pour lesquels je ne suis jamais à la hauteur », confie Yolande Leduc. On peut observer de tels spécimens à loisir dans leur environnement naturel : les salles d'urgence. Robert Patenaude ne compte plus le nombre de « patients impatientes » qui déversent leur fiel sur lui à la moindre occasion, ces grippés explorés qui pestent contre le système et la trop longue attente avant qu'un médecin débordé s'intéresse à leur nez qui coule. « Au moins 25 % des gens qui se pointent à l'urgence n'auraient même pas besoin de voir un médecin ! Au moins ! » insiste-t-il. Même ceux qui arrivent en ambulance se trompent souvent. « Trop de gens font appel à l'ambulance sans raison valable, croyant que cela diminuera le temps d'attente à l'urgence. »

Il y a aussi ces patients qui réclament des arrêts de travail à qui mieux mieux, les parents trop occupés pour visiter leur fils hospitalisé après une tentative de suicide, ceux qui « placent » leurs grands-parents à l'hôpital durant le temps des fêtes, ceux qui perdent les pédales à la moindre investigation plus poussée. (« Mais pourquoi me faire passer une échographie si vous êtes certain que ce n'est rien, cette bosse au sein, hein, pourquoi, pourquoi, POURQUOI ? Est-ce que j'ai le cancer, est-ce que je vais mourir ? »)

On se demande souvent ce que les patients attendent de leur médecin. Mais qu'est-ce que les médecins attendent de leurs patients ? « Qu'ils se responsabilisent un peu », répondent-ils en chœur. À commencer par se pointer à leur rendez-vous ! « Au moins une fois par semaine, un patient ne se présente pas en salle d'opération, parfois pour des interventions complexes qui mobilisent toute une équipe durant 90 minutes », déplore Yolande Leduc. Sans compter ces patients qui annulent leur rendez-vous prévu une demi-heure plus tard, à la clinique, et qui sont outrés qu'elle ne puisse les recevoir dès le lendemain. Puis elle ajoute, à l'attention de sa clientèle féminine : « Connaître la date de ses dernières menstruations lorsqu'on vient passer une cytologie, c'est la base ! Mais j'ai tellement perdu de temps avec ça que, maintenant, c'est ma secrétaire qui vous le demandera. »

Pour le docteur Patenaude, la responsabilisation du patient passe par des connaissances de base qui font cruellement défaut. « On s'énerve parce que les gens n'ont pas de médecin de famille, comme s'il s'agissait de la chose la plus grave au monde. Ce qui est vraiment grave, c'est qu'on a enlevé à la population les moyens de se traiter elle-même. » Selon lui, des notions de médecine élémentaire devraient être inculquées dès le secondaire, afin que l'on cesse de s'inquiéter pour des banalités « et qu'on ne nous amène plus, à l'urgence, des enfants présentant une légère fièvre depuis à peine quatre heures, sans même leur avoir administré d'acétaminophène ». Soins de base ne veut pas dire auto-diagnostic. À l'ère d'Internet, il est si facile d'entrer quelques symptômes sur Google pour découvrir ce qui cloche. On se pointe ensuite chez son médecin avec un diagnostic tout prêt, parfois même en lui commandant le bon traitement, comme si une connexion haute vitesse équivalait à sept années d'études.





Des chiffres et des soins

PLEIN DE MÉDECINS! Le Québec est l'une des provinces qui comptent le plus grand nombre de médecins, soit 215 par 100 000 habitants. On en dénombre 188 en Alberta, 176 en Ontario et 190 dans l'ensemble du Canada.

Au Québec, 64% des médecins sont des hommes et 36% sont des femmes; au Canada, ces proportions sont de 67,5% et 32,5%. Les docteurs sont plus nombreuses en médecine familiale (44%) que dans les autres spécialités (30%).

VIRAGE AMBULATOIRE

Le nombre d'admissions a diminué de 13% en 10 ans dans les hôpitaux canadiens. On fait d'ailleurs 17% moins de chirurgies avec hospitalisation qu'il y a 10 ans; et davantage de chirurgies d'un jour (31% de plus).

La durée moyenne d'un séjour à l'hôpital est de 8,4 jours au Québec; 2 jours de plus qu'en Ontario. La moyenne canadienne: 7,2 jours.

URGENCE! Les Canadiens sont plus nombreux (38%) à être allés dans un service d'urgence au cours des 2 dernières années que les États-Unis (34%), les Australiens (29%) ou les Britanniques (29%). Environ 57% des visites à l'urgence en 2003-2004 étaient attribuables à des problèmes de santé considérés comme peu urgents ou non urgents.

PATIENTS CHERCHENT MÉDECINS

Seulement 20% des médecins de famille québécois ont accepté de nouveaux patients en 2004. Dans l'ensemble du pays, les généralistes des régions rurales ont été plus nombreux à accueillir de nouveaux patients (34%) que ceux des régions urbaines (18%).

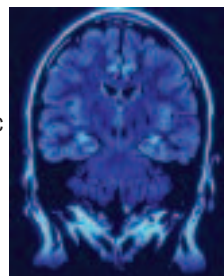
Le Québec a perdu des praticiens au profit d'autres provinces ou territoires entre 2001 et 2005. Au contraire, l'Alberta et la Colombie-Britannique, elles, ont profité des déménagements des médecins à l'intérieur du pays.

OUPS! Un patient sur 3 000 se réveille après une opération avec un objet dans le corps; une éponge ou un instrument chirurgical, par exemple.

Plus de 150 praticiens ont été radiés du Collège des Médecins du Québec en 2006, sur un total d'environ 20 000 membres.



BOÎTE À OUTILS Le Canada compte six appareils d'imagerie par résonance magnétique pour chaque million d'habitants. Le Québec est au-dessus de la moyenne avec 7,3 appareils par million; l'Ontario est en dessous de la moyenne avec 5,1. Les champions mondiaux sont de loin le Japon (35,3) et les États-Unis (26,6).



COMBIEN ÇA COÛTE? Les dépenses en soins de santé (secteurs public et privé confondus) ont totalisé 4 548 \$ par habitant en 2006 au Canada. C'est pratiquement trois fois plus qu'en 1975, si on tient compte de l'inflation.

C'est au Québec qu'on dépense le moins par habitant dans les soins de santé, soit 3 878 \$; c'est en Alberta qu'on dépense le plus, soit 4 820 \$.

Le Canada est parmi les cinq pays du monde où l'on dépense le plus dans les soins de santé. On est encore loin derrière les États-Unis, qui mènent le bal avec 6 102 \$US par habitant. Au Canada, le secteur public assume 70% des dépenses en santé contre seulement 45% aux États-Unis.

Les hôpitaux accaparent 30% des dépenses en soins de santé; et les médicaments, 17%. Quant aux médecins, ils comptent pour 13% des dépenses.



ATTENDRE SON TOUR

En 2005, pour voir un médecin à l'urgence, la moitié des patients ont attendu moins d'une heure; 10% ont attendu au moins 3 heures; 10% des patients dont le cas était plus grave (arrêt cardiaque, traumatisme majeur, état de choc, par exemple) ont attendu 45 minutes ou plus.

Avant de voir un spécialiste pour un nouveau problème de santé, la moitié des patients ont attendu quatre semaines et moins.

Pour une chirurgie non urgente, la moitié ont attendu 30 jours et moins; 10% ont attendu 6 mois et plus.

Pour un remplacement de la hanche, la moitié l'ont subie dans les quatre mois et demi suivant le diagnostic; 10% ont attendu 15 mois et plus.

En ce qui concerne les médicaments, le Canada arrive au troisième rang parmi 17 pays de l'OCDE, avec des dépenses de presque 700 \$ par habitant en 2004, derrière les États-Unis (940 \$) et la France (749 \$).

DES MÉDECINS SATISFAITS

En gros, 68% des médecins de famille et 77% des spécialistes se disent assez ou très satisfaits de leur vie professionnelle. Ce qui détermine leur niveau de satisfaction, c'est d'abord l'équilibre entre leur travail et leur vie personnelle, suivi, dans une moindre mesure, des relations qu'ils entretiennent avec leurs patients.

Ce sont les médecins spécialistes du Québec qui affichent le taux de satisfaction le plus élevé (83%) au Canada. Les médecins de famille de l'Ontario sont les moins satisfaits (61%).



Ces statistiques proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), un organisme indépendant à but non lucratif. On peut consulter les statistiques en ligne au www.icis.ca.