



tions are therapeutic, we should investigate, analyse and control them, as we do other surgical procedures. Until those who promote induced abortion have disproved the reported hazards and shown beyond a reasonable doubt that it is safe and effective for some pathologic condition, no physician should have anything to do with the procedure.

Philip G. Ney, MD, MA

Victoria, BC

Received via email

References

1. Babikian HN. Abortion. In: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BI, editors. *Comprehensive handbook of psychiatry*. 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1975. p. 1496-1500.
2. Smith CM. Abortion policy. *Can Psychiatr Assoc Bull* 1981;13(4):2-3.
3. Agdenstein S. Perinatal and infant mortality: trends and risk factors in Norway 1967-1990. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994;160(suppl):1-30.
4. Bruyniks NP. Reproductive health in central and eastern Europe: priorities and needs. *Patient Educ Couns* 1994;23(3):203-15.

Methadone maintenance: BC leads the way

I agree with Drs. Mark Latowsky and Evelyn Kallen, who suggest in their article "Mainstreaming methadone maintenance treatment: the role of the family physician" (*Can Med Assoc J* 1997;157[4]:395-8) that family physicians can play a vital role as methadone prescribers and can therefore help to integrate methadone maintenance into mainstream medicine. Although they cite several off-shore examples of this practice, they need look no further than British Columbia to find evidence of this phenomenon. BC has approximately 270 physicians who prescribe methadone and thus provide maintenance treatment to about 2800 patients. Most of these methadone prescribers are family physicians working in a community practice setting. British Columbia, under the leadership of the provincial

college of physicians and surgeons, leads the country in this innovation. The progress to date deserves recognition and merits replication by the rest of Canada.

John F. Anderson, MD

Medical Advisor

Clinical Support Unit

BC Ministry of Health

Victoria, BC

Received via email

Encourager les dons d'organes : le paradoxe

Nicole Baer («Canada's organ shortage is severe and getting worse», *Can Med Assoc J* 1997; 157[2]:179-82) et Eike-Henner Kluge («Decisions about organ donation should rest with potential donors, not next of kin», *Can Med Assoc J* 1997;157[2]:160-1) soulignent le faible taux de dons d'organes pour transplantation au Canada. Cela pourrait s'expliquer par des messages de sensibilisation mal adaptés auprès du public. En voici quelques exemples :

- Les équipes soignantes et les médias revendiquent une réussite médicale grâce au don. Or, les familles se trouvent confrontées non au don, mais à la mort, et à une douleur affective intense, associée à ce qui est perçu comme un «échec» médical. Ce décalage brutal entre message formel (don rédempteur) et vécu affectif (mort anéantissante) peut favoriser un refus.
- Dans nos sociétés individualistes, la mort est un sujet tabou et privé. Le projet de resocialiser par le don des parties du mort est difficile à assumer par les proches.
- Le message «officiel» repose sur l'autonomie du patient (et de la famille) concernant le choix. Cependant, il est clairement sous-entendu qu'il existe moralement un bon (décision positive) et un

mauvais (refus) choix. Implicitement culpabilisant, le refus pourrait suivre dans ce contexte de frustration.

- Le malade est en état de «mort cérébrale» et n'est pas simplement «mort». Le voir en soins intensifs laisse prétendre qu'il n'est pas mort, qu'il y aurait possibilité de réveil. Un refus peut alors intervenir comme protection contre une dépossession abusive ou une erreur médicale.
- Les aspects de mutilation du corps sont niés ou banalisés dans le message, alors qu'ils sont une préoccupation majeure pour les proches. Le respect de l'intégrité du mort est une tradition culturelle qui peut entraîner un refus par crainte de mutilation du corps.
- Les trafics d'organes dans certains pays ont probablement induit une perte de confiance dans les institutions de soins. Incertains de la situation après le prélèvement, les proches refusent le don, qui serait vécu comme un abandon.
- Le message implique que le don, action positive sur le plan éthique, favorise le deuil des familles. Or, il le rend plus pénible alors même que des parties du mort continuent de vivre sous une autre forme, créant une situation «paradoxale» (vie et mort simultanées).

Expliquer, informer, prévenir les paradoxes (entre message formel et vécu affectif), reconnaître socialement et symboliquement la valeur du don, pourraient avoir un effet positif sur le nombre de greffons disponibles.

Frédéric Pochard, MD

Marc Grassin, PharmD

Daniel Maroudy, RN

Christian Hervé, MD, PhD

Laboratoire d'éthique médicale et de santé publique

UFR Necker Enfants Malades

Université Paris V

Paris

France

Reçu par courrier électronique