Nous sommes *présent* et *avenir* !



Photo : Marcel La Haye

Emmanuèle Garnier

Le 17[e] congrès syndical de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec « Nous sommes *présent* et *avenir* ! », qui avait lieu les 23 et 24 mai dernier à Montréal, a été marqué par les 50 ans de la FMOQ. « C'est un événement important », a souligné le **D[r] Louis Godin**, président de la Fédération, devant les quelque 250 médecins participants.

Le congrès avait par ailleurs des objectifs syndicaux. « Aujourd'hui, nous commençons la préparation de nos prochaines négociations, a annoncé le président. Cela va être un long processus qui s'échelonnera probablement sur plusieurs années. Il est important que vous vous exprimiez dans les différents ateliers et que vous nous disiez ce que vous voulez et où vous voulez aller. C'est l'occasion de nous faire savoir ce que vous voudriez que soit votre environnement professionnel. »

Les congressistes se sont ainsi penchés sur les objectifs du prochain accord-cadre dans les différents secteurs de pratique. À l'urgence et aux soins intensifs y a-t-il des actes qui ne sont pas rémunérés à leur juste valeur ? s'est interrogé un groupe de médecins. Un autre s'est demandé comment rendre la pratique hospitalière plus intéressante financièrement. L'atelier sur les CHSLD et les soins psychiatriques a permis de définir des demandes pour la future entente. En ce qui concerne les cabinets, des participants

ont discuté de l'écart entre la nomenclature actuelle et le travail réel de prise en charge de la clientèle. D'autres questions ont également été étudiées : la nomenclature des soins à domicile est-elle encore actuelle ? La rémunération en soins palliatifs correspond-elle au travail réel du médecin de famille ? Comment améliorer la rétribution en obstétrique et en périnatalité ?

Photos : Emmanuèle Garnier



Dr Louis Godin



Dr Marc-André Amyot

Les médecins de famille ont également discuté en ateliers de l'accès aux soins. Certains ont fait le bilan des dix dernières années des GMF et des cliniques-réseau, d'autres se sont penchés sur le dossier médical électronique, le vieillissement de la population, la place du privé et le soutien à la pratique externe et interne.

Au cours du colloque, les omnipraticiens se sont par ailleurs intéressés à des questions comme la collaboration interprofessionnelle, le modèle de soins québécois, l'aspect entrepreneurial de la clinique médicale ainsi que l'Entente et les effectifs médicaux.

« Vos commentaires et vos idées sont extrêmement importants pour nous, a indiqué le **Dr Marc-André Amyot**, président du comité organisateur du congrès. Vous êtes en train de façonner l'avenir de votre fédération, de lui donner les grandes orientations des années à venir. Soyez assurés que tout ce qui a été exprimé a été noté et sera analysé avec le plus grand soin et la plus grande attention. Le travail n'est pas terminé. Tant pour nous que pour vous. »

Le congrès a également accueilli plusieurs conférenciers, comme la **Dre Guylaine Laguë**, qui a exposé les attentes de la relève (p. 8), **M. David Levine,** qui a présenté sa vision de l'avenir de l'organisation des soins (p. 12) et **Me Steeves Bujold**, accompagné de la **Dre Lorraine LeGrand Westfall**, qui a expliqué les aspects médicolégaux de la télésanté (p. 14). Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le **Dr Réjean Hébert**, est par ailleurs venu présenter ses plans d'action pour la première ligne (p. 10).







Ateliers du congrès

« J'ai eu l'occasion d'écouter les médecins dans les différents ateliers et je pense qu'on a là une bonne base pour entreprendre nos travaux pour les prochaines négociations. Je pense que nous avons eu des discussions très constructives sur le travail qu'on doit faire à la Fédération : se mobiliser, être efficace et bien se positionner », a conclu le Dr Godin.

Les attentes de la relève

de l'action et de la technologie

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Dre Guylaine Laguë

Les urgences constituent un univers qui fascine les jeunes médecins. Un milieu trépidant, où règne l'interdisciplinarité, où la technologie est à portée de la main. Un monde où l'on obtient des résultats immédiats et où l'on se sent efficace.

Les chiffres confirment d'ailleurs cet attrait. À eux seuls, les jeunes omnipraticiens ayant 10 ans de pratique et moins représentent 51 % des médecins qui pratiquent aux urgences, même s'ils ne sont que 24 % des omnipraticiens.

« Je pense que c'est un environnement "hyperstimulant" dans le sens littéral : qui apporte beaucoup de stimulus. Il y a des petits cas, des gros cas. On recommence. On passe d'une chose à l'autre », a expliqué la **Dre Guylaine Laguë**, présidente du Comité des jeunes médecins de la FMOQ, au cours de sa conférence sur les attentes de la relève. Et il y a plus aux urgences : une équipe de travail. Le médecin n'est pas seul. « Il a son infirmière. Il y a un préposé qui fait telle ou telle tâche. Il y a quelqu'un qui pique le patient, un autre qui le déplace, une réceptionniste. Il y a plein de gens qui travaillent de manière concertée autour du patient. Ça, c'est très intéressant. » La technologie et la technique sont également présentes. « On a accès à toutes sortes de choses. »

Les urgences offrent, par ailleurs, un autre avantage précieux : une période de travail avec un début et une fin. « Je sais quand je commence et quand je finis. Ce n'est pas nécessairement le cas en cabinet avec les résultats de laboratoire à vérifier, les appels à faire, etc. », dit la Dre Laguë, diplômée en 2007. Et puis il y a l'instantanéité des résultats et le sentiment d'efficacité. « Le patient entre, je règle son problème et il part. »

Comment rendre les cliniques plus attirantes

Comment alors attirer les jeunes médecins dans les cabinets ? Comment concurrencer les urgences ? La jeune omnipraticienne a plusieurs suggestions. Elle conseille, pour commencer, d'utiliser un meilleur marketing pour séduire ses jeunes collègues. « Et si les "omnipraticiens" ne faisaient plus de "prise en charge" dans leur "cabinet" », a-t-elle lancé avec une pointe de défi dans la voix. À son avis, plusieurs termes de cette phrase ont un effet répulsif. Pour commencer, les omnipraticiens devraient prendre le nom de « médecins de famille ». « On est des spécialistes à part entière. Valoriser notre profession commence par se nommer par notre vrai nom. On est des médecins de famille et on en est fiers. »

> ***« Pas de technologie dans les cliniques, pas de jeunes. On veut de la techno ! »***
>
> – Dre Guylaine Laguë

Ensuite, proposer aux médecins de faire de la « prise en charge » n'est pas très attirant, estime la conférencière. L'expression fait surgir l'image de patients qui entrent dans le cabinet, y déversent leurs responsabilités et du médecin qui, lui, doit prendre leurs problèmes sur son dos. Ce n'est pas ainsi que veut fonctionner la Dre Laguë. « Je vais éduquer les patients, les accompagner. Pendant les périodes les plus difficiles, je vais les prendre par la main, c'est vrai. Cependant, je vais surtout les suivre. Je vais les accompagner dans toutes les étapes de leur vie, eux, leur conjoint, leurs enfants,

leurs parents, mais je ne vais pas les prendre en charge. »

Et la clinicienne ne veut pas pratiquer dans un « cabinet » en solo. Un concept ancien. « Je désire travailler dans une clinique avec une équipe de soins. » Beaucoup de professionnels sont présents dans le monde de la santé. « On va les faire entrer chez nous, dans notre équipe. On va travailler ensemble de manière concertée avec le patient au centre. Ce serait parfait si on s'imposait comme chefs d'orchestre. »



Participants du congrès syndical

Une nouvelle image pour les cabinets

L'exercice en cabinet traîne encore une image de pratique laborieuse qu'il faut dépoussiérer. « Il faut convaincre les jeunes que la première ligne, ce n'est pas juste le suivi de maladies chroniques avec trois mois de retard dans nos rendez-vous, des résultats de laboratoire à regarder, des appels à faire à des heures impossibles et une lourde clientèle vulnérable à prendre en charge. »

Le concept de gestion proactive des rendez-vous (*Advanced Access*), par exemple, plaît particulièrement à la jeune clinicienne. « Je pense que l'on tient là un concept très intéressant. » On n'est plus très loin de l'urgence où le patient arrive, se fait soigner et s'en va. « Il faut qu'on soit capable de voir le patient quand c'est le moment. Si on le fait de la bonne manière, cela amène des soins aigus en clinique. Je pense que c'est très *tripant* quand c'est fait de la bonne façon. »

La révolution de la génération Y

Que peut-on faire d'autre pour attirer les jeunes dans les cliniques ? Il faut accepter les horaires flexibles ou atypiques. Deux médecins, dont l'un songe peut-être à partir en congé, peuvent par exemple se jumeler pour faire le suivi conjoint d'une clientèle. Une infirmière pourrait aussi se joindre à eux. Elle appellerait les patients dont les résultats de laboratoire sont normaux ou ferait le tri initial des patients dans le cadre de la gestion proactive des rendez-vous. « Je pense qu'il faut favoriser ce modèle de jumelage. Cela va faciliter la conciliation travail-famille. On n'est pas obligé d'imposer à tous les médecins de travailler le soir ou de 8 heures à 17 heures du lundi au vendredi. Je pense qu'il faut encourager les différences d'une personne à l'autre. »

> ***« La génération Y apportera avec elle une (r)évolution – c'est à vous de voir si vous mettez un "r" ou non – dans la façon de pratiquer la médecine. »***
>
> – D^re^ Guylaine Laguë

Et la technologie ? « Pas de technologie dans les cliniques, pas de jeunes, dit péremptoirement la D^re^ Laguë. On veut de la techno ! Le dossier médical électronique commence à être adopté, mais cela a été tellement long et laborieux avant de démarrer. C'est cependant un *must.* »

La polyvalence du médecin, aux yeux de la D^re^ Laguë, doit en être une d'équipe. « La sacro-sainte polyvalence du médecin de famille qui doit tout faire tout seul, je n'y crois pas. Par contre, en équipe on peut tout faire. » Si un médecin pratique en obstétrique, mais n'aime pas travailler à l'urgence, c'est parfait si un de ses collègues exerce davantage dans ce milieu. À deux, ils répondent aux besoins de la population.

Conclusion ? « La génération Y apportera avec elle une (r)évolution – c'est à vous de voir si vous mettez un "r" ou non – dans la façon de pratiquer la médecine, estime la D^re^ Laguë. On doit également retenir qu'il faut être fier de qui on est, à tous les points de vue, et construire sur nos forces. »

L'importance de la première ligne

discours du ministre de la Santé, Réjean Hébert

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Réjean Hébert

Le système de santé doit faire face à deux grands défis : le vieillissement de la population et la multiplication des cas de maladies chroniques. « On passe d'une population jeune avec des problèmes aigus à une population âgée avec des maladies chroniques. On voit tout de suite que l'hôpital qui était au cœur du système de santé au siècle dernier ne peut plus l'être », a expliqué le **Dr Réjean Hébert**, ministre de la Santé et des Services sociaux.

La solution aux nouveaux problèmes ? Une première ligne efficace. « L'objectif, c'est d'abord de faire en sorte que chaque citoyen du Québec puisse avoir accès à cette première ligne. Et cela signifie avoir accès à un médecin de famille. On va prioriser les groupes de médecins de famille comme véhicule pour cet accès », a indiqué le ministre.

Actuellement, quelque 62 % des Québécois sont inscrits auprès d'un médecin de famille, dont 39 % au sein d'un groupe de médecine de famille (GMF). L'objectif du ministre au cours des dix-huit prochains mois est d'atteindre le seuil de 72 %, soit 50 000 Québécois de plus. D'ici quatre ans, il vise un taux d'inscription de 85 %, qui est le plein accès.

Plus d'interdisciplinarité dans les GMF

Le MSSS veut modifier le cadre de gestion des GMF pour mieux tenir compte de leur réalité. Ainsi, le seuil de 9000 inscriptions serait diminué à 6000 pour faciliter l'adhésion au modèle GMF. « On veut aussi préconiser les sites satellites dans les milieux ruraux. Ils permettront à des GMF de rassembler les médecins répartis sur un territoire et à la population de bénéficier de plus de services. »

Le ministre désire également que les médecins des GMF aient accès aux examens de laboratoire et d'imagerie. Une entente quadripartite avec les centres de santé et de services sociaux est sur le point de le permettre, a-t-il affirmé.

Le Dr Hébert veut, par ailleurs, resserrer les règles de gestion des GMF et faire respecter les contrats signés. « À peu près 40 % ne respectent pas leur cible d'inscription ni les heures d'ouverture convenues. Ce n'est pas acceptable pour la population, pour le contribuable qui paie et pour la majorité des GMF qui, eux, respectent leur entente. »

Les GMF devraient, par ailleurs, devenir des plateformes d'interdisciplinarité. Les groupes qui se conforment à leur contrat auront droit aux services de professionnels de la santé comme des inhalothérapeutes, des intervenants psychosociaux, des kinésiologues. « Il faut que d'autres professionnels de la santé puissent venir épauler le médecin de famille pour améliorer l'accès à la première ligne », a estimé le Dr Hébert. Le nombre d'infirmières va également s'accroître dans les GMF. De nouvelles ordonnances collectives vont d'ailleurs leur permettre d'ajuster les médicaments et de demander des examens de laboratoire pour contribuer au suivi de quatre maladies chroniques : le diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie et les affections nécessitant une anticoagulothérapie. Il s'agit d'ordonnances collectives nationales qui seront mises à jour régulièrement par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. L'organisme en créera d'ailleurs d'autres.

Davantage de finissants en médecine familiale

Les GMF ont besoin d'encore plus de médecins, entre autres de jeunes. Le ministre de la Santé souhaite accélérer l'accroissement de la proportion de finissants en médecine familiale. Le ratio, qui est actuellement de 45 % pour 55 % de finissants

dans les autres spécialités, passerait à 50 %-50 % dès 2014. Et dans trois ans, il serait de 55 % pour 45 % en faveur des omnipraticiens.

Pour ramener plus d'omnipraticiens dans les cabinets, le ministre veut aussi intervenir en médecine spécialisée. Au cours des dernières années, les omnipraticiens ont pallié le manque d'autres spécialistes à l'hôpital. « Là, on sort des pénuries de médecins spécialistes, et il faudra que ces derniers reprennent le travail qu'ils ont abandonné faute de soldats. Je ne dis pas qu'il faut sortir les omnipraticiens de l'établissement. On doit remettre le balancier en équilibre, parce qu'on est allé trop loin. On a besoin des médecins de famille pour le suivi des maladies chroniques. »

Le Dossier Santé Québec serait maintenant remis sur les rails. Son déploiement devrait bientôt commencer dans l'ensemble du Québec. Il comporte quatre modules : la radiologie, les résultats de laboratoire, les médicaments et certaines informations médicales. « L'interopérabilité va commencer à s'opérationnaliser dans toutes les régions du Québec. On en a pour deux ans, mais on y arrive. »

Les prochains plans d'action

« Vous aurez un rôle déterminant dans les différents plans d'action que nous sommes en train de préparer », a dit le ministre aux médecins présents. Le premier projet concerne la première ligne en santé mentale. Quatre-vingt pour cent des gens touchés par une maladie mentale sont suivis par un médecin de famille. « Il faut être capable d'articuler le prochain plan d'action en santé mentale autour des GMF. »

Le deuxième plan d'action concerne le cancer. Le plan directeur en oncologie prévoit des liens avec la première ligne. « Je pense que c'est, là, reconnaître le rôle primordial du médecin de famille dans le dépistage, le diagnostic et le suivi des patients atteints de cancer. »

Le médecin de famille aura également un rôle important dans les soins à domicile. « Il faudra qu'on puisse ménager des modes de pratique intéressants pour le suivi des malades à domicile. Si l'on veut vraiment avoir un suivi à domicile efficace, il faut que le rôle du médecin de famille s'articule dans une stratégie de soins à domicile. Il n'a pas à faire le travail de l'infirmière. Il faut qu'il puisse faire son travail de médecin avec l'appui des autres professionnels de la santé exerçant dans les soins à domicile. »

Dans le cadre de l'assurance autonomie, le gestionnaire de cas est un allié particulièrement utile. Ce sont des professionnels qui procèdent à l'évaluation et au courtage de services. Il y aura un financement supplémentaire pour leur permettre d'assurer le bon service à la bonne personne par le bon organisme. Les gestionnaires de cas sont actuellement présents partout au Québec dans les réseaux intégrés de services.

Les omnipraticiens qui bénéficient de la collaboration de ces professionnels en seraient très satisfaits. « Le gestionnaire de cas leur fait gagner du temps. Il permet de canaliser tous les appels de l'infirmière, du travailleur social, du physiothérapeute, de l'auxiliaire familiale. Il permet d'avoir un interlocuteur, un coéquipier pour le suivi des personnes âgées en perte d'autonomie. »

Ainsi, de nombreux projets visent à améliorer la première ligne. « Il faut qu'on puisse rapidement accroître l'accès à cette ligne si l'on veut être capable de diminuer la pression sur l'hôpital. Ce dernier doit être réservé aux interventions ponctuelles, comme les décompensations, et aux interventions aiguës. Il est important qu'on puisse donner à chaque citoyen l'accès à un médecin de famille. »



Participants du congrès syndical

Gestion du système de santé

l'importance du leadership des médecins de famille

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

M. David Levine

La Fédération est à un moment marquant de son histoire. Elle vient d'avoir 50 ans. Les prochaines négociations, en 2015, seront très importantes. « Un virage essentiel doit être effectué : les omnipraticiens doivent devenir des chefs de file dans le système de santé québécois. Je crois réellement que la Fédération a la possibilité d'atteindre cet objectif, parce que la population n'est pas satisfaite et se cherche des défenseurs. Les mieux placés pour jouer ce rôle sont les omnipraticiens. Si vous acceptez cette responsabilité, vous aurez une grande force politique », a expliqué aux médecins de l'assistance **M. David Levine**, président de DL Consultation Stratégique, groupe qui s'intéresse à la gestion stratégique des établissements des secteurs public et privé de la santé.

Préoccupations de la population

Répondre aux préoccupations de la population est un facteur-clé. Cette dernière considère ceux qui l'aident comme de puissants alliés. « À ce moment-là, vous aurez un pouvoir politique, parce que le système de santé, qui est public, est géré au sein d'un environnement politique », a affirmé M. Levine, qui a été pendant dix ans, président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

La priorité de la population en matière de santé ? L'accès à un médecin de famille. Les gens désirent être inscrits auprès d'un omnipraticien, mais aussi que celui-ci soit disponible. « Cette disponibilité est assurée lorsqu'un médecin de famille a des liens avec un groupe de collègues et une équipe multidisciplinaire. Ce n'est pas possible de fournir tout seul un haut niveau de prise en charge. » Pourtant, les équipes dont dispose actuellement la première ligne sont minimes : deux infirmières dans un GMF de dix médecins desservant 15 000 patients inscrits.

L'absence d'investissement en première ligne

Le gouvernement considère que les soins primaires ne font pas partie du système public, a remarqué M. Levine. Alors que les hôpitaux bénéficient de budgets pour les infrastructures, que ce soit les bâtiments ou l'équipement, les cliniques, elles, ne peuvent compter que sur l'investissement personnel des médecins.

« Vous savez que le gouvernement ne vous a jamais accordé autre chose que la composante technique de votre tarif à l'acte pour votre cabinet, votre réceptionniste, l'entretien de la clinique et tout le reste. Il n'a pas investi dans vos infrastructures. Les médecins ne peuvent pas créer ou agrandir leur environnement de travail, parce qu'il n'y a aucune source d'argent pour le faire. »

Aux yeux de M. Levine, le fait de laisser aux médecins de famille la charge d'organiser individuellement leur infrastructure représente l'un des obstacles les plus importants au développement de la première ligne.

Un prêt sans intérêt de 20 millions

Alors qu'il était PDG de l'Agence de santé et de services sociaux de Montréal, M. Levine a proposé au gouvernement un programme pour favoriser les investissements en première ligne. Il estimait que Montréal avait besoin de douze cliniques-réseau intégrées (CRI) principales comprenant soixante-quinze personnes et au moins quinze médecins à temps plein. L'immeuble qui les abriterait devrait avoir des services de radiologie et de laboratoire. Tout serait informatisé. Pour permettre la création de telles cliniques, M. Levine a proposé que l'on prête 20 millions de dollars sans intérêt aux médecins intéressés par le projet. Ils rembourseraient la somme à raison d'un million par année pendant vingt ans grâce à la composante technique de leur

tarif à l'acte. Après, l'immeuble leur appartiendrait. « Pour l'État, les seuls coûts auraient été l'intérêt décroissant, comme c'est le cas pour une hypothèque. Cela nous aurait garanti une première ligne vraiment différente dont le modèle aurait pu être étendu à tout le Québec », a affirmé M. Levine.

Le plan de l'ex-PDG comprenait douze cliniques-réseau intégrées principales avec des installations importantes et 48 autres secondaires sur l'île de Montréal. Les cliniques-réseau intégrées d'un même territoire auraient partagé la garde de nuit après leur fermeture ainsi que certains services en spécialité offerts avec la collaboration des spécialistes des CRI principales. Ces dernières auraient, par ailleurs, été ouvertes 24 heures sur 24, ce qui aurait permis de n'utiliser les urgences que pour les cas graves et les patients en ambulance. « Cela aurait complètement changé la dynamique. »

Le projet de M. Levine a toutefois été refusé. Mais il y croit encore. « Je pense que si on veut changer le système, ce type de programme pourrait être un élément important des négociations de 2015. »

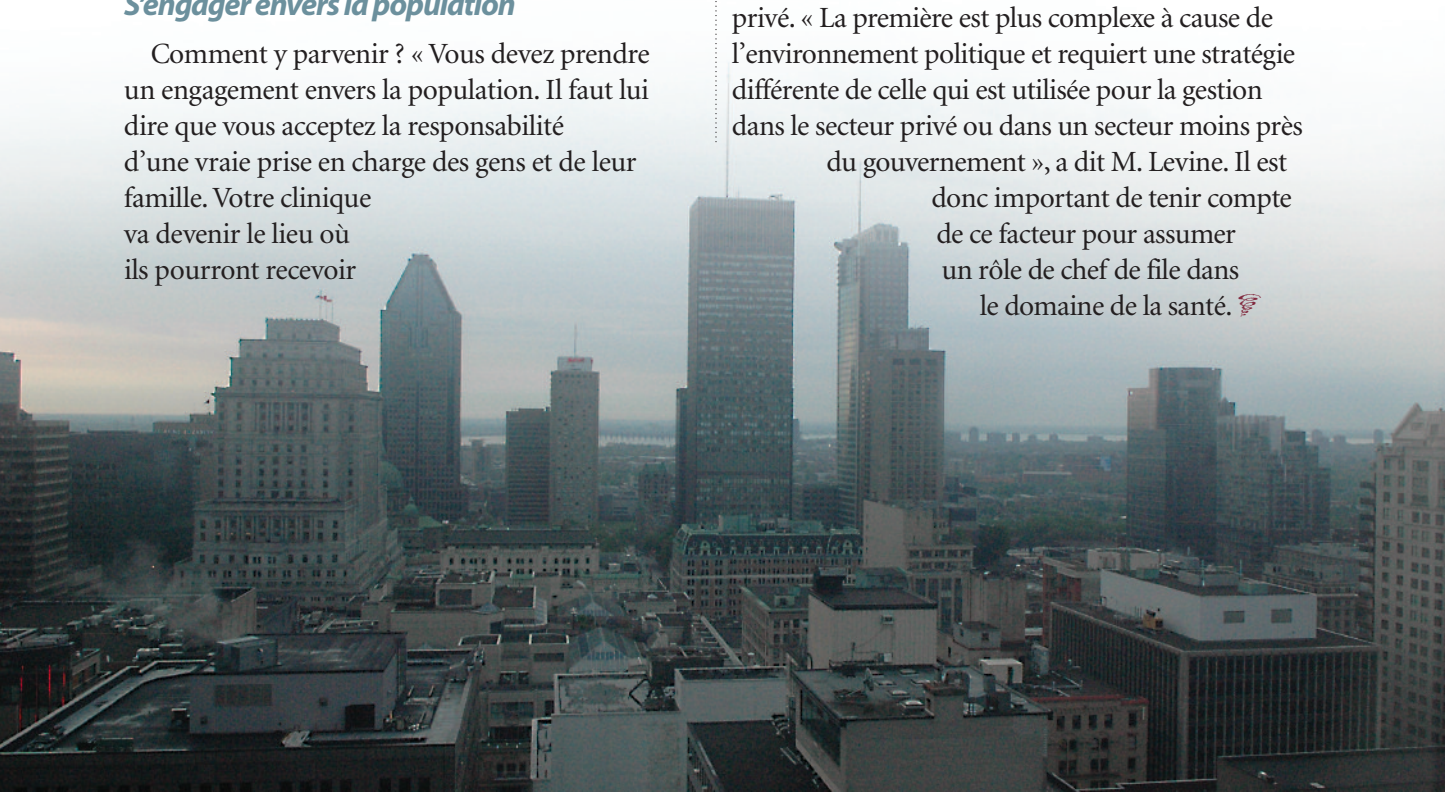
S'engager envers la population

Comment y parvenir ? « Vous devez prendre un engagement envers la population. Il faut lui dire que vous acceptez la responsabilité d'une vraie prise en charge des gens et de leur famille. Votre clinique va devenir le lieu où ils pourront recevoir les services dont ils ont besoin. Pour y arriver, vous donnez alors au gouvernement la liste de ce dont vous avez besoin. Vous lui dites que si vous ne l'obtenez pas, vous serez incapables d'offrir tous les services nécessaires à la population. Si vous les définissez bien et que vous êtes prêts à les offrir, cela devient intéressant. Il faut faire du lobbying pour avoir ces outils, parce que la population veut que vous assumiez cette responsabilité. »



Participants du congrès syndical

Il faut cependant savoir que la gestion dans le secteur public est différente de celle dans le secteur privé. « La première est plus complexe à cause de l'environnement politique et requiert une stratégie différente de celle qui est utilisée pour la gestion dans le secteur privé ou dans un secteur moins près du gouvernement », a dit M. Levine. Il est donc important de tenir compte de ce facteur pour assumer un rôle de chef de file dans le domaine de la santé.



Télésanté
qui est responsable en cas de problème ?

Emmanuèle Garnier

La télémédecine ouvre un monde de possibilités, mais soulève aussi une multitude de questions juridiques. Par exemple, quelle est la responsabilité d'un médecin québécois qui suit un patient à distance dans un autre pays ? Quel recours a une patiente québécoise qui consulte par télémédecine un clinicien d'une autre province ?

Prenons le cas fictif de M^me^ Éva Barré. En vacances en Gaspésie, elle pêchait des coques sur la plage quand elle a éprouvé une douleur très vive dans la région lombaire au moment de se relever. Une sensation de courant électrique se propageait jusque dans ses jambes. Elle se rend immédiatement à l'urgence de l'hôpital le plus près. Là, un urgentologue lui fait entre autres passer un examen clinique complet. Le clinicien pense qu'elle a probablement une entorse lombaire, mais ne peut écarter la possibilité d'un début de syndrome de la queue de cheval.

C'est dimanche, et il n'y a ni radiologiste ni neurologue de garde. Le médecin communique donc avec un hôpital du Nouveau-Brunswick avec qui son établissement a une entente. Les deux spécialistes néo-brunswickois ont accès directement au dossier médical de la patiente, aux résultats de l'examen clinique ainsi qu'aux examens d'imagerie qui ont été produits. Ils éliminent la possibilité d'un début de syndrome de la queue de cheval et suggèrent simplement des mesures de soulagement. La patiente reçoit donc des analgésiques et des anxiolytiques et quitte l'hôpital.

« Pendant la nuit, M^me^ Barré commence à avoir des paresthésies et des problèmes neurologiques. Elle en gardera des séquelles à long terme. Elle va décider de faire deux choses : intenter une poursuite contre le radiologiste et le neurologue et déposer une demande d'enquête auprès du Collège des médecins du Québec », indique la **D^re^ Lorraine LeGrand Westfall**, directrice des Affaires régionales à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM).



Photo : Emmanuèle Garnier

M^e^ Steeves Bujold et D^re^ Lorraine LeGrand Westfall

L'importance du lieu de pratique

La patiente peut-elle déposer une poursuite au Québec contre les médecins consultants ? Pour commencer, il faut déterminer le lieu où les services médicaux ont été rendus. « Si le patient est dans le cabinet du médecin, il n'y a pas de débat. Mais quand il y a une distance entre les deux, la question se pose. Ce point est important à plusieurs égards », explique **M^e^ Steeves Bujold**, associé chez McCarthy Tétrault. Le lieu permettra de déterminer entre autres le droit et le code de déontologie qui s'appliqueront, l'instance à laquelle s'adresser pour entamer des poursuites, l'ordre professionnel responsable ou même l'organisme à qui faire une demande d'accès à l'information.

Le Collège des médecins du Québec considère que lorsque la télémédecine est utilisée – c'est-à-dire l'exercice de la médecine fait à distance à l'aide de moyens de télécommunications –, le lieu où l'acte médical est posé est celui où le médecin consulté pratique et non celui où se trouve le patient. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* va dans le même sens.

Qu'en est-il alors des démarches de la pêcheuse de coques ? « Il y a de fortes chances pour qu'une poursuite au Québec soit rejetée sur la base de l'absence de compétence des tribunaux du

Québec », affirme l'avocat. M^me^ Barré devra donc intenter sa poursuite au Nouveau-Brunswick.

La position qu'a adoptée le Québec est cependant marginale en Amérique du Nord. La Fédération des ordres de médecins du Canada et la majorité des juridictions d'Amérique du Nord estiment que le lieu de l'acte n'est pas celui de l'exercice du médecin. Même au Québec certains organismes, comme le Barreau, prônent cette approche. « Selon eux, les soins prodigués à distance par télémédecine devraient être présumés rendus au lieu où se trouve le patient. Ils soutiennent que la médecine est un service public et que le patient devrait être la priorité », précise M^e^ Bujold.

La position québécoise sur la télémédecine n'est pas sans conséquence pour les patients. « Ceux qui reçoivent des soins d'un médecin étranger peuvent perdre certaines protections. Dans le cas de M^me^ Barré, les deux médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se soustraire à la loi québécoise », dit l'avocat.

Le lieu où l'acte médical est posé est celui où le médecin consulté pratique et non celui où se trouve le patient.

Qui doit obtenir le consentement du patient ?

Était-ce à l'urgentologue ou aux médecins consultants du Nouveau-Brunswick d'obtenir le consentement libre et éclairé d'Eva Barré pour l'emploi de la télésanté ? Aux deux. Le médecin qui demande la consultation doit fournir au patient tous les renseignements nécessaires au sujet de l'utilisation de la télésanté ou de la télémédecine dans le cadre des soins qui lui sont donnés.

De son côté, le médecin consultant doit s'assurer d'obtenir le consentement libre et éclairé du patient en ce qui concerne le traitement qu'il propose ou les médicaments qu'il s'apprête à prescrire. C'est sa responsabilité puisqu'il possède les connaissances nécessaires pour expliquer les détails techniques de l'intervention, les autres traitements possibles, les complications éventuelles et les conséquences du refus de traitement.

Particularités de la tenue de dossier

Et qu'en est-il de la tenue de dossier dans le cadre de la télémédecine ? « Les exigences sont les mêmes que pour la médecine habituelle, mais il faut faire certaines adaptations », mentionne M^e^ Bujold.

Selon le guide d'exercice du Collège sur la tenue des dossiers en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, le médecin qui demande une consultation devrait conserver la copie signée de tous les documents fournis au consultant et de tous ceux qu'il reçoit à la suite de la consultation. Le spécialiste consulté, lui, devrait garder la copie des documents reçus pour la consultation, ainsi qu'une copie signée de ceux qui ont été envoyés à la suite de la consultation.

Toutefois, lorsqu'on recourt à la télémédecine, il faut ajouter au dossier des précisions concernant le mode de communication :

- l'équipement informatique utilisé pour la téléconsultation, c'est-à-dire le matériel et les logiciels employés ;
- le format de transmission des renseignements ;
- un résumé ou un compte rendu de toute communication avec le patient ou un tiers.

Lorsque le médecin qui a demandé la consultation et celui qui l'a accordée ont accès à un système d'archivage numérique (de type PACS, par exemple), il n'est pas nécessaire qu'il y ait une duplication des documents.

Quelles mesures prendre pour préserver la confidentialité ?

L'emploi des communications informatiques soulève toutes sortes de questions qui ne se posent pas quand le patient est assis en face du médecin, dans son cabinet. « La protection de la confidentialité doit constituer une grande préoccupation pour le clinicien quand il échange des informations dans le cadre de la télémédecine ou par voie électronique avec ses patients », indique M^e^ Bujold. Le clinicien a ainsi la responsabilité de s'assurer que les renseignements

contenus dans son ordinateur ou sur son disque dur externe ne sont pas indûment consultés.

Le clinicien doit-il avoir des clés de cryptage ? Le mot de passe doit-il être ressaisi toutes les cinq minutes quand l'ordinateur est inactif ? « Ce sont des questions que le médecin doit se poser », affirme l'avocat.

Bien des praticiens ignorent, par ailleurs, qu'il est recommandé d'obtenir l'accord du patient avant de lui communiquer des renseignements par voie électronique. « Le médecin doit discuter avec le patient de l'adresse courriel avec laquelle il veut communiquer avec lui et déterminer, par exemple, s'il est le seul à y avoir accès. Le patient veut-il que le courriel soit utilisé seulement pour confirmer les rendez-vous ? Désire-t-il, au contraire, qu'on lui envoie les résultats de ses tests de cette façon ? Le médecin doit noter la discussion ainsi que l'accord du patient. Internet est un moyen de communication populaire, mais cela ne dispense pas le médecin d'obtenir le consentement du patient quand il l'utilise dans ses communications avec lui », indique M^e^ Bujold.

La télémédecine, les communications électroniques, l'emploi d'un ordinateur impliquent, par ailleurs, souvent le recours à des techniciens. Ces derniers ne sont pas régis par un code de déontologie et ne sont pas reconnus comme des professionnels par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Le praticien a donc l'obligation de s'assurer qu'ils préservent le secret professionnel, à moins de pratiquer dans un établissement qui a déjà pris les précautions nécessaires. « Le médecin doit avoir une entente écrite avec les techniciens qui lui donnent un soutien informatique. Si ce n'est pas précisé dans le contrat de service, un simple document où ils reconnaissent que l'information à laquelle ils ont accès est confidentielle et couverte par le secret professionnel suffit. Ils doivent s'engager à la protéger. »

On ne fait par ailleurs pas de la télésanté comme on le veut. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* exige qu'il y ait une entente de collaboration entre les établissements de santé ou les professionnels concernés pour que la télémédecine puisse être utilisée entre eux. L'accord doit préciser :

- la nature des services ;
- la description des responsabilités de chaque partie ;
- les modalités d'échange d'informations afin de permettre les démarches nécessaires à l'évaluation de la qualité de l'acte et au traitement des plaintes ;
- les mesures qui doivent être prises en vue de préserver la confidentialité et la sécurité des renseignements communiqués.

La délicate relation médecin-patient

L'un des défis de la télémédecine est la relation médecin-patient. Le Collège des médecins du Québec prévient d'ailleurs dans son énoncé de position de 2000 qu'il faut « être très sensible à l'importance de préserver la qualité de la relation médecin-patient ». On doit être particulièrement vigilant dans certains cas. « Le défi est plus important si vous êtes en télémédecine avec un patient avec qui vous n'avez pas eu de relation antérieure. Cela peut être un nouveau patient que vous avez par voie électronique, courriel ou vidéoconférence », dit M^e^ Bujold. La prudence est alors de mise. « Lorsque c'est nécessaire, il faut recommander une consultation face à face avec le patient. Il ne faut pas se sentir astreint à rester à distance, parce que cela comporte certains risques. » La télémédecine est donc un outil pratique aux multiples possibilités, mais qui a ses limites et ses écueils.

Bien des praticiens ignorent qu'il est recommandé d'obtenir l'accord du patient avant de lui communiquer des renseignements par voie électronique.

« On conseille aux médecins de communiquer avec l'ACPM avant d'entreprendre des activités de télésanté pour connaître toutes les précautions nécessaires, mentionne la D^re^ LeGrand Westfall. Si un clinicien se trouve dans une situation difficile après avoir donné des soins à distance, il ne doit pas hésiter à nous appeler afin de savoir quel type d'aide on peut lui apporter. »

Lancement du livre

De praticiens à spécialistes en médecine de famille



Photos : Emmanuèle Garnier

Dr Marc-André Asselin

Le **Dr Marc-André Asselin** a beaucoup hésité avant de se lancer dans la rédaction du livre *De praticiens à spécialistes en médecine de famille : histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.*

À la fin de 2010, il avait terminé son ouvrage précédent sur l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal qui lui avait demandé trois ans et demi de travail. Seulement quelques mois venaient de s'écouler lorsque le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ, lui a demandé de se replonger dans l'écriture et le passé. Le Dr Asselin a fini par accepter, mais il savait ce qui l'attendait. Il n'avait alors qu'un an et demi devant lui. Il a néanmoins réussi à rédiger les quelque 500 pages qui couvrent la vie de la FMOQ de 1963 à 2013 à temps pour le cinquantenaire.

« C'est un document qui va marquer l'histoire, parce qu'il immortalise les cinquante ans de la Fédération. On se souvient parfaitement de ce qui s'est passé hier, beaucoup moins des faits de l'an dernier et encore moins de ceux d'il y a cinquante ans. Ce que le Dr Marc-André Asselin a eu le courage de faire, c'est de mettre sur papier tous les événements qui représentent les grandes étapes et les grandes batailles de la FMOQ. Je dois souligner sa vaillance. Ce livre a demandé beaucoup d'heures et de travail », a affirmé le Dr Godin.

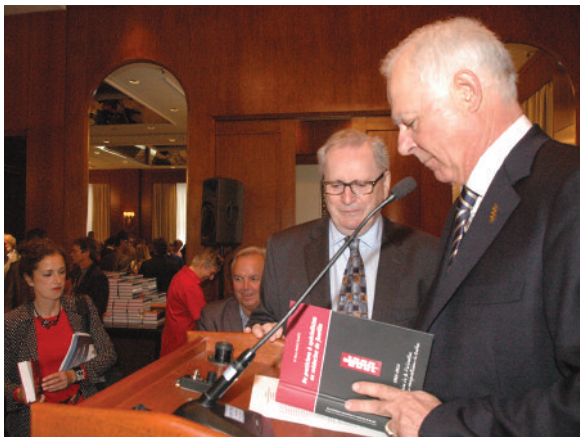
Au cours de cette grande expédition dans les décennies passées, trois constats sont apparus au Dr Asselin. « D'abord, l'histoire a une fâcheuse tendance à se reproduire. Ensuite, le spécialiste en médecine de famille doit encore se surpasser pour être reconnu comparativement aux autres spécialistes. Et, pour finir, les négociations avec l'État ne sont jamais faciles », a-t-il expliqué au cours du lancement.



Lancement du livre

Le Dr Asselin a, par ailleurs, tenu à préciser qu'il n'était ni un écrivain, ni un historien. « Je suis un médecin de famille. Cela explique certaines remarques et certaines analyses que vous allez trouver dans le livre. »

Ce sont des employés de la FMOQ qui se sont occupés des aspects techniques de l'ouvrage, de la révision jusqu'à l'infographie en passant par la vérification des faits, la recherche iconographique et la correction d'épreuves. Les Fonds FMOQ offriront le livre au cours des assemblées générales annuelles des associations et de la tournée provinciale du président, à l'automne. **EG**



Séance de dédicace

Gala du 50e anniversaire de la FMOQ

Le congrès « Nous sommes présent et avenir ! » s'est clos par un gala qui célébrait les cinquante ans de la FMOQ. Quatre cent vingt personnes y étaient présentes, dont d'anciens présidents de la Fédération, de nombreux médecins de famille et des membres actuels et passés du personnel.















Photos : Emmanuèle Garnier

Soins aux agents de la GRC

accidents de travail et examens périodiques

Depuis le 1er avril, les agents de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) sont couverts par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et non plus, comme auparavant, par la Croix Bleue Medavie. Il y a cependant des exceptions, comme les accidents de travail. « Il faut que le médecin facture la Croix Bleue Medavie dans ces cas, parce que les services liés à un accident de travail ne relèvent pas de la Commission de la santé et de la sécurité du travail pour les agents de la GRC et ne sont donc pas couverts par la RAMQ », explique le **Dr Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ. Et qui paiera pour les examens physiques que la GRC demande à ses agents de passer régulièrement ? Ce sera encore la Croix Bleue Medavie. La GRC demande cependant aux médecins d'inscrire un numéro de code précis quand ils facturent un examen périodique de santé, service non assuré par la RAMQ. **EG**

Tableau d'honneur

Prix du mérite du CIQ

le lauréat : le Dr Jean-Marc Lepage

Au cours du Colloque annuel du Collège des médecins du Québec, le **Dr Jean-Marc Lepage**, médecin de famille, a reçu le Prix mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ).

Le CIQ représente 44 ordres professionnels. Son président, **M. François Renauld**, a remis une médaille au Dr Lepage pour reconnaître « sa contribution remarquable au développement et au rayonnement de la profession de médecin ».

Le prix a été décerné sur la recommandation du Collège. « Le Dr Lepage a une longue et riche carrière de médecin en Montérégie. Il a toujours été un médecin très impliqué, tant dans son milieu que dans son ordre professionnel », avait indiqué le président du Collège, le **Dr Charles Bernard**, dans une lettre à M. Renauld. Avec la remise de ce prix, le Collège souligne l'apport important du lauréat au système professionnel québécois. **EG**



Photo : Marie-Josée Legault

Dr Charles Bernard, Dr Jean-Marc Lepage et M. François Renauld

Médecine familiale

Prix de l'Université de Montréal

La **Dre Nicole Audet**, ancienne rédactrice en chef du *Médecin du Québec*, a reçu le prix Claude-Beaudoin décerné par le Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal pour son livre *Votre Guide Santé Info*, publié chez Guy Saint-Jean éditeur, et pour la collection d'albums jeunesse *Félix et Boubou*, publiée chez Boomerang. Cette distinction a pour objectif de souligner les publications remarquables des membres du département.



Photo : Emmanuèle Garnier (archives)

Dre Nicole Audet

Le département a également remis :

- le prix Pierre-Delva à **la Dre Diane Roger-Achim** pour sa contribution exceptionnelle au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence ;
- le Prix du rayonnement à la **Dre Marie-Thérèse Lussier** pour souligner son apport exceptionnel au rayonnement du département ;
- le Prix de l'innovation en enseignement à la **Dre Sylvie Boulianne**, en raison de sa contribution originale et exceptionnelle à l'essor de l'enseignement au département ;
- le Prix de l'enseignement en milieu rural au **Dr Alain Papineau** dont la contribution dans ce domaine a été exceptionnelle. **EG**