Cessation soudaine de la pratique

qui s'occupe des patients et des dossiers ?

Emmanuèle Garnier

Photo : Superstock

QUE SE PASSE-T-IL quand un médecin qui exerce seul dans son cabinet cesse brusquement sa pratique ? Qu'advient-il de ses patients et de leurs dossiers ? Qui fera le suivi des résultats d'examens qu'il a prescrits ?

Le problème se pose de plus en plus fréquemment. En 2012, le Collège des médecins du Québec (CMQ) a dû s'occuper des quelque 20 300 dossiers de neuf médecins qui avaient cessé de pratiquer. En 2013, la situation s'annonce pire : à la fin de juin le Collège avait déjà reçu 17 400 dossiers. La plupart viennent de médecins, souvent des omnipraticiens, qui ont cessé de manière soudaine leur pratique. Décès, maladie, radiation.

Tout reste alors en plan. « Les problèmes les plus fréquents qu'on observe sont les examens sanguins, notamment des suivis de traitement d'anticoagulothérapie, qui doivent être vérifiés. On a aussi des problèmes à cause des renouvellements d'ordonnance ou de résultats d'examens ou d'imagerie médicale anormaux. On peut imaginer un patient qui était évalué pour un problème quelconque et à qui on découvre, sur une radiographie pulmonaire, un cancer du poumon. Il doit être pris en charge », explique le **Dr Yves Robert**, secrétaire du Collège.

Inquiet devant la multiplication des cas, le CMQ a sonné l'alarme. Il a communiqué avec d'autres acteurs du réseau de la santé : le ministère de la Santé, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, la FMOQ et la Table des chefs du département régional de médecine générale (DRMG). Il est aussi entré en contact avec un représentant de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, région qui a été récemment touchée par le problème. Tous se sont réunis déjà deux fois.

Quelles sont les solutions ? Un plan d'urgence pour les situations où les médecins cessent brusquement d'exercer doit être établi. La première étape serait de mettre rapidement sur pied un centre d'appels où les patients peuvent téléphoner. « Le premier événement qui survient ce sont les appels des patients. Il faut donc une téléphoniste et éventuellement une infirmière

qui serait capable de réorienter le patient », dit le Dr Robert.

Ensuite, les résultats d'examens doivent être centralisés : mesures du RIN, résultats d'imagerie médicale et de laboratoire. « On les envoie à un endroit, où un médecin les trie. Cela lui prendra peut-être deux heures tous les trois jours pour voir la pile de résultats et dire quel patient a besoin d'un suivi. » Puis, une infirmière communiquera avec les personnes concernées.

Photo : Paul Labelle

Dr Yves Robert

Pour le renouvellement des ordonnances, de manière temporaire, des pharmacies, des centres de consultation sans rendez-vous ou des cliniques intermédiaires pourraient venir à la rescousse des patients. Le Collège des médecins, lui, s'occuperait de centraliser et de gérer les dossiers.

Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Serge Dulude

Pour finir, il faut trouver un médecin de famille à tous ces patients qui n'ont maintenant plus de suivi médical. Certains auront besoin de voir un médecin à cause d'un résultat d'examen anormal, d'autres devront faire ajuster leurs médicaments et tous devront être pris en charge à long terme.

Ce branle-bas de combat dure en moyenne deux ou trois mois, estime le Dr Robert. Entre autres, le temps qu'arrivent tous les résultats des tests prescrits par le médecin qui a cessé de pratiquer. Le Collège évalue qu'environ 30 % des dossiers nécessiteront un suivi médical. Et de 5 % à 10 % requerront une intervention urgente.

Solutions pour trouver des médecins

Pour concrétiser ce plan, plusieurs scénarios sont envisagés. Les centres de santé et de services sociaux (CSSS) pourraient jouer un rôle important. « Chacun d'eux pourrait inclure dans son plan d'urgence un plan de contingence pour les cas où un médecin cesse abruptement son exercice et où il faut répartir une clientèle potentielle de 2000 patients », dit le Dr Robert. Les CSSS prévoiraient notamment la mise en place d'un centre d'appels. Ils pourraient également recourir au trio qui avait organisé les services médicaux pendant l'épidémie de grippe A H_1N_1: le chef du DRMG, le directeur des services professionnels des établissements et le coordonnateur du guichet d'accès. Ensemble, ils pourraient prendre les mesures pour faire face à la crise, organiser la prise en charge des patients et établir les priorités. « Cela veut dire que, pendant une semaine, on va mettre de côté telle activité pour se consacrer au nouveau problème. Cela, on l'a fait pendant la pandémie de grippe », dit le Dr Robert.

Les banques d'heures du CSSS pourraient être utilisées pour rémunérer le clinicien qui vérifierait les résultats d'examens qui arrivent. Mais où trouvera-t-on ce médecin ? « On pourrait prendre un omnipraticien retraité qui a quitté la pratique depuis moins de trois ans », propose le **Dr Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

Dernière étape : trouver un nouveau médecin de famille à tous ces patients orphelins. La lettre d'entente nº 245 pourrait alors être utile. Une modification pourrait peut-être permettre à un médecin ou à un groupe de médecins de la même clinique de prendre en bloc la clientèle d'un collègue qui a cessé d'exercer. « Cela s'appliquerait au clinicien qui prévoit prendre sa retraite d'ici deux ans, comme à celui qui cesserait brusquement de pratiquer. C'est une voie que l'on est en train d'explorer », confie le Dr Dulude. Cette mesure éviterait entre autres d'engorger le guichet d'accès pour patients sans médecin de famille. L'omnipraticien qui prendrait la relève, lui, obtiendrait d'un coup les forfaits d'inscription de toute une clientèle.

Mais il faut aussi regarder plus loin. Les cliniciens dont l'arrêt soudain de la pratique risque de causer des problèmes sont généralement ceux qui exercent seuls et suivent beaucoup de patients. Souvent, ils sont en fin de carrière. « Il faut faire un repérage de ces médecins dans chaque territoire de CSSS », dit le Dr Robert. En attendant, le Collège doit continuer à gérer quinze cessions de pratique et à s'occuper de 32 900 dossiers entreposés dans 423 boîtes.

La présidence du Dr Clément Richer

Une grève déterminante

50 ans FMOQ

En décembre 1981, un nouveau président est élu à la tête de la FMOQ : le **Dr Clément Richer.** Les négociations avec le gouvernement stagnent alors depuis longtemps au sujet du renouvellement de l'Entente générale. La rémunération des médecins a peu progressé depuis presque cinq ans. La dernière entente remonte à 1976, et seul un redressement a été accordé en 1980.

« La situation économique du Québec était dramatique. La province n'avait plus de fonds, parce qu'elle avait procédé à des réformes considérables », se remémore le Dr Richer. Le nouveau président restructure les moyens de pression. Des journées d'étude sont organisées, les cabinets médicaux n'ouvrent plus que de 9 h à 17 h, les consultations téléphoniques sont supprimées, etc. « J'estimais qu'il n'y avait aucune raison pour que le gouvernement, même s'il avait des difficultés économiques, ne convoque la table de négociations au moins pour discuter des conditions d'exercice des médecins et, éventuellement, pour aborder les clauses financières. » Le parti au pouvoir, qui venait de perdre le référendum de 1980, était pour sa part préoccupé par la suite des événements sur le plan politique.

Dr Clément Richer

Un autre sujet inquiète les médecins. Le ministère de la Santé veut corriger l'importante pénurie de main-d'œuvre dans les régions éloignées. Une de ses solutions ? Réduire la rémunération des jeunes médecins qui s'installeront dans les villes universitaires. Le 4 juin 1982, un décret signé par le premier ministre **René Lévesque** concrétise la menace.

« C'était une injustice », déclare le Dr Richer. La FMOQ avait tenté de s'y opposer. « Cela avait été une fin de non-recevoir. Le gouvernement n'avait pas amené la question à la table de négociations, parce que, pour lui, ce n'était pas négociable. »

Les répercussions

En ce qui concerne le renouvellement de l'Entente, les moyens de pression s'intensifient. Le 17 juin 1982 commence une grève générale illimitée à laquelle participent plus de 97 % des omnipraticiens. Les services essentiels sont cependant rigoureusement respectés.

Les médecins de famille savent que le gouvernement prépare une loi spéciale pour forcer leur retour au travail. Quel prix leur fera-t-on payer ? « La grève se passait très bien. On n'avait pas à déplorer de perte de vie. On répondait aux besoins des urgences comme jamais auparavant. Le gouvernement ne pouvait pas nous frapper trop sévèrement, parce que le public avait compris nos arguments. On était sans contrat de travail depuis plusieurs années. Au cours de cette grève, la Fédération a pu vérifier que la population était attachée à ses médecins de famille. En fin de compte, on n'a pas été vraiment punis pour l'arrêt de travail », dit le Dr Richer.

Le projet de loi 91 finit par être déposé. La grève avait duré six jours. Le 22 juin, les omnipraticiens retournent au travail avec un sentiment d'amertume et de mécontentement, mais aussi de fierté. Ils ont été capables d'aller jusqu'au bout de leurs moyens de pression. « On l'a fait de façon très digne, très responsable et très professionnelle, de sorte qu'aucun médecin ne s'est fait reprocher au cabinet ou à l'hôpital d'avoir été en grève. Jamais les patients ne se sont sentis abandonnés. Cela a ajouté à notre pouvoir de négociation dans les années subséquentes. »

La loi spéciale imposait non seulement le retour au travail, mais aussi une entente d'un an. On y trouvait entre autres des mesures pour changer la répartition des médecins dans la province. Les médecins des régions éloignées allaient ainsi recevoir une rémunération majorée. Leurs collègues des grandes villes ont alors immédiatement pressenti la pénurie qui allait les frapper dans quelques années.

Après l'arrêt de travail de 1982, le rythme des négociations a changé. Le Dr Richer a pu signer toutes les ententes suivantes vers la date prévue. Les discussions ont cessé d'être repoussées. « La grève a porté ses fruits », conclut l'ex-président. **EG**

Les 50 ans de l'AMOY
hommage aux bâtisseurs

Le 9 mai dernier, l'Association des médecins omnipraticiens d'Yamaska (AMOY) fêtait, au cours d'un gala, son demi-siècle d'existence. « C'est important de souligner les 50 ans autant d'une personne que d'un organisme, indique le président de l'AMOY, le **Dr Jacques Bergeron**. Il faut faire un retour en arrière pour comprendre le chemin parcouru par tous ceux qui nous ont précédés afin de voir où l'on s'en va. »

Il y a un peu plus de 50 ans, en décembre 1962, des omnipraticiens de la région de Saint-Hyacinthe et de Granby se réunissaient pour tenir une assemblée constituante. Ils allaient fonder une association syndicale. Le **Dr Jean Guertin** a alors été élu président et le **Dr Richard Dupont**, secrétaire. Le 31 janvier 1963, le nouvel organisme, qui se nomme « Association des médecins-chirurgiens en pratique générale du district d'Yamaska », obtient sa constitution légale en vertu de la *Loi sur les syndicats professionnels*. Elle s'affilie à la FMOQ en octobre 1963. En 1990, elle adopte son nom définitif, « Association des médecins omnipraticiens d'Yamaska ».

Les membres de l'AMOY se révèlent rapidement des syndicalistes engagés. Ils sont de tous les grands dossiers qui touchent leur profession : le début du régime universel d'assurance maladie, le premier accord relatif à l'Entente générale de 1976 et les diverses lois régissant leurs conditions d'exercice. Ils n'ont pas froid aux yeux. « Ils ont su se mobiliser avec vigueur, le moment venu, allant même jusqu'à faire de l'AMOY la première association affiliée à se désengager de la régie de l'assurance maladie du Québec, au cours d'une partie de bras de fer avec le gouvernement, dans les années 1970. Ils l'ont fait pour la défense des intérêts de la profession, bien sûr, mais aussi pour garantir à la population un régime public universel, accessible et de qualité », a indiqué le Dr Bergeron au cours de la soirée du cinquantième anniversaire.

L'AMOY a d'ailleurs profité de la réception pour rendre hommage à ses bâtisseurs. Trois des sept membres du premier bureau de 1962-1963 ont été retracés : le **Dr Yvan Brodeur**, alors vice-président, le **Dr Richard Dupont** secrétaire-trésorier, et le **Dr Jean-Paul Bédard**, directeur. Le Dr Bergeron a remis à chacun une plaque souvenir.

Une petite association avec une grande influence

Les liens entre l'AMOY et la Fédération ont toujours été très étroits. Même si l'association est relativement petite, avec à peine 300 membres, son influence a été grande. Ainsi, près de la moitié de ses chefs ont été élus au Bureau de la FMOQ. « Cinq de nos présidents totalisent plus de 25 ans de présence au Bureau de la Fédération », a expliqué le Dr Bergeron au cours de la soirée. Tous les présidents de l'association présents au gala ont par ailleurs reçu une plaque souvenir.

L'AMOY a rendu un hommage particulier à l'un d'entre eux : le **Dr William Barakett**. Président de l'association pendant dix-neuf ans, il été membre du bureau de la Fédération pendant quinze ans, entre autres comme deuxième vice-président. Au cours de sa carrière, il s'est démarqué non seulement comme syndicaliste, mais aussi comme médecin de famille dévoué, polyvalent, socialement engagé et capable de remplir des fonctions administratives importantes. Son parcours lui a valu de nombreuses distinctions prestigieuses.

L'association tenait, pour fêter avec éclat ses 50 ans, à faire du Dr Barakett son membre émérite 2013. « Mon cher Bill, lui a dit le Dr Bergeron, le Bureau de l'Association des médecins omnipraticiens d'Yamaska, au nom de tous ses membres, tient à te témoigner sa reconnaissance, son admiration et son amitié. Nous saluons ta brillante carrière, ton humanisme, ton engagement social et philanthropique, ainsi que ta contribution à la profession et au syndicalisme médical. Tu représentes pour nous un modèle et une source d'inspiration. »

Tous les anciens membres émérites avaient également été invités au gala. En tout presque une centaine de personnes ont célébré les 50 ans de l'AMOY. **EG**

Dr William Barakett

Drs Jacques Bergeron et Yvan Brodeur

Drs Jacques Bergeron et Richard Dupont

Drs Jacques Bergeron et Jean-Paul Bédard

Photos : Stéphanie Mantha

Table des invités spéciaux avec, entre autres, les Drs Louis Godin, Michel Desrosiers, Jacques Desroches, William Barakett et Jacques Bergeron

Entrevue avec le Dr Alain Demers

des consultations plus rapides en médecine spécialisée

Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Alain Demers

*Le **Dr Alain Demers**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie, a collaboré avec différents acteurs pour réduire le temps d'attente des consultations en médecine spécialisée. Certaines mesures, comme celles qui permettent d'éliminer les visites préparatoires chez le spécialiste, semblent bien fonctionner.*

M.Q. – L'Estrie a, depuis longtemps, de graves problèmes concernant les consultations en médecine spécialisée. Quelle est la situation actuellement ?

A.D. – Deux des spécialités où le retard pour les consultations est le plus criant sont la gastro-entérologie et l'orthopédie. À l'heure actuelle, il y a des demandes qui remontent à 2005. C'est inacceptable d'avoir une attente de huit ans dans un centre tertiaire comme le nôtre.
On a donc regardé ce qu'on pouvait faire. En janvier dernier, les représentants des spécialistes, des médecins de famille, de la direction de l'hôpital et de l'agence se sont réunis pour étudier des solutions. On en a trouvé quelques-unes qui ont été mises en application.

M.Q. – Par exemple ?

Par exemple, à la table de concertation en gastro-entérologie à laquelle je siège, on s'est aperçu que lorsqu'il y avait une demande de coloscopie de dépistage, le gastro-entérologue faisait une consultation préalable. Quand les spécialistes ont à rencontrer un nouveau patient, ils se réservent une période de 45 minutes pour le premier rendez-vous. Cependant, dans le cas d'une demande de coloscopie, la visite ne nécessite parfois qu'une dizaine de minutes. Le reste de la consultation, les gastro-entérologues perdaient leur temps. On s'est alors dit qu'on pourrait donner d'emblée au patient un rendez-vous pour la coloscopie plutôt que de le faire dans un deuxième temps. Il y aurait un accès rapide à la gastroscopie et à la coloscopie. Et cela semble fonctionner actuellement. L'attente pour la coloscopie qui était peut-être de trois ans, est d'un peu moins d'un an depuis qu'on a mis, entre autres, cette mesure de l'avant en janvier.
On a aussi regardé comment optimiser l'utilisation des salles de "scopie". Parfois, les gastro-entérologues étaient disponibles, mais l'équipement ou les salles ne l'étaient pas. On demandera donc à la direction de l'hôpital de tenter de maximiser l'emploi des salles de "scopie" et de fournir suffisamment de personnel et d'équipement.

M.Q. – Et qu'avez-vous fait en ce qui concerne les consultations en attente ?

A.D. – Une infirmière a fait un premier tri. Elle a rappelé tous les patients pour qui une demande de consultation avait été faite et leur a demandé s'ils avaient encore besoin de voir un spécialiste. Certaines demandes datent quand même d'il y a huit ans. Beaucoup de patients ont déjà été dirigés par leur médecin de famille vers des spécialistes de l'extérieur de Sherbrooke. Il m'est déjà arrivé, par exemple, de faire une demande de consultation en gastro-entérologie aux Îles-de-la-Madeleine, parce que le patient y allait en vacances. Je suis parvenu à l'obtenir, alors qu'à Sherbrooke, c'était impossible !
Dans un deuxième temps, la demande de consultation sera retournée au médecin de famille pour qu'il évalue si elle demeure pertinente après tout ce temps.

M.Q. – Y a-t-il des mesures pour les nouvelles consultations ?

A.D. – Pour les prochaines consultations, on a créé des algorithmes pour que le médecin de famille puisse faire un premier travail. Les spécialistes ont rédigé des feuilles qui indiquent que pour telle affection, il faut d'abord tels examens sanguins ou tels examens radiologiques. Ensuite, on peut diriger le patient vers le spécialiste. Cela évite à celui-ci de voir le patient une première fois pour prescrire des tests.

M.Q. – Est-ce que ces mesures fonctionnent ?

A.D. – Tout n'est pas encore commencé. La consultation rapide en « scopie » a commencé. Le premier tri des patients pour les rendez-vous d'il y a plusieurs années est fait. Il reste, comme je l'ai mentionné, à renvoyer les demandes aux médecins de famille. En ce qui concerne les nouvelles consultations, les algorithmes sont en train d'être élaborés. Les spécialistes et les médecins de famille les évaluent ensemble. On est en train de les corriger. Ça devrait être bientôt terminé.

M.Q. – Et en orthopédie ?

A.D. – Cela va être la même chose. Comme les orthopédistes sont des chirurgiens, ils veulent surtout voir des affections qui relèvent de la chirurgie. Ils ont fait, eux aussi, des algorithmes pour que le médecin de famille fasse une première évaluation et que le patient soit presque prêt pour l'intervention chirurgicale quand ils les rencontreront.

M.Q. – Est-ce que vous allez répéter ces démarches pour d'autres spécialités ?

A.D. – La rhumatologie, la dermatologie et l'hématologie nous posent aussi des problèmes. Il est possible qu'on fasse d'autres tables de concertation ou qu'on crée directement des algorithmes, parce que, finalement, on en est arrivé aux mêmes conclusions dans les deux tables de concertation.

M.Q. – Vos relations avec les spécialistes sont-elles en train de changer ?

A.D. – Je pense que le suivi d'un patient doit se faire en première ligne par le médecin de famille avec l'aide du spécialiste en tant que consultant. Ce dernier ne doit pas prendre en charge le patient. Évidemment, pour certaines affections rares ou complexes de troisième ligne, le spécialiste doit rester le médecin traitant. C'est le cas, par exemple, d'un patient cancéreux, en chimiothérapie, qui a besoin de traitements pointus. C'est la même chose pour une personne souffrant d'une maladie de Crohn ultracomplexe. Les omnipraticiens, tout comme les spécialistes d'ailleurs, préfèrent qu'un tel patient soit traité en spécialité jusqu'à la stabilisation de son état. Par la suite, il devrait être suivi par son médecin de famille, quitte à ce que celui-ci communique avec le consultant en cas de problème.

C'est un peu ce qui se passe en région. Quand je pratiquais aux Îles-de-la-Madeleine et que le spécialiste venait, il me transmettait ses recommandations par écrit. Il ne revoyait souvent le patient que si je le lui demandais de nouveau. Si j'avais des problèmes, je pouvais l'appeler à Québec. Quand je suis revenu des Îles-de-la-Madeleine, je voyais des patients qui me disaient : « Moi, je suis diabétique et je suis suivi par mon endocrinologue », « J'ai mon gynécologue pour mon test de Papanicolaou » ou « J'ai mon cardiologue pour ma pression ». Eh bien le médecin de famille fait quoi ? Je pense qu'on doit revenir à la vraie définition de ce qu'est un médecin consultant.

M.Q.- Les spécialistes sont-ils contents de ce nouveau rôle ?

A.D.- Je crois que la majorité le sera. Ils n'avaient pas l'impression que c'était ce que nous désirions. Ils pensaient que c'était bien de prendre en charge les patients et de les suivre. Quelques fois, c'est bon de s'asseoir à la même table.

M.Q.- Les futurs départs à la retraite de nombreux médecins de l'Estrie sont par ailleurs préoccupants.

A.D.- Ça, c'est une catastrophe anticipée. Le Département régional de médecine générale envoie peut-être tous les deux ou trois ans une espèce de minisondage dans lequel il demande entre autres aux médecins combien d'années ils pensent encore pratiquer. La moyenne d'âge est élevée en Estrie. Il y a beaucoup de gens qui, comme moi, ont travaillé en région et qui viennent s'installer ici pour terminer leur pratique. Alors, c'est sûr qu'ils n'exercent pas pendant des années. On pense que d'ici de trois à cinq ans, il y aura beaucoup de départs à la retraite et il n'y a pas de relève. Où vont aller les patients ?

M.Q. – Les jeunes médecins ne s'installent pas dans votre région ?

A.D.- Nous en recevons chaque année un très faible contingent. Les jeunes médecins pensent que tous les postes sont pourvus. Depuis deux ans, on a eu de la difficulté à remplir nos places. Les nouveaux diplômés ne posent pas leur candidature. C'est sûr que si la situation reste la même, on n'y arrivera pas.

M.Q. – Quelle serait la solution ?

A.D.- Pour l'instant, je n'ai pas de solution. Il faudrait peut-être faire plus de publicité pour faire savoir que nous avons des postes vacants. Quand on indique qu'on a de la place, les jeunes médecins s'inscrivent. Je pense également que les nouvelles activités médicales particulières mixtes qui permettent d'inclure le suivi de patients vulnérables en cabinet vont beaucoup nous aider.

M.Q. – Il y a aussi la question des cessions de dossiers ?

A.D. – Ça, c'est un autre problème. Selon un règlement du Collège des médecins du Québec, le médecin à la retraite qui n'a pas remis ses dossiers à un collègue doit en principe en conserver la garde. Les médecins ont cependant de la difficulté à trouver quelqu'un qui accepte de s'en occuper. Ils ne veulent pas non plus payer des frais exorbitants pour l'entreposage et la gestion des dossiers. Je pense qu'on ne doit pas demander à un médecin qui a pratiqué pendant 35 ou 40 ans et qui arrive à la retraite de garder les dossiers chez lui et de répondre aux patients qui ont besoin de leur dossier.

M.Q. – Quelle solution voyez-vous ?

A.D. – Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) a des médecins et un service d'archives. Pourquoi les dossiers n'iraient-ils pas là ? Si le patient dont le médecin a pris sa retraite doit s'inscrire au guichet d'accès, qui est au CSSS, ce serait logique que son dossier y aille aussi. On essaie de conclure des ententes pour le permettre. Dans le passé, les CSSS l'ont déjà fait de manière exceptionnelle. On voudrait que cela devienne la règle. On est en négociations à l'heure actuelle.

Fédération des médecins résidents

un nouveau président

Emmanuèle Garnier

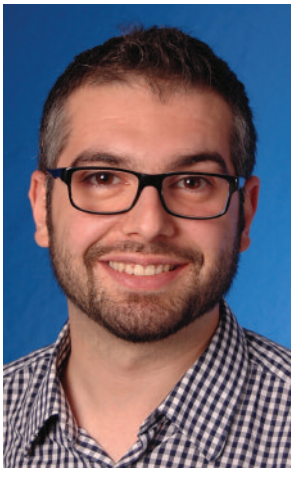

Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Joseph Dahine

Depuis le 1er juillet, la Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ) est dirigée par un nouveau président, le **Dr Joseph Dahine**, qui commence sa spécialité en soins intensifs. Ancien vice-président, il compte continuer à faire de la valorisation de la médecine familiale une priorité de l'organisme.

Depuis deux ans, des représentants de la FMRQ font la tournée des unités de médecine familiale (UMF) des régions intermédiaires et éloignées. « La FMRQ s'assure que les résidents soient au courant de ce qu'elle fait et qu'ils puissent nous indiquer les bons et les mauvais côtés de leur formation en région », indique le Dr Dahine.

Les représentants de la FMRQ ont pu constater, parmi les quinze UMF qu'ils ont visitées, que la majorité des résidents sont très satisfaits de leur lieu d'enseignement. Néanmoins, quelques améliorations pourraient être apportées. Un rapport va en faire part aux vices-doyen des quatre universités concernées.

Les résidents aimeraient, par exemple, avoir accès à une plus grande diversité de cours et de professeurs. Les UMF qui n'en ont pas devraient se doter d'un système de vidéoconférence pour permettre aux jeunes médecins de suivre certains cours de leur université. « Cela pourrait aussi être intéressant d'avoir des cours de spécialistes des grands centres universitaires », dit le Dr Dahine.

Dans les régions éloignées, il n'y a par ailleurs pas, comme dans les villes universitaires, de centres de simulation avec des acteurs formés pour être des patients. Dans ces endroits, les résidents peuvent être observés et bénéficier d'une rétroaction. « Il faudrait avoir une formation semblable en région », estime le président de la FMRQ.

Les jeunes médecins désirent également avoir des stages à options plus diversifiés. « Dans certains programmes, il y a un bloc rigide qu'ils doivent faire dans leur UMF. Ils aimeraient pouvoir aller ailleurs pour être en contact avec divers types de cas dans différentes spécialités. »

La FMRQ, qui compte 809 résidents en médecine familiale, organisera par ailleurs son congrès de médecine familiale à Riviera Maya cet automne et son colloque sur les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine familiale en mai.

Les PREM en médecine spécialisée

En médecine spécialisée, l'une des priorités de la FMRQ sera les PREM. « C'est une source de stress extrêmement importante pour nos résidents », soutient le Dr Dahine. Il aimerait que la médecine spécialisée s'inspire du processus des PREM de médecine familiale avec ses dates fixes pour toutes les étapes.

« En médecine spécialisée, les résidents peuvent poser leur candidature qu'ils soient résidents en première ou en dernière année de formation pour avoir un poste dans un hôpital. L'établissement peut interviewer le nombre de candidats qu'il veut. Il a des délais fixés par le ministère pour leur donner une réponse, mais pas de date pour terminer le processus. » Des candidats peuvent ainsi attendre le désistement éventuel d'un autre résident qui, lui, attend la réponse d'un autre hôpital. « Cela fait en sorte qu'à Montréal, il peut parfois se passer presque deux ans avant qu'un résident sache s'il a un poste ou non », dit le Dr Dahine.

Selon un sondage de la FMRQ en 2011, 48 % de ceux qui allaient terminer leur formation en médecine spécialisée dans les deux mois n'avaient pas encore de poste au PREM d'un établissement. « Nous refaisons l'exercice cette année. Nous verrons si la situation a évolué et proposerons des solutions si les problèmes sont de la même ampleur. » La FMRQ voudrait, travailler de concert avec le gouvernement et la Fédération des médecins spécialistes du Québec pour régler, si c'est nécessaire, la question.

Programme d'aide aux médecins du Québec

décès du Dr André Lapierre

Dr André Lapierre

Le fondateur du Programme d'aide aux médecins du Québec, le **Dr André Lapierre** est décédé à l'âge de 84 ans, à Montréal. L'organisme qu'il a créé en 1990 vient en aide aux médecins, aux résidents et aux étudiants en médecine qui connaissent des difficultés personnelles.

Déjà, dans les années 1970, alors qu'il était secrétaire général adjoint du Collège des médecins du Québec, le Dr Lapierre aidait ses confrères aux prises avec des problèmes de santé, de toxicomanie ou des difficultés personnelles. En 1990, à la création du Programme, il en est devenu le directeur.

Le Dr Lapierre était connu pour sa discrétion, son sens du devoir, son professionnalisme et, surtout, son dévouement. Il a commencé à pratiquer comme omnipraticien en 1955. En 1964, il a obtenu une maîtrise en administration hospitalière. Il a ensuite été directeur médical de l'Hôpital Sainte-Jeanne-d'Arc pendant quatre ans, puis a travaillé au Collège pendant vingt-cinq ans.

Au cours de sa carrière, le Dr Lapierre a reçu de nombreuses distinctions : entre autres le prix Médecin de cœur et d'action de l'Association des médecins de langue française du Canada, le prix Mérite du Conseil interprofessionnel, le prix Reconnaissance du Collège et le prix Reconnaissance de l'Association médicale du Québec. **EG**

Gestion de la liste nominative des membres de la FMOQ

Avis aux médecins

La FMOQ reçoit parfois des demandes ayant pour objet la communication de la liste nominative de ses membres. Dans certains cas, ces demandes proviennent d'organismes désireux d'effectuer de la prospection commerciale ou philanthropique.

En vertu d'une politique bien établie à la Fédération, la plupart de ces demandes sont refusées. Seules celles qui sont de nature à servir nos membres ou une cause endossée par la FMOQ peuvent, après évaluation, être acceptées. De façon générale, c'est l'adresse du lieu principal de pratique qui est communiquée. Depuis peu, dans le cas de partenaires privilégiés comme les Fonds d'investissement FMOQ, il est possible que ce soit votre adresse et votre numéro de téléphone personnels, de même que votre adresse courriel, qui soient utilisés.

La Fédération se soucie de respecter la vie privée de ses membres et les lois et règlements qui régissent l'utilisation des listes nominatives. Elle vous permet donc à tout moment de lui indiquer que vous ne voulez pas que vos coordonnées personnelles ou professionnelles soient utilisées par un tiers à des fins de prospection commerciale ou philanthropique.

Si vous souhaitez que votre nom soit retiré de la liste que la FMOQ pourrait communiquer à un tiers en vertu des principes précédemment évoqués, nous vous invitons à communiquer avec Mme Mireille Beaulne à la Fédération afin de nous en aviser.

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec

2, Place Alexis Nihon
2000-3500, boul. de Maisonneuve Ouest
Westmount (Québec) H3Z 3C1

Téléphone : 514 878-1911
Télécopie : 514 878-4455
Courriel : mbeaulne@fmoq.org

Poste à pourvoir

Directeur adjoint ou directrice adointe des Affaires professionnelles

Fonctions

Sous l'autorité du directeur des Affaires professionnelles, le titulaire sera appelé à :

- participer à l'application de l'Entente générale et de diverses ententes particulières, principalement en rapport avec les soins prodigués en établissement ;
- participer au processus général de négociation de l'Entente et à celui de dossiers spécifiques ;
- participer au développement de nouveaux services aux membres et à leur gestion courante.

De plus, en collaboration avec le directeur de la Planification et de la Régionalisation, il devra :

- participer à l'application de l'Entente en ce qui a trait à la gestion des AMP et de certains dossiers spécifiques.

Exigences

Les candidats devront :

- être médecins spécialistes en médecine familiale ;
- avoir une expérience de pratique polyvalente ou en connaître les exigences ;
- avoir une expérience médicoadministrative pertinente ;
- posséder une connaissance générale de l'Entente ;
- faire preuve de leadership et de capacité de gestion ;
- démontrer des aptitudes pour le travail d'équipe ;
- démontrer des aptitudes à rédiger et à concevoir des dossiers ;
- manifester un intérêt pour le syndicalisme médical et posséder une connaissance raisonnable de ce domaine.

La capacité de s'exprimer en anglais serait un atout.

Conditions de travail

- Poste à plein temps (exclusivité d'emploi) à compter du début de mars 2014
- Intéressant programme d'avantages sociaux
- Contrat de cinq ans renouvelable
- Rémunération à négocier

Toutes les candidatures seront traitées de façon strictement confidentielle. Les médecins intéressés sont priés de faire parvenir leur curriculum vitæ, par courrier recommandé, avant le 30 septembre 2013 à l'attention de :

Dr Michel Desrosiers
Directeur des Affaires professionnelles
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
2, Place Alexis Nihon, 20e étage
3500, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 2000
Westmount (Québec) H3Z 3C1

Association du sud-ouest du Québec

inquiétudes au sujet des GMF

La journée printano-estivale de l'Association des médecins omnipraticiens du sud-ouest du Québec (AMOS), qui a eu lieu le 14 juin, a attiré une quarantaine de médecins, dont beaucoup de jeunes. Inquiets de l'avenir de leur groupe de médecine de famille (GMF), ils étaient entre autres venus rencontrer le **Dr Louis Godin**, président de la FMOQ. Dans la région, quatre des GMF doivent renouveler leur contrat avec l'Agence et vont certainement subir des coupes.

« Les médecins voudraient que les contrats avec les GMF soient conventionnés et que ce soit la FMOQ qui les représente, explique la **Dre Christiane Simard**, présidente de l'AMOS. Chaque GMF ne fait pas le poids seul face à l'Agence. » Ce qui faisait réagir les participants, ce n'était pas vraiment les coupes, mesures auxquelles ils s'attendaient. « Ce qui nous dérange, c'est que le ministère veut s'immiscer dans la gestion quotidienne des GMF. Il faudra peut-être que l'on fasse des ententes de services avec d'autres cliniques déjà en difficulté ou avec la clinique-réseau, mais avec des pénalités. On pourrait nous dire quel jour ouvrir, de quelle heure à quelle heure. Je comprends qu'il y a d'importants budgets qui sont accordés et que le ministère doit en avoir pour son argent, mais, à mon avis, les choses pourraient être faites autrement. » Pour l'instant, le ministère et la FMOQ sont en discussion à ce sujet.

La journée printano-estivale avait commencé par un tournoi de golf, s'était continuée par des cours sur le diabète et la cardiologie et avait fini par un souper au homard pendant lequel les médecins ont pu discuter avec le Dr Godin. **EG**

Photo : Alexandre Ackaoui

Photo : Superstock

La médecine multiculturelle

une approche aux multiples visages

Francine Fiore

DANS CERTAINES salles d'attente, on aperçoit sari, turban, hidjab, niqab, tchador, burqa, boubou. D'emblée, une mosaïque de toutes les couleurs frappe le regard ! On y croise des gens de races blanche ou noire, en provenance de pays asiatiques, africains et arabes. C'est que la santé et la maladie sont universelles.

Ces personnes sont issues de pays, de cultures et de religions multiples. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent donc s'adapter aux besoins de ces nouveaux patients. Mais que faut-il savoir pour les traiter adéquatement ? L'essentiel est la communication, selon les experts. Être en mesure de communiquer avec son patient est la clé que doit posséder tout professionnel de la santé.

Comprendre ses patients

Originaire du Salvador, M. Antonio Vicente (nom fictif), 45 ans, vit à Montréal depuis plus de vingt ans. Aujourd'hui, il consulte un médecin de famille pour des palpitations soudaines se manifestant au repos, accompagnées d'un léger essoufflement. M. Vicente parle assez bien français, ce qui permet au médecin de faire une anamnèse complète. Celui-ci n'oublie pas le côté psychologique et demande à son patient s'il a été témoin de violence dans son pays natal. La réponse est négative. Cependant, chaque fois qu'il visite le Salvador, M. Vicente ressent de l'angoisse à cause des groupes criminels très violents qui y sévissent. Il devient même très nerveux en en parlant au médecin.

« Dans le cas de M. Vicente, le pays d'origine est très important, car le patient peut souffrir de crises de panique ou d'un syndrome post-traumatique, ce qui pourrait expliquer ses douleurs à la poitrine ou ses palpitations », explique le **Dr Juan Carlos Chirgwin**, omnipraticien au CLSC Parc-Extension, à Montréal. Pour le reste,

les personnes en provenance de pays étrangers ont les mêmes problèmes de santé que tout le monde. « Un homme originaire du Salvador ne souffre pas nécessairement de maladies exotiques », souligne le médecin.

Âgé de 60 ans, M. Léo Bhatti (nom fictif), lui, ne parle pas français et son anglais est très limité. Devant le médecin, il se touche la poitrine et dit « heart, medicine ». Il lui remet ses médicaments (bêtabloquant, aspirine et statine fabriqués à l'étranger) ainsi que des résultats d'angiogramme et d'angioplastie coronarienne rédigés en anglais. À partir de gestes et de mots simples, il fait comprendre au médecin qu'il ne fume pas et ne consomme pas d'alcool ni de drogue.

En général, les immigrés arrivés depuis peu ne parlent ni français ni anglais ou très peu. Dans de tels cas, il faut recourir à un interprète. À moins que le patient n'apporte son dossier et ses médicaments, le médecin doit essayer d'obtenir le plus de renseignements possible de sa part afin de faire une évaluation complète.

Selon le Dr Chirgwin, le médecin doit se préparer à sa rencontre avec un patient « étranger ». « Dans un premier temps, il doit s'évaluer et s'analyser lui-même pour s'assurer qu'il n'a pas de préjugés, dit-il. Le cas échéant, il doit tenter de les cerner et de travailler ce point. S'il constate que la communication est plus facile avec certains groupes ethniques, il doit essayer de comprendre pourquoi et voir s'il peut utiliser les mêmes méthodes auprès des personnes avec lesquelles il a certaines difficultés. »

En outre, le médecin doit connaître les ressources existantes dans son milieu, comme des organismes qui peuvent l'aider, des travailleurs sociaux, des interprètes, etc. « Nous devons analyser chaque cas, déterminer l'importance de la dimension culturelle et vérifier s'il existe d'autres éléments qui ne relèvent pas de la culture proprement dite et qui ont une incidence sur sa santé, souligne le Dr Chirgwin. Il faut développer des habiletés afin d'établir une atmosphère confortable entre le patient et nous. »

> ***« Nous devons analyser chaque cas, déterminer l'importance de la dimension culturelle et vérifier s'il existe d'autres éléments qui ne relèvent pas de la culture proprement dite et qui ont une incidence sur sa santé. »***
>
> – Dr Juan Carlos Chirgwin

Il faut également savoir bien analyser les difficultés. Les relations hommes-femmes peuvent être délicates. Ainsi, chez certains couples d'immigrants, il arrive souvent que le mari parle au nom de sa femme, dont il se considère le responsable et le protecteur. Certaines femmes se soumettent strictement à certaines règles culturelles et d'autres pas. On rencontre parfois aussi de futures mères qui refusent d'être accouchées par un homme. Que faire alors ? « L'important est de planifier l'accouchement et d'informer les femmes, indique le Dr Chirgwin. Le médecin doit leur expliquer comment fonctionne notre système de santé, que ce soit à l'hôpital, à l'urgence, dans les CLSC ou dans les cliniques. » Il faut vérifier si l'établissement travaille avec des sages-femmes ou des résidentes qui pourraient remplacer le médecin de garde de sexe masculin pendant l'accouchement. Si on ne peut offrir ce service à la femme, il est important de bien l'en informer. « On ne peut pas simplement imposer le protocole de notre établissement et dire c'est un homme qui est de garde, vous n'avez pas le choix », soutient le Dr Chirgwin.

Respecter le patient

Benjamin, un enfant de trois ans, est hospitalisé à la suite d'une importante crise d'épilepsie. Son médecin attend les résultats des examens d'imagerie avant de lui donner congé. Mais ses parents sont pressés. Ils veulent quitter l'hôpital avant 15 heures, sinon ils devront y laisser l'enfant jusqu'au lendemain. Il leur est impossible d'attendre plus tard. C'est que nous sommes vendredi et, ce soir, c'est Shabbat ! Le médecin hésite. Certes, il veut accorder à l'enfant juif un congé sans danger, mais il ne veut pas nécessairement le garder jusqu'au lendemain. D'autres enfants ont besoin d'un lit.

Ce médecin est le **Dr Jean Turgeon**, pédiatre à l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal. « Je leur dis que je respecte leur religion, tout en leur expliquant la situation, dit-il. Une fois qu'ils ont compris, tout va bien. Ils savent que, s'ils doivent compromettre leur soirée de Shabbat, ils ne seront pas jugés pour autant par leur communauté, car il s'agit d'un cas d'exception. »

Dr Jean Turgeon

Cofondateur de l'unité de pédiatrie interculturelle, le Dr Turgeon indique que la raison d'être de cette entité est, avant tout, l'humanisation des soins. En fait, l'unité n'occupe pas un lieu physique proprement dit. Il s'agit en quelque sorte d'une unité « virtuelle ». Elle est composée de professionnels, dont des cliniciens et des anthropologues. Ensemble, ils forment un groupe de réflexion sur les relations entre les familles et les soignants. On y a recours en cas de difficultés culturelles insolubles par l'équipe traitante. « Certains groupes ethniques disent oui à tout ce qui leur est proposé, dit le Dr Turgeon. Parfois, les gens attendent au dernier moment pour refuser le traitement suggéré, ce qui peut entraîner des conflits. C'est que dans leur culture, on n'ose pas interroger le médecin. »

> *« Certains groupes ethniques disent oui à tout ce qui leur est proposé. Parfois, les gens attendent au dernier moment pour refuser le traitement suggéré, ce qui peut entraîner des conflits. C'est que dans leur culture, on n'ose pas interroger le médecin. »*
>
> – Dr Jean Turgeon

Par ailleurs, les notions de maladie, de survie et de vulnérabilité ne sont pas les mêmes dans tous les groupes ethniques. Certains parents refusent un traitement pour leur enfant, ce qui est dangereux pour sa vie. « Dans de tels cas, nous devons consulter le Comité d'éthique et même communiquer avec la Direction de la protection de la jeunesse », précise le Dr Turgeon. Il faut alors dédramatiser la situation, reconnaître que l'on fait face à un conflit à connotation socioculturelle et tenter de le désamorcer. En tout temps, le médecin doit favoriser le dialogue et personnaliser son approche envers les différents groupes. « J'essaie d'établir une sorte de complicité avec les parents et de créer un lien avec leur culture, précise le Dr Turgeon. Par exemple, si j'ai visité leur pays, je le mentionne et je parle de leur culture. »

Dr Kevin Pottie

Lignes directrices

Comment aborder un patient immigrant sur le plan médical ? « Pour commencer l'anamnèse, il faut demander au patient de quel pays il arrive et s'il a voyagé avant d'arriver ici. Mais il faut être vigilant et éviter qu'il ressente de la discrimination », avertit le **Dr Kevin Pottie**, médecin de famille et professeur de médecine familiale à la Faculté de médecine de l'Université d'Ottawa.

Le Dr Pottie et son équipe ont élaboré en 2005 les *Lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes pour les immigrants et les réfugiés*, publiées en 2011[1]. Des recommandations qui n'existaient nulle part au monde. Elles portent principalement sur les maladies infectieuses, les maladies chroniques, la santé des femmes et la santé mentale.

Selon le Dr Pottie et ses collaborateurs, le dépistage des maladies infectieuses et la vaccination doivent être faits systématiquement chez les immigrants à risque. Par exemple, de 30 % à 50 % des nouveaux immigrants ne sont pas immunisés contre le tétanos. De 32 % à 54 % sont susceptibles de contracter la rougeole, les oreillons ou la rubéole. De 5 % à 10 % des nouveaux arrivants de pays tropicaux risquent d'avoir la varicelle s'ils sont exposés au virus. De plus, de 20 % à 80 % des gens provenant

des pays où l'hépatite B est prévalente ne sont pas vaccinés contre cette maladie.

En ce qui concerne la tuberculose, les personnes nées à l'étranger constituent 65 % de tous les cas de maladie active au Canada. Le dépistage et, éventuellement, le traitement de la tuberculose latente sont une priorité dans les soins aux immigrants venant d'Asie, d'Afrique subsaharienne, d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud.

Deux maladies parasitaires sont par ailleurs à surveiller : la strongyloïdose et la schistosomiase (bilharziose). Elles peuvent persister des décennies après l'arrivée au pays et provoquer une maladie grave ou même la mort, si elles ne sont pas traitées. « On recommande un test sérologique pour ces parasites intestinaux plutôt que l'analyse traditionnelle des selles », indiquent les lignes directrices. Quant à la malaria, elle est l'une des principales causes de décès dans le monde. Les enfants immigrants y sont particulièrement vulnérables.

Le clinicien doit également se pencher sur les affections non transmissibles. Dans certains groupes ethniques, comme les Latino-Américains, les Africains et les Asiatiques du Sud, la prévalence du diabète de type 2 est de deux à quatre fois plus élevée que chez les Blancs. Le médecin doit aussi se préoccuper des carences, comme celle en fer, qui est la plus fréquente dans le monde. Il lui faut en faire la vérification, en particulier chez les femmes et les enfants. Il doit aussi penser à évaluer la santé buccodentaire.

Santé féminine et santé mentale

Les lignes directrices sur les immigrants et les réfugiés comprennent la santé des femmes : contraception, vaccin, cytologie. « Il faut demander à une femme en âge de procréer si elle a besoin de contraception. Il peut être délicat de parler du cancer du col de l'utérus, parce qu'à ma connaissance il y a très peu de dépistage dans les pays en voie de développement. Il ne faut pas parler de tous les problèmes médicaux à la première visite. Nous recommandons de répartir les soins préventifs sur trois consultations », conseille le Dr Pottie.

Un autre domaine à aborder est celui de la santé mentale. Il faut vérifier les connaissances et les croyances du patient. « Il arrive qu'un immigrant nous demande : "C'est quoi la dépression ? Cela n'existe pas dans mon pays", dit le clinicien. On doit aller lentement, car si l'on commence trop vite, le patient ne revient pas. » Les médecins, sans faire de dépistage systématique, doivent également être vigilants à l'égard des signes et symptômes du stress post-traumatique, de la maltraitance chez les enfants et de la violence conjugale.

> ***« Il arrive qu'un immigrant nous demande : "C'est quoi la dépression ? Cela n'existe pas dans mon pays". On doit aller lentement, car si l'on commence trop vite, le patient ne revient pas. »***
>
> – Dr Kevin Pottie

Il y a ainsi de nombreux éléments à vérifier chez différents types d'immigrants. Pour aider les professionnels de la santé, le Dr Pottie et son équipe ont conçu une liste de contrôle. Le formulaire, que l'on trouve sur Internet (*http://tiny.cc/7punzw*)[2], est adapté à différentes régions du monde : l'Amérique latine, l'Europe de l'Est, le Moyen-Orient, l'Afrique, etc. « Ce questionnaire fait le point sur la situation biopsychosociale du nouvel arrivant et permet d'enregistrer les données le concernant pendant six mois », indique le Dr Pottie.

Sur le plan social et médical, il y a souvent de grandes différences entre les réfugiés et les immigrants volontaires, souligne le médecin. Certains immigrants forcés (réfugiés) ont un faible revenu, connaissent mal les langues du pays, ont parfois été exposés à des conditions de vie dangereuses, à la violence et à des traumatismes importants. Ils peuvent avoir vécu une expérience dramatique sans avoir eu le temps de se préparer au voyage. Les réfugiés ont tout laissé derrière eux : leur formation, leurs biens, leur travail. « Il est difficile pour eux de recommencer leur vie. Souvent, ils ont vécu dans des camps. Par conséquent, ils risquent davantage d'avoir des maladies infectieuses. Leur situation augmente leur risque d'être en mauvaise santé, et il faut en tenir compte

dans l'évaluation et l'offre de soins préventifs. Les immigrants volontaires, eux, ont eu plus de temps pour se préparer à partir de leur pays. Le choc culturel est peut-être moins grand. Il s'agit de deux populations très différentes. »

Dre Louise Auger

La famille

À l'Hôpital de Montréal pour enfants, la **Dre Louise Auger**, pédiatre et responsable de la Clinique de pédiatrie multiculturelle, voit des enfants de parents réfugiés et d'immigrants et des enfants adoptés.

C'est en 1995, à la suite du génocide survenu au Rwanda qu'a été créé ce service. « Des patients arrivaient en état de choc, traumatisés, mais on ne pouvait pas leur donner tous les soins nécessaires, dit la Dre Auger. Grâce à cette clinique, nous procédons à des examens complets et nous faisons des tests de dépistage pour différentes maladies. En outre, nous déterminons si les enfants ont aussi besoin de services sociaux ou de santé mentale, si les parents ont des problèmes financiers, etc. On s'occupe de tous les besoins. » La Clinique de pédiatrie multiculturelle est une clinique de consultation. Un médecin peut y diriger des enfants pour des problèmes particuliers.

Dans le processus de soins du patient en provenance de l'étranger, les deux grandes priorités sont la langue et une bonne compréhension du système de santé et des services sociaux. En effet, les nouveaux arrivants ne savent pas toujours comment accéder aux ressources. Souvent, ils ne connaissent que la situation géopolitique de leur pays. Par conséquent, il faut tenir compte des mœurs, de la culture, de la religion et des différentes habitudes de vie des familles. Par exemple, dans certains groupes, la pyramide hiérarchique familiale est très importante. « Souvent, c'est la personne la plus âgée qui prend la parole, dit la Dre Auger. J'ai déjà vécu des situations où il était plus poli de s'adresser d'abord aux grands-parents, même si les parents étaient présents et parlaient français ou anglais. Dans certaines cultures, il faut s'adresser à l'homme en premier. »

Selon la Dre Auger, la priorité pour le médecin est d'établir une bonne relation avec son patient et sa famille. « Il faut donner des explications claires aux familles, car elles ont besoin de comprendre ce que l'on fait. Les parents font partie de l'équipe de traitement. Nous travaillons ensemble, ils sont des partenaires, et l'on apprend beaucoup d'eux. »

La présence d'un interprète qui parle la langue du patient est importante. Il permet à ce dernier de mieux transmettre ses préoccupations et ses inquiétudes et d'être certain qu'il est bien compris. Il est préférable de faire affaire avec un interprète professionnel, estime la Dre Auger. « Nous ne devrions pas demander à un membre de la famille, à un ami ou même à un employé de traduire la conversation. Cela pourrait causer des problèmes de confidentialité. La traduction pourrait aussi manquer de précision. »

> *« Nous ne devrions pas demander à un membre de la famille, à un ami ou même à un employé de traduire la conversation. Cela pourrait causer des problèmes de confidentialité. »*
>
> – Dre Louise Auger

Le comportement du médecin peut, par ailleurs, être aussi important que la communication verbale. Par exemple, certains musulmans, hommes ou femmes, ne donneront pas la main à une personne du sexe opposé. « Quand je reçois une nouvelle famille et que la maman porte un voile, je donne la main à la femme et je regarde le père uniquement en souriant, à moins que lui ne me tende la main, souligne la Dre Auger. Il faut savoir comment approcher ces personnes. »

La clinicienne souligne aussi l'importance de la prévention chez les enfants. Elle revêt parfois des aspects particuliers chez les immigrants. « On voit des enfants qui portent une chaîne ou une corde autour du cou. Cela représente un symbole

dans certaines familles, mais, en même temps, cela constitue un risque d'étouffement. Il faut que l'enfant porte ces symboles au bras ou autour de l'abdomen. Nous devons donc en faire part aux parents avec délicatesse. » De même, la Dre Auger précise qu'il faut prévenir les brûlures, car, dans certains pays, on a l'habitude de faire des feux au sol. Il faut aussi discuter des possibilités de chutes, notamment à partir des fenêtres des maisons. Les enfants venus d'ailleurs ne sont pas nécessairement habitués à vivre dans des habitations construites en hauteur, etc.

Selon la Dre Auger, le médecin de famille qui reçoit des patients de différentes ethnies doit miser sur l'écoute, le respect des coutumes et des familles. Il doit aussi être capable de patience, parce qu'en général, particulièrement lors des premières visites, la consultation est longue, entre autres à cause du recours à l'interprète.

Mme Spyridoula Xenocostas

Formation interculturelle

Le Centre de recherche et de formation du centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Montagne a fêté son 20e anniversaire en décembre 2012. Il a été créé pour tenir compte de la diversité et de la complexité de la clientèle, de ses besoins et de ceux des professionnels de la santé et des services sociaux. « Des intervenants, dont des médecins, ont constaté que l'immigration leur pose des défis de taille », dit **Mme Spyridoula Xenocostas**, anthropologue et codirectrice du Centre de recherche.

Il ne faut pas craindre le terme « ethnicité », affirme Mme Xenocostas. Il n'a aucune connotation surréaliste, car chaque personne possède son identité propre en lien avec ses origines et, donc, sa culture. « On ne peut pas traiter tout le monde de la même manière, parce que le modèle biopsychosocial incite à tenir compte des particularités de chaque individu, peu importe son origine. La culture n'est jamais le seul facteur à considérer dans l'approche d'un patient. Le fait que l'on soit nouvellement arrivé, que l'on ne parle pas la langue, que l'on ne connaisse pas le système de santé du Québec, que l'on soit sans médecin de famille ou que l'on soit pauvre constitue des éléments importants. » L'anthropologue précise qu'il faut éviter de tomber dans le piège des stéréotypes ou des préjugés, ce qui peut conduire à un diagnostic erroné. « Il faut tenter de dédramatiser les valeurs et les chocs culturels entre le patient, le médecin et les autres professionnels de la santé », dit-elle.

Selon Mme Xenocostas, devant une impasse, le professionnel de la santé doit s'arrêter, réfléchir et se demander pourquoi ce que le patient lui dit le rend mal à l'aise. « Les intervenants doivent se mettre à la place du patient au lieu de porter uniquement leur chapeau professionnel. Cette attitude diminue le malaise », affirme-t-elle.

Enfin, selon les experts, il n'existe pas de recette magique pour soigner les patients venus d'ailleurs. L'important est de respecter ces personnes et leurs traditions et, surtout, d'être à l'écoute de leurs besoins particuliers.

Pour en savoir plus

Le Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne offre une formation de base destinée aux intervenants de la santé et des services sociaux, y compris les médecins, qui s'occupent des immigrants et des réfugiés.

Ce cours de deux jours a pour but d'outiller les participants qui ont des contacts avec la clientèle immigrante, réfugiée ou issue de l'immigration, à partir d'une approche pratique fondée sur des cas cliniques.

En outre, un document intitulé *Guide d'intervention clinique*, élaboré par le comité consultatif sur l'adaptation des services à la diversité culturelle du CSSS de la Montagne (juillet 2011) donne des réponses concrètes et utiles aux professionnels de la santé qui s'occupent de cette clientèle.

Pour plus de renseignements : 514 934-3505, poste 7609, *www.csssdelamontagne.qc.ca*

Références

1. Pottie K, Greenaway C, Feightner J et coll. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ* 2011 ; 183 (12) : E824-E925.
2. autre adresse Internet : *www.ccirhken.ca/ccirh/checklist_website/index.html*