



Le secret professionnel

ce qu'il faut savoir et savoir ne pas dire

Emmanuèle Garnier

Les renseignements sur les patients sont-ils les secrets les mieux gardés ? La loi et le Code de déontologie des médecins encadrent la confidentialité de ces informations. Cependant, certaines violations du secret professionnel sont parfois nécessaires. Dans quels cas peut-on transgresser ces règles sacrées ? Et dans quels cas les viole-t-on sans le vouloir ?

L'ATTITUDE DU PATIENT devant vous, un jeune toxicomane infecté par le VIH, vous inquiète. Il reste très évasif quand vous lui demandez s'il utilise toujours des condoms au cours de ses relations sexuelles. Sa nouvelle amie ne sait d'ailleurs pas encore qu'il est séropositif. Vous êtes déchiré entre le désir de la protéger et votre devoir de confidentialité.

« Quand ce que vous ressentez comme une obligation morale entre en conflit avec vos devoirs professionnels, il faut commencer par évaluer la situation et vous demander s'il s'agit de l'une des exceptions qui permettent de passer outre le secret professionnel », explique l'omnipraticien et avocat **Michel Desrosiers**, qui donne un atelier sur la confidentialité pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ).

Même si le secret professionnel est un concept sacré, il existe des brèches. « Vous devez vous demander si un mineur est dans une situation à risque. Sinon, est-ce que le comportement du patient pose un risque à court terme pour l'intégrité physique d'une personne identifiable ? Dans les deux cas, le médecin a la possibilité, selon

son code de déontologie, d'intervenir », explique le D^r Desrosiers également directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Et si le patient, pour se débarrasser de vos scrupules, vous affirme qu'il utilise toujours un préservatif lors de ses relations sexuelles ? Pouvez-vous vous satisfaire de l'assurance d'un patient peu fiable ?

Ayant traité de nombreux cas d'infections transmissibles sexuellement, le D^r **Yves Robert**, secrétaire au Collège des médecins du Québec, ne s'embarrasse pas de considérations philosophiques. « Il faut accompagner le patient. On lui donne un délai pour dire à sa conjointe qu'il est infecté par le VIH. S'il ne peut pas le faire tout seul, on lui propose de le faire avec lui. Au pire, si l'on n'obtient pas sa collaboration, on l'informe qu'on se doit de communiquer avec sa compagne et on le note dans le dossier. Il faut dire ouvertement et clairement au patient que sa conjointe va être prévenue. »

Les exceptions à la règle

Le secret professionnel concerne tout ce qui vient à la connaissance du clinicien dans l'exercice de sa



« Quand ce que vous ressentez comme une obligation morale entre en conflit avec vos devoirs professionnels, il faut commencer par évaluer la situation et vous demander s'il s'agit de l'une des exceptions qui permettent de passer outre le secret professionnel. »

— D^r Michel Desrosiers

profession. À cause de son statut de médecin, le patient lui confie en outre des informations très personnelles qu'il ne lui aurait pas révélées autrement. « La confiance est la fibre même de la relation professionnelle, elle impose donc au professionnel une lourde responsabilité pour la maintenir. Le professionnel doit respecter son obligation, même lorsque la relation professionnelle est terminée », estime l'avocat **Jean-Pierre Ménard**, dans son document électronique *Le dossier patient au Québec : confidentialité et accès*¹. « En pratique, le professionnel doit garder le secret sa vie durant, et ce, même si le client est décédé », ajoute-t-il.

Ainsi, même si les proches d'un patient cancéreux veulent désespérément savoir ce dont il souffre, le médecin ne peut rien leur dévoiler sans le consentement de ce dernier. Le clinicien ne peut non plus révéler le pronostic sans son accord.

1. www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm, site du Réseau juridique du Québec.

Ni donner des informations après le décès.

Il n'existe que deux situations qui permettent à un médecin de divulguer des renseignements protégés par le secret professionnel. Lorsque son patient le relève de l'obligation de confidentialité ou quand une disposition expresse de la loi le lui commande ou le lui permet. Cela concerne certaines déclarations à la Santé publique, à la Direction de la protection de la jeunesse, à la Société de l'assurance automobile du Québec, à la Commission de la santé et de la sécurité du travail, etc. (*voir article suivant*). Par ailleurs, le secret professionnel n'est pas un obstacle au partage des informations au sein d'une équipe traitante. Le patient y consent d'ailleurs implicitement.

Les vraies transgression de la confidentialité

Les véritables violations du secret professionnel sont généralement banales,

communes. Depuis trois ans, le D^r Robert donne aux résidents une séance de formation sur les aspects légaux, déontologiques et organisationnels de la pratique médicale au Québec. Chaque fois, il leur pose la même question : à quels endroits dans un hôpital peut-on connaître les diagnostics, les numéros de chambre et les noms des patients ? « Généralement, ils me répondent immédiatement : la cafétéria, la salle d'attente, etc. Cela montre qu'il y a un problème. Les étudiants prennent d'ailleurs conscience de la situation au moment même où ils répondent. »

Les entorses au secret professionnel sont parfois grossières. Un lundi matin, dans un service



D^r Yves Robert

d'urologie d'un grand hôpital de Montréal, une cinquantaine de patients s'entassent dans la salle d'attente. Le spécialiste, professeur de surcroît, arrive et s'adresse à eux : « ceux chez qui ça coule, à gauche, et ceux chez qui ça ne coule pas, à droite ». Le D^r Robert a vu la scène de ses

propres yeux. « On n'est pas dans les hautes sphères de la confidentialité. Pour le médecin, c'était normal et banal. »

Autre exemple tout aussi vrai. Un gynécologue-obstétricien, professeur également, sort de la salle d'examen et crie à l'infirmière à l'autre bout du couloir : « C'est pour le stérilet dans la salle 15 ». Quand la patiente est sortie de la pièce, tous les patients de la salle d'attente connaissent la raison de sa consultation. « Ce n'est pas un problème de confidentialité ça ? »

Ce qui menace le plus le secret professionnel ? « C'est la banalité du quotidien du médecin. Il s'imagine qu'il peut dire n'importe quoi, n'importe où parce qu'il est à l'hôpital ou dans sa clinique », déplore le D^r Robert.

Confidentialité et cliniques médicales

Le médecin est responsable non seulement de son comportement, mais aussi de celui de son

personnel. Des problèmes particuliers se posent d'ailleurs dans les cliniques médicales, qui ne sont pas soumises aux mêmes règles de gestion de la confidentialité que les établissements de soins.

Souvent, les médecins n'abordent pas explicitement la question du secret professionnel avec leurs employés. « Le personnel sait intuitivement que les renseignements avec lesquels il travaille quotidiennement sont confidentiels, mais il n'y a souvent pas d'encadrement ou de directives formelles », indique le D^r Desrosiers.

Il serait souhaitable que le personnel signe un engagement de confidentialité. « Ce document devrait stipuler que l'employé s'engage à ne pas révéler directement ou indirectement toutes les informations confidentielles dont il a eu connaissance. Cela comprend ce qu'il voit et entend, les renseignements contenus dans les dossiers médicaux, les conversations avec les patients, les échanges avec le personnel soignant, etc. L'entente doit être la plus explicite possible », conseille M^{me} Christiane Larouche, avocate à la FMOQ. L'accord doit également mentionner que sa durée est illimitée.

Le plus complexe est cependant l'instauration des moyens garantissant la confidentialité au sein de la clinique. « Les médecins doivent, par exemple, déterminer qui, au sein du personnel, peut consulter les dossiers et s'assurer que la conception de la salle d'attente limite l'accès à ces documents aux personnes autorisées », mentionne le D^r Desrosiers. En outre, il faut faire en sorte que les gens dans la salle d'attente ne puissent entendre les informations données au téléphone sur des patients ni voir un document reçu par télécopieur.

Les règles de fonctionnement de la clinique ne doivent pas non plus causer de violation de la confidentialité. « Aucun patient ne devrait avoir à donner verbalement la raison de sa demande de consultation à la réceptionniste devant les gens de la salle d'attente. Si l'on veut

(Suite à la page 14) >>>>



M^{me} Christiane Larouche

Photo : Emmanuelle Garnier

Photo : © Paul Labelle

◀◀◀ (Suite de la page 3)

ce renseignement, on peut donner au patient un papier sur lequel il inscrira le motif de sa visite. C'est ce que font certaines cliniques pour les consultations sans rendez-vous. Par ailleurs, une secrétaire ne devrait jamais obliger un patient non consentant à dévoiler la raison médicale de sa consultation », affirme M^e Larouche.

Les cliniciens devraient donc expliquer clairement à leurs employés les règles du secret professionnel, établir des balises et s'assurer que les consignes sont respectées. « Les précautions concernant la confidentialité des informations devraient faire l'objet d'un rappel tous les six mois de façon à montrer l'importance qu'on y accorde », conseille le D^r Desrosiers.

Attention aux ordinateurs

L'arrivée des dossiers médicaux électroniques crée de nouveaux défis en matière de secret professionnel. Déjà, des violations se sont produites. Des personnes qui n'avaient aucun motif professionnel de consulter des dossiers médicaux électroniques l'ont fait. L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) signale le cas de deux médecins sanctionnés pour cette intrusion.

Des fuites de renseignements se sont également produites. L'ACPM rapporte le cas d'une secrétaire engagée pour transcrire des rapports médicaux chez elle et dont l'ordinateur a cessé de fonctionner. La dame a ramené l'appareil au magasin et en a reçu un nouveau. L'employé qui l'a servie l'a assurée que son disque dur serait effacé. Mais cela n'a pas été fait et l'ordinateur a été revendu. Trois mois plus tard, le contenu du disque dur a été remis à une station de télévision qui a fait un reportage sur la sécurité des renseignements médicaux.

Devrait-on demander aux transcriptrices et aux techniciens qui réparent les ordinateurs de signer une entente de confidentialité ? « Ce serait logique de le faire », affirme M^e Larouche.

La protection des renseignements doit ainsi évoluer avec la pratique médicale. « Les règles qui concernent la confidentialité n'ont pas changé, mais les moyens de conserver l'information oui. Il faut maintenant s'adapter », affirme M^e Larouche. 📞

Révélation d'informations confidentielles

Plusieurs se demandent quand un médecin peut ou doit transmettre des informations confidentielles. Dans quelles situations faut-il l'autorisation du patient ? Dans quels cas considère-t-on que son consentement est implicite ?

Obligation de divulgation

Il existe plusieurs cas où la loi oblige le médecin à donner des renseignements sur son patient.

Tribunal

Le médecin appelé à témoigner n'a pas à craindre de briser le sceau de la confidentialité s'il est interrogé par l'avocat de son patient. On considère que ce dernier a alors renoncé implicitement au secret professionnel. « Cependant, lorsqu'il est interrogé par l'avocat d'un tiers, le médecin doit informer la cour qu'il n'a pas été relevé de son secret professionnel par son patient. Il doit donc indiquer qu'il ne pourra témoigner sans une ordonnance de la cour le relevant de son devoir de confidentialité », explique M^e Christiane Larouche, avocate à la FMOQ.

Mais que faire si un avocat se met à poser des questions indiscrettes sur des maladies sans lien avec la cause ? « Le médecin doit laisser les avocats faire leur travail. Ce n'est pas son rôle de juger de la pertinence des questions. Il doit se contenter d'y répondre. Si l'avocat de la partie adverse estime que son collègue va trop loin, il lui appartient d'intervenir », indique M^e Larouche.

Au cours du processus judiciaire, le risque de violation du secret professionnel est cependant réel. Mais à une étape précédente. Quand le médecin reçoit une citation à comparaître (*subpoena*). Lorsqu'il l'a en main, il lui est recommandé de communiquer avec l'avocat qui la lui a envoyée pour comprendre le contexte dans lequel il témoignera. C'est là que réside le danger. « La citation à comparaître ne relève pas le médecin

de son secret professionnel. Il peut uniquement discuter avec l'avocat des modalités entourant sa présence à la cour et lui demander pourquoi il doit témoigner. Il ne peut discuter du cas du patient », explique M^e Larouche. Et si l'avocat lui réclame le dossier médical, le clinicien ne doit pas le lui transmettre directement. Il lui faut au préalable obtenir l'accord du patient et, si ce dernier accepte, voir avec lui quelle partie envoyer. Le médecin devrait, par ailleurs, obtenir une autorisation écrite du patient et la verser au dossier.

Protection de la jeunesse

Dès qu'un médecin a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est compromis, il est tenu de le signaler au directeur de la Protection de la jeunesse. « Le médecin fera cependant affaire avec un travailleur social qui appartient à un ordre professionnel et est ainsi soumis à un code de déontologie et au secret professionnel », explique le D^r Yves Robert, secrétaire du Collège des médecins du Québec.

Santé publique

Le médecin doit déclarer au directeur de la Santé publique les cas d'intoxications, d'infections et de maladies inscrites sur la liste dressée par le ministre de la Santé. Il lui faut fournir le nom et l'adresse de la personne atteinte ainsi que le diagnostic. « Le directeur de la Santé publique est un médecin qui est soumis au même code de déontologie que le clinicien qui l'appelle et il doit lui aussi respecter le secret professionnel », indique le D^r Robert.

Autorisation de divulgation

Tiers en danger

Le Code des professions indique qu'un professionnel peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel pour prévenir un acte violent quand il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessure grave menace une personne identifiable. Le professionnel ne peut toutefois transmettre cette information qu'aux personnes exposées au danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

Le Code de déontologie des médecins exige

alors que le clinicien inscrive dans le dossier :

- ⊗ la date et l'heure de la communication ;
- ⊗ l'identité de la personne menacée ;
- ⊗ le nom de la personne à qui les renseignements ont été divulgués ;
- ⊗ l'acte violent qui devait être prévenu et l'imminence du danger ;
- ⊗ les renseignements communiqués.

« La menace trop floue ou imprévisible ne justifie pas la dérogation », indique toutefois l'avocat **Jean-Pierre Ménard**, dans son document *Le dossier patient au Québec : confidentialité et accès*¹. Et quand le médecin décide d'agir pour prévenir une agression, il ne doit donner que l'information requise.



M^e Jean-Pierre Ménard

« Il doit seulement mentionner que le patient a fait des menaces très concrètes à l'encontre de M^{me} Unetelle sans indiquer l'ensemble du contexte. Le clinicien n'a pas à ajouter qu'il s'agit d'un patient déprimé, qui a tel problème », dit le D^r **Michel Desrosiers**, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ.

Patient inapte à conduire

La loi prévoit que le médecin peut informer la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) du nom, de l'adresse et de l'état de santé d'une personne inapte à conduire et qu'il ne peut faire l'objet d'un recours en dommages-intérêts pour l'avoir fait. « Je pense que si l'on a des réserves sur les aptitudes à conduire d'un patient, il faut les lui communiquer avant d'en aviser la SAAQ », conseille M^e Larouche. Cette précaution pourrait éviter bien des problèmes. Dans le cas où le patient nie ses incapacités ou risque d'être très déstabilisé par l'annonce du retrait de son permis de conduire, on peut lui demander d'être accompagné d'un proche au moment où l'on prévoit en discuter avec lui.

Consentement implicite

SAAQ et CSST

La loi mentionne que la SAAQ ainsi que la Commission de la santé et de la sécurité

1. www.avocat.qc.ca/public/iidossiermedical2.htm, site du Réseau juridique du Québec.

au travail (CSST) peuvent obtenir d'un médecin des informations sur un patient qui fait une demande d'indemnisation. « Quand une personne fait une réclamation auprès de l'un de ces organismes, elle consent implicitement à ce que son médecin transmette l'information nécessaire pour traiter sa demande. Généralement, la CSST et la SAAQ ne produisent pas de consentement signé par le patient », explique le D^r Desrosiers. Le médecin ne doit toutefois communiquer que l'information qui est requise pour analyser le dossier. « Si la réclamation du patient concerne une fracture due à un accident, le médecin n'a pas à donner les éléments du dossier relatif à une infection transmissible sexuellement ou à une dépression qui n'a rien à voir avec l'accident ou qui n'affectera pas l'évolution de son état. »

Cas où le consentement du patient est nécessaire

Compagnies d'assurances

Que faire quand une compagnie d'assurances demande tout le dossier d'un patient ? « Le médecin ne doit pas répondre à ce type de demande de façon réflexe. Ce n'est pas parce que le patient a signé une autorisation qu'il a donné un consentement libre et éclairé », estime le D^r Robert.

Le médecin peut donc communiquer avec le patient et lui demander s'il veut vraiment que l'intégralité de son dossier soit transmise à la compagnie. Le clinicien peut lui rappeler les informations qui seront ainsi dévoilées et lui permettre de faire le tri. « La compagnie d'assurances demandera peut-être ensuite si on lui a donné tout le dossier. Le médecin peut alors répondre qu'il a communiqué toute l'information que le patient l'a autorisé à transmettre », indique le D^r Robert.

Il faut cependant être prudent. « Pour ne pas se faire reprocher par la compagnie d'assurances de l'avoir induite en erreur ou d'avoir camouflé des informations, le médecin doit préciser quelle portion du dossier il transmet », prévient M^e Larouche. Certaines compagnies ont poursuivi des médecins pour ces motifs. Le praticien doit donc indiquer dans une lettre que la section du dossier envoyée concerne telles années ou telles affections. Il faut ensuite inscrire dans le dossier du patient les renseignements qui ont été communiqués ainsi que la date et l'heure.

Le secret professionnel ne comporte finalement qu'un nombre limité d'exceptions. Elles sont encadrées à la fois par le *Code civil du Québec* et par le *Code de déontologie des médecins*. 📄



Le printemps est arrivé

et avec lui la période d'inscription au Tournoi de golf des fédérations médicales au profit de la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec

**Le tournoi aura lieu le lundi 26 juillet 2010
au club de golf Le Mirage, de Terrebonne**

Inscrivez-vous dès maintenant !

Informations et formulaire d'inscription
ou de don sur le site Internet de votre fédération.

fmoq.org fmeq.ca fmrq.qc.ca fmsq.org

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

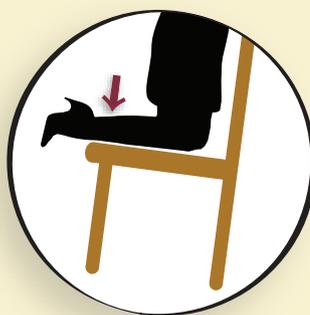
Mettre de l'ordre dans les articles à lire

Tous les médecins sont ensevelis par des montagnes de revues et d'articles médicaux à lire. Comment s'en sortir ? Le Dr Joël Girardin, omnipraticien de Saint-Jérôme, a mis au point une technique pour ne retenir que les textes les plus utiles.

Quand il reçoit une publication, le médecin en arrache les articles intéressants et les met sur sa pile de textes à lire. De cette manière, les articles les plus récents se trouvent sur le dessus et les plus anciens dans le bas. Le médecin commence par lire des textes dans la section du haut, mais il s'occupe aussi des autres. « Toutes les deux ou trois semaines, je feuillette les articles qui sont au fond de la pile et ceux qui m'intéressent particulièrement, je les sors et les lis », explique le Dr Girardin. Les textes qui, fois après fois, n'ont pas réussi à capter son attention finissent par se retrouver parmi les derniers. « Au bout d'un certain temps, j'enlève le fond de la pile et je la jette sans l'avoir lue », explique le généraliste qui fonctionne ainsi depuis environ cinq ans. **EG**

Évaluation du réflexe achilléen

Il n'est pas toujours facile d'évaluer le réflexe achilléen d'un patient assis sur la table d'examen. Pour faciliter le test, on peut demander à la personne de s'agenouiller sur une chaise. Dans cette position, la flexion plantaire de la cheville est plus évidente quand on frappe le tendon d'Achille. En outre, l'examen est plus facile à faire ainsi. **EG**



Un questionnaire pour être plus efficace

La D^{re} France de Carufel, médecin de famille de Laval, a trouvé un truc pour être plus efficace au cours des examens médicaux périodiques. Elle demande à ses patients de remplir un questionnaire avant la consultation.

Dans la première section, le patient peut inscrire ses préoccupations. Ensuite, il répond par oui ou non à vingt questions faisant un survol des appareils et des systèmes. On lui demande ainsi : Voyez-vous bien ? Entendez-vous bien ? Avez-vous des problèmes de digestion ? Y a-t-il des changements dans vos habitudes d'aller à la selle ? Avez-vous des douleurs à la poitrine ? Êtes-vous essoufflé ? Avez-vous des lésions de la peau qui vous inquiètent ? etc.

« Quand le patient me remet sa feuille, je vois immédiatement ses préoccupations et en même temps j'ai un aperçu de ses problèmes. Je peux accorder plus de temps à ces éléments », explique la D^{re} de Carufel.

Le questionnaire comprend également des questions sur la prévention : Faites-vous de l'exercice ? Allez-vous régulièrement chez le dentiste ? Avez-vous une saine alimentation ? Vivez-vous des stress particuliers ? **EG**

Renouvellement de l'Entente

la FMOQ explique ses demandes aux médias

Emmanuèle Garnier

À la veille des négociations pour le renouvellement de l'Entente générale régissant les conditions de pratique des omnipraticiens, la FMOQ a donné une conférence de presse pour expliquer sa position. « Pour nous, la prochaine entente est cruciale et historique pour l'avenir de la médecine familiale et du système de santé du Québec », a expliqué le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ.

La Fédération demande au gouvernement d'investir dans la médecine familiale, qui doit être le fondement du système de santé. Actuellement, la situation est difficile pour les omnipraticiens. Ils sont surchargés. La relève reste, par ailleurs, insuffisante. Les étudiants semblent peu attirés par la médecine familiale. Au cours des trois dernières années, 184 postes de résidence sont restés vacants. « Ainsi, 184 médecins qui auraient dû être des médecins de famille ne le sont pas. C'est plus de 200 000 Québécois qui n'ont pas accès à un médecin de famille », a expliqué le D^r Godin.

La FMOQ demande par conséquent au gouvernement :

- de réduire à 20 % l'écart moyen de rémunération

- entre les spécialistes et les généralistes ;
- d'accorder un financement adéquat aux cliniques médicales pour assurer leur survie ;
- d'offrir d'importants incitatifs à la prise en charge et au suivi des patients afin qu'un plus grand nombre de Québécois aient accès à un médecin de famille ;
- de faire en sorte que, quel que soit leur milieu de pratique, les médecins qui prennent en charge et suivent des patients reçoivent un soutien technique et administratif et l'aide d'autres professionnels de la santé ;
- de reconnaître le modèle unique de pratique des omnipraticiens du Québec qui travaillent en première et en deuxième ligne.

« Nous demandons au ministère de la Santé et des Services sociaux de répondre positivement à ces propositions qui représentent un investissement à terme d'environ 430 millions de dollars », a indiqué le président de la FMOQ.

Le plan proposé est important pour les généralistes. La situation s'est encore détériorée ces derniers mois. « Il manque maintenant 1100 omnipraticiens, alors qu'il en manquait 1000 l'an passé », a mentionné le D^r Godin. Et deux millions de Québécois n'auraient toujours pas de médecin de famille. Cela n'est pas sans conséquences.

Se battre pour la relève et pour les patients

En juillet, le **D^r Marc-André Asselin**, premier vice-président de la FMOQ, commencera sa quarantième année de pratique. Il n'y a pas une journée où on ne lui pose pas deux questions. « Docteur, vous ne prendrez pas votre retraite trop vite ? » Et comme il répond non, on lui demande immédiatement après : « Pourriez-vous prendre ma femme, mon fils ou ma fille comme patient ? » Le D^r Asselin est inquiet, parce que la pénurie de médecins risque de s'aggraver encore dans la métropole au cours des prochaines années. Une enquête menée en 2008-2009 a montré que 700 omnipraticiens en pratique active à Montréal étaient alors âgés de 55 ans et plus.

Le **D^r Claude Saucier**, deuxième vice-président, lui, va bientôt fêter ses 35 ans de pratique. Chaque jour, le médecin lavallois se fait lui aussi demander



D^r Marc-André Asselin, Louis Godin et Claude Saucier

Sondage

Les Québécois comprennent la gravité de la situation

Pour savoir ce que pensent les Québécois de la situation dans le domaine de la santé, la FMOQ a commandé un sondage à la firme Léger marketing. L'enquête révèle entre autres que la majorité des répondants pense que le gouvernement du Québec doit investir les ressources nécessaires pour que tous les Québécois aient accès à un médecin de famille, même si cela signifie qu'il faut retirer des ressources ailleurs. Et une majorité de Québécois estiment que la diminution de l'écart de rémunération entre les médecins de famille et les spécialistes doit être une priorité. « Ce que nous retenons de ce sondage, c'est que la population est sensible aux enjeux et à la gravité de la situation », a estimé le D^r Louis Godin, président de la FMOQ.

Résultats du sondage

Proportion de répondants en accord	Affirmation
93 %	Il est essentiel qu'un maximum de citoyens ait un médecin de famille et soit suivi par ce dernier pour assurer un bon système de santé.
90 %	La proportion de Québécois n'ayant pas de médecin de famille (25 %) est trop élevée.
89 %	Il est essentiel que le gouvernement du Québec offre une rémunération concurrentielle aux médecins de famille afin d'assurer la relève en médecine familiale.
89 %	Pour consulter un médecin de famille, je préfère aller dans une clinique médicale plutôt qu'à l'hôpital ou à l'urgence.
87 %	Le gouvernement devrait augmenter les ressources humaines et financières allouées aux soins et aux services offerts dans les cliniques médicales.
86 %	Le gouvernement doit agir pour remédier au fait qu'il manque plus de 1000 médecins de famille au Québec, sachant qu'il devra limiter l'allocation des ressources additionnelles ailleurs.
85 %	Le gouvernement du Québec doit investir les ressources nécessaires pour que tous les Québécois puissent avoir accès à un médecin de famille, sachant que cela impliquera le retrait de ressources ailleurs.
84 %	La difficulté d'accès à un médecin de famille pour tous les Québécois est un des principaux problèmes dans le domaine de la santé au Québec.
66 %	Au Québec, les médecins de famille gagnent en moyenne près de 130 000 \$ de moins par année que les médecins spécialistes. Diminuer l'écart salarial entre les médecins de famille et les spécialistes doit être une priorité dans le domaine de la santé.

Ce sondage téléphonique a été effectué du 12 au 21 février auprès d'un échantillon représentatif de 1000 adultes québécois. La marge d'erreur maximale est d'environ 3,1 %, 19 fois sur 20.

s'il va prendre sa retraite. « On me pose ensuite la question : « À qui allez-vous transférer mon dossier quand vous cesserez de pratiquer ? » Je n'ai pas de réponse, parce qu'il n'y a pas de relève. »

C'est cette situation qui va pousser les deux médecins à s'engager dans les négociations et

à tenter de régler les problèmes de la médecine familiale. « Je vais le faire pour les jeunes médecins qui arrivent en pratique et qui nous remplaceront. Et je vais le faire pour mes patients, pour qu'ils ne se retrouvent pas dans le lot de ceux qui n'ont pas de médecin de famille », a indiqué le D^r Asselin. ☞

Conférence de presse les omnipraticiens et les spécialistes appuient les infirmières

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Gaétan Barrette, M^{me} Régine Laurent et D^r Louis Godin

POUR LA PREMIÈRE FOIS, la FMOQ, la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) ont proposé ensemble des solutions aux problèmes du système de santé. Dans un mouvement de solidarité, omnipraticiens et spécialistes se sont d'ailleurs unis pour soutenir les demandes des infirmières.

« Le fait que les deux fédérations de médecins viennent appuyer les revendications des professionnelles en soins est historique », a dit, émue, **M^{me} Régine Laurent**, présidente de la FIQ. Une menace plane d'ailleurs sur les soins infirmiers. D'ici trois ans, 15 000 infirmières auront la possibilité de prendre leur retraite. « En ce moment, il en manque bien moins, et on a des problèmes. Il faut donc trouver des façons d'attirer les plus jeunes et de garder encore quelques années celles qui pourraient partir », a affirmé M^{me} Laurent.

Il y a quelques mois, la FIQ a soumis un projet

au gouvernement : le réaménagement du temps de travail. La nouvelle semaine ne comprendrait que quatre jours, mais chaque journée serait allongée à 8,25 heures. Cette solution devrait entre autres réduire le recours aux heures supplémentaires. « Cela nous permettrait de dire aux nouvelles infirmières : "Venez dans le réseau. Il y a moyen de travailler comme professionnelles en soins, mais aussi d'avoir une vie et d'arrêter d'être prise en otage par les heures supplémentaires obligatoires." »

La FIQ suggère également que l'on donne aux infirmières la possibilité de faire beaucoup plus d'actes dans le cadre de la loi 90. « Cela dégagerait les médecins, permettrait une fluidité de la clientèle dans le réseau et un suivi plus poussé des patients soit dans les groupes de médecine de famille (GMF), soit dans les établissements », a indiqué M^{me} Laurent. La présidente de la FIQ estime également qu'il faut faire plus de place aux infirmières praticiennes

spécialisées. « Ces infirmières qui suivent une formation encore plus poussée ne sont pas reconnues, ni valorisées puisqu'il n'y a pas de budget dans les établissements pour les intégrer réellement et leur assurer un salaire décent pour la fonction qu'elles pourraient occuper. »

Les omnipraticiens : régler les pénuries de personnel

Le président de la FMOQ, le D^r **Louis Godin**, pose le même diagnostic. Le système de santé est miné par les pénuries de personnel, qu'il s'agisse des infirmières ou des médecins. Et ce problème doit devenir une priorité. « Il faut s'assurer d'être attrayant et de retenir les gens qui sont là, mais il faut aussi travailler à de nouvelles façons de faire, à des modèles d'organisation qui sont soit à l'intérieur de l'hôpital, soit à l'extérieur pour avoir de la souplesse et maximiser notre travail. »

Dans le système de santé, la soupape de sécurité reste l'urgence. Quelque 2400 omnipraticiens y travaillent en collaboration avec des infirmières. « On ne peut pas vivre des situations où les salles d'urgence ne disposent pas de suffisamment d'infirmières. »

Aux yeux du président de la FMOQ, il faut par ailleurs faire de l'urgence le cœur du système de santé. Elle doit être soutenue par des services de soins en amont et en aval. « Il va falloir trouver à court terme des solutions pour que les Québécois aient un médecin de famille le plus rapidement possible. » Il faudra également des modèles de soins plus souples, que ce soit les cliniques, les GMF ou les cliniques-réseau. Le médecin de famille doit également être davantage soutenu dans son cabinet pour qu'il puisse mieux s'organiser et être plus accessible pour ses patients.

Les ordonnances collectives, qui permettent aux infirmières de faire plus d'actes dans le cadre de protocoles établis, constituent une solution utile. « Quand je travaille dans ma clinique, si je reçois l'aide d'autres professionnels, et particulièrement d'infirmières, je suis capable de faire plus de choses. Je peux prendre en charge plus de patients et être plus accessible », a indiqué le D^r Godin.

Les soins après l'urgence sont également importants. « Il faut que là aussi on ait les ressources nécessaires, que ce soit simplement le suivi dans la clinique médicale, à la maison, dans les soins de longue durée ou en réadaptation. Il faut investir dans le système. »

Les spécialistes : un débat de société s'impose

La pénurie de personnel va jusqu'à paralyser le système de santé. Que ce soit en oncologie, aux soins intensifs, au bloc opératoire ou à l'urgence, le manque d'infirmières est omniprésent. « Nous sommes rendus à un point où nous ne pouvons plus donner de soins de qualité à la population, parce qu'il nous manque des infirmières », a affirmé le D^r **Gaétan Barrette**, président de la FMSQ.

Le D^r Barrette, qui est à l'origine de la conférence de presse, offre aux infirmières un appui inconditionnel. Leurs revendications sont totalement justifiées, soutient-il. « Elles ne sont pas en assez grand nombre, parce qu'on ne leur donne pas des conditions de travail appropriées. » L'heure des choix est maintenant arrivée. « On a un méchant débat de société à faire : est-ce qu'on en veut des soins ou on n'en veut pas ? »

Mais comment financer toutes les mesures nécessaires ? Le gouvernement a bien trouvé 80 millions de dollars pour la fécondation *in vitro*, a souligné le président de la FMSQ. La semaine précédente, le ministre de la Santé devait dénicher un budget pour des lits en soins de longue durée afin de désengorger une urgence à Montréal. « Quand c'est politiquement rentable, on trouve l'argent. Quand ce ne l'est pas, on laisse sécher les gens et au bout de la ligne ; on laisse sécher les patients. » Le financement ne serait pas un problème, selon le D^r Barrette. « Cela fait deux mois qu'on fait des publicités pour vous montrer qu'on peut aller chercher de l'argent – pas nécessairement dans la poche du public – pour le faire. Parce qu'on a l'argent pour le faire. Le problème qu'on a aujourd'hui est politique. Il est celui de décider et de faire face à la situation. Et celle qui nous préoccupe actuellement est celle des infirmières. » 

Thèmes de formation continue des prochains numéros

- *Mai 2010*
**La prise
de décision médicale**

- *Juin 2010*
Visites en salle de réanimation

- *Juillet 2010*
Les soins périopératoires

- *Août 2010*
La médecine en CHSLD

- *Septembre 2010*
Le diabète

- *Octobre 2010*
Le sein

- *Novembre 2010*
Les troubles de la personnalité

- *Décembre 2010*
La médecine factuelle





Congrès de formation médicale continue

FMOQ

Avril 2010

22 et 23 **L'infectiologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mai 2010

13 et 14 **La pneumologie**
Hôtel Sheraton Laval, Laval

Juin 2010

3 et 4 **Urologie/Néphrologie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Septembre 2010

16 et 17 **Les aspects médico-légaux
et médico-administratifs
de la pratique**
Hôtel Delta Québec, Québec

Octobre 2010

14 et 15 **La médecine hospitalière**
Centre Mont-Royal, Montréal

Novembre 2010

11 et 12 **La psychiatrie**
Hôtel Delta Québec, Québec

Décembre 2010

2 et 3 **L'omnipratique
d'aujourd'hui à demain**
Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Question de maigrir

Du D^r Dominique Garrel



Maigrir, améliorer son image corporelle, se sentir mieux dans sa peau sont des défis importants pour plusieurs. C'est aussi le prétexte à une manne de données sur l'obésité. Mais qu'en est-il vraiment ? Un expert en ce domaine nous dit tout.

Dans cette réédition, le **D^r Dominique Garrel**, endocrinologue et chercheur au Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), fait le point sur

l'obésité, ses causes, son évolution et ses conséquences médicales et psychosociales. Il défait également les mythes et les fausses rumeurs sur le sujet, dénonce les régimes miracles dont celui de Montignac, de la clinique Mayo et de la D^{re} Kousmine. Le spécialiste répond également à de grandes questions, comme « Pourquoi engraisse-t-on ? » et « L'exercice physique fait-il maigrir ? » Il discute aussi de l'obésité en association avec l'âge, la santé, l'espérance de vie et propose un questionnaire permettant aux lecteurs d'évaluer leurs connaissances sur le sujet.

Bien sûr, l'alimentation est en cause. On n'a jamais vu un anorexique obèse. Le D^r Garrel fait donc une liste des aliments à faible, à moyenne et à haute teneur calorique. À son avis, ce n'est pas le pese-personne qui compte, mais l'équilibre énergétique. L'auteur précise que la solution durable à l'obésité est une approche multidisciplinaire. Selon lui, différentes études sur l'absorption intestinale et sur l'ensemble des phénomènes digestifs ouvrent de nouvelles voies de recherche. 

Marcel Broquet Éditeur, Saint-Sauveur, 2010, 180 pages, 19,95 \$

Les meilleures recettes pendant une chimiothérapie ou une radiothérapie

100 recettes santé vraiment délicieuses

*De José van Mil
et de Christine Archer-Mackenzie*



Le monde de la chef **José van Mil** a basculé lorsque son mari a reçu un diagnostic de cancer. Il allait avoir des séances de chimiothérapie et de radiothérapie, durant lesquelles il ne devait pas perdre de poids. Malheureusement, manger allait devenir pénible pour lui. La chef a alors mis au point une méthode avec l'aide de la

D^{re} Christine Archer-Mackenzie, radiologiste et psychologue spécialisée en oncologie.

Les traitements contre le cancer peuvent causer différents problèmes, comme une perte d'appétit, une modification du goût, des douleurs à la bouche, de la difficulté à déglutir ou des nausées. Les recettes de la chef en tiennent compte.

Dans un livre aux photos magnifiques, José Van Mil présente ses plats par textures : légère, onctueuse, tendre, liquide, croustillante ou ferme. Dans chaque section, elle propose des mets chauds et froids, salés et sucrés. Comme les traitements modifient le goût, la texture et la température de la nourriture deviennent particulièrement importantes.

Une bonne alimentation permet entre autres d'éviter la détérioration des tissus, de maintenir les forces et de réduire la toxicité des traitements. En outre, certains aliments contiennent des nutriments bénéfiques contre le cancer, comme les antioxydants. Avec tous ces éléments en tête, la chef a rassemblé une centaine de recettes appétissantes : gaspacho à la framboise, thon fouetté à l'orange, crème d'asperges et de crevettes, mousse au citron chaude, crème de champignons shiitake, carpaccio de fraises, etc. Le livre a initialement été publié en Grande-Bretagne sous le titre *Healthy eating during chemotherapy*.

Guy Saint-Jean éditeur, Laval, 2009, 176 pages, 24,95 \$

Veiller à la sécurité de son enfant

Francine Ferland



À quel âge peut-on donner un bain au bébé dans la baignoire ? Que faire pour rendre la chambre d'un bambin sûre ? Ergothérapeute et professeure à l'Université de Montréal, **M^{me} Francine Ferland** a écrit un petit livre pour permettre aux parents de rendre leur environnement familial plus sûr pour leurs enfants de moins de trois ans.

L'auteur aborde différents aspects de la sécurité. Il y a ainsi le bain. Ce n'est que vers cinq ou six mois, quand l'enfant sait s'asseoir, qu'il peut être mis dans la baignoire. En ce qui concerne le sommeil, la P^{re} Ferland explique l'importance de coucher l'enfant sur le dos et donne les caractéristiques d'un lit sûr. Pour l'alimentation, elle met en garde notamment contre les aliments durs, lisses, petits et ronds. L'auteure fournit également des informations intéressantes sur les divers accessoires pour le bébé : le parc, la poussette, la chaise haute, etc.

Par ailleurs, l'intérieur de la maison abonde en objets dangereux pour l'enfant : cordons de store, prises de courant, plantes toxiques, etc. M^{me} Ferland explique les aménagements à faire dans la cuisine, la salle de bain et la chambre pour les rendre sans danger. En ce qui concerne les animaux, de simples précautions, comme ne pas les laisser seuls avec l'enfant, suffisent souvent. 🐾

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2010, 84 pages, 9,95 \$