

Poursuite civile dans un cas de responsabilité médicale comment cela se passe-t-il ?

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock



Au Canada, un médecin peut s'attendre à être poursuivi en moyenne une fois dans sa carrière. L'an dernier, au Québec, 160 actions en justice ont été entamées contre des cliniciens et concernaient souvent chacune deux médecins. Que se passe-t-il pour eux ?

PARFOIS, TOUT COMMENCE comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu. Un jour comme les autres, un huissier se présente à la clinique ou à l'hôpital et remet à un médecin une enveloppe scellée. Une mise en demeure. Ou pire, une « requête introductive d'instance » qui annonce directement au clinicien qu'il est poursuivi. Un patient lui réclame un dédommagement pour une faute qui lui a causé un grave préjudice. L'événement peut remonter à presque trois ans en arrière. Pour le praticien, c'est un choc.

« Les médecins sont des gens extrêmement dévoués pour leurs patients, qui travaillent dans des conditions difficiles avec un manque de ressources. Ils ont vraiment à cœur la santé de leurs patients. Donc, lorsque des événements indésirables arrivent, ils le ressentent comme un échec. Et quand ils reçoivent la procédure, c'est très difficile pour eux de lire des allégations parfois très dures comme "il a fait preuve de négligence grossière, d'incurie, n'a pas agi selon les règles de l'art" », dit M^e **Emmanuelle Poupart**, associée au sein du cabinet McCarthy Tétrault, l'une

des firmes d'avocats qu'emploie l'Association canadienne de protection médicale (ACPM).

Mais de l'autre côté de la médaille, il y a un patient qui souffre. Le bébé qui aura un retard mental à cause d'une erreur obstétricale, la femme dont le cancer a été découvert trop tard, le jeune adulte maintenant atteint d'hémiplégie en raison d'une négligence médicale, l'homme devenu incontinent après l'ablation inutile de la prostate, l'enfant qui restera handicapé à la suite de mauvais soins. Les situations sont multiples.

Le dommage lié à une faute médicale

À Montréal, dans leur étude de la rue Hochelaga, M^e **Jean-Pierre Ménard** et ses collaborateurs reçoivent chaque jour une dizaine d'appels de patients en colère. Dans un bâtiment cubique et sobre, les dix-sept avocats spécialisés effectuent la moitié des poursuites contre des médecins au Québec. Tous munis d'une maîtrise en droit de la santé, ou en voie de l'obtenir, ils disposent d'une armée de quelque 250 experts pour les épauler :



« Après un événement indésirable, juste le fait de faire fi de ce que les patients disent et de ne pas prendre de temps avec eux peut motiver des poursuites. »

– M^e Emmanuelle Poupart

médecins de toutes disciplines, pharmaciens, chiropraticiens, infirmières, etc.

Les avocats analysent minutieusement chacun des cas qu'on leur soumet. Ce qu'il faut pour poursuivre un clinicien ? Une faute, un dommage et un lien de causalité entre les deux. Un médecin qui commet une faute sans provoquer de dommage ne peut être poursuivi. Et il faut prouver que le préjudice découle directement de l'erreur.

Le cabinet Ménard, Martin Avocats n'entame qu'environ 150 actions en justice par année contre des professionnels de la santé. « Quand on part avec un dossier bien évalué, on obtient un règlement dans 75 % à 80 % des cas », affirme M^e Ménard. Pour parvenir à ce résultat, le processus d'analyse est très rigoureux.

Le patient qui appelle au cabinet parle d'abord à un avocat à qui il raconte son histoire. Le procureur détermine alors si les conditions requises pour une poursuite sont réunies : faute commise au Québec, événement remontant à moins de trois ans, préjudice causé directement

par une erreur médicale, etc. Puis une rencontre est organisée pour approfondir le dossier. S'il semble possible d'obtenir une indemnisation, l'avocat fait venir le dossier médical du client et le soumet à l'un de ses médecins experts. Lorsque le rapport est concluant, l'avocat dépose une requête introductive d'instance et le signifie au médecin. Dans d'autres firmes, les procureurs commencent plutôt par envoyer d'abord une mise en demeure.

Du côté de la défense, c'est alors le branle-bas de combat. Dans les bureaux du 1000 de la Gauchetière Ouest, à Montréal, M^e Emmanuelle Poupart consacre environ 70 % de sa pratique à la défense des médecins. Chaque année, le cabinet McCarthy Tétrault ouvre en moyenne 180 nouveaux dossiers civils pour des cliniciens¹. « Dès qu'une mise en demeure est envoyée, on agit comme si c'était une action en justice. On obtient les dossiers médicaux pour pouvoir les analyser

1. Donnée qui ne comprend pas les poursuites à la cour des petites créances.



« Les gens acceptent que leur médecin se trompe, mais pas que leur médecin les trompe. »

– M^e Jean-Pierre Ménard

avec les experts et déterminer si c'est un dossier pour lequel on va proposer un règlement ou, au contraire, que l'on va défendre devant les tribunaux. » M^e Poupart ne recourt pas à une banque fermée d'experts, mais engage plutôt le spécialiste qui convient le mieux à son dossier.

De nombreuses poursuites abandonnées

Rien n'est joué *a priori*. Les circonstances d'un événement indésirable ou d'une complication doivent être minutieusement étudiées pour évaluer une cause. Parce que parfois les apparences sont trompeuses. Par exemple, une patiente atteinte du cancer reproche à son médecin d'avoir omis de lire les résultats de sa mammographie. Sa tumeur, qui y apparaissait clairement, n'a été traitée qu'un an plus tard. « Dans ce cas, on a possiblement un problème sur le plan de la faute. Mais l'analyse ne s'arrête pas là. Il faut se demander si le retard de diagnostic a effectivement entraîné des dommages. Si un expert nous dit que c'était un cancer extrêmement agressif et que

même si l'on avait commencé le traitement plus tôt cela n'aurait rien changé au pronostic de la patiente, à ce moment-là, le médecin peut être exonéré », explique M^e Poupart.

Quand l'avocat du clinicien estime que la cause est défendable devant les tribunaux, il indique à la partie adverse qu'il est prêt à faire face à un procès. Et c'est généralement son client qui en sort gagnant. Le fardeau de la preuve est particulièrement lourd pour le patient qui a trois éléments à prouver – la faute, le préjudice et le lien causal entre les deux – alors que le praticien n'a qu'à en discréditer un seul. En 2009, au Québec, 88 % des jugements dans les cas de responsabilité médicale ont été favorables aux cliniciens². « Ce taux de succès s'explique par le fait qu'on ne décide de plaider un dossier que lorsqu'on a une bonne cause », mentionne M^e Poupart.

Par contre, lorsque l'avocat du médecin évalue

2. Données de l'ACPM

(Suite à la page 14) >>>

◀◀◀ (Suite de la page 3)

qu'il sera difficile de convaincre un tribunal que son client a agi selon les règles de l'art, il propose un règlement au demandeur. Aucune responsabilité ne sera alors attribuée au praticien. « L'un des avantages pour le médecin est également qu'il n'y a pas de dépôt de procédures judiciaires qui sont du domaine public », dit l'avocate. Les médias n'auront ainsi jamais la possibilité de s'y intéresser.

En 2009, au Québec, un règlement est survenu avant la tenue du procès dans 43 % des poursuites contre un médecin, selon les données de l'ACPM. Par contre, dans 39 % des cas, les causes ont été rejetées ou abandonnées. Cela peut être dû à un dossier initialement mal évalué ou qui n'a pu être analysé à cause du délai de prescription qui expirait sous peu. Dans seulement 18 % des causes, un procès a eu lieu.

Les causes de poursuites les plus fréquentes

La loi ne demande pas au médecin d'avoir une pratique parfaite. Les tribunaux acceptent qu'il puisse commettre des erreurs de jugement ou que le résultat obtenu ne soit pas celui auquel on s'attendait. Cependant, ils imposent au clinicien une « obligation de moyens ». « C'est-à-dire qu'il a l'obligation de prendre les moyens pour arriver à l'objectif visé. Il doit agir comme agirait un médecin prudent et diligent placé dans les mêmes circonstances », indique M^e Poupard.

Les causes de poursuites les plus fréquentes ? Il y a entre autres les résultats de tests non lus. « Un exemple est la cytologie. J'en ai quelques cas chaque année », indique M^e Ménard, qui enseigne aussi à l'Université de Sherbrooke et à l'Université de Montréal. Les problèmes de diagnostic sont également fréquents, en particulier pour le cancer du sein et le cancer colorectal. « En tant qu'avocat, on regarde si le médecin a bien passé en revue les antécédents médicaux, a réalisé un examen physique adéquat, a prescrit

les tests et les consultations nécessaires, a interprété les résultats correctement et a vérifié son diagnostic », indique l'avocat.

Un omnipraticien peut aussi être poursuivi pour avoir trop tardé à adresser un cas complexe à un spécialiste. « Tant que le généraliste ne le fait pas, il doit assurer la même qualité de soins que le spécialiste. C'est alors beaucoup plus difficile pour lui de se défendre s'il y a un problème », dit M^e Ménard. Les congés hâtifs peuvent également faire l'objet d'un recours en justice. « Quand un médecin donne congé

à un patient, il fait un geste légal extrêmement important. Il atteste que l'état du patient ne requiert plus un environnement hospitalier. »

Un certain nombre de poursuites visent par ailleurs l'exécution du traitement. « Il peut y avoir des complications après un traitement ou une petite chirurgie », dit M^e Poupard. Au cours des accouchements, des problèmes peuvent également survenir. « Le médecin, par exemple, n'interprète pas bien le tracé du monitoring foetal »,

indique l'avocate. Le manque de communication et les problèmes relatifs aux médicaments entraînent aussi un certain nombre d'actions en justice. Les poursuites touchent finalement les aspects les plus divers de la médecine.

Un processus long et coûteux pour le patient

Qu'est-ce qui pousse un patient à poursuivre son médecin ? Ce n'est ni la vengeance, ni le désir de s'enrichir, affirme M^e Ménard. Au Québec, gagner un procès n'est pas comme gagner à la loterie. Les règles du jeu y sont différentes de celles des États-Unis. « Dans ma pratique, je ne vois pas de course aux millions. On explique comme il faut aux clients que les tribunaux ont tracé des barèmes bien précis. Tel type de préjudice donne droit à tant. Et si on a une poursuite qui vaut 100 000 \$, on ne va pas réclamer 20 millions. »

Le patient doit d'ailleurs être déterminé pour

En 2009, au Québec, un règlement est survenu avant la tenue du procès dans 43 % des poursuites contre un médecin, selon les données de l'ACPM. Par contre, dans 39 % des cas, les causes ont été rejetées ou abandonnées. Dans seulement 18 % des causes, un procès a eu lieu.

entamer une action en justice. L'entreprise risque d'être longue et chère. Tout le processus prend en moyenne de deux à quatre ans et peut coûter, selon la complexité du cas, de quelques milliers à plusieurs dizaines de milliers de dollars, s'il y a un procès. « Contrairement à ce que les gens pensent, nous ne fonctionnons pas comme certains cabinets d'avocats américains qui prennent un pourcentage plus ou moins important sur la somme obtenue sans que le client n'ait à déboursier pour sa cause. » Pour réduire les coûts et rendre les poursuites plus accessibles, M^e Ménard et ses associés ont adopté une série de mesures, dont l'utilisation de protocoles pour gérer les dossiers. « On a réussi à faire baisser le coût de la poursuite de façon assez spectaculaire. C'était une des grandes difficultés pour les patients. »

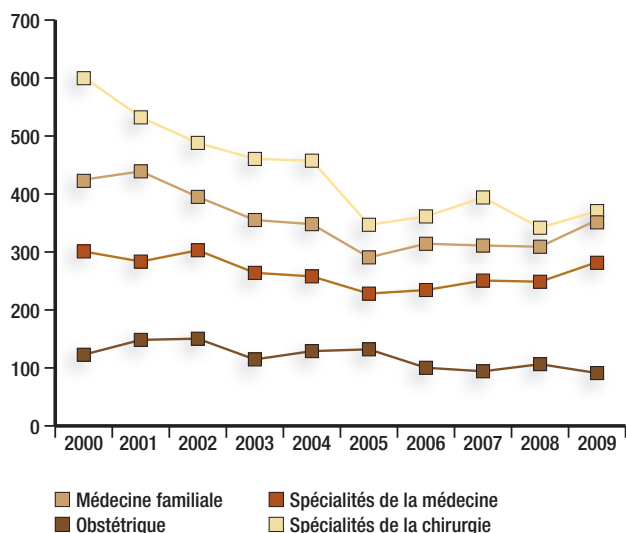
Les bienfaits de la transparence

Si ce n'est pour l'argent, pourquoi alors les patients poursuivent-ils leur médecin ? « Le principal facteur qui attire les gens dans nos bureaux est l'imputabilité. Ils n'ont pas été traités comme il faut et ils veulent que cela se sache. À cela s'ajoute le fait que les médecins peuvent avoir un comportement qui entraîne des poursuites, comme le manque de transparence et la mauvaise communication », note M^e Ménard.

M^e Poupart a la même vision de la situation. « Après un événement indésirable ou une complication, juste le fait de faire fi de ce que les patients disent et de ne pas prendre de temps avec eux peut motiver des poursuites. Lorsque le médecin prend la peine de s'asseoir, d'expliquer ce qui est arrivé, pourquoi le problème est survenu, de répondre aux questions des patients et d'être empathique, cela fait toute la différence du monde. »

Évidemment, être impliqué dans un événement indésirable plonge le professionnel de la santé dans une situation très inconfortable. Il ne sait souvent trop comment se comporter. « Le médecin peut dire : "Écoutez, il est arrivé un accident pendant le traitement et je m'en excuse infiniment. Ne vous inquiétez pas. On va prendre soin de vous". Cette attitude n'empêchera pas les poursuites, mais cela en diminuera de beaucoup la possibilité et réduira l'acrimonie des patients », indique M^e Ménard.

Action en justice entamée entre 2000 et 2009 au Canada, selon le genre de pratique



Source : Rapport annuel 2009, ACPM

L'avocat se souvient de l'une de ses clientes qui a intenté un recours contre son gynécologue-obstétricien. Le médecin l'avait suivie pendant des années, lui avait permis d'avoir trois enfants malgré ses problèmes de fertilité et devait lui faire une ligature de trompes après son dernier accouchement. Six mois après l'opération, elle retourne le voir... enceinte. Visiblement mal à l'aise, le clinicien lui explique qu'une des trompes a dû se réanastomoser. Méfiante, la patiente se rend aux archives consulter son dossier. Et là, elle tombe sur le rapport du pathologiste qui indique qu'une veine a été ligaturée à la place de la trompe droite. Le médecin avait négligé de lire le document. La patiente l'a alors poursuivi.

« Quand la dame est venue chercher l'argent après le jugement de la cour d'appel, elle m'a dit : "je suis contente d'avoir gagné, mais cela m'a fait de la peine de poursuivre ce médecin, parce que c'était un bon médecin. Savez-vous pourquoi je l'ai fait ? Parce qu'il m'a caché la vérité. S'il m'avait seulement dit qu'il s'était trompé, jamais je ne l'aurais poursuivi" », relate M^e Ménard. Le procureur a d'ailleurs tiré de cette cause une maxime : « Les gens acceptent que leur médecin se trompe, mais pas que leur médecin les trompe. »

La clé du succès est dans le dossier



Photos : Emmanuelle Garnier

D^r Michel Desrosiers

Devant la loi, il ne faut pas seulement bien pratiquer, il faut aussi pouvoir le prouver. « On risque d'être poursuivi au moins une fois dans notre carrière. Et on ne sait pas quand cela va arriver. Il faut donc s'en remettre à la bonne tenue de nos dossiers. Cela va probablement être notre meilleur atout », explique le D^r Michel Desrosiers, médecin et avocat, qui a conçu un exposé sur la responsabilité professionnelle pour la FMOQ.

Le dossier du patient est un élément clé dans un recours judiciaire. C'est souvent à partir de ce document que les avocats du patient décideront de poursuivre ou non le médecin, que les experts détermineront s'il y a eu faute ou non, que les procureurs du clinicien trouveront les arguments pour le défendre.

« Il ne faut pas tout marquer, mais on devrait remplir le dossier de façon à faire comprendre notre raisonnement clinique », explique le directeur des Affaires professionnelles de la FMOQ. Le médecin doit ainsi inscrire les principaux éléments qui ont servi de base à ses conclusions. « Plusieurs médecins se contentent de noter les éléments positifs qui les ont amenés à poser leur diagnostic, mais ils devraient aussi mentionner les éléments négatifs pertinents », précise le D^r Desrosiers, qui a déjà été médecin expert.

En ce qui concerne le traitement, il est préférable d'indiquer non seulement pourquoi on a choisi l'option A, mais aussi la raison pour laquelle on l'a préférée à l'option B. « En outre, si l'on fait un choix qui n'est pas optimal, on devrait expliquer nos motifs. Si cela vient d'une demande de patient, mieux vaut l'inscrire et ajouter sa raison par précaution », dit le D^r Desrosiers.

La conduite du médecin doit par ailleurs être cohérente avec ce qu'il écrit dans le dossier. S'il indique : « éliminer la possibilité de telle affection », il doit prendre les mesures pour le faire. Parfois, certains médecins utilisent cette expression pour parler de la faible possibilité d'un problème grave. « Si le médecin pense que cette affection est très peu probable, il devrait plutôt marquer : "Problème X possible, mais très improbable pour telle raison." »

Deux boulets aux pieds

Dans un procès où la parole du médecin s'oppose à celle du patient, un bon dossier est l'élément qui pourra renverser l'avantage dont dispose la poursuite sur le plan de la crédibilité. « Un médecin peut voir dans sa journée de vingt à trente patients. Le patient, lui, n'a vu qu'un médecin. Il a donc généralement un souvenir vif de ce que le clinicien lui a dit ou ne lui a pas dit, de ce qu'il lui a prescrit ou fait. Le médecin est donc désavantagé s'il ne se fie qu'à sa mémoire. Par contre, s'il peut s'appuyer sur un bon dossier sa crédibilité en est rehaussée », indique le D^r Desrosiers.

La qualité du dossier est importante. « Quand le dossier est mal tenu, le médecin part avec deux boulets aux pieds. C'est d'ailleurs frappant de voir à quel point une mauvaise pratique est superposable à un mauvais dossier », affirme M^e Jean-Pierre Ménard, avocat qui défend les patients.

Il ne faut par ailleurs surtout pas essayer d'améliorer les choses a posteriori en modifiant les notes du dossier. « C'est un suicide professionnel. Cela tue la crédibilité d'un médecin », ne cache pas M^e Ménard. Le subterfuge va d'ailleurs être rapidement éventé. Parce que la poursuite a souvent depuis longtemps en main une copie du dossier original.

Heureusement, depuis dix ans, le nombre d'actions en justice contre les cliniciens diminue. Aujourd'hui, un médecin a 50 % moins de risque d'être poursuivi pour des raisons professionnelles qu'en 2000, selon l'ACPM. Pourquoi ? Probablement parce que l'amélioration des soins médicaux a réduit le nombre d'événements indésirables. Il y a également maintenant une plus grande prise de conscience de l'importance de la sécurité des patients. Les méthodes de gestion

des risques sont également plus efficaces. La divulgation des événements malheureux aux patients est aussi plus systématique, énumère entre autres l'organisme dans son dernier rapport annuel. « La diminution d'actions en justice depuis dix ans s'applique à tous les genres de pratique, que ce soit la médecine familiale, l'obstétrique, la chirurgie ou les diverses spécialités », précise un représentant de l'ACPM. 📄



plus de médecins consultent pour la première fois

Emmanuèle Garnier



D^{re} Anne Magnan

En 2009-2010, le nombre de médecins qui ont communiqué pour la première fois avec le Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ) a fortement augmenté. Une hausse de 21 % chez les omnipraticiens et de 44 % chez les spécialistes par rapport à l'année précédente (tableau).

« Chez les spécialistes, l'accroissement est vraiment énorme. Les nouveaux cas sont constitués de gens qui n'avaient jamais osé communiquer avec nous et qui connaissaient donc plus ou moins le programme. J'ai vraiment l'impression que la glace vient d'être rompue

du côté des spécialistes. Les médecins de famille, eux, ont plus de facilité à nous consulter », affirme la D^{re} Anne Magnan, directrice générale du PAMQ.

Le nombre total de demandes d'aide au Programme, soit 464, est cependant resté similaire à celui de l'an dernier, qui était de 451. L'augmentation des nouveaux cas a été contrebalancée par la diminution des cas réactivés, c'est-à-dire des personnes qui ont redemandé de l'aide au PAMQ après avoir été pendant plus de deux ans sans contact avec l'organisme.

La sursollicitation

D'où vient la détresse des médecins ? « Les conditions de travail ne sont pas plus difficiles qu'avant. Les cliniciens ne nous disent pas que c'est pire que c'était, mais que cela fait longtemps

Comparaison des demandes d'aide du 1^{er} juin 2004 au 31 mai 2010

Nouveaux cas	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Médecins omnipraticiens	67	94	100	98	95	115
Médecins spécialistes	62	74	55	56	73	105
Médecins résidents	82	78	75	95	102	99
Étudiants	14	21	28	11	9	15
Anonymes	0	0	0	0	0	1
Famille	17	16	17	5	11	13
Cas réactivés (toutes catégories)	41	79	72	84	116	92
Soutien à la démarche d'entraide	30	33	22	41	45	24
Total	313	395	369	390	451	464

que ce n'est pas vivable », affirme la D^{re} Magnan.

Un médecin de famille confiait, par exemple, que bien des patients lui demandaient de prendre en charge leur conjoint, leur mère ou leur père qui se trouvait tout à coup sans médecin de famille. Il s'agissait souvent de gens vraiment malades qui avaient besoin de soins. L'omnipraticien, déchiré, était cependant obligé de refuser parce qu'il était débordé. « Les médecins me disent que ça, c'est tuant. Ils ont le sentiment d'aller contre leur serment d'Hippocrate », indique la directrice du PAMQ.

Dans presque tous les lieux de pratique, les cliniciens tant omnipraticiens que spécialistes ont la sensation pénible de ne pouvoir répondre à la demande. « Que ce soit à l'urgence, qui est toujours débordée, ou dans d'autres milieux, où le fonctionnement est déficient ou dans lesquels les instruments de travail ne sont pas assez efficaces, les médecins ont le sentiment de ne pas voir autant de patients qu'il le faudrait. » Les demandes pertinentes sont trop nombreuses. Les cliniciens se sentent ensevelis. Même les résidents sont sursollicités.

La difficulté du retour partiel à la pratique

Le PAMQ remarque qu'un nouveau phénomène semble se dessiner. La difficulté de réinsertion des médecins revenant au travail avec des limitations.

Après un arrêt, plusieurs sont incapables de reprendre une tâche pleine. Certains ne peuvent plus travailler la nuit, d'autres doivent réduire le nombre d'heures de pratique ou encore abandonner certaines activités. Ils se butent alors souvent à un système incapable de les accueillir. « C'est sûr que, dans un hôpital, cela cause un problème si un médecin a une restriction. Les établissements ne sont pas équipés pour faire face à cette situation. Ils n'ont pas assimilé le concept qu'un médecin peut donner des services intéressants à 70 % de sa clientèle. Il va donc souvent y avoir des pressions pour que le clinicien parte. » Auparavant, c'est ce qui se produisait. Les médecins en difficulté abandonnaient souvent la pratique hospitalière à leur retour au travail. Mais maintenant leur nombre est plus important. Ils sont de plus en plus nombreux à devoir faire une pause et à désirer, à leur retour, des accommodements pour reprendre la pratique. Même pour les résidents, le retour progressif est difficile à obtenir.

L'année 2009 a, par ailleurs, été difficile sur le plan des suicides. Le Programme a été mis au courant de quatre cas de médecins qui se sont enlevé la vie. Par comparaison, de 1992 à 2004, le nombre annuel de suicides chez les cliniciens était de 2,2, selon les données du coroner **Pierre Gagné**. L'année 2009 a ainsi été aussi meurtrière que 1995, 1996 et 1997 où le taux de suicide s'était accru chez les médecins. ☹

Tournoi de golf des fédérations médicales

145 000 \$ pour le PAMQ

Le tournoi de golf des fédérations médicales du Québec, qui s'est tenu le 26 juillet dernier, a permis de recueillir 145 000 \$ pour la Fondation du Programme d'aide aux médecins du Québec (PAMQ). La somme amassée dépasse de 10 000 \$ celle de l'an dernier. Le président du PAMQ, le D^r **William Barakett**, est très heureux du résultat. « Le Programme d'aide est toujours en quête de fonds à cause de la croissance du nombre de médecins qui y font appel. La pénurie de médecins contribue à la surcharge des cliniciens, et cette surcharge les fragilise. Beaucoup de facteurs font en sorte que les médecins s'épuisent », indique le D^r Barakett.

C'est la cinquième année que la Fédération médicale étudiante du Québec, la Fédération des médecins résidents du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) se réunissent pour organiser le tournoi de golf. L'équipe gagnante se composait du D^r **Claude Martin** (Association canadienne de protection médicale), de **M. Benoit Byette** (McCarthy Tétrault) et de **M. Simon Beauchesne-Paquette** (McCarthy Tétrault).



Les D^{rs} **William Barakett** (président du PAMQ), **Louis Godin** (président de la FMOQ), **Marc-André Asselin** (vice-président de la FMOQ) et **Pierre Raiche** (directeur de la Formation professionnelle à la FMOQ) formaient l'une des 40 équipes participantes.

Photo : © Patricia Kéroack, FMSQ

La campagne d'information continue... dans les cliniques et les CLSC

Emmanuèle Garnier



À la fin de septembre, la FMOQ enverra aux cliniques de médecine générale et aux CLSC des tracts destinés aux patients. Ces demi-feuilles cartonnées comporteront d'un côté un mot du président de la FMOQ, le D^r Louis Godin.

De l'autre, on y trouvera des statistiques sur la crise en médecine familiale et la difficulté d'accès à un médecin de famille, accompagnées des solutions que propose la Fédération. Au bas de la page, les patients seront invités à consulter le site Internet de la FMOQ ainsi que sa vitrine sur YouTube (www.youtube.com/medecindefamille) qui, en plus de présenter le documentaire *Diagnostic*, comprendra de nouveaux ajouts.

« Le but est de sensibiliser le public au message de la Fédération », explique M. Jean-Pierre Dion, directeur des Communications à la FMOQ. Les tracts peuvent être placés à la réception, dans la salle d'attente ou encore être remis en mains propres aux patients. « Certains médecins nous ont dit qu'ils aimeraient pouvoir, en quelques secondes, donner en référence un document ou un site Internet aux patients qui se posent des questions sur l'organisation des soins et la situation difficile. Ce feuillet peut être un bon outil d'information. »

Selon M. Dion, il est important qu'à l'automne, moment où reprendront les négociations avec le gouvernement, les patients puissent être bien informés de la situation.

Cet été, la FMOQ a déjà envoyé aux cliniques et aux CLSC l'affiche faisant la promotion du documentaire *Diagnostic* sur YouTube qui montre le quotidien parfois difficile de cinq omnipraticiens. Plusieurs centres médicaux ont posé l'annonce. « Les omnipraticiens se sont reconnus dans cette vidéo. Cela va être utile à moyen et à long terme que les médecins continuent de faire la promotion de ce documentaire de grande qualité. » Sur le plan des communications, la FMOQ prévoit d'autres actions au cours de l'automne.



M. Jean-Pierre Dion

Photo : Emmanuèle Garnier

Services non assurés et frais accessoires nouvelle grille de tarifs

Emmanuèle Garnier

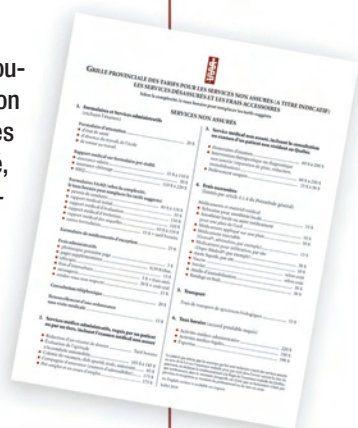
La FMOQ propose à titre indicatif une nouvelle grille de tarifs pour les services non assurés, les services désassurés et les frais accessoires. Le document plastifié, ensaché avec le présent numéro du *Médecin du Québec*, ne comporte que quelques changements par rapport à celui de l'an dernier.

La grille 2010 suggère des tarifs pour les quatre nouveaux formulaires de la Société de l'assurance automobile du Québec :

- le rapport médical initial : 35 \$;
- le rapport médical d'évaluation : 110 \$;
- le rapport médical d'évolution : 110 \$;
- le rapport médical des séquelles : de 65 \$ à 110 \$.

Le taux horaire pour les activités médicolégales passe, par ailleurs, de 275 \$ à 350 \$.

On peut trouver la grille en français et en anglais dans le site de la Fédération au www.fmoq.org (onglet rémunération > services non assurés et CSST).



pratico-pratique

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

Coller une plaie sans coller les gants

Fermer une plaie linéaire avec de la colle cyanoacrylate peut être plus compliqué que prévu. En tenant les deux lèvres de la plaie d'une main et appliquant la colle de l'autre, on risque d'y coller les gants. « Pour éviter ce problème, on peut d'abord poser des Steri-Strip pour tenir la plaie fermée, puis appliquer ensuite la colle. Cette méthode évite de rouvrir la blessure en essayant de décoller les gants », explique le D^r Jacques Rivest, omnipraticien au CLSC Saint-Jean-Port-Joli.

Le clinicien utilise ce truc depuis plus de dix ans. Il en a eu l'idée après la mésaventure d'une de ses collègues dont l'un des gants était resté collé dans le visage d'un enfant. Le D^r Rivest avait déjà employé des bandelettes autocollantes pour ne pas s'engluer les doigts avec de la colle cyanoacrylate quand il avait construit un planeur téléguidé en balsa. Il a simplement transposé cette méthode à sa pratique médicale. **EG**

La délicate discussion sur les niveaux de soins

M. X venait d'amener son père contre sa volonté dans un centre d'accueil. En sortant de la chambre du vieil homme, il était bouleversé.

En passant devant le poste, M. X croise le médecin qui se présente. Puis le clinicien lui demande s'il faut ramener son père en cas d'arrêt cardiaque. M. X explose alors : « J'ai amené mon père ici pour qu'il ait des soins, pas pour qu'il meure ! »

Cette situation réelle aurait-elle pu se passer différemment ? La discussion sur les niveaux de soins est pourtant nécessaire. « Il faut prendre la précaution de dire : "Vous venez de conduire votre père ici. Comment cela s'est-il passé ?" Il faut d'abord permettre aux gens de ventiler », explique le D^r Richard Boulé, omnipraticien et professeur à l'Université de Sherbrooke. Le médecin traitant peut ensuite simplement ajouter qu'il va être important de discuter des niveaux de soins. Il peut de lui en parle.

« On n'est pas obligé d'avoir immédiatement une discussion sur la réanimation, indique le D^r Boulé. On peut dire à la personne que s'il arrive quelque chose à son parent d'ici à ce qu'une décision soit prise, le maximum sera fait pour le sauver. » **EG**

Histoires magiques pour la vaccination

« Sais-tu ce qu'on va faire aujourd'hui ?, demande la D^{re} Sylvie Châteauvert, aux enfants de 4 ou 5 ans qu'elle va vacciner avant l'entrée à la maternelle. On va mettre un *superman* dans ton corps ! Il va se cacher et surveiller les microbes de la grande école. S'il y en a un qui veut t'attaquer, il va le battre pour que tu ne sois pas malade. »

Pratiquant à la clinique médicale Duberger, à Québec, la D^{re} Châteauvert fait entrer les enfants dans un monde magique au moment de les vacciner. Elle prépare entre autres devant eux le pansement qui va empêcher leur *superman* de sortir. Elle dessine dessus, selon leur souhait, un chat, un bonhomme sourire ou une princesse.

L'omnipraticienne installe ensuite l'enfant sur la table à examen et lui donne une boîte de papiers mouchoirs sur lequel il va avoir à souffler comme sur les bougies d'un gâteau d'anniversaire. Elle prend un tampon d'alcool, un « coton magique qui fait dormir le bras », et désinfecte la peau. Puis elle dit à l'enfant : « Montre-moi comment tu souffles. Souffle plus fort. Continue. » Et pendant ce temps, elle fait l'injection. Elle colle ensuite le pansement qui emprisonnera le *superman*.

« Dans 95 % des cas, les enfants ne réagissent pas quand je les vaccine », explique la D^{re} Châteauvert. Quand tout est fini, elle donne à son petit patient la seringue nettoyée et sans aiguille. « Tiens. Tu pourras vacciner tes poupées et tes toutous. » **EG**

La FMOQ dans les médias sociaux

Emmanuèle Garnier

La campagne de sensibilisation à la pénurie de médecins de famille que la FMOQ a lancée au printemps dans les médias sociaux se poursuit encore. Ainsi, sur YouTube le documentaire *Diagnostic* (www.youtube.com/medecindefamille), qui dévoile les témoignages de cinq médecins de famille avait été vu, à la mi-août, 92 000 fois.

La page Facebook *Québécois sans médecins de famille* (www.facebook.com/medecindefamille), créée par la Fédération, recueille quant à elle toujours des témoignages de citoyens. Ainsi, au moment de rédiger ces lignes, une dame demandait : « Si on a un problème de santé qui ne met pas en danger notre vie, mais qui chaque année réduit notre qualité de vie, est-ce qu'on a quand même le droit de voir un médecin au Québec ? »

Une autre avait écrit la veille : « J'ai un médecin de famille, mais ce n'est pas moi qui en ai besoin, c'est ma maman. Mais mon médecin n'accepte plus de nouveaux patients !!! Je suis sur une liste d'attente d'un CLSC depuis plus d'un an... pas de nouvelles encore ! Souhaitez-moi bonne chance ! »

Beaucoup de gens sont révoltés par le manque d'effectifs médicaux. Ainsi, un homme raconte son cas : « Je n'ai plus de médecin depuis le virage ambulatoire, car je ne suis jamais malade... Malgré les promesses du gouvernement qui s'est fait élire sur ce thème, ma situation de citoyen empire. Le ministre aura beau dire que tout le monde a accès au système de santé, cet accès est loin d'être le même pour tout le monde. Dans mon cas, le seul accès c'est d'aller à l'urgence de l'hôpital ! Je dois payer une assurance médicaments, et bientôt une franchise santé, pour des soins que personne ne peut me prodiguer : les cliniques locales sont toutes pleines et ne prennent plus de nouveaux dossiers. Pour tous les intervenants du réseau, je ne suis pas un client « PAYANT », car je ne suis pas assez souvent malade pour qu'ils tiennent mon dossier ouvert. Alors, il faut que je me tourne vers le privé, sinon je ne serai jamais soigné ! » 🏠

Devenir propre Petits et grands tracas

Anne-Claude Bernard-Bonnin



Les enfants sont généralement prêts à devenir propres entre l'âge de 2 et de 4 ans. Mais comment commencer l'apprentissage ? Quelles en sont les principales étapes ? Pédiatre au CHU Sainte-Justine, la **D^{re} Anne-Claude Bernard-Bonnin** répond à ces questions dans un petit livre destiné aux parents.

Il existe plusieurs signes qui indiquent qu'un enfant est prêt à devenir propre : entre autres la capacité de garder sa couche sèche pendant plusieurs heures et celle de suivre une ou deux consignes simples. Le bambin peut commencer par utiliser le petit pot, puis progressivement porter une petite culotte.

La pédiatre aborde aussi des problèmes comme la constipation, dont l'une des principales causes est la consommation excessive de lait et de produits laitiers. Pour éviter ce problème, il faut que l'enfant mange suffisamment de fibres et boive beaucoup d'eau.

L'encoprésie est une autre affection qui peut toucher l'enfant. Elle est généralement due à la rétention excessive des selles et à la formation d'un fécalome. Quand c'est le cas, le problème est traité en deux étapes : la vidange intestinale et le traitement d'entretien.

Le livret aborde également la question de l'énurésie diurne et nocturne. La pédiatre en explique les causes et les traitements. Ce petit ouvrage peut ainsi être une ressource utile pour les parents d'un jeune enfant. ☞

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2010, 64 pages, 9,95 \$



Congrès de formation médicale continue FMOQ

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

Janvier 2011

du 17 au 21 **La FMOQ sous d'autres cieux**
Buenos Aires, Argentine

Février 2011

10 et 11 **L'appareil locomoteur**
Hôtel Delta Québec, Québec

Mars 2011

17 et 18 **Hématologie – Oncologie**
Hyatt Regency Montréal, Montréal

Statistique Canada causes de décès chez les hommes et les femmes

Emmanuèle Garnier

De quoi meurent les Canadiens ? De récentes données de Statistique Canada nous révèlent qu'en 2006, 228 000 décès ont eu lieu au pays. Les principales causes étaient dans l'ordre :

- les tumeurs malignes (29,7 %) ;
- les maladies cardiaques (21,7 %) ;
- les maladies vasculaires cérébrales (6,1 %) ;
- les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (4,3 %) ;
- les accidents (blessures involontaires) (4,2 %) ;
- le diabète (3,2 %) ;
- la maladie d'Alzheimer (2,5 %) ;
- la grippe et les pneumopathies (2,3 %) ;
- les néphrites, les syndromes néphrotiques et les néphropathies (1,6 %) ;
- les lésions auto-infligées (suicides) (1,3 %) ;
- d'autres causes (23,1 %).

Le cancer et les cardiopathies viennent en tête des causes de décès chez les deux sexes. Par contre, ce sont les accidents qui ont la troisième place chez les hommes, alors que chez les femmes, ce sont les maladies vasculaires cérébrales.

Le taux de mortalité au Canada était de 7,3 pour 1000 habitants en 2008-2009. Ce sont le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest qui possèdent le taux le plus bas : 4,5 pour 1000 habitants. Les taux de décès les plus élevés se trouvent à Terre-Neuve-et-Labrador avec 9,4 morts pour 1000 habitants et en Saskatchewan avec 9,3 pour 1000 habitants. Le Québec se situe dans la moyenne : 7,3 pour 1000 habitants.

De 2005 à 2007, l'espérance de vie était de 83 ans pour les femmes et de 78 ans pour les hommes, tant au Québec qu'au Canada. La longévité a beaucoup augmenté depuis presque cent ans. De 1920 à 1922, elle était de 61 ans pour les femmes et de 59 ans pour les hommes. ☺

Vieillesse de la population ce que réserve l'avenir

Emmanuèle Garnier

En 2011, les premiers baby-boomers auront 65 ans. Le Canada entrera alors dans une période où la croissance de sa population âgée s'accéléra. Cela ne sera pas sans conséquence.

Une récente analyse de Statistique Canada reposant sur son *Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne – Vieillesse en santé de 2009* donne un aperçu de ce qui pourrait attendre les aînés. Elle montre que les personnes âgées vivant à domicile sont plus susceptibles de souffrir de certains troubles chroniques que celles de 45 à 64 ans.

- Hypertension : plus de la moitié des aînés interrogés dans l'enquête en étaient atteints ou prenaient des médicaments contre cette affection, par rapport à environ le quart des adultes d'âge mûr.
- Arthrite : sa prévalence atteignait 43 % chez les personnes de 65 ans et plus, mais seulement 20 % chez celles de 45 à 64 ans.
- Maux de dos : la prévalence était de 29 % chez les aînés, par rapport à 25 % chez leurs cadets d'âge mûr.

Le risque de souffrir de problèmes de santé chroniques multiples s'accroît avec l'âge. Ainsi, 25 % des personnes âgées ont mentionné avoir au moins quatre affections chroniques, comparativement à 6 % des gens de 45 à 64 ans.

Toutefois, le rapport comporte aussi de bonnes nouvelles. Entre 2000 et 2009, le nombre de personnes qui se déclaraient en bonne santé a augmenté significativement dans presque tous les groupes d'âge.

Par ailleurs, certaines mesures pourraient permettre de rester en forme plus longtemps. Plusieurs facteurs sur lesquels les gens ont une emprise sont associés à la bonne santé. « L'étude a révélé que ne pas fumer, contrôler son poids, faire régulièrement de l'exercice, consommer des fruits et des légumes, bien dormir, avoir une bonne hygiène buccodentaire, réduire les sources de stress et participer à des activités avec des membres de la famille et des amis présentaient une association cumulative avec la bonne santé », indique l'analyse. ☞

Grossesse et alcool

L'importance du dépistage

Emmanuèle Garnier

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) vient de recommander le dépistage périodique de la consommation d'alcool chez toutes les femmes enceintes et en âge de procréer. Le but : prévenir l'ETCAF, « l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale ».

La SOGC demande plus précisément de :

- dépister précocement les problèmes de consommation d'alcool chez la mère et de l'inciter à les réduire ;
- repérer précocement les enfants qui ont été exposés à l'alcool pendant la grossesse ;
- poser un diagnostic plus précoce d'ETCAF.

La SOGC désire, par sa nouvelle directive clinique, faire du dépistage de la consommation d'alcool et de l'aide aux femmes présentant des risques une partie courante de la consultation. Le professionnel de la santé doit donc poser des questions à ses patientes au sujet de leur consommation d'alcool et d'autres substances. Mais il est également important qu'il s'assure que celles qui présentent des problèmes reçoivent de l'aide. Des données fiables montrent que de courtes séances de counselling sont efficaces.

La SOGC déplore, par ailleurs, le manque d'uniformité des conseils médicaux au sujet de la faible consommation d'alcool. Que faut-il recommander exactement ? « La directive clinique stipule clairement qu'il n'existe pas de durée, de quantité ni de types d'alcool qui sont sûrs en matière de consommation pendant la grossesse », affirme le **D^r Ahmed Ezzat**, président de la SOGC.

L'abstinence est donc le meilleur choix pour la femme enceinte. Cependant, cette solution est difficile pour celles qui souffrent d'une dépendance. Le professionnel de la santé doit donc être prêt à encourager ces patientes et à leur proposer des stratégies de traitement et de réduction des préjudices. La SOGC estime, par ailleurs, que les femmes enceintes présentant un problème d'alcool devraient avoir un accès prioritaire aux programmes de traitement. On peut trouver la directive clinique de la Société dans le numéro d'août du *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. ☞

La FMOQ et les médias

Communiqués de presse récents de la FMOQ

14 juillet 2010

- La FMOQ salue la création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne

12 mai 2010

- Un documentaire-choc de la FMOQ pour valoriser la médecine familiale

Articles et émissions où des représentants de la FMOQ ont été interviewés

10 août 2010

- Urgences des hôpitaux : la situation s'améliore, *Journal Métro*

9 août 2010

- Des signes encourageants dans nos hôpitaux, *LCN/TVA*

5 août 2010

- Trop peu de cabinets informatisés, *Journal de Montréal*

1^{er} août 2010

- Obtenir un médecin de famille est difficile, *Journal de Québec*

30 juillet 2010

- Payer pour voir un médecin de famille, *Première chaîne de Radio-Canada*

30 juillet 2010

- Un médecin de famille... pour 340 \$, *La Presse*

30 juillet 2010

- La RAMQ enquête sur les pratiques de certaines cliniques privées, *Puisqu'il faut se lever*, 98,5 FM

29 juillet 2010

- Diagnostic des stratégies médias des Fédérations, *Santé inc.*, volume 6, numéro 6, juillet-août 2010

23 juillet 2010

- Un an d'attente pour une échographie, *LCN*

16 juillet 2010

- Enfin, les « super-infirmières », *Le Droit*

15 juillet 2010

- Québec injectera 117 millions pour former 500 infirmières, *Le Devoir*

15 juillet 2010

- 500 nouvelles superinfirmières au Québec, *Le Journal de Québec*

15 juillet 2010

- Québec promet 500 infirmières de choc, *La Presse*

Livres Emmanuèle Garnier

Mon enfant est asthmatique

*De Denis Bérubé,
Sylvie Laporte et Robert Thivierge*



L'asthme diagnostiqué chez un enfant inquiète souvent les parents qui perçoivent cette affection comme une maladie chronique, potentiellement grave, qui pourrait nuire au développement de leur fils ou de leur fille.

Le **D^r Denis Bérubé**, pédiatre-pneumologue, **M^{me} Sylvie Laporte**, inhalothérapeute, et le **D^r Robert**

Thivierge, pédiatre, se montrent rassurants dans leur petit livre. Ils soutiennent « qu'aujourd'hui, l'asthme se traite très bien, qu'il ne limite en rien les activités quotidiennes ou sportives de l'enfant et que les traitements sont à la fois efficaces et sécuritaires. »

Les auteurs expliquent ce qu'est l'asthme, ce qui le déclenche et les critères d'une bonne maîtrise de la maladie. Ils passent en revue les différents traitements non médicamenteux et médicamenteux, comme les corticostéroïdes et les bronchodilatateurs. L'ouvrage indique, entre autres, quand consulter un médecin. Il aborde également la question du tabagisme et de la présence d'animaux à la maison. On y trouve aussi la technique d'hygiène nasale mise au point par la clinique d'ORL du CHU Sainte-Justine.

L'ouvrage contient, par ailleurs, des annexes expliquant la technique d'inhalation avec un aérosol-doseur muni d'un dispositif d'espacement et d'un masque ou d'un dispositif d'espacement et d'une pièce buccale. Les techniques d'inhalation avec le Diskus et le Turbuhaler y sont également décrites. ☞

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

Le Médecin du Québec

Thèmes de formation continue **des prochains numéros**

- *Octobre 2010*
Le sein
- *Novembre 2010*
Les troubles de la personnalité
- *Décembre 2010*
La médecine factuelle
- *Janvier 2011*
L'environnement
- *Février 2011*
**La prise en charge
et le suivi interprofessionnel**
- *Mars 2011*
La fertilité
- *Avril 2011*
L'éthique et la médecine légale
- *Mai 2011*
L'imagerie médicale



Prochaines assemblées générales des associations affiliées à la FMOQ

Associations	Date et heure	Endroit
Nord-Ouest	Samedi 11 septembre 17 h	Club de sports Belvédère 360, boul. Sabourin Val d'Or (Québec) J9P 1W7 819 824-5090
Bas-Saint-Laurent	Mercredi 15 septembre 17 h	Amqui
Gaspésie	Jeudi 16 septembre 17 h	Gîte du Mont-Albert 2001, route du Parc Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 2E4
Côte-Nord	Vendredi 17 septembre 17 h	Hôtel le Manoir 8, av. Cabot Baie-Comeau (Québec) G4Z 1L8 418 296-3391 ou 1 866 796-3391 www.manoirbc.com
Bois-Francs	Jeudi 30 septembre	Informations à venir
AMOEP	Vendredi 8 octobre	Hôpital Louis-H. Lafontaine 7401, rue Hochelaga Montréal (Québec) H1N 3M5
CLSC	Vendredi 15 octobre	Nouvel Hôtel et Spa 1740, boul. René-Lévesque Ouest Montréal (Québec) H3H 1R3 514 931-8841
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Jeudi 21 octobre 13 h 30	Hôtel Universel Alma 1000, boul. des Cascades Alma (Québec) G8B 3G4 1 800 263-5261 ou 418 668-5261
Québec	Vendredi 22 octobre 13 h 30	Sheraton Four Points 7900, rue du Marigot Québec (Québec) G1G 6T8 418 627-8008
Côte-du-Sud	Samedi 23 octobre	Centre de congrès de Lévis 5750, rue J.-B.-Michaud Lévis (Québec) G6V 0B2 418 838-3811 ou 1 888 838-3811



**Par la Fédération
des médecins omnipraticiens
du Québec**

Épargne et investissement

Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)
Investissement – Liquidité
Régime enregistré d'épargne-retraite (REER)
Compte de retraite immobilisé (CRI)
Fonds enregistré de revenu de retraite (FERR)
Fonds de revenu viager (FRV)
Régime enregistré d'épargne-études (REEE)
Régime enregistré d'épargne-invalidité (REEI)
Courtage en valeurs mobilières
(REER autogéré, courtage à escompte ou de plein exercice)
Fonds FMOQ
Autres fonds communs de placement
Produits d'Épargne Placements Québec
Dépôts à terme
Service-conseil
Service de planification financière
Service d'analyse pour la pratique médicale en société

Les Fonds d'investissement FMOQ inc.
Montréal : 514 868-2081 ou 1 888 542-8597
Québec : 418 657-5777 ou 1 877 323-5777

Programmes d'assurances

Assurances de personnes
Assurances automobile et habitation
Assurances de bureau
Assurance médicaments
et assurance maladie complémentaires
Assurances frais de voyage et annulation
Assurance responsabilité professionnelle

Dale Parizeau Morris Mackenzie :
514 282-1112 ou 1 877 807-3756

**Tarifs hôteliers d'entreprise
pour les membres de la FMOQ**

Hôtel Maritime Plaza : 1 800 363-6255
Hôtels Gouverneur : 1 888 910-1111

Direction des affaires professionnelles

D^r Michel Desrosiers, directeur
FMOQ : 514 878-1911 ou 1 800 361-8499