

**TRANSCRIPTION/TRANSCRIPTION  
EVENT/ÉVÉNEMENT**

**Transcription prepared by Media Q Inc. exclusively for CollaborateVideo Corp.  
Transcription préparée par Media Q Inc. exclusivement pour CollaborateVideo Corp.**

DATE/DATE: August 17, 2023

Date of Transcription

LOCATION/ENDROIT: Client Supplied Audio, OTTAWA, ON

PRINCIPAL(S)/PRINCIPAUX: Armand Aalamian, Executive Director, Learning, CMPA

Vania Jimenez, Family Physician/Associate Professor,  
Department of Family Medicine, McGill University

Marie-Chantale Brien, Physician Advisor and Director  
of Intervention, Prevention and Research, Québec Physicians' Health Program

Andrée-Anne Labbé, Partner, McCarthy Tétrault

SUBJECT/SUJET: Collaborate Video Corp sent an audio file for transcription  
S11 – FR – Information Session

00:01

**Armand Aalamian :** Bonjour et bienvenue à la séance d'information de l'assemblée générale annuelle de l'ACPM 2023. Je m'appelle Armand Aalamian, médecin de famille d'ici, de Montréal, et j'ai eu ma pratique ici pendant 30 ans. Je suis actuellement directeur administratif de l'Éducation à l'ACPM. Aujourd'hui, j'ai le privilège d'être votre hôte et modérateur pour la prochaine heure et demie.

00:39

**(Voix de l'interprète) :** Pour commencer cette réunion, j'aimerais vous présenter l'honorable chef de la communauté et détentrice du savoir, l'aînée Amelia Tekwatonti McGregor. L'aînée McGregor est une Mohawk du Clan de l'ours sur le territoire de Kahnawà:ke. Elle est membre fondatrice du programme de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawà:ke. Lancé en 1994, ce projet de recherche participative a été le premier à sensibiliser la communauté pour enrayer l'augmentation du diabète de type 2 à Kahnawà:ke. L'aînée McGregor a été invitée partout dans le monde pour parler de ce projet, inspirant des initiatives similaires dans d'autres communautés autochtones.

01:29

L'Université McGill lui a récemment décerné un doctorat honorifique en reconnaissance de ses contributions essentielles à la promotion de la santé, à l'éducation communautaire et à la recherche autochtone, un domaine en expansion. Aînée McGregor, c'est un honneur de vous compter parmi nous aujourd'hui, et je vous laisse la parole pour ouvrir notre réunion.

02:28

**Amelia Tekwatonti McGregor :** Je peux garder ce que vous m'avez donné?

**Armand Aalamian :** Oui, absolument.

02:35

(Langue autochtone) Je souhaite la bienvenue à tout le monde ici aujourd'hui. Je vous souhaite la bienvenue à cette conférence. (Langue autochtone) J'espère que tout le monde est bien, et j'espère que vous allez apprécier le temps que vous allez passer avec nous. J'aimerais prononcer quelques paroles (langue autochtone), des paroles qui viennent avant toutes les autres. Je demande que ce ne soit pas enregistré.\* Je ne sais pas si les gens l'ont mentionné, mais ce sont des paroles que la directrice générale et d'autres souhaiteraient que je prononce. Ce sont donc des paroles que je vais ajouter à ce que j'allais dire de toute façon. C'est vraiment dans notre langue que nous reconnaissons toute la création et nous sommes toujours reconnaissants et reconnaissantes à la Terre mère et à tout ce qu'elle nous donne.

*\* La demande de non-enregistrement concerne les enregistrements personnels réalisés à partir de téléphones cellulaires. M<sup>me</sup> McGregor a accepté que l'ACPM enregistre et diffuse son mot de bienvenue.*

03:48

Et voilà les paroles que je vais prononcer. De cette façon, vous allez savoir à l'avance ce que j'ai l'intention de dire. Alors je vais me lancer. (Langue autochtone)

04:13

Mon nom est Tekwatonti dans notre langue et je suis reconnaissante d'être ici aujourd'hui. C'est un grand honneur pour moi d'être votre invitée aujourd'hui. J'espère aussi que tout le monde est en bonne santé. (Langue autochtone)

08:29

Pour que vous sachiez ce que je disais, c'est que nous rendons hommage, et c'est notre responsabilité de prendre soin de la Terre mère et comme on se rappelle tous les jours de toute la Création, ce que la Terre mère nous a fourni et (langue autochtone). J'ai aussi reconnu le Créateur de nous avoir donné ces paroles, ces bonnes paroles que nous utilisons lorsqu'on se rencontre. Nous sommes tous des humains et on se respecte, et ainsi de suite. Voilà les paroles que je vous offre aujourd'hui. J'espère que vous aurez une excellente conférence, et tout se passe bien jusqu'à présent. Je vous remercie de cette invitation.

09:55

**Armand Aalamian :** Merci beaucoup, M<sup>me</sup> McGregor. **(Fin de l'interprétation)**

Nous sommes réunis aujourd'hui à Montréal. Je tiens à profiter de cette rencontre pour reconnaître le territoire autochtone non cédé et non abandonné sur lequel nous sommes rassemblés. Tiohtià:ke/Montréal est considéré comme un lieu de rassemblement par plusieurs Premières Nations. Et nous reconnaissons le peuple Kanien'kehá:ka comme le gardien de la terre et des eaux du territoire sur lequel nous nous trouvons aujourd'hui. En tant qu'organisation, nous reconnaissons toutes les Premières Nations qui étaient ici avant nous, celles qui vivent avec nous maintenant et les sept générations à venir.

10:49

Je tiens également à mentionner que les bureaux de l'ACPM situés à Ottawa se trouvent sur le territoire non cédé et non abandonné de la Nation algonquine Anishinabeg, dont la présence en ces lieux remonte à des temps immémoriaux.

11:08

Bon, le thème que nous avons choisi pour la séance d'aujourd'hui est basé sur les commentaires que nous avons reçus de vous, nos membres : prendre soin des patients et de soi-même avec des ressources limitées. Il est difficile, extrêmement difficile d'imaginer un médecin en exercice aujourd'hui au Canada qui n'a pas été confronté à un défi en matière de ressources de santé. Ce thème sous-entend les questions, les préoccupations et les demandes que nous recevons chaque jour de la part de nos membres, et plus encore depuis le début de la pandémie de COVID. C'est un thème qui se retrouve également dans les médias puisque nous entendons de plus en plus parler de fermeture des services d'urgence, de manque d'accès aux soins primaires, de retard dans les opérations chirurgicales et même de violence envers les médecins.

12:21

L'ACPM est à l'écoute et nous savons à quel point il est difficile pour les médecins de fournir les soins qu'ils souhaitent, à quel point il est pénible pour eux de se sentir incapables de le faire et de le faire bien. Et bien sûr, l'une des questions que nos membres posent assez régulièrement est la suivante : serai-je tenu responsable des déficiences des soins de santé qui sont indépendantes de ma volonté et hors de mon contrôle? À la fin de notre session d'aujourd'hui, après la discussion que nous allons avoir, on espère que vous pourrez être en mesure de décrire les risques médico-légaux et liés à la sécurité des patients engendrés par une pénurie de ressources; d'énumérer les outils et les ressources qui permettent d'atténuer les risques lorsque les ressources sont limitées; et d'examiner des moyens pouvant réduire la détresse morale chez les médecins qui doivent prodiguer des soins en contexte de pénurie de ressources.

13:43

Compte tenu de la complexité de ces défis, il n'est pas surprenant qu'il n'y ait pas de réponse simple. Mais nous avons réuni aujourd'hui un groupe d'experts dont nous pensons que les expériences et perspectives peuvent aider les médecins à fournir le type de soins qu'ils aimeraient donner.

14:10

Avant de commencer avec notre groupe d'experts, j'ai quelques détails techniques à souligner, à partager avec vous. Premièrement, votre réseau, c'est le réseau Westin Guest. **(Voix de l'interprète) : Le réseau c'est Westin Guest. (Fin de l'interprétation).**

14:33

Pour que les participants en ligne et en personne puissent poser des questions et voter sur les questions des autres, nous utilisons une application de sondage en ligne qui s'appelle Slido. Les participants en ligne verront la boîte Slido à droite de la fenêtre de présentation. Vous y trouverez les instructions relatives à l'utilisation de Slido. Vous

pouvez soumettre une question qui sera examinée par notre équipe de production avant d'être rendue visible à tous. Vous pouvez également voter pour la question de quelqu'un d'autre en cliquant sur l'icône pouce en l'air, située sous chaque question. N'hésitez pas à soumettre votre question en anglais ou en français. Nous sommes bilingues.

15:23

Nous vous demandons de limiter vos questions au thème des ressources limitées et d'apporter toute question relative aux affaires de l'ACPM à la réunion d'affaires, qui suivra prochainement. Cet événement est accrédité pour 1,5 crédit Mainpro+, et 1,5 heure de crédit de la section 1 par le Collège de médecins de famille du Canada et le Collège royal, respectivement.

15:47

Sur la prochaine diapo, voilà, vous avez la divulgation de nos panélistes, y compris leurs potentiels conflits d'intérêts. Ce programme n'a pas bénéficié d'un appui financier ou non financier.

16:04

Donc maintenant, nous avons, j'ai le plaisir d'accueillir mon amie et collègue depuis 25 ans – difficile à croire : D<sup>re</sup> Vania Jimenez, médecin de famille, écrivaine, mère de 7 enfants et grand-mère de 14 petits-enfants, visionnaire de Montréal et cofondatrice de La Maison Bleue, une organisation à but non lucratif qui offre des services psychosociaux et de santé multidisciplinaires aux futures mères vulnérables et à leurs familles. Nous avons aussi le plaisir d'avoir D<sup>re</sup> Chantale Brien, directrice de l'intervention, de la prévention et de la recherche du Programme d'aide aux médecins du Québec, un programme de soutien pour les médecins par les médecins. M<sup>e</sup> Andrée-Anne Labbé, associée chez McCarthy Tétrault à Montréal, l'un des cabinets d'avocats partenaires de l'ACPM, qui possède de nombreuses années d'expérience dans le soutien aux médecins, dans leurs préoccupations médico-légales. Et notre D<sup>r</sup> Richard Mimeault, chirurgien hépatobiliaire respecté, médecin-conseil au sein du département Soins médicaux sécuritaires – Éducation à l'ACPM, qui a conçu et dispensé des formations transformatrices aux membres de l'ACPM.

17 :37

Donc, s'il vous plaît, posez-nous vos questions, soit sur Slido ou en approchant les microphones qui se trouvent ici dans la salle. On va vous laisser quelques instants pour vous préparer pour vos questions. Je vais diriger quelques questions aux collègues. Je vais lancer la balle. Je vais poser quelques questions.

18 :02

Alors, notre première question s'adresse à vous, Richard. Quels sont les risques pour la sécurité des patients et les risques médico-légaux que l'ACPM voit et dont elle entend parler en ce qui concerne les ressources de soins de santé? Richard.

18 :26

**Richard Mimeault :** Merci pour la question Armand, ou pour les questions. Je vois deux questions, en fait. Qu'est-ce qu'on entend dans l'environnement et qu'est-ce qu'on voit dans notre activité à l'ACPM, dans nos dossiers, ce genre de choses-là? Je vais commencer par ce qu'on entend, et je crois qu'on entend la même chose que tout le monde. Mais je vois peut-être deux, je dirais deux situations différentes ou légèrement différentes. La première situation, ça serait la pénurie de ressources humaines, la pénurie de médecins et d'infirmières, de tout le personnel dans notre système de santé. Et la conséquence de cette pénurie, c'est que les médecins ont une charge de travail qui est beaucoup plus élevée, beaucoup plus de patients, plus de temps dédié au travail.

19 :17

L'impact de cette charge de travail, c'est que les médecins sont fatigués, une fatigue mentale et une fatigue physique. Et on sait – et ici, je crois que la littérature nous supporte très bien – qu'un médecin fatigué est un médecin qui est beaucoup plus apte à commettre une erreur, une erreur qui pourrait possiblement être associée avec un préjudice pour un patient, et qui à son tour, pourrait déclencher un événement médico-légal.

19 :50

L'autre situation qui est liée à la première, c'est le problème des longues listes d'attente. Et quand on parle de listes d'attente, on parle des listes d'attente pour avoir un médecin de famille, pour voir un spécialiste, pour avoir un traitement, pour voir un psychothérapeute, ergothérapeute, nommez la spécialité, on a des listes d'attente maintenant pour presque tout. Évidemment, on s'inquiète que si un patient a une attente excessive sur une liste d'attente, on pourrait avoir encore un problème de préjudice pour le patient.

20 :23

On sait que pour bien des conditions en médecine, on a déjà des recommandations pour des périodes d'attente, ce qui représente une période d'attente raisonnable. Même avant la pandémie au Canada, dans bien des régions au Canada, on avait déjà beaucoup de difficulté à livrer ce genre de service en dedans de ces temps recommandés. Depuis la pandémie, ces périodes de temps-là sont devenues vraiment excessives, en fait, dangereusement excessives. Et le résultat c'est que nous, comme médecins, on fait face à une dissonance, essentiellement. On veut faire ce qui est dans le meilleur intérêt du patient, en fait c'est notre obligation éthique, morale, déontologique, professionnelle, mais on ne peut pas le faire, on n'a pas le contrôle sur le système pour être capable de faire ce qui est dans le meilleur intérêt pour notre patient.

21:25

C'est cette dissonance qui est à l'origine de cette détresse morale qu'on trouve dans la profession présentement. Et la détresse morale, quand ça arrive à répétition, évidemment ça peut avoir comme résultat un préjudice moral ou un *burnout* comme on dit en anglais. Et on sait encore ici qu'un médecin qui fait une détresse morale ou qui

est fatigué physiquement, émotionnellement, encore une fois, est plus apte à avoir des complications, à faire des erreurs, et que ces erreurs-là peuvent se traduire en préjudice. Et un préjudice peut déclencher une action en justice.

22:12

De plus, si on a un patient qui, en fait, souffre d'un préjudice sur une liste d'attente, on a encore un ajout à notre détresse morale, ce qui a créé ce cycle vicieux. Et un médecin en détresse, c'est un médecin qui va fort probablement chercher à réduire sa charge de travail, peut-être de façon temporaire ou, dans bien des situations maintenant, se retirer de la pratique de façon permanente, ce qui accentue notre problème de ressources humaines, et le cycle continue.

22:45

Il y a toutes sortes de variations qui ressortent de ces deux problèmes-là. Qu'est-ce qu'on entend? Bien, les listes d'attente qui sont très longues, la pénurie de ressources humaines au Canada, c'est pas quelque chose de nouveau. Ça existait bien avant la pandémie, mais c'est clair que c'est beaucoup pire suite à la pandémie. Ça serait logique de penser bon bien, puisqu'on a ces longues listes d'attente, c'est certain qu'on va avoir un déluge de patients qui vont avoir souffert d'un préjudice et qu'il va y avoir le tsunami de plaintes et d'actions en justice. J'ai hâte d'entendre Andrée-Anne, mais mon impression, c'est qu'on n'a pas vraiment témoigné un tel tsunami de plaintes et d'actions en justice.

23.36

Maintenant, il se peut que ce soit simplement un délai, parce qu'il y a des gros délais dans notre système judiciaire aussi. Mais je crois que pour le moment, la réponse est que c'est difficile de savoir ce que les tribunaux, ou comment les tribunaux, décideraient dans le contexte qui existe aujourd'hui, parce qu'on n'a pas vraiment les cas pour vraiment se prononcer.

24:00

**Armand Aalamian :** Excellent. Excellent. Merci beaucoup Richard. Vous avez très bien lancé notre échange. Andrée-Anne, on va se tourner vers vous, peut-être un point médico-légal. On a déjà entendu que oui, il y a possiblement des choses pour s'inquiéter ou être préoccupé, mais quels sont les risques auxquels les médecins doivent être attentifs lorsqu'ils sont confrontés à des défis liés aux ressources de santé?

24:28

**Andrée-Anne Labbé :** On pourrait passer facilement l'heure et demie à identifier des risques puis augmenter l'anxiété de tout le monde dans la salle. Pour cette raison, je n'ai identifié que deux risques augmentés dont on va parler plus amplement aujourd'hui. Le premier c'est le type de demande auquel vous allez faire face, auquel vous faites déjà face, mais auquel vous allez faire de plus en plus face de la part de vos patients. Quand les médecins voient les patients, peut-être que c'est le seul médecin qu'ils vont voir en six mois, dans une année, puis ils ont tendance de plus en plus à arriver avec la liste d'épicerie de choses qu'ils attendent de leur médecin qui sera pas

toujours nécessairement dans ce que le médecin peut offrir à ce moment-là pour différentes raisons, dont le fait que ça ne relève peut-être pas de la spécialité du médecin en question.

25 :14

Donc, de plus en plus, les médecins font face à ces demandes-là et il s'agit de naviguer entre qu'est-ce qu'on peut et on veut faire pour le patient, et qu'est-ce qu'on peut faire pour le patient de façon sécuritaire. Donc, ça c'est des défis qui sont de plus en plus présents, qui sont de plus en plus discutés et qui donnent de plus en plus souvent malheureusement lieu à des plaintes ou à des incidents médico-légaux, justement parce que le médecin va avoir soit refusé à raison ou va avoir donné suite à la demande du patient alors qu'il aurait peut-être pas dû le faire.

25 :47

La deuxième aire de risque qui est augmentée, c'est les brèches dans les filets de sécurité que les médecins peuvent avoir dans leurs pratiques pour différentes choses. Richard parlait tantôt de ressources humaines limitées. Ça ne couvre pas seulement les professionnels de la santé comme les infirmières et les médecins, mais aussi le personnel administratif qui est appelé à vous soutenir dans vos fonctions, dans la façon dont vous prodiguez des soins. De plus en plus, on entend ah oui, le suivi de ce résultat-là s'est pas fait parce que la personne qui s'occupe normalement de classer ça ou de porter ça à mon attention est en congé. Là c'est une remplaçante, elle connaissait pas mon système.

26 :28

Donc ce genre de problématique-là, qui fait que le filet de sécurité est un peu bouleversé et que les trous sont plus grands, c'est de plus en plus fréquent et ça cause des risques de perte de suivi des patients, de perte de suivi de résultats d'examen qui nécessiteraient un suivi, et ainsi de suite. Donc, ça c'est de plus en plus présent, puis j'ai pas l'impression que c'est quelque chose qui va aller en diminuant. Au contraire.

26 :54

**Armand Aalamian :** Merci. Tout à fait. Alors qu'on parlait (inaudible), les feelings, les sentiments que j'avais comme médecin pratiquant, des choses qui arrivent à nous tous. Alors, merci pour ça.

27 :08

La prochaine question s'adresse à vous, Vania. La Maison Bleue est un excellent exemple d'amélioration de la qualité pour une population dont les ressources sont particulièrement limitées. Quels outils, ressources ont été utilisés pour y parvenir? Et, une autre question, j'ai deux questions pour vous justement : quelle est la recette secrète du succès de La Maison Bleue?

27 :40

**Vania Jimenez :** Je vais répondre à ta deuxième question pour commencer par la négative. Il n'y a pas de recette. Les ingrédients sont tous là dans le

système de santé. La seule chose que je peux dire, c'est le pouvoir d'agir, et de se rendre compte que nos actions ont un effet. Ce n'est que ça que je pourrais décrire comme recette. Mais il y a pas vraiment de recette. Alors, en quelque sorte, La Maison Bleue a été une réponse à une frustration. C'est-à-dire qu'effectivement, la frustration dont tu parles, le sentiment d'impuissance que j'avais moi-même comme médecin de famille accoucheur autour d'une population particulièrement vulnérable que nous suivions dans la clinique où nous étions tous les deux d'ailleurs. J'avais l'impression de faire un accouchement correct à l'Hôpital général juif puis de perdre la trace, en fait, de mes patientes très vulnérables.

28 :54

Et forte de cette frustration que je ramenais tous les soirs à nos soupers de famille, je chialais parce que je suis de nature impatiente, et une de mes filles, en fait, m'a prise de côté et dit : Je suis tannée de t'entendre chialer. On va faire quelque chose ensemble. Elle était éducatrice en garderie, donc intervenante en petite enfance, et c'est comme ça qu'on a parti La Maison Bleue. Donc avec essentiellement trois piliers, qui est l'interdisciplinarité, qui assure non seulement un risque plus bas de perdre le fil du tissu, mais une continuité aussi parce qu'à La Maison Bleue, les médecins ne sont que des touristes en quelque sorte. C'est-à-dire que nous sommes, chacun de nous, c'est un demi-temps médecin par Maison Bleue, il va y en avoir cinq.

29 :50

La sage-femme est là à temps complet, l'infirmière est là à temps complet, la travailleuse sociale aussi et l'éducatrice aussi. Donc, il y a ce filet qui est la continuité, en fait, qui est le fait que c'est un bas risque. La taille : c'est petit. Les coordonnatrices de chaque Maison Bleue connaissent toutes les familles. La secrétaire sait qui rentre dans La Maison Bleue et qu'est-ce qui arrive. Donc c'est très, très rare qu'on ait ce que vous décrivez, la perte d'un dossier. C'est à peu près ça, je te dirais, et donc l'interdisciplinarité, la proximité – on est dans le quartier, les gens peuvent venir facilement. Et le modèle hybride : on garde un lien très fort avec l'institution. Il ne peut y avoir de Maison Bleue s'il n'y a pas de GMF derrière, s'il n'y a pas un CIUSSS derrière.

30:51

C'est vraiment un mariage entre une OBNL qui reçoit des fonds, de dons, mais les services sont des services qui sont envoyés par le système de santé, donc derrière le système il y a le CIUSSS, donc c'est cadré, c'est très encadré, donc le risque est certainement soulevé là ou réglé là. Et chaque professionnel dans l'interdisciplinaire est porteur de son propre risque aussi, de sa propre corporation. Donc je dirais que c'est tout ça.

31:27

Et dans un esprit, donc le troisième pilier, c'est la notion d'*empowerment* et de portage, que nous avons pour nos clientèles. Je dois dire, un peu en réponse à Richard tantôt, quand vous disiez ce qu'on entend, la clientèle de La Maison Bleue et des Maisons Bleues, les clientèles vulnérables, on va moins les entendre. Elles vont, en fait, subir beaucoup plus ce manque de ressources, et c'est cela qui nous a poussés, notre

groupe de professionnels, à démarrer. On s'est dit, bien on va prendre le taureau par les cornes et on restera pas dans ce sentiment d'impuissance.

32:11

Voilà. Je ne sais pas si j'ai répondu à ta question, mais voilà.

32:15

**Armand Aalamian :** Absolument. Même, je crois que tu nous as donné une recette. Alors si je t'ai entendue bien, il y a une petite recette, comme de la communication, interdisciplinarité et qui fait quoi, juste un travail d'équipe. C'est ça que j'entends, comme, les ingrédients de la recette.

32:35

Juste avant que je passe à la prochaine question, j'aimerais juste poser une autre question. Il y a combien de Maisons Bleues ici au Québec maintenant?

32:42

**Vania Jimenez :** Il y en a quatre en opération. Une cinquième est en construction puis il devrait y avoir une inauguration à la fin de l'année ou au début de l'année prochaine. Et je dois dire aussi que ne peut s'appeler Maison Bleue que si c'est une Maison Bleue, mais il y a 10 projets parrainés par le ministère de la Santé, en fait, qui a demandé à la Maison Bleue d'accompagner 10 projets qui ont été choisis. Il y a eu un appel d'offres et La Maison Bleue accompagne un peu partout dans le Québec, Côte-Nord, Gatineau, Abitibi, ce qu'on appelle la périnatalité sociale. Voilà.

33:28

**Armand Aalamian :** Superbe. Merci. Je me rappelle quand vous avez commencé avec votre première Maison Bleue, alors c'est, c'est excellent. Écoutez, on aimerait bien avoir une Maison Bleue partout, mais malheureusement, c'est pas le cas. Et on a entendu déjà nos collègues parler de la détresse morale.

33:45

Chantale, prochaine question est pour vous. En tant que leader au sein de PAMQ, vous êtes très consciente des conséquences du préjudice moral et de la détresse professionnelle qui découlent de l'exercice de la médecine lorsque les ressources sont si limitées. Que constatez-vous et que peuvent faire les médecins pour veiller à leur propre bien-être tout en s'occupant de leurs patients? Qu'est-ce qu'on peut faire?

34:16

**Marie-Chantale Brien :** Mais oui, c'est sûr qu'au PAMQ, on constate énormément de détresse, d'être en porte-à-faux avec ses valeurs lorsqu'on essaie de donner des soins. On parle à des médecins à chaque jour, qui vivent des enjeux de ce type-là. Loin de nous l'idée de faire du counseling qui va blâmer encore plus le médecin qui nous appelle par rapport à son degré de responsabilité qu'il se met suffisamment lui-même sur les épaules. Donc, dans un premier temps, c'est de départager qu'est-ce qui appartient à ce médecin-là et qu'est-ce qui appartient à la collectivité puis au système.

34:57

Donc, c'est pas toujours facile parce qu'on est culturellement branché pour se sentir responsable. On a un sens du devoir qui est, très, très développé en médecine. Donc, il y a trois niveaux d'actions possibles ou de moyens qu'on peut redonner. Donc au niveau individuel, c'est sûr qu'il y a une certaine personnalisation à faire quand on parle avec chacun des médecins pour voir ce médecin-là, qu'est-ce qui peut être la bougie d'allumage vers un engagement supplémentaire dans sa pratique? Parce que, D<sup>re</sup> Jimenez en parlait, je pense que quand on trouve le sens dans notre travail, ça nous engage davantage personnellement, justement.

35:38

Mais encore là, loin de moi l'idée de dire que ça dépend juste du médecin pour amoindrir les effets de la détresse morale là, pas du tout. Mais au niveau individuel, disons c'est de retrouver un sens. Shanafelt, qui est un psychiatre bien connu expert en santé des médecins, le mentionne : si on arrive à trouver 20 % dans notre pratique qui nous allume particulièrement, ça nous protège grandement contre l'épuisement professionnel et la détresse morale.

36:06

Au niveau collectif, bien c'est sûr que c'est de redonner un sens à son groupe de travail aussi. Donc pourquoi pas partager des fois c'est quoi notre 20 % chacun dans notre groupe, et de nommer ce qui va pas aussi au groupe, à la hiérarchie dans laquelle on travaille, mais aussi au niveau systémique, hein, je pense que ça commence là de nommer, d'identifier, de reconnaître que la détresse morale chez le médecin existe. C'est déjà un premier pas parce que souvent, c'est ce qui est reproché. Ce n'est pas nommé, ce n'est pas reconnu de la part des gens en place, des décideurs. Et lorsque quelque chose d'aussi important que la détresse morale est reconnu, on est capable de commencer à agir davantage.

36:52

Donc rétablir un certain dialogue, réapprendre à se parler, parce que l'isolement que vivent les médecins qui se retrouvent dans cette situation-là et le cercle vicieux pour, comme le disait tout à l'heure Richard aussi, vers un départ prématuré, une retraite prématurée, une réorientation ou sans parler naturellement des troubles de santé mentale qui peuvent augmenter, l'abus de substances, les taux de suicide qui grimpent, etc.

37:22

Donc, au niveau vraiment plus du soutien par les pairs d'avoir un sens de l'humanité commune qui revient, donc se soutenir les uns les autres, ça commence par des petites discussions de corridor des fois, par une discussion avec son chef, par une discussion un petit peu plus haut. Et nous aussi, on est là quand même au Programme pour être des sensibilisateurs. Je pense que c'est un rôle qu'on a, de communiquer avec les différentes organisations : avec nous, les fédérations, le Collège, l'ACPM, l'AMC, etc., les facultés de médecine, pour être des témoins de ce que vous vivez justement. Donc,

quand vous nous en parlez, au niveau individuel on peut agir, mais on peut aussi agir au niveau macro, c'est-à-dire rapporter et sensibiliser davantage. Plusieurs initiatives au PAMQ aussi en termes de soutien par les pairs. Je pourrai peut-être y revenir là si on a aussi des questions en ce sens-là.

38:19

**Armand Aalamian :** Super. Merci beaucoup pour ça. Vraiment, vous avez bien souligné (inaudible) d'importance des pairs et notre communauté avec qui on travaille. Ça c'est très, très important. C'est sûr que moi je comptais sur ça quand je pratiquais aussi.

38:38

On a des questions qui arrivent. Je vais juste vérifier avec mon collègue en arrière, Dr Johnston. Je ne vois pas les questions sur l'écran. Merci pour votre patience, nous avons un petit défi technique. Alors, je vais continuer avec une autre question en attendant.

39:13

On a parlé de la collaboration et on a parlé d'interprofessionnalisme, l'importance de travailler bien ensemble. Quand on fait la supervision, quand on est en supervision des infirmières praticiennes ou des autres collègues, quels sont les risques médico-légaux à ce moment-là? Alors, peut-être que je vais adresser la question à vous, Richard? Peut-être qu'on va commencer avec vous, ou vous pouvez partager. (Rire) OK.

39:47

**Richard Mimeault :** Oui, oui, oui, merci Armand. Bien en fait, c'est une question qu'on peut partager. Je vais peut-être me servir des apprenants comme exemple, parce que je pense que le principe est le même de supervision. Quand on travaille avec les apprenants comme patron, on a toujours le potentiel d'une responsabilité partagée. Le partage ou la responsabilité éventuelle va dépendre un peu du contexte. Donc, un apprenant évolue durant sa résidence, durant son entraînement, et comme patron, moi j'aurais la responsabilité d'avoir connaissance des connaissances du résident, de son expérience, de ses aptitudes pour être capable de déléguer et de donner le niveau de supervision qui était nécessaire.

40:46

Le résident, à son tour, aurait la responsabilité de m'informer aussi de son expérience, ses qualifications, ses connaissances, son habileté. Donc, quand ça évolue, quand le résident évolue, le degré de supervision va évoluer. Je pense que la chose importante, c'est d'avoir le niveau de connaissances qui est nécessaire pour être capable de déterminer le niveau de supervision qui est nécessaire, ce qui demande de la communication évidemment. Mais c'est clair qu'un résident de, je sais pas, de troisième année en chirurgie, qu'ils sont pas tous identiques. Il va y en avoir qui vont avoir des connaissances supérieures à d'autres, des expériences supérieures à d'autres. Donc ça va être important d'être à l'affût de leurs connaissances et de leur expérience.

41:40

**Armand Aalamian :** Andrée-Anne?

41:42

**Andrée-Anne Labbé :** J'ajouterais à ceci que souvent, en contexte de supervision ou d'apprentissage, les intervenants sont multipliés, c'est-à-dire qu'on va avoir des patrons, les résidents seniors, les résidents juniors; tous ces gens-là ont des horaires de garde, ont des changements de garde à différents moments, et souvent ce qu'on va voir dans les dossiers, c'est que ces périodes charnières-là, de changement de garde, sont les occasions où justement la communication va être brisée et où les risques vont être augmentés.

42:12

Donc, ça revient à ce que Richard disait, la communication est d'autant plus importante. Plus il y a d'intervenants dans un dossier, plus il faut se parler de ce qu'on a pu obtenir comme information auprès du patient ou de la famille, par exemple. Et on voit quand même assez souvent dans les dossiers, malheureusement, des pertes d'informations importantes qui n'ont pas été rapportées ou qui n'ont pas été documentées en temps opportun.

42:35

**Armand Aalamian :** Merci beaucoup. Juste pour vous dire, je vais poser les questions dans la langue dans laquelle on reçoit les questions.

42:44

**(Voix de l'interprète) :** Pouvez-vous – cette question est adressée à Richard – pouvez-vous nous dire si justement, les avis de non-responsabilité dans le cadre des soins, des choses du genre, des ressources limitées ou le manque de lits, est-ce que ces avis-là sont appropriés?

43:11

**Richard Mimeault :** Alors, je suppose que la question porte sur justement sur un avis de non-responsabilité dont on a parlé. Je ne pense pas qu'il y ait un problème quelconque si vous avez un tel avis, mais je pense que justement, d'avoir un avis générique comme celui-là sans avoir eu de discussion avec le patient et sans avoir discuté avec le patient pour l'informer qu'il n'y a pas justement de disponibilité de lits, je pense qu'on a besoin de documenter le contexte existant au moment même et il sera important de le faire. Et un avis comme celui-là qui est général – et je serais curieux de voir ce que pensent mes collègues –, je pense que ça vous mettrait toujours dans une situation risquée lorsqu'il est important de savoir qu'elle était la situation, notamment si l'issue a été désastreuse ou difficile pour le patient. **(Fin de l'interprétation)**

44:13

**Andrée-Anne Labbé :** Je crois, et c'est probablement dans l'esprit de la question qui a été posée, mais je suis d'accord que les notes devraient être plutôt dans le concret, c'est-à-dire que plutôt que de dire par exemple qu'il n'y a pas de lits ou qu'il n'y a pas de ressources, peu importe, ce que préférerais voir dans le dossier du médecin que j'ai à défendre, dont j'ai à défendre la conduite, c'est des notes qui vont

indiquer, par exemple, des appels répétés ou des suivis répétés auprès de la personne responsable de gérer les lits ou de gérer les admissions, peu importe. Donc, je crois que c'est préférable de se centrer sur ses propres actions dans le contexte, donc documenter les moyens qu'on a pris pour pallier le manque de ressources plutôt que de décrier le manque de ressources dans le dossier du patient.

44:48

**Armand Aalamian :** Et juste pour peut-être préciser, ça pourrait être assez court comme documentation. C'est pas nécessaire de faire une grande histoire.

45:08

**Andrée-Anne Labbé :** Non.

45:08

**Armand Aalamian :** Juste ---

45:09

**Andrée-Anne Labbé :** Avec les heures. Souvent, il manque les heures.

45:11

**Armand Aalamian :** Super. Excellent.

**(Voix de l'interprète) :** Prochaine question, c'est pour Vania. Et on nous demande constamment de faire plus avec peu de ressources et de s'adapter. J'ai eu de la difficulté à déterminer ce que je pouvais faire pour justement accroître nos ressources. Avez-vous des idées à ce sujet? Que puis-je faire? Qu'est-ce que je peux faire parce qu'on me demande constamment de m'adapter, de changer, de faire plus avec peu de ressources. Alors, pouvez-vous m'aider?

45:46

**Vania Jimenez :** Malheureusement, je ne pense pas avoir de réponse en matière d'augmentation de ressources, mais permettez-moi de préciser que le fait de travailler dans un contexte inter ou pluridisciplinaire va de manière incroyable, accroître le taux d'efficacité dans le nombre d'interventions que nous effectuons. À La Maison Bleue, nous avons suivi près de 7 000 familles juste cette année. Nous avons accompagné près de 3 000 personnes, et on sort tout justement de la pandémie. Je dirais tout simplement qu'au lieu d'accroître les ressources, ce qui est justement l'ancienne façon de voir les choses, j'irais plutôt d'une manière différente et d'adopter l'approche que nous avons en ce moment.

46:41

Et je ne pense pas qu'on ait une recette magique pour justement accroître les ressources, mais étant donné ce contexte, je pense que vous devez faire preuve d'un peu plus de créativité, de voir dans quelle mesure vous pouvez justement mettre un accent sur ce que vous voulez réaliser.

47:00

Et pour revenir à votre question Armand, au sujet des apprenants, je pense que ce que fait La Maison Bleue, c'est tout simplement de les sortir de leur façon de réfléchir, de les sortir de leur cadre régulier. Et donc, réfléchir comme en famille, par exemple, à La Maison Bleue, l'atmosphère est plutôt la même, c'est pareil, c'est aussi chaotique et complexe que dans une grande famille ou dans une famille nombreuse. Donc les apprenants voient qu'il y a des façons de procéder, de pratiquer la médecine de manière sécuritaire mais différente sans toutefois se laisser déborder par ce sentiment d'impuissance.

47:57

Donc, je dirais que ce que nous faisons, et je m'en rends compte au fur et à mesure que je vous parle, c'est que nous sommes très, très souvent en mode prévention. Donc, nous avons eu deux séances d'évaluation épigénétiques et c'est la raison pour laquelle j'ai mené cette étude. Et on s'est rendu compte qu'il y avait justement des fois, avec les mauvaises influences, où cela peut avoir une incidence sur l'ADN de l'enfant. Nous avons réduit de près de la moitié justement les naissances d'enfants prématurés comparé à Montréal, et ça fonctionne. Et vous n'avez pas besoin d'augmenter les ressources, mais plutôt de travailler différemment. Donc, je ne peux vraiment pas vous répondre par rapport à l'augmentation des ressources.

48:48

**Armand Aalamian :** Mais je pense que vous avez répondu vraiment magnifiquement bien. **(Fin de l'interprétation)**

Et j'apprécie beaucoup l'accent sur la nouvelle génération et les résidents, les étudiants pour les écouter, pour les impliquer, pour avoir les solutions pour les questions qui sont complexes et les défis qui sont complexes devant nous. Merci beaucoup Vania.

49:03

Mais peut-être de veuX juste continuer avec cette question-là. Chantale, je veuX juste vous poser la question suivante. Pour avoir l'espace pour réfléchir, pour avoir l'espace pour être créatif, il va falloir qu'on ait l'espace pour faire ça. Il faut avoir (inaudible). Alors qu'est-ce qu'on fait? Des fois, on est tellement coincé que c'est difficile de respirer. Alors qu'est-ce qu'on fait à ce moment-là?

49:33

**Marie-Chantale Brien :** C'est sûr que c'est de prendre un peu de recul. On n'a pas le choix. Il faut avoir l'espace de temps, il faut avoir l'espace mental pour le faire et dans le chaos des horaires de chacun des médecins, souvent ce temps-là n'existe pas. Une des premières choses qu'on fait, nous, avec eux, c'est regarder leur horaire parce qu'au départ, ils nous disent non, mais il n'y a rien que je peux couper dans ma semaine, c'est impossible. Il n'y a absolument rien. Mais là, quand on se met à regarder, il y a quand même des endroits où on peut couper temporairement pour alléger un peu, pour souffler, pour voir clair. Parce que si on ne prend pas le pas de recul, effectivement, on est très, très collé sur la réalité. On ne voit plus.

50:17

Puis des fois de se le faire dire par un pair justement qui comprend la situation, qui comprend l'impasse, qui comprend la difficulté à faire cette étape-là, ça peut être assez révélateur. Puis si je rebondis sur le commentaire qui a été fait, je pense que les médecins, lorsqu'ils se font dire encore une fois « Vous devez être plus résilients », c'est un discours un peu désuet dans le sens que la résilience individuelle seulement, ce n'est plus applicable. On ne peut plus seulement être résilients individuellement. Faut qu'il y ait une résilience beaucoup plus collective, organisée qui s'installe, et ça commence justement en faisant ce qu'on fait aujourd'hui, d'en parler, de nommer, de dire et trouver des solutions ensemble aussi.

51:06

**Armand Aalamian :** J'apprécie beaucoup le concept de résilience de groupe au lieu de résilience personnelle, parce que moi, je dirais que des fois, les gens, les collègues se sentent coupables parce qu'on a l'habitude de dire oui à tout. Alors ça c'est très important, ce concept-là. Merci beaucoup pour ça.

51:28

**(Voix de l'interprète) :** La prochaine est destinée à vous, Richard. Une question sur les limites. Alors, lorsque les hospitalistes nous fixent des *caps* sur le nombre de patients, et on comprend également dans un contexte justement de pénurie de main-d'œuvre, comment pouvons-nous accepter la responsabilité justement sur l'équilibre qu'il faut trouver au niveau des patients qu'il y a à voir?

52:04

**Richard Mimeault :** C'est vraiment une question difficile.

52:06

**Armand Aalamian :** Vous avez raison, en effet.

52:08

**Richard Mimeault :** Et je pense que c'est un exemple des problèmes complexes qu'on rencontre et il n'y a pas de solution miracle ni de solution parfaite. Je pense qu'on a besoin de faire des choix intelligents et cela nous ramène justement au point de Vania et de Chantale tout à l'heure sur la collaboration et le travail d'équipe. Alors, c'est sûr que si on est intéressé à fournir des soins de santé sécuritaires, nous devons prendre justement conscience du volume de patients qu'on peut prendre. Est-ce que c'est une bonne solution justement de prendre un certain volume et de transmettre la responsabilité sur quelqu'un d'autre? Et c'est à ce niveau-là que le travail d'équipe, la collaboration et la communication entrent en jeu.

53:03

Souvent, les gens se disent qu'ils peuvent décider de manière unilatérale de dire : Bien, je vais voir tel nombre de patients; après ça, je m'en fous du reste. Et donc, tout le monde est débordé, mais comment faire en sorte que les choses marchent? Donc, je pense que ça nous ramène aussi à ce que disait Vania : il est n'est pas toujours

question de ressources additionnelles, mais plutôt de réfléchir de manière créative, de chercher des nouvelles façons de faire les choses, ce qui veut dire des fois éliminer certains des silos, et je ne pense pas qu'il y ait une solution miracle. Plutôt des choix qu'on doit opérer, et ces choix-là impliquent également de discuter les uns avec les autres et de négocier.

53:50

**Armand Aalamian:** Alors une question dans la salle. Magnifique. Allez-y, s'il vous plaît.

53:56

**Fahimy Saoud:** Bonjour.

53:58

**Armand Aalamian:** Oui?

53:59

**Fahimy Saoud:** Fahimy Saoud, médecin de famille ici à Montréal. En fait, dans le contexte de pénurie qu'on vit, le gouvernement a élargi la pratique de plusieurs autres professionnels de la santé différents du médecin, n'est-ce pas? En première ligne, on reçoit des études de dossiers pharmacologiques des patients et des suggestions de médicaments faites par le pharmacien communautaire. On reçoit des physiothérapeutes qui nous envoient des rapports où ils suggèrent des imageries de résonance magnétique aux patients. Nous recevons des demandes de nutritionnistes pour faire des bilans vitaminiques. On reçoit des rapports de psychothérapeutes qui nous suggèrent des antidépresseurs ou autres médications.

54:51

Et le patient qui nous arrive en première ligne vient en consultation avec des attentes bien bâties. Et ça, c'est sans parler sur ce qu'ils ont lu qui leur serait nécessaire sur Google. Ma question, qu'est-ce que vous nous suggérez, qu'est-ce que vous nous conseillez pour gérer ces attentes-là? Et quels conseils vous nous donnez pour naviguer dans ce contexte de soins primaires?

55:23

**Armand Aalamian:** Vania, on va commencer par toi, par vous. Allez-y.

55:27

**Vania Jimenez:** Fahimy, je vous donnerais juste une réponse un peu clichée peut-être. Je me baserais sur la relation patient-médecin, et que finalement, si tout est demandé de moi qui suis le contact principal ou le, l'intervenant principal, c'est l'idée de l'intervenant pivot. Je me considère l'intervenant pivot dans des situations dont vous parlez. C'est moi qui vais décider finalement si je vais le faire l'IRM, si je veux changer la médication, si je vais, je vais – alors, je me baserais là-dessus. Et pour ce faire, ça prend du temps aussi. Et je reviens donc à la notion de la Maison Bleue.

56:09

Il ne peut y avoir de Maison Bleue si ce n'est qu'avec un GMF ou un GMFU. Alors, je dois vous dire aussi c'est qu'il y a toute la question de la rémunération et du temps passé auprès du médecin. Nous sommes, nous avons des clientèles vulnérables. Clairement, on ne peut pas voir cinq patients en une heure. Alors, ou dans une Maison Bleue. Et souvent donc les, les médecins qui travaillent là transfèrent leur façon de faire au tarif horaire, et là, ça aide à avoir ce genre de rapport-là.

56:41

Alors, je ne veux pas faire un *statement* politique, mais j'irais vers, si j'avais à conseiller le ministère, je parlerais de capitation et de changement de façon de rémunérer les médecins pour donner le temps justement à cette relation de s'accomplir et de nous redonner le pouvoir dont vous parlez, Fahimy, parce que ce n'est pas parce que le pharmacien me dit telle affaire que je vais dire oui, oui, oui. Je vais être contente d'avoir peut-être une suggestion à laquelle je n'avais pas pensé, mais voilà donc. Je me rabattrais sur la vraiment la sacrée relation, pour vrai sacrée relation médecin-patient.

57:25

**Armand Aalamian:** Allez-y.

57:28

**Marie-Chantale Brien:** Je pense que vous faites référence aussi à comment mettre des limites dans sa propre pratique alors que les limites ne sont pas si bien établies que ça non plus dans la pratique en général. Je pense que ça relève quand même individuellement de mettre certaines limites à ce que vous pouvez ou ne pouvez pas faire, le transmettre aussi en informant vos patients de différentes façons. Je sais qu'actuellement, mais sans recette miracle de ce côté-là, mais un travail qui est fait actuellement aussi pour un comité de travail sur la médecine familiale le fond, pour réviser de fond en comble à réduire les irritants, etc. avec le ministère, puis bon, la FMOQ, je crois, est impliquée sur ça, parce que je voyais tantôt Dr Amyot (ph) qui était là. Mais il y a un travail de fond qui est en train de se faire aussi. Mais ça ne se fera pas demain matin, bien entendu.

58:25

**Armand Aalamian:** Merci Chantale. Allez-y.

58:27

**Andrée-Anne Labbé:** Merci. Un ajout sur le temps parce que je rejoins ce qui a été dit précédemment. Souvent dans le contexte de discussion qu'on va avoir avec les médecins qui font appel à nous, ils vont nous demander comment ça pourrait ne pas se reproduire, comment je peux éviter ça parce que bon, malheureusement, aussi gentils sommes-nous, la plupart des médecins n'apprécient pas nécessairement leur expérience de plainte au Collège, de plainte intrahospitalière. Puis ça revient au temps.

58:52

Ça peut avoir l'air insurmontable dans votre journée de dire je vais être obligé de prendre 15 ou 20 minutes de plus avec ce patient-là pour lui expliquer les raisons pour

lesquelles je ne donnerai pas suite à ces recommandations-là, mais ultimement, si c'est bien fait, vous bâtissez votre confiance avec votre patient, puis peut-être que la prochaine fois, ça va être plus facile. Mais surtout, c'est un 15 minutes qui est probablement beaucoup mieux investi avec ce patient-là que les six heures que vous allez passer à répondre au Collège après la plainte puis être au téléphone avec nous pour gérer la plainte au Collège puis le stress que ça va vous causer.

59:21

Donc, je rejoins ce qui a été dit puis je pense que vous avez plus de, vous avez plus de chance d'être dans votre 20 % avec le patient que si vous êtes au téléphone avec nous parce que ça s'est mal passé, parce qu'il y a des choses qui n'ont pas été faites sans explication ou des choses qui ont été faites alors qu'elles n'auraient pas dû être faites.

59:41

**Armand Aalamian:** Merci beaucoup. Alors, nous avons une autre question, Vania, pour toi à propos du travail avec d'autres collègues, les autres professionnels dans notre équipe. Alors, on sait que chacun a leurs propres responsabilités, mais comment on peut s'assurer que tout fonctionne bien et les choses fonctionnent bien, parce que quand même, des fois comme leader d'une équipe, tu as la responsabilité. Alors comment on peut gérer ça à ce moment-là?

1:00:25

**Vania Jimenez:** Je répète, comme dans une famille. Il s'agit d'écouter, d'écouter le langage en fait, d'autres professionnels, de trouver, tout est dans la communication, et je crois que c'est Richard qui me parlait de toute la question du pouvoir et de l'amour et de mettre son propre – le leader, il va mettre, il va écouter, et ce n'est pas son pouvoir qui est en jeu du tout. C'est d'écouter tout ce qui vient des autres et qui va enrichir tout ça. C'est le patient qui est au milieu, et l'interdisciplinaire, ce que ça fait, c'est que ça donne comme, on arrive à voir le même patient au milieu d'autres, comme si on le voyait d'un autre, sous d'autres perspectives. Et je vais vous dire, ça arrive tous les jours à La Maison Bleue, que je me sois trompée ou si je ne savais pas que telle affaire était arrivée dans la vie.

1:01:30

C'est pour ça que, et c'est la travailleuse sociale qui va me le dire alors que je m'énervais dans mon coin bien pourquoi elle me demande ça puis pourquoi elle est comme ça aujourd'hui? Alors, c'est vraiment la question du patient au milieu du cercle de – et c'est ce que nous proposons comme apprentissage à nos apprenants. Et ils sont nombreux. Il y a des centaines de toutes les professions qui viennent dans les Maisons Bleues et je dois vous dire que ceux qui sont les plus choqués ou secoués sont les apprenants médecins. C'est comme s'ils ont, c'est eux qui ont le moins la capacité de, je les pousse, je leur dis reste là. Écoute ce qu'elle a à te dire.

1:02:13

Donc, il y a quelque chose dans la manière dont on est formé qui ne vient pas naturellement à partir du moment où on met les pieds dans une école de médecine. Voilà.

1:02:24

**Armand Aalamian:** C'est très intéressant, ta réponse, surtout il faut peut-être regarder la formation aussi, qu'est-ce qu'on forme nos collègues, on se forme aussi. **(Voix de l'interprète)** : Une question qui nous vient de notre assemblée de Sanjeev.

1:02:44

**Sanjeev (non identifié):** Je suis médecin de famille en Alberta. Une question et une observation. Alors, vous l'avez déjà dit, les ressources humaines sont un gros problème sur le plan médico-légal si on pense à la continuité des soins. Alors, en médecine de famille, le problème c'est qu'on a trop peu de médecins de famille partout au Canada. En Alberta, on a un déficit énorme. Il y a plus de gens qui viennent s'installer en Alberta que de médecins. Donc, les organismes de réglementation s'attendent à ce qu'il y ait une bonne continuité et l'objectif est évidemment d'assurer la continuité, mais lorsqu'on n'est pas en mesure de le faire individuellement, on a recours à une équipe.

1:03:34

Dans la pratique traditionnelle, on s'associe généralement à d'autres médecins de famille. Le problème, c'est qu'eux aussi sont en surmenage, eux aussi ont trop peu de capacité et eux non plus ne veulent pas plus de patients. Alors, vous êtes coincés avec ce risque d'avoir un retard dans la prise en charge de vos patients, mais aussi dans le suivi des patients qui sont censés revenir pour des examens réguliers, par exemple pour leur diabète. Une question qu'on nous pose c'est bon, quand on n'a pas vu le patient assez souvent ou que le patient vous dit bon, je n'ai pas reçu de coup de fil, je ne suis pas venu vous voir et à présent j'ai une complication, mon A1C est trop élevé ou alors j'ai repoussé mon rendez-vous et maintenant j'ai un problème.

1:04:26

Un grand nombre de provinces sont aux prises avec les mêmes difficultés. Et le problème fondamental, c'est qu'il n'y a pas suffisamment de financement pour la médecine de proximité. Les soins secondaires et tertiaires reçoivent beaucoup plus d'argent que les soins primaires. On paie beaucoup plus pour les autres aspects de la médecine que la médecine de famille. Donc, si on se penche sur des modèles pluridisciplinaires, comment payer parce qu'on ne reçoit pas d'argent pour payer les autres professionnels? Et par ailleurs, s'ils offrent une continuité de soins en votre nom, c'est-à-dire que vous êtes le médecin traitant, quels sont les risques médico-légaux associés à ce genre de partage de responsabilités? Alors vous avez beaucoup de gens qui contribuent aux soins du patient, mais il me semble que la responsabilité relève malgré tout du médecin. Excusez-moi, j'ai été bien verbeux.

1:05:28

**Richard Mimeault:** Bon, une autre problématique, effectivement. Vous savez, je commencerais par dire que ce que vous décrivez et votre façon de le décrire, c'est qu'il y a divers niveaux de complexité. Ainsi, si vous avez des limites imposées par le système, dans la mesure que vous expliquez, aucune créativité ou collaboration ne pourra compenser ce déficit. C'est ce que vous décrivez. Alors, si vous êtes arrivé à ce

stade, vous avez raison. Là il faut un changement systémique, mais autrement, ce que nous avons évoqué ici jusqu'à présent aujourd'hui, c'est-à-dire se pencher sur ces autres choses, quelles sont les choses qui transcendent le modèle conventionnel étant donné les limites de ressources? Qu'est-ce qu'on peut faire pour faire au mieux?

1:06:30

Alors, si le système n'a plus rien à vous donner, ce sera peut-être toujours en deçà des normes établies par les ordres professionnels, les Collèges, etc. Mais il est important de tout documenter, c'est-à-dire que l'on puisse comprendre pourquoi des plaintes surviennent. Et au moment de leur survenue, que vous puissiez montrer qu'il était impossible et déraisonnable de s'attendre à ce que vous atteigniez cet objectif. Je comprends que la réponse n'est pas satisfaisante, mais dans bien des cas, c'est vrai qu'il faut davantage de ressources qui doivent provenir du système. Mais à défaut, enfin, je pense qu'on doit simplement faire au mieux et documenter. **(Fin de l'interprétation)**

1:07:15

**Armand Aalamian:** Merci Richard. Je vais tourner envers toi, Vania, juste pour peut-être élaborer sur la question. Toi, tu as travaillé, tu nous as parlé, tu as bâti La Maison Bleue avec des ressources, mais tu étais, tu as fait du travail pour avoir des ressources. Peut-être tu peux nous, juste parler de comment tu es arrivée là? Comment as-tu as fait, avec un peu de *advocacy* pour être là?

1:07:44

**Vania Jimenez:** En fait, l'évaluation qu'on a faite, c'est que les, on est parti vraiment d'un groupe de médecins accoucheurs très passionnés par, par ce qu'on faisait et très frustrés comme je vous l'ai dit. Et on, c'est parti d'un GMF, donc qui est dans un CLSC, donc qui a une mission première de prévention. Donc, au départ, c'était ça. Alors, comme j'ai parlé de l'appui génétique-épigénétique et des travaux de Michael (inaudible) Meaney dont certains se sont faits à La Maison Bleue qui ont bien démontré qu'il y a un impact. Donc, je suis partie avec l'idée que ça a un impact économique, aussi il y a le système de santé. On sait qu'un bébé prématuré va avoir des problèmes de développement et donc on a convaincu le DG à l'époque de nous prêter une ressource, qui était l'infirmière.

1:08:45

Donc, on est parti, on est parti comme ça. Et on a fait faire l'évaluation et, qui a été, bon, c'est une évaluation qui a été faite par trois universités différentes qui a démontré qu'effectivement, on avait baissé le nombre de prématurés, le nombre. Donc, et c'est avec ça que forts de ça, on a construit la valeur économique. Pas simple affaire, je vais vous dire en prévention, mais qu'on a démontré que le système il sauvait beaucoup d'argent en, avec très peu de ressources. C'est un peu ça, ça a été malheureusement l'argument économique finalement qui a fait que le ministère de la Santé du Québec a embarqué et nous demande maintenant de multiplier les choses et La Maison Bleue s'est engagée à avoir 10 Maisons Bleues d'ici cinq ans. Donc --

1:09:36

**Armand Aalamian:** Si je t'entends bien, il faut quand même monter, heureusement, malheureusement, il faut quand même monter un *business case*. C'est vraiment qu'il faut ---

1:09:46

**Vania Jimenez:** Oui.

1:09:47

**Armand Aalamian:** --- il faut démontrer qu'il y a des gains. Alors, on ne peut pas juste dire j'aimerais bien ça parce que c'est une bonne chose. Il faut démontrer pourquoi.

1:09:56

**Vania Jimenez:** Ce n'est pas, on n'est pas dans la vertu du bien, on n'est pas dans l'industrie de la vertu. On est dans, malheureusement, tu sais, même si on a à cœur notre mission de médecin, c'est autre chose. Il va falloir vraiment corps à corps se débattre avec les ministères pour avoir les ressources et démontrer qu'on a moins de ressources finalement, qu'on en a besoin de moins que dans le système parce que la travailleuse sociale voit deux fois plus que celle qui travaille dans le système. Alors, bien –

1:10:31

**Armand Aalamian:** Et juste pour souligner, ce n'était pas vraiment donné. Tu as travaillé fort pour avoir les ressources quand même. Bon – **(Voix de l'interprète)** la prochaine question s'adresse à vous tous et toutes. Veuillez nous donner quelques conseils pour expliquer comment gérer les situations où les hôpitaux et les patients nous demandent de travailler en dehors de notre champ d'exercice. Dans des milieux où il y a trop peu de ressources, on nous demande de prodiguer des soins qui sont de nature plutôt infirmière ou alors de s'adonner à des tâches administratives. Cela rajoute au stress. Alors vous avez tous l'occasion de répondre à cette question.

1:11:19

**Vania Jimenez:** Moi je vais répondre, on ne va jamais en dehors de son *scope of practice*. Jamais. Alors on fait affaire aux hauts spécialistes de façon vigoureuse. Je veux dire quand on ne peut pas les rejoindre, on se présente, on appelle soi-même et, et si ça ne marche pas, bien on monte dans la hiérarchie, on appelle le chef de service, on appelle la DPS. On ne va jamais au-delà du *scope of practice* à La Maison Bleue, pour personne. Et on est vérifié d'ailleurs. Il y a une de nos infirmières praticiennes qui a eu une inspection très en détail qui a fini par des louanges. Mais on ne va jamais au-delà du *scope of practice*.

1 :12 :12

**Armand Aalamian :** Les autres collègues. Chantale?

1:12:14

**Marie-Chantale Brien:** Je pense que je suis d'accord. Ça revient à mettre ses limites à un moment donné, de dénoncer à qui de droit. On demande, nous, aux

clients de remonter la hiérarchie dans leur hôpital et de dénoncer s'ils sont appelés à faire des actes pour lesquels ils ne sont pas formés ou pour lesquels ils n'ont pas de support, etc. Mais après, bien, au niveau médico-légal, je vous laisse répondre.

1:12:38

**Armand Aalamian:** Mais je vais dire, avant qu'on continue avec la réponse, je veux dire qu'on trouve souvent un patient qui est en détresse, frustré, qui a attendu pendant plusieurs mois qui a besoin de quelque chose, qui a besoin de (inaudible) leur plainte. Qu'est-ce qu'on fait? Parce que comme médecin, on est là pour les aider alors c'est difficile de te trouver devant quelqu'un et dire je ne peux pas faire grand-chose pour vous ou c'est hors de mon champ d'expertise. Alors qu'est-ce qu'on fait à ce moment-là et quelles sont nos responsabilités médico-légales? (sic) Allez-y. Chantale.

1:13:13

**Marie-Chantale Brien:** Bien, je dirais juste que *do not do harm*. C'est la première chose, donc si on pense qu'on est dans ce créneau-là, on devrait vraiment s'abstenir. Je pense que c'est encore des fois la meilleure aide qu'on peut donner si on n'est pas apte à le faire, mais au-delà de ça, je pense que ça tombe plus dans le médico-légal aussi là.

1:13:36

**Armand Aalamian:** Allez-y, Andrée-Anne.

1:13:37

**Andrée-Anne Labbé:** Je vais devoir réitérer ce que j'ai dit tantôt en réponse à la question qu'on a eue dans la salle, c'est-à-dire que ça revient à l'éducation et à l'explication et au lien de confiance que vous avez avec votre patient. Rares sont les patients, je crois, qui ne comprendront pas s'ils se font expliquer en termes simples la raison pour laquelle vous ne pouvez pas donner suite à leur demande puis j'irais plus loin que ça. La raison pour laquelle ce n'est pas dans leur intérêt que vous donniez suite à cette demande-là parce qu'au-delà des risques médico-légaux, il y a les risques pour le patient lui-même si vous excédez ce dans quoi vous avez une compétence réelle. Donc, je pense que c'est la clé pour avoir un refus qui va passer peut-être mieux auprès du patient.

1:14:22

Puis évidemment, dans la mesure du possible – puis je le sais que ce n'est pas toujours possible – mais c'est d'essayer de diriger le patient vers la bonne ressource puis de prendre les moyens que vous avez pour que son problème soit entendu ou réglé dans des délais qui sont acceptables.

1:14:37

**Armand Aalamian:** Merci. Richard?

1:14:39

**Richard Mimeault:** Pas beaucoup à ajouter. Je pense que, tu sais, le, en fin de compte, on doit toujours avoir l'intérêt du patient en premier et qu'on, c'est essentiellement ne pas donner l'impression au patient qu'on abandonne. Ce qui revient un peu à ce que Andrée-Anne vient d'expliquer, c'est de, cette relation de confiance qu'on a avec le patient qui est basée sur une bonne communication et, bon, simplement faire ce qui est, de ne pas les abandonner ou de ne pas donner l'impression qu'on les abandonne.

1 :15 :11

**Armand Aalamian :** Merci pour ça. Ça me fait penser aussi qu'il faut peut-être mieux renseigner aux résidents et étudiants aussi. Comment de gérer ce genre de défi? Alors, des fois on oublie ce genre de chose qu'on va se trouver face à face.

1 :15 :26

Alors, (**Voix de l'interprète**) : Prochaine question qui s'adresse d'abord à Richard et ensuite à Andrée-Anne. Pour les médecins qui envisagent une suppléance dans un hôpital de la communauté, quelle est leur responsabilité en matière d'évaluation des soins de la communauté avant de décider d'y fournir des services? Il peut s'agir, par exemple, du nombre de patients aux urgences, de la disponibilité de l'équipement et du personnel, etc. Quelle est votre responsabilité lorsque vous envisagez de faire une suppléance?

1 :16 :02

**Richard Mimeault :** Par souci de transparence, je n'ai jamais fait de suppléance. Je présume que si vous êtes envoyé dans un établissement qui n'est pas votre établissement d'attache, c'est parce qu'il y a une pénurie. Il ne serait donc pas déraisonnable de penser qu'il y a probablement une pénurie d'autres ressources. Je ne suis pas sûr que le but de la question soit de décider si vous allez ou non sur place ou quel est le risque une fois sur place ?

1 :16 :38

**Armand Aalamian :** Bon écoutez, je ne sais pas précisément quel était l'objet de la question, je devrais dire que je ne connais pas la personne qui a posé la question, mais je dirais que moi, j'ai accepté une suppléance pendant 13 ans dans le nord du Québec, entre autres. Et la première chose que j'ai demandée, c'était est-ce que vous avez un endroit où je puisse loger? Et j'ai découvert qu'il y avait énormément de difficultés sur le plan des ressources. Vous savez, par exemple, c'était très difficile d'envoyer les patients vers de grands centres hospitaliers lorsqu'ils étaient en difficulté. C'était une question de météo, de déplacements. C'est dans ce sens que j'interprète cette question. Quelles sont les questions à poser avant d'accepter une suppléance, plutôt que d'accepter sans se poser de questions?

1 :17 :31

**Richard Mimeault :** Et bien, si vous savez qu'il y a une difficulté à prévoir, préparez-vous à communiquer et à collaborer. Posez des questions, quels sont les autres professionnels disponibles?

1 :17 :59

**Armand Aalamian :** Oui, vous savez, je vais répondre à la question moi-même. J'ai fait tout un tas de suppléances et c'est très important de comprendre le contexte. Où allez-vous et avec qui travaillerez-vous? Et ce n'est pas seulement le contexte de l'approvisionnement médical, mais aussi la culture, quelle sera la culture? Quelle sera l'approche? Pendant combien de temps serez-vous là? Alors, c'est important de le faire si on veut prodiguer les soins que l'on souhaite aux patients et vraiment travailler main dans la main avec la communauté. **(Fin de l'interprétation)**

1 :18 :38

Prochaine question, c'est pour vous, Chantale. Que recommandez-vous aux médecins qui ont été menacés par un patient particulier s'il n'y a pas de collègues disponibles pour prendre la relève du suivi?

1:18:54

**Marie-Chantale Brien:** En fait, c'est sûr que c'est très personnalisé selon la situation. Donc, si on rencontre ce client-là, bien on va évaluer avec lui son, est-ce qu'il a appelé l'ACPM justement (rire) pour voir ce recours? Est-ce que, comment il se sent par rapport à cette situation-là? On commence toujours par l'écoute. Puis s'il n'est pas en mesure de donner des soins dépendamment de la problématique, bien on va lui conseiller de trouver une alternative.

1:19:22

**Armand Aalamian:** Super. Merci Chantale. Qu'est-ce que - Vania, désolé, allez-y, bien sûr.

1:19:33

**Vania Jimenez:** C'est juste, nous avons eu une expérience, en fait, au GMFU. Une patiente extrêmement difficile et qui vraiment surchargeait le système autant de l'infirmière, des médecins, tout, et il n'y avait aucun moyen d'arrêter finalement la situation, et j'ai eu à consulter l'éthicien, j'ai consulté le Collège des médecins et j'ai consulté l'ACPM. Et, et finalement, j'en suis arrivée, nous sommes arrivés, comme je dirais le reste de l'équipe, dans une espèce de – ce n'est pas un contrat, mais en deux parties – vous vous engagez à ne pas harceler, etc., et si jamais ça arrive, vous, il semble que vous n'acceptez pas notre façon de travailler, donc vous vous déchargez vous-mêmes de nos services. Alors c'est, je trouvais c'était une très bonne aide que j'ai eue de l'éthicien, de l'ACPM dans cette situation-là.

1:20:35

**Armand Aalamian:** Merci Vania pour l'exemple très concret. C'est très aidant d'avoir ce genre de situation.

1:20:44

**(Voix de l'interprète)** Que se passe-t-il – Andrée-Anne, la question s'adresse à vous – que se passe-t-il quand un patient est en salle d'urgence et qu'il n'y a pas de professionnel responsable, de médecin traitant en dépit de son admission? **(Fin de l'interprétation)**

1:21:01

**Andrée-Anne Labbé:** Je vais y aller avec la réponse favorite des avocats, ça dépend. (Rire) Ça dépend des faits, ça dépend de qui était au courant de quoi? Ça dépend de c'était quoi la condition du patient, comment l'infirmière l'avait trié, qu'est-ce que le médecin savait, est-ce que la situation avait été portée à l'attention du médecin? Donc, dans une situation comme ça peut être la responsabilité d'une personne, de deux personnes, ça peut être la responsabilité du médecin, ça peut être la responsabilité du personnel hospitalier. C'est vraiment (diaphonie) ---

1:21:30

**Armand Aalamian:** (Diaphonie) ---

1:21:30

**Andrée-Anne Labbé:** --- d'une situation à l'autre.

1:21:32

**Armand Aalamian:** Je vais faciliter la question. Écoutez. C'est un patient qui est admis en médecine interne qui attend quelqu'un avec, avec une insuffisance cardiaque qui est en attente pour aller sur l'étage. On sait que cette personne-là va rester là. Alors, qui est – moi je suis médecin d'urgence et je suis là – qu'est-ce que je fais à ce moment-là? Je suis très occupé, je coure partout et j'ai quelqu'un juste à côté sur un lit dans le corridor, un couloir. Qu'est-ce que je fais avec ça? Ça c'est la question.

1:22:00

**Andrée-Anne Labbé:** Ça dépend ---

1:22:02

**Armand Aalamian:** Qui est responsable (diaphonie) ---

1:22:04

**Andrée-Anne Labbé:** --- est-ce que (diaphonie) ---

1:22:05 :

**Armand Aalamian:** ---- (diaphonie) ---

1:22:06

**Andrée-Anne Labbé:** --- une infirmière qui monitore ce patient-là? Est-ce que l'interniste est au courant? Est-ce que le service d'admission est au courant? Je pourrais faire une liste de 20 questions pour éventuellement arriver à un algorithme pour répondre à la question. Mais c'est vraiment quelque chose qui est trop spécifique pour dire qui est responsable. On va souvent prendre des mois pour nous-mêmes arriver à une réponse, c'est-à-dire que la réponse à cette question-là nécessite de voir

qu'est-ce qui a été documenté, quand, par qui, interroger le patient, interroger la famille du patient, interroger les médecins, interroger les membres du personnel hospitalier pour finalement essayer de reconstituer l'histoire puis voir s'il y a une faute qui a été commise parce que peut-être pas, voir si la faute a causé un préjudice parce que peut-être pas, puis éventuellement arriver à la solution juridique du problème. Donc, j'aimerais vraiment, mais je ne peux pas répondre à cette question-là. C'est hors du, je fais le médecin (diaphonie).

1:22:51

**Armand Aalamian:** Oui, oui, c'est hors de – mais, mais la chose que moi j'entends, c'est la communication. Il faut quand même dire quelqu'un doit être responsable, quelqu'un doit prendre la respon-, quelqu'un doit parler avec quelqu'un.

1:23:00

**Andrée-Anne Labbé:** Oui.

1:23:03

**Armand Aalamian:** Et c'est important que ---

1:23:03

**Andrée-Anne Labbé:** Oui.

1:23:04

**Armand Aalamian:** --- on laisse pas patient tant (inaudible). Ça c'est, pour moi, ça c'est le point que je, j'entends.

1:23:10

**Andrée-Anne Labbé:** Exact. Puis si on veut bâtir sur ça, bâtir sur cette discussion-là, on devrait avoir dans une urgence, dans un centre hospitalier des façons de faire dans ces circonstances-là. Quand on a un patient qui dépasse le 24 heures, qui dépasse le 48 heures de séjour à l'urgence, il devrait y avoir des responsabilités claires, qui fait quoi. Puis là après ça, ça serait peut-être plus facile de décider qui est responsable si jamais il y a une issue défavorable pour ce patient-là.

1:23:34

**Armand Aalamian:** Excellent. Merci beaucoup pour votre réponse. Chantale, ça c'est votre question.

**(Voix de l'interprète) :** Le surmenage touche le médecin individuellement, bien qu'il ne soit pas le seul responsable, c'est aussi une défaillance du système. Que peut-on demander des administrations hospitalières pour aider à prévenir le surmenage? **(Fin de l'interprétation)**

1:24:04

**Marie-Chantale Brien:** Je pense que ça fait référence à ce que je disais tout à l'heure, des différentes initiatives qui peuvent être prises pour mieux se soutenir entre nous. Donc, d'avoir des gestionnaires qui sont mieux outillés, ça aide beaucoup, qui ont

des outils en leadership, qui ont des outils pour réduire les conflits au travail, qui comprennent c'est quoi un retour au travail, d'avoir différents outils, guides, etc. D'ailleurs, on a un projet avec le ministère où on va tenter de mettre certains éléments de solutions en branle pour mieux outiller les gestionnaires parce que si les gestionnaires sont mieux outillés, l'équipe risque de l'être plus par la suite puis individuellement, on va se sentir plus supportés par des gens qui ont davantage de formation aussi parce que souvent on est rendu comme gestionnaire seulement parce que ça fait X nombre d'années qu'on est dans ce département-là, on nous dit bon bien, tu sais, ça va être ton tour d'être chef de département alors que finalement, l'individu ça ne lui tente pas nécessairement d'être chef de département, mais il se ramasse à l'être, mais – puis il n'a pas de formation.

1:25:13

Donc, on va mettre ça en place. Je pense que c'est un des éléments de solution. Je pense que le fait de, dénoncer ce qui se passe aussi, c'est important. Souvent quand on parle aux médecins individuellement puis on leur dit est-ce que vous avez été voir votre chef de service? Est-ce que vous avez été voir votre chef de département, est-ce que vous êtes monté au DSP? Ah, ça ne donne rien. J'ai déjà fait ça dans le passé. Ça ne donne rien. Non, faites-le encore. Appelez à votre fédération aussi, mentionnez les éléments que vous vivez. Appelez à votre association aussi, mentionnez ce que vous vivez parce que c'est lorsqu'on en discute globalement à différents niveaux qu'on arrive avec les meilleures pistes de solution.

1:25:52

Le soutien entre pairs en termes d'équipe aussi, donc de s'offrir du soutien entre pairs, on peut le démarrer dans nos équipes. C'est des discussions, ça donne un espace de discussion pour parler ensemble des enjeux qu'on vit, des erreurs qu'on fait aussi. Donc, si on vise une culture plus juste, éventuellement il va falloir commencer à parler de nos erreurs aussi. Je sais que les avocats nous disent de ne pas en parler lorsque ça arrive, mais d'en parler dans un groupe très restreint avec une écoute sensible puis des personnes de confiance dans l'immédiat, c'est salutaire puis on a différentes formations aussi qu'on peut donner à cet effet-là.

1:26:30

**Armand Aalamian:** Super. Merci beaucoup Chantale et merci (inaudible) pour les, pour préciser votre réponse aussi avec les exemples.

1:26:40

**(Voix de l'interprète)** On a le temps de prendre une toute dernière question. Le temps file à toute allure. Alors Richard, la question s'adresse à vous. Vous avez deux minutes. Si on a le temps, on cédera la parole à Andrée-Anne, on verra bien. Veuillez nous dire quel est, quels sont les risques en urgence quand les tests sont demandés par l'infirmière en votre nom et que le patient quitte avant que vous ne le voyiez. Ça arrive très souvent dans les services d'urgence tandis que les infirmières autorisées essaient de faire de leur mieux pour composer avec l'engorgement actuel. Quelle est votre responsabilité en tant que médecin?

1:27:17

**Richard Mimeault:** Alors l'infirmière a vu le patient? Le patient s'est présenté aux urgences. L'infirmière a pris des décisions et vous comme médecin, vous n'avez jamais été mis au courant qu'on avait demandé des examens.

1:27:28

**Armand Aalamian:** Oui. Par exemple, le patient avait des douleurs à la poitrine. On a demandé des tests de ses enzymes cardiaques, mais le patient est reparti sans que vous ne l'ayez vu.

1:27:40

**Richard Mimeault:** Eh bien, je dirais brièvement que vous ne pouvez pas faire l'impossible. Alors si vous n'étiez même pas au courant que le patient était présent dans la salle d'urgence, il est fort peu probable qu'on vous juge responsable. Cela dit, s'il y avait des politiques dans l'hôpital qui définissent les rôles et les responsabilités dans des situations similaires et qui vous attribuent une certaine responsabilité, là il y a toujours un potentiel que vous soyez tenu responsable. Mais évidemment, c'est une pente savonneuse sur laquelle je préfère ne pas m'avancer. **(Fin de l'interprétation)**

1:28:17

**Andrée-Anne Labbé:** (En cours) la responsabilité qui va être déterminée, c'est sûr que ça augmente vraiment beaucoup le risque d'être défendeur dans une action parce que l'avocat du patient qui va regarder le dossier va voir votre nom sur le résultat donc va présumer que c'est vous qui l'avez prescrit et que c'est vous qui n'avez pas pris action sur ce résultat-là. Donc c'est sûr que c'est une façon de faire qui augmente le risque significativement. Puis je fais écho à ce qui a été dit, c'est-à-dire que les hôpitaux puis les urgences ont avantage, puis je sais que ça crée des tensions dans certaines urgences, à tout le moins au Québec, mais ont avantage à avoir des procédures très claires par rapport à ce genre de résultat orphelin qui se retrouve à s'accumuler chaque jour et qu'il faut qu'il soit revu par les médecins éventuellement.

1:29:02

**Richard Mimeault:** Mais dans ce contexte-là, si le médecin était le responsable pour faire le suivi du résultat, disons, des enzymes cardiaques, même s'il n'a pas vu la patiente ou le patient, il aurait potentiellement une responsabilité?

1:29:1/6

**Andrée-Anne Labbé:** S'il y a une politique qui disait que dans ces circonstances-là, quand il y a une infirmière qui fait ces prescriptions-là au nom du médecin, puis qu'elle avait raison de le faire au nom de ce médecin-là puis que lui n'a jamais révisé alors qu'il aurait dû, je pense qu'il y a un risque.

1:29:30

**Armand Aalamian:** Alors un grand merci à nos experts sur la scène. Notre temps est écoulé tellement, tellement vite. Une discussion forte intéressante. Merci. Un grand merci. Alors on a parlé des défis, on a parlé des possibles solutions, mais c'est comme je vous ai dit c'est une problématique assez complexe. Alors on va continuer à travailler là-dessus ensemble.

1:29:58

**(Voix de l'interprète) : Merci encore une fois, et (Fin de l'interprétation)**

1:30:01

Juste un petit rappel. Vous avez les fiches d'évaluation à remplir. N'oubliez pas les fiches d'évaluation et vous avez maintenant 15 minutes de pause-santé, et par la suite, nous avons notre réunion d'affaires à 3 h 45. Merci à tous, à toutes. Merci pour votre participation.