

## **Mot de bienvenue et ouverture de l'assemblée**

00:00:01

**Jean-Hugues Brossard : (Voix de l'interprète)** (En cours) dans la salle. **(Fin de l'interprétation)**

00:00:03

Jean-Hugues Brossard, je suis le président de l'Association canadienne de protection médicale. *Hello, I'm Jean-Hugues Brossard, President of the CMPA.* Bienvenue à la 119<sup>e</sup> assemblée annuelle de l'Association, oui, 119.

00:00:23

**(Voix de l'interprète)** : Bienvenue à la 119<sup>e</sup> assemblée annuelle de l'Association. **(Fin de l'interprétation)**

00:00:27

Cette année, une édition spéciale de l'assemblée annuelle : nous présentons l'événement en personne de Montréal, ainsi qu'en ligne, et pour la première fois en 119 éditions, l'événement d'aujourd'hui se déroulera principalement en français. Et c'est la première fois que l'assemblée générale de l'ACPM a lieu en français. Chaque personne peut s'exprimer dans la langue de son choix, vous avez accès à l'interprétation simultanée grâce aux écouteurs se trouvant sur votre chaise et vous pouvez choisir la langue qui vous convient sur votre écran. Des portions de la rencontre auront lieu en anglais, donc il peut être utile d'avoir l'interprétation même si vous maîtrisez les deux langues. J'encourage les personnes unilingues à les porter en tout temps pour entendre les présentations dans la langue de leur choix.

00:01:16

Nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui 113 personnes en présence dans la salle et 225 membres en ligne d'un bout à l'autre du pays. Oh! On me dit que je peux reculer. OK. Nous avons aussi des représentantes et des représentants de diverses organisations médicales qui sont avec nous dans la salle, et je voudrais remercier tous ces gens de prendre le temps d'assister à notre assemblée cette année.

00:01:44

Donc l'assemblée commencera au cours des 10 prochaines minutes. Tout d'abord, nous allons accueillir à nouveau l'aînée et détentrice du savoir Amelia Tekwatonti McGregor, qui prononcera un discours de bienvenue. Ma collègue Lisa Calder et moi, nous allons ensuite aborder quelques items administratifs. Nous allons vous présenter les scrutatrices et scrutateurs de l'assemblée et nous allons approuver le procès-verbal de la dernière assemblée de l'an dernier.

00:02:17

Alors, nous commençons et je passe la parole à Lisa.

00:02:24

**Lisa Calder** : Merci Jean-Hugues et bienvenue à toutes et à tous. Je suis la D<sup>re</sup> Lisa Calder, directrice générale de l'ACPM. Puisque nous disposons d'un quorum nécessaire, je déclare l'assemblée constituée et ouverte.

00:02:41

**(Voix de l'interprète)** : Nous nous trouvons aujourd'hui à Montréal, au Québec. Pour commencer, j'aimerais vous présenter l'honorable Amelia Tekwatonti McGregor, leader communautaire, détentrice du savoir et aînée. M<sup>me</sup> McGregor est membre du Clan de l'ours du territoire de Kahnawà:ke. Et nous avons eu la chance de jaser hier soir et ce matin, et j'ai aussi pu m'entretenir avec sa fille, et j'ai su pourquoi elle est membre fondatrice du programme de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawà:ke. Elle est inspirée par l'expérience de sa mère. Sa mère était atteinte du diabète de type 2. Ce programme a été lancé en 1994. Ce projet de recherche est une recherche participative et a ouvert la voie en matière de sensibilisation communautaire pour tenter ici justement de freiner la hausse du diabète de type 2 à Kahnawà:ke.

00:03:33

M<sup>me</sup> McGregor a été invitée partout dans le monde pour parler de ce projet, contribuant ainsi à la mise en place d'initiatives similaires dans d'autres communautés autochtones. Elle a reçu dernièrement un doctorat honorifique de l'Université McGill en reconnaissance de ses contributions essentielles au domaine de la promotion de la santé, de l'éducation communautaire et de la recherche autochtone. Nous avons également parlé du fait de conter des histoires et Amelia a vraiment des histoires très convaincantes.

00:04:01

Elle m'a rappelé que nous avons tous et toutes nos histoires et aujourd'hui, nous allons vous raconter notre histoire. Je vous demanderais également que personne n'enregistre\* les paroles de l'aînée McGregor. Ce sont des paroles qu'elle prononcera ici aujourd'hui et je vous encourage à permettre à ces paroles de s'imprégner. Alors je vous cède la parole. **(Fin de l'interprétation)**

*\* 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.*

### **Discours d'ouverture de Mme Amelia Tekwatonti McGregor**

00:00:05

**Amelia Tekwatonti McGregor:** **(Voix de l'interprète)** J'allais lire ce texte. Pour ceux

et celles qui étaient ici ce matin, vous allez comprendre de quoi je vais parler. La D<sup>re</sup> Calder en a parlé un peu. Alors je vais simplement me lancer avec mon discours d'ouverture pour la création. **(Fin de l'interprétation)** (Langue autochtone)

*\* 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.*

### **Faits saillants de l'année**

00:00:01

**Jean-Hugues Brossard : (Voix de l'interprète)** Merci Mme McGregor pour vos paroles. **(Fin de l'interprétation)**

00:00:08

Nous sommes réunis aujourd'hui à Montréal et je profite de cette rencontre pour faire cette reconnaissance du 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 des terres et des eaux du territoire sur lequel nous nous trouvons aujourd'hui. En tant qu'organisation, nous reconnaissons tous les premiers peuples qui étaient ici avant nous, ceux qui vivent avec nous maintenant et les sept générations à venir.

00:00:39

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. Nous tenons à rendre hommage à ces terres ainsi qu'à l'ensemble des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Île de la Tortue. Merci. Lisa?

00:01:06

**Lisa Calder :** Merci Jean-Hugues. Alors j'ai un couple de détails à partager avec vous.

00:01:22

Alors, je rappelle que seuls les membres en règle et qui assistent en personne peuvent voter, conformément au Règlement de l'ACPM. Il s'agira d'un vote à main levée. De plus, seuls les membres en règle peuvent poser des questions. Le nom des personnes qui poseront des questions figurera dans le procès-verbal. Les membres dans la salle sont invités à se présenter à l'un des micros pour poser leurs questions. Les membres qui assistent à l'événement en ligne ou les personnes qui ne veulent pas utiliser un micro peuvent poser leurs questions par l'intermédiaire de l'application Slido. Alors, consultez le document placé sur les tables ou cliquez sur le bouton Soutien technique à l'écran pour obtenir les directives à ce sujet.

00:02:22

**Jean-Hugues Brossard** : Merci Lisa. Donc maintenant, j'aimerais vous présenter les personnes qui sont assises sur le podium devant vous et qui potentiellement

s'adresseront à vous aujourd'hui. Donc, vous connaissez déjà le D<sup>r</sup> Armand Aalamian, directeur administratif de l'Éducation, qui a animé la session précédente. Nous avons M<sup>e</sup> Dominic Crolla, chef du contentieux de l'ACPM, qui fait des choses d'avocat, il écrit actuellement; le D<sup>r</sup> Michael Curry, membre du conseil de l'ACPM et président du Comité d'audit, il est juste là ici dans la salle; D<sup>re</sup> Pamela Eisener-Parsche, directrice administrative de l'Expérience membre, qui est un euphémisme pour parler du département médico-légal; Cory Garbolinsky, qui est le directeur administratif et chef de la direction financière, Services financiers, donc le CFO, juste ici; Christine Holstead, directrice administrative, Stratégie et exploitation – *Christine is at the end of the...* juste à la fin de la table; Leah Keith, directrice administrative, Personnel et culture – *there*; et le D<sup>r</sup> Birinder Singh, premier vice-président, il est au bout; Chantz Strong, directeur administratif, Recherche et analytique et chef de la protection des renseignements personnels; et D<sup>r</sup> Todd Watkins, qui est le directeur général adjoint.

00:03:57

Dans la salle, nous avons une ancienne présidente et deux anciens présidents, D<sup>re</sup> Debra Boyce, juste là, D<sup>r</sup> William Tucker, s'il est là, je ne sais pas, et D<sup>r</sup> Peter Fraser, *just there*. Ainsi que l'ensemble des membres du Conseil de l'ACPM qui sont présents aujourd'hui dans la salle. Les D<sup>rs</sup> John Gray et Doug Bell, deux anciens directeurs généraux, sont également dans la salle et je vous remercie tous pour votre participation et d'être venus aujourd'hui à cette assemblée.

00:04:35

Donc un scrutateur et une scrutatrice ont été choisis avant l'assemblée d'aujourd'hui. Il s'agit du D<sup>r</sup> Steven Bellemare et de la D<sup>re</sup> Debra Boyce, qui en cas de vote, vont agir comme scrutateurs. Est-ce qu'il y a dans la salle des membres qui s'objectent à ce que l'une de ces personnes remplisse les fonctions de scrutateur ou scrutatrice aujourd'hui? Merci de collaborer. Et puisqu'il n'y a pas d'opposition, ils vont pouvoir remplir ces fonctions. Donc, Debra, Steven, vous êtes scrutateurs maintenant. Continuons.

00:05:21

OK, maintenant j'aimerais qu'on passe au procès-verbal de l'assemblée annuelle de 2022 qui a été publié sur le site web de l'association en vue de la présente assemblée. Or, comme Lisa vous l'a dit, n'oubliez pas que seuls les membres actifs qui assistent à l'assemblée peuvent voter. Si vous voulez apporter une modification au procès-verbal, vous pouvez vous lever et utiliser les micros dans la salle. Et donc, je vous laisse quelques secondes pour décider si vous voulez modifier le procès-verbal. *Susan Chafe moves and Gerry Craigen is seconding.*

00:06:04

Seconde. Donc nous avons une proposition d'adoption du procès-verbal qui est supportée et appuyée. Comme il n'y a aucune modification qui a été proposée, donc c'est le temps de voter à main levée. Que ceux qui sont en faveur de l'adoption du procès-verbal lèvent la main et la gardent levée quelques minutes. Excellent. Merci. Donc le procès-verbal de l'assemblée 2022 est approuvé. Lisa.

00:06:47

**Lisa Calder** : Merci Jean-Hugues. Durant les prochaines minutes, Jean-Hugues et moi expliquerons comment l'ACPM a contribué à la valorisation du système de santé l'année dernière en appuyant les médecins et les patients. L'année dernière, encore une fois, était difficile. La COVID-19, la crise des drogues toxiques et la pénurie des ressources, incluant la pénurie de main-d'œuvre en santé, ont continué d'éprouver médecins, patients et prestataires de soins. Et vous nos membres avez dû affronter de nouveaux risques médico-légaux dans pratiquement tous les domaines de la profession. Il n'est pas exagéré de dire que le système de santé a atteint un point de rupture.

00:07:33

En ces temps difficiles, l'ACPM a d'abord et avant tout cherché à vous offrir un soutien empathique. Nous avons modernisé l'Association et nous l'avons fait d'une manière concertée. Je laisse maintenant la parole à Jean-Hugues qui vous expliquera de quelle façon nous avons été là pour nos membres.

00:07:56

**Jean-Hugues Brossard** : Merci Lisa. Donc, comme le montre la diapositive... la diapositive... la diapositive... Oui! Voilà la diapositive. Donc comme le montre la diapositive, nos membres ont pu compter en 2022 sur nous, l'ACPM pour obtenir du soutien, du soutien donné par des médecins-conseils par leurs pairs. Nous avons reçu plus de 29 000 demandes d'assistance en 2022 et nous avons eu plus de 49 000 interactions avec nos 108 000 membres. Nous avons offert des conseils d'experts et nous avons assuré une défense basée sur nos principes éthiques dans plus de 5 000 dossiers de plaintes auprès du Collège, 5 000, et conclu près de 2 000 dossiers de plaintes intrahospitalières et conclu 760 dossiers d'action en justice.

00:08:55

Nous avons continué d'offrir des conseils en temps opportun sur des enjeux importants comme la pénurie de main-d'œuvre en santé, par exemple. Mais l'une des choses qui me rendent le plus fier de l'ACPM, c'est la confiance que nos membres nous accordent : 93 % des membres interrogés étaient d'avis qu'après une conversation avec leur médecin-conseil, cette conversation avait eu un impact positif sur leur pratique. Nous recevons régulièrement des commentaires de nos membres comme celui qui est présenté à la diapo, et que je vous laisse lire.

00:09:36

Nous parlons avec des membres tous les jours. Nous savons que l'épuisement professionnel chez les médecins a atteint un point culminant, un sommet. Nous savons aussi qu'il existe un lien direct entre le bien-être des médecins, la sécurité des soins médicaux et les risques médico-légaux. En 2022, nous avons recruté de nouveaux médecins-conseils pour augmenter notre capacité de soutien et nous avons continué à former notre personnel et notre équipe juridique pour qu'ils soient mieux en mesure d'aider les membres en détresse. Ils le faisaient avant et ils le feront mieux dans le futur.

00:10:12

Je suis fier de dire que le simple fait de discuter avec un membre de cette équipe aide souvent les membres à diminuer leur niveau de stress et favorise la sécurité des soins. Je vous enjoins à lire un autre commentaire d'un de nos membres qui illustre comment nous pouvons aider et comment une conversation avec un membre de l'équipe peut aider. Merci. Lisa.

00:10:42

**Lisa Calder** : Merci Jean-Hugues. En plus de soutenir le bien-être des médecins, l'ACPM joue un autre rôle essentiel : celui de verser, au nom de ses membres et en temps opportun, une compensation financière appropriée aux patients qui ont subi un préjudice à la suite de soins négligents, ou au Québec, d'une faute professionnelle.

00:11:03

En 2022, nous avons versé 279 millions de dollars en compensations financières. Au cours des 10 dernières années, nous avons versé un total de près de 2,3 milliards de dollars en compensations financières, pour une moyenne de 229 millions de dollars par année. Une de nos priorités est de prévenir les préjudices aux patients d'abord et avant tout en offrant à nos membres éducation, conseils et soutien. Cependant, en cas de préjudice où la négligence ou faute professionnelle a été démontrée, les patients et nos membres peuvent être sûrs d'une chose : nous serons là pour verser une compensation financière. Pour le faire, nous devons nous assurer d'avoir les fonds requis. C'est pourquoi nous prenons toutes les mesures nécessaires, par exemple en nous montrant prudents dans nos placements.

00:12:03

Communication de nos placements. Il faut savoir que notre situation financière varie selon notre portefeuille de placements. C'est un facteur très important dont nous tenons compte lorsque nous établissons les cotisations chaque année. Même si nous gérons nos placements avec prudence, nous ne sommes pas à l'abri de la volatilité des marchés. Comme vous le savez probablement, 2022 est la pire année enregistrée par le marché boursier récent et le rendement de notre portefeuille de placements, comme celui de beaucoup d'autres, a été inférieur à nos cibles. Même si nous faisons de notre mieux pour assurer la stabilité des cotisations à long terme, notre capacité de le faire dépend en partie du rendement de nos placements. De plus, notre situation financière et les cotisations changent selon les coûts médico-légaux, qui varient d'une année à l'autre.

00:13:02

En 2022, nous avons observé dans plusieurs régions une augmentation des coûts médico-légaux qui comprennent les compensations financières versées aux patientes et patients. Aussi, l'augmentation des coûts médico-légaux et le rendement inférieur de nos placements ont entraîné un recul de notre situation financière globale. Nous en reparlerons plus tard lorsque nous présenterons les cotisations de 2024, mais l'ACPM gère ses finances selon une approche à long terme, y compris lorsqu'elle établit les cotisations.

00:13:41

Chaque année, nous établissons les cotisations de façon à assurer la viabilité financière de l'Association, en tentant toutefois de les maintenir aussi basses que possible. Nous nous adaptons et nous réagissons adéquatement aux changements et aux tendances dans les marchés d'investissement et la sphère médico-légale.

00:14:02

Au final, notre objectif est de s'assurer d'avoir les fonds nécessaires pour soutenir les membres et verser des compensations financières aux patients aujourd'hui, demain et dans un avenir lointain. Nous reparlerons des cotisations de 2024 sous peu, mais pour l'instant, revenons aux faits saillants de l'année.

00:14:27

J'aimerais maintenant parler d'équité, de diversité et d'inclusion, ou d'EDI. L'EDI est essentielle aux soins de santé. Nous savons que le racisme et les inégalités dont sont parfois victimes nos membres et leur patientèle, ébranlent les médecins, compromettent la sécurité des soins et induisent un risque médico-légal. En tant qu'organisation qui protège les médecins et qui favorise les prestations de soins médicaux sécuritaires, nous avons la responsabilité de parer ce risque et de limiter les préjugés et les inégalités dans les services que nous offrons.

00:15:12

La promotion de l'EDI est un processus continu et un certain nombre d'activités sont en cours au sein de l'association. L'année dernière, nous avons lancé notre stratégie en matière d'EDI pour mener à bien cette tâche et nous avons récemment fait de l'EDI un élément clé de notre plan stratégique. En 2022, nous avons offert une formation exhaustive sur l'EDI et sur la façon de lutter contre les préjugés aux membres du Conseil et à l'équipe de direction de l'ACPM.

00:15:48

Dans une optique de réconciliation, nous avons consulté des leaders et partenaires autochtones pour examiner des approches culturellement adaptées de règlement des conflits liés aux soins médicaux. Nous explorons également les approches réparatrices possibles aux préjudices pour la santé dans le domaine médico-légal. Enfin, nous cherchons présentement à recruter une ou un responsable stratégique EDI. Cette personne relèvera de moi et nous aidera à renforcer nos activités relatives à l'EDI. Je

me réjouis à l'idée de poursuivre ce travail et d'améliorer notre capacité à offrir à nos membres un soutien juste, équitable et inclusif. Jean-Hugues.

00:16:40

Merci Lisa. Alors toujours dans les actualités de l'année, et toujours dans cette vision de modernisation de l'organisation, nous évaluons aussi notre modèle de gouvernance. Or, durant la dernière assemblée annuelle l'an dernier, une motion a été adoptée pour que l'ACPM revoie ses processus de gouvernance. Cette motion a été soumise au bon moment, puisqu'une évaluation du modèle de gouvernance avait déjà été entamée par le Conseil et par la direction de l'ACPM.

00:17:12

Et maintenant, il s'agit d'un élément clé de notre nouveau plan stratégique. Nous savons tous que le monde évolue et que nous devons nous adapter. Et pour continuer à répondre aux besoins de nos membres et à surmonter les défis auxquels nous sommes confrontés, nous devons avoir un modèle de gouvernance moderne et souple. Nous sommes à mi-parcours d'un processus d'examen de deux ans qui vise à mettre à jour notre modèle de gouvernance. Nous évaluons toutes les facettes de notre gouvernance, y compris le nombre de membres au Conseil, la composition du Conseil, le rôle du Conseil, l'objectif et le nombre des comités ainsi que leur composition.

00:17:56

Et pour nous aider à faire cette grande revue qui ne peut pas se faire autrement que complète, nous avons fait appel au cabinet-conseil Watson Advisors, qui sont des experts en gouvernance et qui aident depuis de nombreuses années – et qui ont aidé depuis de nombreuses années – des organisations à adopter des pratiques de gouvernance plus modernes et à renforcer la fonction et le rôle du Conseil d'administration.

00:18:21

Avec Watson, nous avons élaboré un plan solide pour moderniser notre modèle de gouvernance. Nous avons effectué une analyse de l'environnement, nous avons évalué les modèles de nos partenaires et d'autres organisations de protection médicale au Canada, au Royaume-Uni, en Australie et aux États-Unis. Notre comité de gouvernance s'est réuni sur une base régulière, 11 fois semble-t-il, et continue de travailler en collaboration avec le Conseil, et nous arrivons à cette étape où nous avons besoin de connaître votre avis. Dès cet automne, chaque membre aura l'occasion de s'exprimer sur notre modèle de gouvernance actuel et sur les changements qui devraient y être apportés. Vous pourrez le faire en répondant à un sondage que vous recevrez par courriel.

00:19:14

Considérant la nature particulière, peut-être même unique de l'ACPM, le changement du modèle de gouvernance ne sera ni facile ni rapide. Nous nous sommes toutefois engagés en assemblée l'an dernier à vous remettre un plan à propos duquel vous devrez voter à l'assemblée annuelle de 2024 l'an prochain, et nous tiendrons cet

engagement. Et donc, sur la revue de gouvernance, deux choses sont à retenir. Nous avons entrepris les démarches pour moderniser notre modèle de gouvernance et nous avons besoin de votre avis et les membres seront consultés cet automne. Restez à l'affût, plus de détails à venir sur cette consultation.

00:19:57

Changement de sujet : le rôle de l'ACPM consiste aussi en partie à promouvoir l'amélioration des systèmes de santé pour permettre à nos membres de se concentrer sur la prestation de soins médicaux sécuritaires. Les différents gouvernements envisagent presque tous d'apporter des changements importants au système de santé et il est essentiel que nous puissions participer à cette discussion. En 2022, nous avons collaboré avec divers partenaires pour contribuer à l'élaboration de politiques sur des enjeux clés comme les soins virtuels et l'aide médicale à mourir, comme exemple, et sur d'autres enjeux qui affectent les médecins, leurs patients et le système de responsabilité médicale.

00:20:42

Nous avons eu 397 rencontres avec nos partenaires et soumis 38 mémoires aux différents paliers de gouvernement et aux organismes de réglementation de la médecine, ce qui nous a permis de plaider en faveur de changements qui permettront d'améliorer les milieux de pratique des médecins et la sécurité des soins. Nous savons qu'en collaborant avec d'autres organisations médicales, nous contribuons au renforcement des systèmes de santé et nous sommes conscients que la collaboration est la voie d'avenir pour l'amélioration systémique de nos modèles de santé. Lisa.

00:21:23

**Lisa Calder** : L'ACPM est l'un des plus importants fournisseurs d'activités de développement professionnel continu en médecine au Canada. En 2022, elle a donc offert plusieurs activités d'apprentissage fondées sur des données probantes, ce qui représente l'un des avantages de l'adhésion. Les activités éducatives de l'ACPM portent sur les concepts médico-légaux fondamentaux et comptent des activités d'apprentissage adaptées pour aider les membres de différentes spécialités à prodiguer des soins sécuritaires. Nous offrons même des conseils éducatifs personnalisés aux membres qui sont confrontés à des problèmes médico-légaux récurrents.

00:22:06

En 2022, nous avons offert des activités éducatives essentielles sur les risques médico-légaux aux résidentes et résidents des 17 facultés de médecine du Canada par l'intermédiaire de l'atelier Introduction à la sécurité des patients. Après la dissolution de notre filiale Saegis, nous avons intégré cinq de ces ressources éducatives aux activités de l'ACPM, consolidant ainsi notre engagement envers l'apprentissage. Nous avons continué de moderniser notre façon d'offrir nos activités éducatives pour permettre aux membres d'accéder facilement aux ressources éducatives pertinentes et nécessaires pour améliorer la sécurité, la fiabilité et la qualité des soins de santé.

00:22:58

En 2022, nous avons poursuivi nos efforts de modernisation, tiré parti de notre base de données médico-légales de façon novatrice et amélioré la communication à nos membres et partenaires des fruits de nos recherches et idées. Nous avons rédigé 66 rapports analytiques pour répondre aux membres cherchant à obtenir des renseignements médico-légaux, pour soutenir la recherche dans le domaine de la sécurité des patients et pour contribuer à la transmission des connaissances.

00:23:32

Pour améliorer la sécurité des patients, nous avons ajouté la page Sachez quels sont vos risques à notre site web. Cela permet aux médecins d'obtenir des renseignements sur les principaux facteurs associés à un risque médico-légal selon leur code de travail. La page Sachez quels sont vos risques incite également les médecins à effectuer des activités d'apprentissage, y compris des ateliers, des activités d'apprentissage en ligne ou la consultation des bonnes pratiques. Nous avons aussi publié des articles revus par des pairs. Par exemple, les résultats de notre recherche sur les retards dans le diagnostic du sepsis ont été publiés dans la revue Critical Care et ont suscité beaucoup d'intérêt parmi les médias. Des articles ont d'ailleurs été publiés à ce sujet dans La Presse Canadienne, La Presse, Profession Santé et Le Devoir.

00:24:30

En publiant les résultats de nos recherches, nous souhaitons aider nos membres à améliorer la sécurité des soins qu'ils prodiguent et à réduire le risque de préjudices. Je laisse la parole à Jean-Hugues.

## **Rapport 2022 du Comité d'audit**

00:00:02

**Jean-Hugues Brossard:** Alors, nous en sommes maintenant à examiner nos données financières et pour commencer, j'invite le D<sup>r</sup> Michael Curry, président du Comité d'audit, à venir nous rejoindre sur la scène. Michael?

00:00:27

**Michael Curry:** Merci Jean-Hugues et, et bonjour à tous.

**(Voix de l'interprète):** Le Comité d'audit de l'ACPM est composé de cinq membres du Conseil et de deux consultantes ou consultants spécialistes du domaine financier. Tous sont indépendants en regard de la direction. Le comité se réunit tous les trois mois pour s'acquitter de ses obligations de façon appropriée conformément aux principes de bonne gouvernance et de procédures opérationnelles rigoureuses. En tant que président du Comité d'audit, je suis heureux de vous faire part de nos activités quant aux états financiers de 2022 qui ont été préparés par la direction et vérifiés par la firme KPMG. Le Comité d'audit a analysé les états financiers avec la direction et les auditeurs.

00:01:20

KPMG a attesté qu'ils représentent bel et bien les résultats de fonctionnement de 2022 et la situation financière de l'Association au 31 décembre 2022. Cory Garbolinsky, notre chef de la direction financière présentera en anglais le rapport financier de 2022 dans la vidéo suivante. Si vous avez choisi le français ou l'anglais comme langue privilégiée, vous entendrez la voix préenregistrée d'un professionnel de notre équipe de traduction. Regardons maintenant – **(Fin de l'interprétation)**

## Rapport financier 2022

00:00:05

Vidéo:

Cory Garbolinsky: L'ACPM doit s'assurer de détenir des fonds suffisants pour soutenir ses plus de 109 000 membres et pour verser en leur nom des compensations financières aux patients chez lesquels il a été démontré que le préjudice subi résultait de soins négligents (ou, au Québec, d'une faute professionnelle), que ce soit aujourd'hui, demain ou dans un avenir lointain. J'entends maintenant vous présenter le modèle financier tout à fait particulier de l'ACPM qui soutient son horizon financier à long terme ainsi qu'un résumé de son rendement financier en 2022.

00:00:36

Pendant cette présentation du modèle et du rendement financier de l'Association, veuillez garder les quatre principes clés suivants à l'esprit. Un, l'ACPM offre une protection fondée sur la survenance de l'événement. Cela signifie que les médecins sont admissibles à une assistance à n'importe quel moment à l'avenir, même si leur adhésion à l'ACPM n'est plus active, pour autant qu'ils ou elles aient été membres au moment de la prestation des soins en question. L'ACPM doit donc détenir les fonds requis pour soutenir les membres et verser, en leur nom, des compensations financières aux patients, et ce, jusqu'à quatre décennies après la prestation des soins.

00:01:13

Deux, les membres paient les coûts prévus de leur protection par l'intermédiaire de leur cotisation annuelle. L'ACPM a donc perçu, en 2022, les cotisations requises pour assumer les coûts prévus de la protection pour les quatre prochaines décennies, à l'égard de tous les événements ayant eu lieu en 2022.

00:01:35

Trois, l'ACPM est une organisation sans but lucratif qui existe d'abord et avant tout pour ses membres. À ce titre, elle ne cherche pas à générer de profits. Son objectif financier est de détenir au moins un dollar d'actif pour chaque dollar de passif, pour pouvoir verser des compensations appropriées aux patients et soutenir les membres.

00:01:57

Quatre, le modèle financier de l'ACPM comporte des mécanismes d'autocorrection.

Les résultats réels en fin d'exercice diffèrent parfois des résultats estimés, plaçant ici l'actif net en situation excédentaire ou déficitaire. En tant qu'organisation sans but lucratif, l'ACPM ne peut pas verser de dividendes à ses membres, mais peut toutefois augmenter ou diminuer les cotisations d'une année à l'autre pour rectifier la situation. Le modèle financier de l'Association comporte plusieurs composantes interreliées. La situation de l'actif net, les cotisations, les coûts médico-légaux, l'actif requis pour régler les réclamations en suspens et à venir, et son portefeuille de placements.

00:02:39

Mais comment sont-elles interreliées, au juste? La situation de l'actif net est la différence entre le montant total de l'actif de l'Association (soit principalement le portefeuille de placements) et le montant total estimé de son passif (soit principalement la provision pour réclamations en suspens et à venir), en plus d'être un facteur clé dans la détermination des cotisations pour une année donnée. Les cotisations servent à payer les coûts médico-légaux du soutien offert aux plus de 109 000 membres et du versement de compensations financières aux patients en leur nom.

00:03:16

L'évolution des coûts médico-légaux, tels que les frais de justice par dossier et le nombre de nouveaux dossiers, détermine l'ampleur de l'actif requis pour les réclamations en suspens et à venir. On entend ici les sommes requises pour verser des compensations financières appropriées aux patients ayant subi un préjudice, et pour assumer les futurs frais de justice et d'administration. Le portefeuille de placements diversifiés de l'ACPM génère les revenus requis pour lui permettre de verser des compensations financières appropriées aux patients et d'assumer les frais médico-légaux auxquels elle fera face à l'avenir pour soutenir ses membres.

00:03:50

Penchons-nous maintenant sur le rendement financier de l'ACPM en 2022 en commençant par la situation de son actif net. Au 31 décembre 2022, la situation de l'actif net s'établissait à \$1,1 milliard de dollars, ce qui représentait une baisse de 560 millions de dollars par rapport à 2021. Cette baisse a été, en partie, délibérée, puisque l'ACPM a considérablement réduit la cotisation en 2022 pour abaisser la situation de son actif net, laquelle était plus élevée en 2021 que ce qui s'avérait souhaitable. Cette baisse était également attribuable au fait que le portefeuille de placements a essuyé des pertes imprévues, causées par un déclin général des marchés financiers mondiaux. Nous nous attarderons à ces pertes au niveau des placements un peu plus tard.

00:04:42

Les cotisations étaient réduites de 99,5 millions de dollars en 2021 et de 200 millions de dollars en 2022. Pour l'année en cours, elles ont été réduites de 362,5 millions de dollars, ce qui, en tout, représente une baisse des cotisations de 662 millions de dollars depuis 2021. Le total des cotisations perçues en 2022 s'est élevé à 416,6 millions de dollars. En modulant prudemment les cotisations, on vise à stabiliser la structure

tarifaire au fil du temps. Bien que l'ACPM s'efforce d'assurer la stabilité de ses cotisations à long terme, sa capacité d'y parvenir est en partie tributaire du rendement de ses placements, lesquels sont gérés avec prudence mais néanmoins sujets aux fluctuations du marché.

00:05:33

Les cotisations contribuent à payer les coûts médico-légaux, et nous nous pencherons maintenant sur ceux-ci. Les coûts médico-légaux englobent les compensations aux patients lorsqu'il est démontré qu'ils ont subi un préjudice à la suite de soins négligents (ou, au Québec, d'une faute professionnelle), les frais de justice et d'experts, les programmes éducatifs sur les soins médicaux sécuritaires et les coûts liés à la gestion de l'Association.

00:05:53

Les compensations financières aux patients représentent le poste de dépense le plus important de l'Association. En 2022, l'ACPM a versé, au nom de ses membres, 279 millions de dollars en compensations aux patients. Bien que le montant total annuel varie d'une année à l'autre, l'ACPM a versé en tout, dans les 10 dernières années, 2,29 milliards de dollars en compensations financières aux patients, ce qui représente une moyenne de 229 millions de dollars par année. Au cours de la même période de 10 ans, les frais de justice se sont élevés à 1,8 milliard de dollars. Il est important de souligner que les compensations financières versées aux patients ne s'équivalent pas dans nos quatre régions tarifaires. Bien que 40 % des membres exercent en Ontario, plus de 50 % des coûts annuels proviennent de cette région tarifaire en raison des frais de justice qui y sont plus élevés et des montants accrus que les tribunaux de la région accordent en compensations aux patients.

00:06:55

Ces variations régionales en matière de coûts font en sorte que la cotisation que les membres doivent verser varie d'une région tarifaire à l'autre. Chaque région tarifaire est indépendante et il n'y a pas de financement interrégional. Ainsi, les membres de l'Ontario versent une cotisation supérieure à celle de leurs collègues des autres régions tarifaires. De façon semblable, les membres du Québec versent la cotisation la moins élevée au pays, en raison des faibles coûts médico-légaux constatés dans cette région.

00:07:28

L'actif requis pour régler les réclamations en suspens et à venir constitue la somme de tous les coûts médico-légaux estimés qui découleront des soins prodigués par des membres jusqu'à la fin de 2022. En ce qui concerne les soins prodigués en 2022, il faut s'assurer de disposer des sommes requises pour couvrir les frais liés à ces soins pour une période pouvant atteindre quatre décennies. Au 31 décembre 2022, l'estimation de la provision pour toutes les réclamations en suspens et à venir s'élevait à 4 milliards de dollars, soit une augmentation de 36 millions de dollars par rapport à 2021 en fonction de la mise à jour des tendances quant aux coûts. Près de deux tiers de ces 4 milliards de dollars sont consacrés aux compensations versées aux patients.

00:08:16

Pour assurer une surveillance impartiale de notre calcul actuariel, nous avons demandé à un examinateur externe, Ernst & Young, de l'effectuer également de façon indépendante et ses résultats concordent étroitement avec les nôtres. Le tout a par la suite été vérifié par KPMG dans le cadre de son audit externe des états financiers de l'ACPM.

00:08:42

Notre portefeuille de placements est étroitement modélisé en fonction de l'estimation des tendances en matière de paiements pour les réclamations en suspens et à venir. Nous cibons, pour ce portefeuille, l'obtention d'un rendement à long terme d'au moins 5 %. Toutefois, au cours des 10 dernières années, ce portefeuille de placements a été exceptionnellement fructueux, son rendement annuel composé ayant atteint 7,96 %. En 2022, le portefeuille de placements avait une valeur nette de 5,4 milliards de dollars, soit une baisse de 485 millions de dollars par rapport à 2021.

00:09:20

La baisse qu'a connue le portefeuille de placements peut être attribuée au déclin global des marchés financiers et aux réductions de la cotisation en 2022. La situation financière positive aidera l'ACPM à faire face à la volatilité des marchés financiers, aux fluctuations du volume de dossiers et des coûts médico-légaux, et au récent contexte hyper inflationniste. L'ACPM continuera d'investir de manière responsable pour préserver une situation financière adéquate lui permettant de verser, en temps voulu et au nom de ses membres, des compensations financières appropriées aux patients, de protéger et soutenir les médecins, et de promouvoir des soins médicaux sécuritaires en misant sur l'éducation et la recherche. Si la volatilité des marchés financiers persiste, cette situation financière pourrait en être affectée davantage, ce qui risquerait d'entraîner de futures augmentations de la cotisation.

00:10:13

En guise de conclusion, j'aimerais résumer les trois points importants à retenir. Premièrement, en raison de sa protection fondée sur la survenance de l'événement, l'ACPM fonctionne selon un horizon financier pouvant atteindre quatre décennies, ce qui lui permet de protéger ses membres et de verser des compensations financières aux patients, que ce soit aujourd'hui, demain ou dans un avenir lointain.

00:10:34

Deuxièmement, l'ACPM gère la situation globale de son actif net principalement au moyen de l'augmentation ou de la réduction de la cotisation. Enfin, la situation positive de son actif net en 2022 devrait rassurer les membres et leurs patients que l'Association sera là pour eux, au besoin. Merci. (Fin de la vidéo)

**Cotisations régionales de 2024**

00:00:01

**Lisa Calder:** Nous établissons les cotisations de façon à assurer la viabilité financière de l'ACPM en tentant toutefois de les maintenir aussi basses que possible. Dans chacune des quatre régions tarifaires, les cotisations sont établies en fonction des coûts médico-légaux estimés et de la situation financière de la région. Ces coûts médico-légaux sont calculés chaque année et comprennent les coûts estimés des compensations financières aux patients et du soutien aux membres pour les quatre prochaines décennies. Aussi, la situation financière d'une région varie en fonction de la tendance des coûts qu'on y observe et du rendement global des placements de l'ACPM. Si la tendance des coûts est supérieure à nos estimations, la situation financière de la région accuse un recul et vice versa. Nous nous engageons à contenir la hausse des coûts de la protection en matière de responsabilité médicale et à maintenir une certaine stabilité à long terme des cotisations.

00:01:10

Même si l'ACPM a terminé l'année 2022 dans une bonne situation financière, cette situation était inférieure à celle que l'on visait. Cela s'explique en partie par le moins bon rendement de nos placements et par l'augmentation des coûts médico-légaux qui comprennent les compensations financières versées aux patients.

00:01:28

Pour nous assurer d'avoir les fonds suffisants pour soutenir nos quelque 109 000 membres et verser en leur nom des compensations financières aux patients, la plupart des cotisations augmenteront en 2024 comparativement à celles de 2023, qui étaient nettement inférieures. Le Québec est la seule région qui fait exception, puisque les cotisations resteront les mêmes. À titre de rappel, nous avons réduit les cotisations de 45 à 90 % l'année dernière, selon la région tarifaire. En effet, notre excellente situation financière de 2021 nous a permis d'appliquer des crédits de cotisation.

00:02:11

Tel qu'indiqué, l'ACPM compte quatre régions tarifaires pour tenir compte des variations régionales en matière de coûts dans l'ensemble des régions du pays et pour assurer une répartition équitable des coûts. Ces quatre régions sont les suivantes : Colombie-Britannique et Alberta, Ontario, Québec et Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et territoires. Chaque région est indépendante et il n'y a pas de financement interrégional. Par exemple, si une région se trouve en situation de sur ou de sous-capitalisation, cela n'affecte pas les autres régions. Selon la situation financière de la région, nous appliquons des crédits ou des débits de cotisations comme on vous l'expliquera sous peu. La cotisation globale par région correspond au montant total qui sera perçu dans chacune des régions. La cotisation globale par membre correspond à la cotisation globale par région, divisée par le nombre de membres dans cette région. Il s'agit donc d'une moyenne et non de la véritable cotisation perçue auprès des membres. Pour établir les cotisations, nous calculons d'abord la cotisation globale pour la région et nous nous basons sur ce calcul pour déterminer les cotisations en fonction du code de travail.

00:03:39

Je vous présente maintenant les cotisations régionales de 2024 en commençant par la Colombie-Britannique et l'Alberta.

00:03:50

En Colombie-Britannique et en Alberta, les coûts médico-légaux prévus pour 2024 sont de 5 071 \$ par membre. Ces coûts ont été relativement stables d'une année à l'autre. Après plusieurs années marquées par une réduction considérable des cotisations et par une baisse du rendement de nos placements, la région se trouve maintenant dans une situation financière convenable. Aussi, la cotisation moyenne par membre en 2024 correspond maintenant aux coûts estimés de la protection, soit à 5 071 \$.

00:04:33

Comme l'indique la tendance sur cinq ans, même si la cotisation moyenne par membre est plus élevée que l'année dernière, elle est inférieure à celle de 2019 et de 2020.

00:04:49

Le coût de la protection en matière de responsabilité médicale est plus élevé en Ontario que partout ailleurs au pays, ce que reflète la cotisation des membres de cette région.

00:05:03

En 2024, on prévoit que le coût de la protection en matière de responsabilité médicale en Ontario sera en moyenne de 6 853 \$ par membre. Encore une fois, malgré une tendance à la hausse, ce montant est relativement stable d'une année à l'autre. Comparativement à l'année dernière, la situation financière de l'Ontario est sur le point d'être déficitaire. Aussi, les cotisations seront augmentées et s'élèveront en moyenne à 7 287 \$ par membre.

00:05:43

Comme l'indique la tendance sur cinq ans, la cotisation moyenne de 2024 est semblable à celle de 2021 et inférieure à celle de 2019 et de 2020.

00:06:01

À l'heure actuelle, le Québec est la région tarifaire qui se trouve dans la meilleure situation financière, les coûts médico-légaux ne l'ayant pas affaibli.

00:06:16

Par conséquent, nous continuons d'appliquer d'importants crédits de cotisation dans cette région. Au Québec, même si le coût prévu de la protection par membre est de 3 998 \$, une fois le crédit de cotisation de 3 774 \$ appliqué, la cotisation moyenne par membre s'élève à 224 \$.

00:06:44

Il s'agit d'une diminution de 1,5 % par rapport à 2023 et de loin, la cotisation la plus

base de toutes les régions tarifaires. La cotisation est aussi considérablement inférieure à celle des années précédentes. Par exemple, la cotisation moyenne de 2019 était de 2 387 \$.

00:07:12

Tournons-nous maintenant vers la région Saskatchewan, Manitoba, provinces de l'Atlantique et territoires.

00:07:23

La région se trouve en bonne situation financière et nous ne prévoyons pas de hausse importante des coûts médico-légaux. Le coût estimé de la protection en 2024 est de 3 703 \$, mais nous sommes en mesure d'appliquer un crédit de cotisation substantiel de 3 008 \$, ce qui signifie que la cotisation moyenne par membre n'est que de 695 \$.

00:07:53

Bien qu'il s'agisse d'une hausse par rapport à 2023, vous pouvez constater que la cotisation est significativement inférieure à celle des années précédentes.

00:08:06

Comme vous pouvez le voir, il existe d'importantes différences régionales en matière de coût de la protection et l'Ontario est la région où ces coûts sont les plus élevés. L'ACPM s'est engagée à ne prélever auprès de ses membres que les sommes requises pour leur offrir une protection efficace en matière de responsabilité médicale dans le cadre d'un modèle durable. Nous tenons ainsi à rassurer les membres qu'ils auront accès à une assistance s'ils ont à faire face à un problème médico-légal. Nous continuerons de moderniser et d'améliorer nos services aux membres de façon à optimiser leur valeur ajoutée.

00:08:49

Maintenant que nous avons présenté les cotisations moyennes par membre, voici un exemple des cotisations réelles des médecins de famille exerçant sous le code de travail 35, soit celui regroupant le plus grand nombre de médecins.

00:9:07

Le barème des cotisations 2024 est maintenant accessible sur notre site web. À l'automne, vous recevrez un courriel une fois que les factures annuelles seront accessibles par l'intermédiaire du portail des membres sécurisé de notre site web. Étant donné notre viabilité financière, vous pouvez être assurés que nous continuerons d'être là pour vous soutenir et verser en votre nom les compensations financières aux patients le temps venu aujourd'hui, demain ou dans un avenir lointain. Merci.

## **Cotisations régionales de 2024**

00:00:01

**Lisa Calder:** D'abord, j'ai des, des bonnes nouvelles. Je vais maintenant vous

présenter les résultats des élections de 2023 du Conseil. Chaque année, environ le tiers des postes au Conseil sont à pourvoir par nomination ou élection. Cette année, neuf postes étaient à pourvoir par nomination ou élection au Conseil dans sept régions. Des votes ont eu lieu en Alberta et en Ontario. Dans les autres régions, les candidates et les candidats ont été élus dans opposition. C'est avec grand plaisir que je vous présente les résultats des élections de 2023 au Conseil de l'ACPM.

00:00:40

Félicitations et bienvenue aux nouveaux membres du Conseil: Jugpal Arneja, Nicole Damestoy, Heather Scott, Jill Cunniffe et Paula Cashin. Félicitations également aux membres réélus, Wayne Rosen, Katy Shufelt, Birinder Singh et François Mercier. Nous apprécions la diversité des candidatures à ces élections et nous remercions les membres qui se sont présentés. J'aimerais maintenant remercier nos six conseillers sortants. Michael Cohen, qui était président de l'ACPM; Alexander Barron, Alfred Bent, Patrick Bergin, Victor Huckell et Claude Mercier.

00:01:33

Ce fut un plaisir de collaborer avec chacun de vous et nous vous remercions de votre engagement envers l'Association et ses membres pendant votre mandat au Conseil de l'ACPM. Je laisse la parole à Jean-Hugues.

00:01:52

**Jean-Hugues Brossard:** Donc, avant de poursuivre l'assemblée, j'aimerais joindre ma voix à celle de Lisa pour remercier nos membres sortants du Conseil. Ce fut un plaisir et un honneur de travailler avec vous et je tiens également à souhaiter la bienvenue aux nouveaux membres du Conseil. Je me réjouis à la perspective de travailler avec vous, même si ce n'est que pour un an puisqu'il ne me reste qu'un an au Conseil. J'entame ma dernière année.

### **Période de questions**

00:00:00

**Jean-Hugues Brossard:** Donc, nous passons maintenant à, au moment où, tant attendu, ou peut-être pas, la période de questions sur toute affaire. Et donc si vous voulez poser une question, n'oubliez pas que seuls les membres actifs peuvent poser des questions. Le nom des personnes qui poseront des questions figurera dans le procès-verbal. Si vous assistez à l'assemblée en personne et que vous voulez poser une question, vous n'avez qu'à aller au micro ou utiliser l'application Slido de votre téléphone. Et si vous êtes, vous participez en ligne, bien utilisez Slido et nous, la question nous sera transmise.

00:00:37

J'ai demandé aux D<sup>rs</sup> Todd Watkins et Pamela Eisner-Parsche de m'aider à gérer les questions et les membres qui veulent faire une intervention sont donc priés d'utiliser le micro et de dire leur nom et leur lieu de pratique. Et à vous la parole.

00:01:13

**Dr Todd Watkins:** (Voix de l'interprète): Nous avons reçu quelques questions en ligne. La première provient du D<sup>r</sup> Nasser en Ontario. Il a deux questions. Elles sont reliées. La première : compte tenu du montant de l'indemnisation et du coût des poursuites, pouvez-vous nous dire si l'ACPM perçoit d'autres revenus en dehors des cotisations et des revenus de placement ? Ensuite, on demande s'il existe des différences dans les cotisations payées par les spécialistes, selon la spécialité et la région ?

00:01:58

**Cory Garbolinsky:** Je vais répondre à la question sur nos sources de revenus.. Évidemment, ce sont principalement les revenus de cotisation et le rendement de nos placements qui financent nos activités. L'ACPM détient un tiers des parts dans Salaus Global, dans HIRAK ainsi que dans la SOGC. Donc, ces sources contribuent à nos revenus, mais c'est en petite partie par rapport aux cotisations et au revenu de placements.

00:02:29

**Jean-Hugues Brossard:** Et l'autre question?

00:02:30

**Dr Todd Watkins**Homme non identifié: L'autre question, Jean-Hugues, portait sur la manière dont les cotisations sont calculées parmi les spécialités.

00:02:41

**Jean-Hugues Brossard:** Alors essentiellement, les cotisations sont variables, c'est-à-dire qu'elles dépendent des risques par spécialité par région. Il y a sept groupes de risques et le coût de chacun de ces groupes est analysé selon la région. Les cotisations sont ajustées en conséquence, et ce, annuellement. Et nous avons des analyses au fil du temps pour déterminer quelles sont les tendances, les changements. Nous réanalysons ces groupes tous les deux ou trois ans pour veiller à ce qu'ils soient à jour et nous redistribuons en fonction des modifications, des changements observés.

00:03:38

**Wayne Rosen:** Bonjour, merci. Wayne Rosen. Je suis de l'Alberta et je suis membre du cConseil de l'ACPM. Je devrais savoir quelle est la réponse à cette question, mais je suis toujours impressionné par la différence entre les cotisations du Québec par rapport au reste du Canada. Et je me demandais si vous pouviez nous donner une explication, à savoir pourquoi il existe une telle différence. S'agit-il du nombre d'affaires portées devant les tribunaux, de l'indemnisation accordée ou d'une combinaison des deux? Est-ce que la culture est différente, la culture médico-légale? Comment l'expliquer?

00:04:16

**Jean-Hugues Brossard:** Alors, je commence et peut-être que d'autres voudront compléter ma réponse. Permettez-moi d'abord de vous présenter de nouveau les chiffres pour 2024. Le coût de la protection au Québec n'était pas le plus faible. D'ailleurs, les autres régions SMAT étaient plus faibles. Alors, le Québec a une cotisation plus faible, car la position financière est favorable et nous avons un excédent d'actifs qui a un impact sur la cotisation prélevée auprès des membres. Mais en fait, c'est différent. Ça s'explique aussi, non pas par le volume, mais par le type de travail. Enfin, peut-être que Dom aura quelque chose à ajouter.

00:05:08

**Domeinic Crolla:** Merci. Alors, je dirais que l'environnement médico-légal au Québec est un peu différent du reste du Canada, c'est-à-dire que la fréquence et la gravité des instances civiles sont inférieures. L'environnement réglementaire, quant à lui, est plus actif qu'ailleurs. Or, malgré tout, c'est différent parce que les questions réglementaires sont gérées différemment entre les ordres professionnels et les hôpitaux. Je dirais donc, et vous le comprendrez, qu'il s'agit encore là de la preuve de l'existence d'une société distincte. Lisa?

00:05:46

**Lisa Calder:** La seule chose que j'ajouterais, c'est que même si les cotisations sont inférieures, Jean-Hugues a raison. C'est en raison de la position financière de la région. Elle n'a pas non plus eu d'affaires aussi coûteuses qu'en Ontario. Cela ne signifie pas qu'on ne soit pas actif au Québec. Hier, par exemple, je discutais avec l'organisation provinciale pour échanger et étudier un projet de loi qui changera l'environnement au Québec. Alors, nous participons à des conversations avec des ordres professionnels et des fédérations au Québec et nous offrons également énormément de formation en français au Québec, ce qui est avantageux pour nos membres évidemment.

00:06:37

**Jean-Hugues Brossard:** Aurait-on une question en ligne?

00:06:40

**Dr Todd Watkins :** Oui, nous avons une autre question du D<sup>r</sup> Chowdhury, qui demande, et c'est relatif à l'équité, à la diversité et à l'inclusion : quels sont les projets de l'ACPM concernant la participation de médecins-conseils qui ont des antécédents différents, voire provenant d'autres provinces? **(Fin de l'interprétation)**

00:06:59

**Jean-Hugues Brossard:** Bon, t'as bien pensé. (Rire)

00:07:03

**Pamela Eisner-Parsche: (Voix de l'interprète):** Merci pour cette excellente question. C'est une question que nous avons approfondie depuis de nombreuses années. Alors, depuis déjà de nombreuses années, nous recrutons des médecins-

conseils de diverses disciplines et de diverses régions de ce pays. Il est important pour nous d'avoir une diversité de pratiques, de lieux, d'environnements, de climats et de disciplines afin d'avoir une compréhension approfondie des besoins de nos membres.

00:07:30

Nous continuerons de travailler dans ce sens et nous avons comptons maintenant un sur la représentation de médecins-conseils qui ont travaillé dans toutes les provinces du pays. Par ailleurs, nous travaillons très fort à augmenter la représentation parmi le groupe de médecins-conseils. Nous avons une meilleure représentativité à présent du point de vue de la race, de l'identité, de genre, d'appartenance au groupe LGBTQ+ ainsi que du point de vue de la capacité. Alors nous cherchons continuellement à renforcer cette diversité et nous constatons de gros progrès depuis quelques années. Merci.

00:08:10

**Jean-Hugues Brossard:** Merci à vous Pam.

00:08:11

**Dr Todd Watkins:** Jean-Hugues, la prochaine question nous provient du D<sup>r</sup> Chude. Schult (ph) de la Colombie-Britannique. Il demande : que fait l'ACPM pour aider les médecins étrangers à s'intégrer au système canadien?

00:08:30

**Jean-Hugues Brossard:** Et bien, je vais demander à Armand de répondre à la question puisque c'est le spécialiste de ces enjeux.

00:08:35

**Armand Aalamian:** Voilà une excellente question. La première chose qu'il faut faire, alors pour être reconnu, il faut d'abord s'insérer dans un projet identitaire collectif. Si vous êtes diplômé de l'étranger, cela ne signifie pas que vous avez les mêmes difficultés que tous les autres diplômés internationaux. En fait, vous êtes dans un vivier de personnes très différentes. Alors, il s'agit de faire en sorte que nos médecins-conseils comprennent cette diversité, cette complexité et que tous ces enjeux soient traités de manière culturellement sensible. Alors voilà ce que nous faisons en première étape.

00:09:18

La deuxième partie de nos efforts consiste à comprendre ce qu'il faut mettre en place afin d'intégrer et de donner à ces diplômés étrangers les outils dont ils ont besoin pour réussir ici au Canada. C'est pourquoi nous faisons une évaluation des besoins. Certains des résultats préliminaires ne vous étonneront pas. En fait, il existe beaucoup de ressources qui ne sont pas très organisées, qui ne sont pas utilisées à bon escient, et il n'y a pas non plus de personnes responsables de leur coordination. Alors nous tâchons de voir quels sont les partenaires avec lesquels il faut travailler et, collaborer afin de cerner des ressources, par exemple, les collègues des médecins de famille, le Conseil

médical canadien, etc., etc., et divers ordres professionnels, collègues, autorités sanitaires, afin de comprendre comment mieux collaborer afin que nous puissions réagir effectivement aux besoins de ces médecins diplômés étrangers.

00:10:27

Nous savons que le nombre de ces médecins augmente rapidement et que ce nombre augmentera même à brève échéance. **(Fin de l'interprétation)**

00:10:41

**Jean-Hugues Brossard:** D'autres questions dans la salle? Bonjour!

00:10:52

**Frances Proulx:** (Inaudible) Frances Proulx, je suis psychiatre ici à Montréal. Je suis parmi les chanceux et chanceuses qui paient pas cher, faut croire. Donc, bien tout d'abord merci pour que l'assemblée se tienne en français. C'est fort apprécié. Ma question est à l'effet que il y aura des changements au niveau de(inaudible) la gouvernance qui vont s'en venir en 2024-, 23. Est-ce que on prévoit que ceci aura un impact sur les coûts d'administration parce que ça peut avoir, je présume, un effet non pas seulement sur l'agilité et la flexibilité qu'on s'attend d'autres principes de gouvernance, mais voir aussi ce que ça aura comme impact sur les frais.

00:11:40

**Jean-Hugues Brossard:** Bien en fait, c'est, c'est possible. Le, le, j'ai, Jje ne veux pas présumer de quels seront les changements à la gouvernance et quel, est-ce qu'il y aura une réduction de taille du conseil? Est-ce qu'il y aura moins de comités? Est-ce qu'il y aura, qu'est-ce qui va éclore de cette, de cette réflexion-là? C'est encore en cours. Mais effectivement, il est possible que certains de ces changements aient un impact sur les coûts de gouvernance et je, je n'entrevois pas nécessairement une augmentation de taille du conseil, une augmentation du nombre de comités. Et donc s'i il y a un impact sur les coûts il pourrait être à la baisse, mais tout en sachant que au, au sein de l'ensemble des coûts de gestion de l'organisation, les coûts de gouvernance sont une portion relativement(inaudible) faible du total. Je pense qu'on est à 3 ou 4% du total, peut-être 5. Lisa?

00:12:37

**Lisa Calder:** (Inaudible) quelque Une chose à ajouter, c'est que l'autre chose qui, qui fait impact sur le coût de gouvernance, c'est nous que avons adopté une approche hybride pour nos réunions, alors auparavant, avant la pandémie, tout le monde venait de tout partout autour du pays pour chaque réunion. Ça coûte assez cher, spécialement maintenant. Nous avons une approche hybride alors la plupart de nos réunions sont virtuelles, mais des réunions importantes sont en personne. Alors, c'est une approche que nous avons adoptée. Ça peut gérer un peu des coûts et on cherche pour des approches pour continuer à contenir ces coûts-là pour ce qu'ils ne montent pas trop dans l'avenir. Mais comme Jean-Hugues a dit, on ne sait pas qu'est-ce qui arrive déjà avec notre modèle de gouvernance mais nous avons de

toute façon, un œil sur les coûts pour les opérations en général parce qu'on sait que ça reflète c'est, c'est (inaudible) à nos membres.

00:13:30

**Jean-Hugues Brossard:** Et nos coûts de gouvernance sont réduits effectivement à cause des réunions. Mais bon on a, la facture n'est plus la même. La pandémie nous a appris qu'on pouvait faire les choses différemment et ce qui semblait impossible en 2018 est subitement devenu très faisable. Incroyable, hein?

00:13:55

**Dr Todd Watkins:** **(Vox de l'interprète):** Nous avons une autre question en ligne, Jean-Hugues, du D<sup>re</sup> Shannon Fraser du Québec qui demande : pouvez-vous nous donner des précisions concernant les 38 projets que vous évoquez dans le rapport, compte tenu des déficits de ressources ? Vous avez prévu 38 projets à venir malgré ce déficit de ressources ?

**Lisa Calder:**

En fait, j'allais laisser la parole à Todd...

00:14:23

**Dr. Todd Watkins:** Oh, je ne peux que poser des questions. Je ne donne pas de réponses ! C'est une très bonne question. Nous avons un nouveau service qui a été créé il y a environ un an qui s'appelle Engagement stratégique et défense des intérêts piloté par le D<sup>r</sup> Rob Johnson. Et donc, l'objet de ce groupe était d'avoir une approche ciblée pour tous nos efforts d'engagement auprès des parties prenantes. Avant la création du service, nous n'avions pas vraiment la capacité de communiquer efficacement avec nos membres. Alors, le nombre de mémoires que nous préparons, notre capacité à travailler avec vous s'en est trouvée améliorée, surtout au sujet de la défense de nos intérêts. Nous avons défendu nos intérêts devant les gouvernements, les organes de réglementation, dont les organes de réglementation qui sont représentés ici, ainsi que les associations médicales, les sociétés et les associations qui représentent des spécialistes et ainsi de suite.

00:15:21

Là où nous offrons le plus de conseils, c'est probablement du côté réglementaire. Alors, les collèges et ordres professionnels proposent des consultations pour toutes sortes de questions et nous saisissons ces occasions là où nous estimons que nous avons quelque chose à ajouter à la conversation. S'agissant des gouvernements, il y a divers changements qui se produisent également. La loi sur l'aide médicale à mourir est un dossier dans lequel nous sommes très actifs au Québec et à l'échelle du Canada. Il s'agit surtout concernant des modifications relatives aux lois sur l'aide médicale à mourir.

00:16:02

Le projet de loi 60 de l'Ontario relatif aux soins pluridisciplinaires, ainsi que la possibilité d'avoir des soins en partenariat public-privé, cela a un impact sur les médecins, par exemple, et sur le plan de la sûreté des soins. Ce sont des cas où nous avons essayé d'être plus clair par rapport à notre point de vue sur la loi. Je pourrais vous citer davantage d'exemples si vous le souhaitez. Lisa?

00:16:35

**Lisa Calder:** Alors une chose que j'ajouterais par rapport au Québec, c'est qu'il existe le projet de loi 15. C'est le projet de loi qui fait l'objet de conversations avec le gouvernement du Québec, mais aussi avec nos parties prenantes au sujet des répercussions et de la mise en œuvre de ce projet de loi. C'est quelque chose qu'on garde à l'œil. Tandis que les ressources sont plus restreintes, ce qu'on constate, ce sont également des changements sur le plan des champs d'exercices. Alors là où c'est possible, nous défendons les intérêts de nos membres et nous tâchons d'identifier les risques médico-légaux. Parfois, on s'attend à ce que les médecins absorbent les risques pour d'autres professionnels de soins de santé, et c'est une chose à laquelle on apporte souvent notre éclairage.

00:17:26

**Dr Todd Watkins:** Je crois qu'il nous reste du temps pour une autre question, et c'est au sujet des risques que l'ACPM perçoit dans le domaine médico-légal à l'avenir ?

00:17:42

**Jean-Hugues Brossard:** Lisa, aimeriez-vous répondre ?

00:17:48

**Lisa Calder:** Par où commencer ? Une des choses que je dirais, c'est que nous savons que c'est très difficile d'être médecin présentement ce moment. L'environnement, le milieu de pratique, les histoires que nous entendons de nos membres tous les jours nous donnent l'occasion de réfléchir à la meilleure manière de soutenir nos membres dans ce climat. Et nous avons vraiment une orientation très marquée vers le risque. C'est ce que nous recherchons. En ce qui concerne l'avenir des médecins, nous avons parlé lors de notre session d'information de la pénurie des ressources, des systèmes qui ne fonctionnent pas comme ils le devraient, ce qui crée des risques. Mais les thématiques récurrentes que nous entendons, et qui sont à la base des plaintes, concernent la communication au sein de l'hôpital, des organismes de réglementation et dans les affaires juridiques civiles.

00:18:39

Nous savons que lorsque nous sommes stressés, nous ne sommes pas de très bons communicateurs, donc c'est le plus grand risque pour les médecins à l'avenir. Comment communiquez-vous avec vos patients? Avec vos patientes? Avec vos collègues? Si vous êtes dans un hôpital, avec les administrateurs, les administratrices? Nous savons que lorsque vous êtes stressés, vos capacités de communication ne sont pas à leurs

meilleures. Alors si vous cherchez à atténuer vos risques médico-légaux, sachez que l'on peut toujours être de meilleurs communicateurs. Nous avons des programmes d'éducation sur la communication. Vous pouvez aussi obtenir de telles formations à plusieurs endroits. Je vous encourage à y songer. C'est la question et ça continuera d'être la question tant que le système de santé continuera d'être confronté à de tels défis.

00:19:31

**Dr Todd Watkins:** Je pourrais ajouter deux ou trois choses. Pour ce qui est de l'environnement médico-légal, et quels sont nos défis comme organisation, c'est une situation qui est très dynamique, une situation changeante et qui évolue rapidement. Dom confirmera que cette évolution est plus rapide que jamais. Comme vous l'avez entendu, nous avons constaté une augmentation des dommages. Heureusement, le nombre de cas n'a pas augmenté, mais ces cas sont plus coûteux. Nous avons des coûts plus élevés pour défendre certaines affaires et ce que nous voulons, c'est de continuer à maintenir la qualité de notre défense. Mais il faut tenir compte également de l'inflation à l'avenir. Nous n'avons pas non plus pleinement réalisé l'impact de la pandémie, notamment pour les coûts médico-légaux.

00:20:22

Nous n'avons pas vu vraiment une grande hausse durant la pandémie, de fait peut-être même une diminution, mais lorsque l'on examine nos partenaires partout dans le monde, nous n'avons pas vu et ils n'ont pas vu tout l'impact de la pandémie. Nous avons vu également d'autres risques qui changent, qui évoluent. Les gens pensent notamment à l'intelligence artificielle. Nous ne savons pas vraiment quels seront les dénouements de ces incidences sur la profession. Donc, il y a plusieurs éléments dont il faut tenir compte. Et peut-être que Domeinic voudrait parler un peu de ce qui se passe dans les tribunaux.

00:21:07

**Domeinic Crolla:** J'aimerais vous offrir un peu de bonnes nouvelles, mais le fait est que c'est que nous sommes dans une période d'incertitude considérable. Il y a vraiment des signes que l'environnement médico-légal fait face à des difficultés, des difficultés dont Lisa et Todd ont parlé. Le système de justice prend du temps pour répondre aux changements sociaux. Nous avons observé des changements comme les soins virtuels et les effets de la pandémie. Les impacts de ces situations commencent à se manifester dans les décisions des tribunaux. Il est certain que la gravité des cas est à la hausse et que le montant par affaire et les litiges civils sont en hausse. Nous avons également vu de nouvelles théories de responsabilité et qui sont parfois acceptées par les tribunaux. Ça nous inquiète parce que les principes du droit médical doivent s'adapter au fil du temps.

00:22:10

Alors on se pose la question est-ce que les normes légales juridiques changent? À

l'extérieur du Canada, c'est inquiétant aussi. Il y a des preuves réelles d'une augmentation importante des dommages, mais aussi des changements au niveau des théories de responsabilité aux États-Unis, au Royaume-Uni et ailleurs. Sachant qu'il pourrait y avoir des effets ici, je pense qu'on devrait être interpellés. Il ne faut pas paniquer, mais il faut être prêt. Merci. **(Fin de l'interprétation)**

00:22:41

**Jean-Hugues Brossard:** Je vais prendre une dernière question. François? Et, et ensuite nous continuerons.

00:22:47

**François Mercier:** François Mercier, conseiller pour l'ACPM au Québec. Actuellement au Québec, on sait qu'il y a un manque de ressources en médecine familiale et peut-être aussi à cause des primes, il y a une, un passage important de médecins au privé. Je me demandais comment la haute direction de l'ACPM voit la situation par rapport à cette migration qui est vraiment très importante? Et est-ce que ces médecins-là ont la même couverture, ont les mêmes frais, ont les mêmes conflits ou situations là juridiques? Je m'adresse là pour les gens qui nous écoutent aussi là.

00:23:32

**Pamela Eisner-Parsche:** Merci François. **(Voix de l'interprète):** C'est une excellente question, à savoir s'il y a des changements au niveau de la façon dont l'ACPM aide les médecins qui travaillent dans le privé plutôt que dans le secteur public. Nous avons vu une certaine transition de ce côté, François, et je comprends votre préoccupation. Du côté de l'Association, là où pratique exerce le médecin, que ça soit dans le secteur public ou privé, ça n'a pas d'impact, à savoir si on offre une aide médico-légale ou non. Si un médecin pratique exerce dans une clinique privée et qu'il y a un souci médico-légal, dans la mesure où ce médecin est membre au moment de l'événement, il continuera à bénéficier de notre aide. S'il travaille dans une clinique privée et que cette clinique privée est visée par une action, cela dépendra beaucoup de la structure de la clinique. Et si la clinique répond aux principes de l'ACPM, les principes qui sont définis sur notre site internet, il nous ferait plaisir d'accepter des appels de médecins qui font face à de telles situations pour les guider. **(Fin de l'interprétation)**

00:24:50

**Jean-Hugues Brossard:** Okay, bien voilà ce qui conclut la période de questions aujourd'hui. Et donc, avant de, de lever la séance, Lisa va prendre quelques moments pour nous parler un peu de l'avenir et de ce qui se profile à l'horizon.

## **Regard vers l'avenir**

00:00:00

**Lisa Calder:** Merci Jean-Hugues. Comme on vous l'a dit aujourd'hui, l'ACPM a pris des mesures importantes pour se moderniser. Grâce à notre souplesse et à notre capacité

d'adaptation, nous avons pu continuer de soutenir nos membres, leur patientèle et le système de soins de santé. En 2023, nous avons lancé notre nouveau plan stratégique qui orientera nos activités pour les trois prochaines années. J'aimerais maintenant vous parler plus en détail de ce plan et de la manière dont il nous permettra de relever en toute confiance les défis qui nous attendent.

00:00:40

Les trois principes directeurs du plan sont les suivants : soutenir, renforcer et s'adapter. Ces principes nous permettront de mettre de l'avant des initiatives importantes comme améliorer l'expérience des membres grâce à des services plus accessibles, pertinents et faciles à utiliser. Améliorer nos ressources éducatives, renforcer notre utilisation des données pour favoriser la prestation des soins médicaux sécuritaires et mettre en pratique les principes d'équité, de diversité et d'inclusion dans tous nos services et mieux comprendre l'expérience de nos membres en matière d'EDI.

00:01:24

Comme Jean-Hugues l'a mentionné, nous communiquerons bientôt avec vous pour obtenir votre avis sur la modernisation de notre structure de gouvernance. Le succès à long terme de l'Association dépend du bon fonctionnement de notre instance dirigeante, c'est-à-dire le Conseil de l'ACPM. Alors restez à l'affût, vous recevrez cet automne un courriel dans lequel vous trouverez toutes les directives pour nous faire part de votre avis.

## **Mot du président**

00:00:01

**Jean-Hugues Brossard** : Merci Lisa. Et merci également à vous tous d'avoir assisté à l'événement aujourd'hui, que ce soit en personne ou que ce soit en ligne. Nous avons terminé l'ordre du jour, nous avons terminé la période de questions et je crois que nous pouvons maintenant conclure cette assemblée annuelle, et j'espère vous voir l'an prochain à l'assemblée de 2024 qui aura lieu à Halifax en Nouvelle-Écosse.

00:00:27

**(Voix de l'interprète)** : Je me réjouis de vous voir l'année prochaine à notre assemblée 2024 qui aura lieu à Halifax en Nouvelle-Écosse. Je déclare cette séance levée. **(Fin de l'interprétation)**

## **Séance d'information – Prendre soin des patients et de soi-même en contexte de pénurie de ressources**

00:00:01

**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.

00:00:39

**(Voix de l'interprète) :** Pour commencer cette réunion, j'aimerais vous présenter l'honorable chef de la communauté 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.

00:01:29

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.

00:02:28

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

**Armand Aalamian :** Oui, absolument.

00:02:35

(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.*

00:03:48

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)

00:04:13

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)

00:08:29

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.

00:09:55

**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.

00:10:49

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 algonquienne Anishinabeg, dont la présence en ces lieux remonte à des temps immémoriaux.

00:11:08

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.

00:12:21

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.

00:13:43

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.

00:14:10

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).**

00:14:33

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.

00:15:23

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.

00:15:47

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.

00:16:04

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.

00:17 :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.

00:18 :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.

00:18 :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.

00:19 :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.

00:19 :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.

00:20 :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.

00:21:25

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.

00:22:12

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.

00:22:45

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.

00:23:36

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.

00:24:00

**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?

00:24:28

**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.

00:25 :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.

00:25:47

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.

00:26:28

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'examens 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.

00:26:54

**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.

00:27:08

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?

00:27:40

**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.

00:28:54

Et forte de cette frustration que je ramenait 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.

00:29:50

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.

00:30:51

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.

00:31:27

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.

00:32:11

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

00:32:15

**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.

00:32:35

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?

00:32:42

**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.

00:33:28

**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.

00:33:45

Chantale, prochaine question est pour vous. En tant que leader au sein de PAMQ, vous 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?

00:34:16

**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.

00:34:57

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.

00:35:38

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.

00:36:06

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.

00:36:52

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.

00:37:22

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.

00:38:19

**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.

00:38:38

On a des questions qui arrivent. Je vais juste vérifier avec mon collègue en arrière, D<sup>r</sup> 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.

00:39:13

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.

00:39:47

**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.

00:40:46

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.

00:41:40

**Armand Aalamian :** (Inaudible)

00:41:42

**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.

00:42:12

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.

00:42:35

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

00:42:44

**(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?

00:43:11

**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)**

00:44:13

**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.

00:44:48

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

00:45:08

**Andrée-Anne Labbé :** Non.

00:45:08

**Armand Aalamian :** Juste ---

00:45:09

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

00:45:11

**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?

00:45:46

**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.

00:46:41

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.

00:47:00

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.

00:47:57

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.

00:48:48

**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.

00:49:03

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?

00:49:33

**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.

00:50:17

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.

00:51:06

**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.

00:51:28

**(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?

00:52:04

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

00:52:06

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

00:52:08

**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.

00:53:03

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.

00:53:50

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

00:53:56

**Fahimy Saoud:** Bonjour.

00:53:58

**Armand Aalamian:** Oui?

00:53:59

**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 médicaments.

00:54:51

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?

00:55:23

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

00:55:27

**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.

00:56:09

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.

00:56:41

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.

00:57:25

**Armand Aalamian:** Allez-y.

00:57:28

**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.

00:58:25

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

00:58:27

**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.

00:58:52

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 collègue après la plainte puis être au téléphone avec nous pour gérer la plainte au collègue puis le stress que ça va vous causer.

00:59:21

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.

00:59:41

**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?

01:00:25

**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.

01:01:30

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.

01:02:13

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.

01:02:24

**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.

01:02:44

**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.

01:03:34

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.

01:04:26

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.

01:05:28

**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?

01:06:30

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)**

01:07:15

**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?

01:07:44

**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 parmi 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.

01:08:45

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 --

01:09:36

**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 ---

01:09:46

**Vania Jimenez:** Oui.

01:09:47

**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.

01:09:56

**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 --

01:10:31

**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.

01:11:19

**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*.

01:12:12

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

01:12:14

**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.

01:12:38

**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-légaux? (sic) Allez-y. Chantale.

01:13:13

**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.

01:13:36

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

01:13:37

**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.

01:14:22

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.

01:14:37

**Armand Aalamian:** Merci. Richard?

01:14:39

**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.

01:15:11

**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.

01:15:26

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?

01:16:02

**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 ?

01:16:38

**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 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?

01:17:31

**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?

01:17 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)**

01:18:38

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?

01:18:54

**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.

01:19:22

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

01:19:33

**Vania Jimenez:** C'est juste, nous avons eu une expérience, en fait, au jamais vu. 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.

01:20:35

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

01:20:44

**(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)**

01:21:01

**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) ---

01:21:30

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

01:21:30

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

01:21:32

**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 suffisante cardiaque (sic) qui est entente 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 cours 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.

01:22:00

**Andrée-Anne Labbé:** Ça dépend ---

01:22:02

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

01:22:04

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

01:22:05 :

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

01:22:06

**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).

01:22:51

**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.

01:23:00

**Andrée-Anne Labbé:** Oui.

01:23:03

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

01:23:03

**Andrée-Anne Labbé:** Oui.

01:23:04

**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.

01:23:34

**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**)

01:24:04

**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.

01:25:13

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 un 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.

01:25:52

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.

01:26:30

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

01:26:40

(**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?

01:27:17

**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.

01:27:28

**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.

01:27:40

**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)**

01:28:17

**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.

01:29:02

**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?

01:29:16

**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.

01:29:30

**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.

01:29:58

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

01:30:01

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.