

# SOIGNER EN TEMPS DE CRISE

La pandémie de COVID-19, qui frappe la planète de plein fouet, place tout le personnel médical de première ligne sur le qui-vive. Une crise qui chamboule inévitablement la façon de soigner.

Claudine Hébert



D<sup>re</sup> Marie Hayes

Au début du mois d'avril, la salle d'attente du GMF du Fjord, à Saguenay, secteur La Baie, est anormalement tranquille. Tout comme celle du GMF-U Jacques-Cartier où est pourtant inscrit le quart de la population de la ville de Sherbrooke. « Confinement oblige et téléconsultation permise, il y a à peine un ou deux patients à la fois à la clinique. On vit pour le moment une situation complètement surréaliste », reconnaît la **D<sup>re</sup> Marie Hayes**, copropriétaire et directrice médicale de la clinique sherbrookoise, qui pratique la médecine de famille depuis plus de 35 ans.

Même situation à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal où la salle d'attente regroupe habituellement plus d'une vingtaine de patients, mais qui en comptait à peine dix à la fois durant la semaine de Pâques. « On se croirait la veille de Noël, mais qui se prolonge sur plusieurs jours », mentionne le **D<sup>r</sup> Alexandre Messier**, médecin pratiquant à l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur depuis plus de quinze ans. Il faut admettre, ajoute-t-il, que le confinement de la population a un effet positif sur les urgences. « Puisqu'il y a moins de déplacement, il y a moins d'accidents de la route. De plus, le fait que les gens soient moins actifs diminue l'incidence de blessures et possiblement d'infarctus », observe le clinicien qui, ironiquement, cherche depuis déjà des années des solutions pour désengorger les urgences de la province.

## UN STRESS ÉLEVÉ

Malgré ce calme exceptionnel, jamais le degré de stress du personnel soignant des établissements de santé de la province n'a été aussi élevé qu'il l'est actuellement. « Nous sommes en période d'extrême vigilance. Nous devons donc ménager nos énergies pour ne pas être fatigués lorsque la grande vague va survenir, car la COVID-19, on le sait maintenant, sera un long marathon qui va durer plusieurs mois », prévient la D<sup>re</sup> Hayes.

Ce stress est également palpable dans les cliniques qui ont pourtant déjà composé avec des situations de haute tension. C'est le cas du GMF de Rigaud que dirige la **D<sup>re</sup> Caroline Noory**. Au cours des trois dernières années, Rigaud a déclaré l'état d'urgence à deux reprises en raison de crues printanières historiques (en 2017 et en 2019). Plus de 470 familles se sont retrouvées à la rue pendant plusieurs mois.

« Dans ce type de situation, dit l'omnipraticienne, il est important d'établir rapidement un leadership fort et rassurant au sein de l'équipe afin de réduire le plus possible le stress et l'anxiété du personnel. Toutefois, contrairement aux inondations, cette crise de la COVID-19 dépasse largement le stade régional. Elle est d'ordre planétaire. Elle comporte beaucoup trop d'éléments inconnus auxquels il faut continuellement adapter notre gestion, notre façon de soigner. Les consignes changent de jour en jour. C'est la raison pour laquelle les com-



D<sup>re</sup> Caroline Noory

D<sup>r</sup> Frédéric Turgeon

munications doivent être très précises afin de maintenir une stabilité et un lien de confiance au sein du personnel», indique la D<sup>re</sup> Noory.

### COMMUNICATIONS FLUIDES

Parlons-en des communications. « Jamais les relations n'ont été aussi fluides et bidirectionnelles entre les GMF et la direction du CISSS en Abitibi-Témiscamingue », mentionne le **D<sup>r</sup> Frédéric Turgeon**, qui dirige le GMF d'Amos. Rappelons que l'Abitibi-Témiscamingue figure parmi les premières régions de la province où les déplacements ont été contrôlés.

« Pas de chichi ni flaflo, les échanges sont, pour le moment, plus agréables et surtout plus efficaces. On sent que l'on récupère cet esprit de collaboration et de communication que l'on avait perdu depuis l'entrée en vigueur de la loi 10\* », souligne le D<sup>r</sup> Turgeon qui a été président du Collège québécois des médecins de famille de 2017 à 2019. Il y a moins de négociations et de heurts pour trouver des solutions, note-t-il. « Tout le monde travaille dans le même sens. On a rarement vu une réorientation sociale à un degré si élevé. En fait, je crois qu'à l'exception de la Seconde Guerre mondiale, notre société moderne n'a jamais vécu ça. »

\* Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

Au moment d'écrire ces lignes, le gouvernement Legault demandait un transfert des équipes médicales vers les CHSLD du Québec où la pandémie faisait plus de ravage auprès des aînés. Un geste que saluait le D<sup>r</sup> Turgeon. « Tout le monde est en mode innovation. Et plus particulièrement en région, où les ressources sont immensément précieuses. Le stress qu'entraîne la COVID-19 au sein du réseau de la santé nous pousse à poser des actions et des applications sociales médicales que le système semblait hésiter à mettre en place. Je suis convaincu que cette crise fera émerger d'autres occasions de soins qui vont améliorer notre système de santé », estime le médecin abitibien.

### UNE MEILLEURE COMPLICITÉ

« Les crises ont l'avantage de favoriser les belles complicités », renchérit le **D<sup>r</sup> Jean-Denis Bérubé**, retraité depuis le 28 juin 2019. Ce clinicien a été chef de service pendant plus de trente ans, d'abord au CLSC de Saguenay-Nord, puis par la suite au CLSC de Chicoutimi. En raison de l'actuelle crise de la COVID-19, il s'apprête à reprendre du service à la demande de la Direction de la santé publique du CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Il a été invité à faire partie d'une éventuelle équipe de soutien. « Lors du déluge au Saguenay en 1996, tous les médecins de la région avaient répondu présent à leur chef de secteur respectif qui demandait de l'aide. C'est une fois de plus le cas avec la COVID-19. Et cette demande

D<sup>r</sup> Jean-Denis Bérubé

## LES LEÇONS D'EBOLA



D<sup>re</sup> Joanne Liu

La **D<sup>re</sup> Joanne Liu** n'en est pas à sa première crise sanitaire. L'exprésidente de Médecins sans frontières a passé au moins quatre semaines en Afrique de l'Ouest, notamment en Sierra Leone, au Libéria et en Guinée, lorsque l'épidémie d'Ebola y battait son plein en 2014 et en 2015. Bien que les deux virus soient différents, la pédiatre de Montréal demeure convaincue que les leçons tirées de la gestion de l'épidémie d'Ebola peuvent s'appliquer à l'actuelle pandémie de COVID-19.

Parmi ces leçons, elle cite la responsabilité des autorités de la santé à l'endroit du personnel. « Tout le personnel soignant est ébranlé. Tout le personnel a dû modifier ses façons de faire. Les autorités doivent donc faire la promesse qu'elles font leur maximum pour protéger le personnel médical, et ce, peu importe les postes, qu'il s'agisse d'un médecin, d'une infirmière ou d'un préposé aux bénéficiaires. C'est essentiel en temps de crise », insiste la D<sup>re</sup> Liu.

Malgré tout, dit-elle, il ne faut pas se raconter d'histoire. « Avec ce type de virus contagieux, entre 10 % et 15 % du personnel soignant sera infecté. La plupart vont s'en sortir. Mais certains vont y laisser leur vie. Il faut donc être préparé à voir des collègues de travail mourir », dit la pédiatre qui parle par expérience. La moitié des 28 personnes

de Médecins sans frontières appelées à combattre l'Ebola de 2013 à 2016 en Afrique de l'Ouest y ont laissé leur peau, déplore la D<sup>re</sup> Liu.

La mise en place d'équipes de soutien est d'ailleurs essentielle, insiste-t-elle. « Le personnel soignant est conscient qu'il met sa vie en danger. Il est donc important qu'il puisse bénéficier d'aide psychologique en tout temps. En Afrique de l'Ouest, chacune de nos équipes avait accès à un psychologue dans les unités de soin. Et parce que le stress peut devenir insoutenable, le personnel de première ligne doit également bénéficier d'espaces de paroles où chacun peut partager ses états d'âme. L'objectif de ces initiatives de soutien est de prévenir l'écllosion de multiples cas de stress post-traumatique une fois que la crise s'atténuera dans les mois à venir », explique la D<sup>re</sup> Liu.

Autre leçon retenue : la vie continue. Il ne faut pas, dit-elle, négliger les patients non infectés. « Nous ne pourrions pas cesser de prodiguer les soins non essentiels éternellement. Au cours des mois à venir, nous allons devoir reprendre nos activités normales malgré le spectre de la COVID-19. Les patients non infectés ne doivent surtout pas devenir des dommages collatéraux de la crise. »

Pendant que tout le monde focalisait sur l'Ebola, la D<sup>re</sup> Liu se souvient de six femmes enceintes qui s'étaient présentées, au cours d'une même semaine, dans les divers centres de crise pour accoucher. Elles ne pouvaient le faire nulle part ailleurs. « Malheureusement, ces six femmes ont toutes accouché d'un bébé mort-né. Nous nous sommes alors rendu compte qu'il fallait trouver des solutions pour les autres patients », dit-elle.

Enfin, même au cœur de la crise, il faut tenir compte du facteur humain. « En Afrique de l'Ouest, nos équipes ont payé cher le fait d'avoir « déshumanisé » la réponse envers l'épidémie. La population nous en a voulu de ne pas avoir eu accès à leur père, à leur sœur, à leur ami avant et après leur mort. Et les personnes décédées auraient préféré être entourées de leur famille plutôt que d'un personnel médical aux allures de cosmonaute. Il faudra trouver des solutions pour permettre aux gens, aux familles de vivre leur deuil selon leur croyance et leur religion même en période de COVID-19. Car l'humain ne veut pas mourir seul, et cela, c'est universel ! »

d'aide se veut encore plus facile auprès des pairs grâce à la création du département régional de médecine générale qui existe depuis l'année 2000 », souligne ce vétéran de la médecine familiale.

La **D<sup>re</sup> Martine Nadeau**, qui dirige le GMF du Fjord, à Saguenay, secteur La Baie, a, elle aussi, vécu la crise du déluge qui avait provoqué l'évacuation de plus de 16 000 personnes dans la région. « La clé, dans ces moments de crise, c'est la collaboration », dit-elle. Depuis le début du confinement

de la population en mars dernier, et plus particulièrement depuis que le Saguenay-Lac-Saint-Jean figure parmi les zones où les déplacements sont contrôlés, les médecins de famille de La Baie (soit ceux des deux GMF et de l'urgence de l'hôpital) se donnent rendez-vous à l'heure du lunch par téléconférence.

« C'est une occasion pour nous tous de discuter des consignes du jour dictées à la conférence matinale de la Direction régionale de médecine générale. Elle nous permet d'échanger

de précieux conseils pour gérer la situation actuelle», souligne la D<sup>re</sup> Nadeau. Cet esprit de collaboration, ajoute-t-elle, est d'ailleurs très tangible partout dans la région. «Tout le monde a des papillons dans le ventre. Aura-t-on assez de matériels de protection? Verra-t-on une éclosion de cas dans la collectivité? Nous sommes tous sur un pied d'alerte, prêts à donner un coup de main au besoin», mentionne l'omnipraticienne qui représente les médecins de La Baie auprès du DRMG et de l'Association des médecins omnipraticiens du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le groupe de médecins de l'urgence, qui compte une trentaine de cliniciens, a même créé une page privée Facebook pour faciliter les échanges entre eux. «Cette page nous permet de discuter des problèmes quotidiens, de partager des articles scientifiques sur la COVID-19 et même d'échanger sur de possibles enjeux éthiques liés à la situation. C'est un outil de soutien collectif très utile qui nous aide aussi à décompresser», soulève le D<sup>r</sup> Alexandre Messier.

Le clinicien, tout comme ses collègues, travaille actuellement sous pression en raison du risque élevé de contagion de la COVID-19. «C'est une période où l'on doit vraiment prendre nos précautions, car on risque justement de faire des erreurs. Nous sommes tellement sollicités par la COVID-19 qu'il faut faire des efforts pour demeurer sur nos gardes et être alertes afin de bien soigner les patients non infectés qui ont besoin de nous.»

## PROCESSUS D'EXAMEN ADAPTÉ

À ce propos, l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur a établi une façon de faire afin de réduire les risques de contagion au minimum et de préserver les équipements de protection individuelle. Tous les patients soupçonnés d'être atteints de la COVID-19 et n'ayant pas de critère de gravité sont ainsi dirigés par le personnel du triage vers une pièce fermée où le personnel soignant leur parle d'abord au téléphone. «En les regardant par une fenêtre, aménagée pour la situation, nous leur posons une série de questions afin de vérifier s'ils présentent ou non des symptômes de la COVID-19 justifiant un examen médical. Nous sommes conscients que cette mesure peut augmenter l'anxiété des patients. Nous leur expliquons qu'en raison de la situation, ce procédé inhabituel se veut plus sûr pour tous et qu'un examen physique sera fait seulement s'il change notre conduite médicale par rapport à leur problème de santé.»

«Néanmoins, poursuit le D<sup>r</sup> Messier, tout le monde est actuellement en mode sprint. C'est essoufflant. On ne pourra tenir des semaines à ce rythme. Cette situation ne pourra durer éternellement. Il faudra prendre cette crise au jour le jour et s'adapter, qu'on le veuille ou non. C'est évident qu'il y aura une fin. Quand? C'est la question qui est sans réponse pour le moment.»

## LES RETOMBÉES DE LA COVID-19

Certes, il est encore trop tôt pour savoir quelles seront les suites de cette pandémie de COVID-19. Comment s'effectuera la pratique de la médecine familiale? Certains médecins de famille sont néanmoins convaincus que la télémédecine fera partie de ces retombées.

Permise en raison du confinement généralisé de la population, la télémédecine transforme actuellement les façons de pratiquer. «Dans l'ensemble, les patients sont très heureux de ne pas avoir à se déplacer. Ils sont très reconnaissants que l'on continue d'assurer le suivi», constate la D<sup>re</sup> Martine Nadeau. Cette approche demeure toutefois du cas par cas, dit-elle. «On ne peut annoncer par téléphone à tous les patients que le résultat de leur test indique la présence d'un cancer. Pour certains cas, surtout les plus graves, je préfère encore annoncer les résultats en personne», raconte l'omnipraticienne de La Baie.

«Il est très surprenant de constater tout ce que l'on peut régler de façon efficace dans le suivi de nos patients grâce aux différentes plateformes, dont le téléphone», souligne la D<sup>re</sup> Marie Hayes, qui compte plus de 2300 patients inscrits. Cette crise, estime-t-elle, va définitivement transformer notre façon de pratiquer la médecine. Rien ne sera plus pareil.»

Un avis que partage le D<sup>r</sup> Frédéric Turgeon. «Il est évident que la télémédecine nous permet de communiquer plus rapidement avec les patients. Cette façon de faire se poursuivra sans doute une fois la crise terminée. Il faudra revoir et repenser nos modèles de pratique.»

Le D<sup>r</sup> Jean-Denis Bérubé croit, lui aussi, que la télémédecine est là pour de bon. «Chaque crise se traduit généralement par des améliorations, de nouvelles mesures», soulève le clinicien retraité. À la suite du déluge à Saguenay en 1996, raconte-t-il, la plupart des municipalités au Québec ont établi un plan d'urgence en cas de catastrophe. À la suite de l'alerte à la pandémie de grippe A H1N1 en 2008, poursuit-il, des plans de création de cliniques d'urgence ont été proposés partout dans la province. «Ces plans, mis à jour, aident aujourd'hui à mieux gérer la crise de la COVID-19. Au lendemain de l'actuelle crise, ce sera, selon moi, la télémédecine qui fera partie de «l'héritage» de la pandémie», maintient le D<sup>r</sup> Bérubé.

«En fait, ajoute le D<sup>r</sup> Alexandre Messier, ce sont plusieurs modèles de pratique que nous trouvons si difficiles à changer qui ont déjà commencé à se transformer.» Il cite en exemple la réorientation des patients provenant des urgences vers les cliniques médicales. «Il y a à peine quelques mois, des dirigeants d'hôpitaux et de cliniques trouvaient difficile de considérer cette amélioration et de l'appliquer. Depuis le début de la crise, cette résistance au changement est en chute libre!» //



# ET SI ON DISCUTAIT DE LA COVID-19 TOUS ENSEMBLE ?

Claudine Hébert



D<sup>re</sup> Anne Magnan

Jamais le besoin de s'exprimer, d'échanger et de partager n'a été aussi capital pour le bien-être du personnel soignant depuis que la pandémie de COVID-19 prend ses aises partout sur le globe. Et le Programme d'aide des médecins du Québec (PAMQ) est justement là pour encourager la création de ces espaces de parole entre médecins.

« Le meilleur équipement de protection médical peut fort bien nous défendre face au virus de la COVID-19, mais il n'est d'aucune utilité pour préserver notre santé mentale. D'où notre initiative de stimuler la formation de groupes de pairs aidants », indique la **D<sup>re</sup> Anne Magnan**, directrice générale du PAMQ.

Depuis déjà deux ans, cet organisme souhaitait mettre en place des outils pour favoriser ce type d'entraide de groupe, notamment pour venir en aide aux médecins souffrant de dépression. « La situation de la COVID-19 a servi d'étincelle », signale la D<sup>re</sup> Magnan.

Conçu par **Rachel Thibeault**, spécialiste en résilience psychologique et soutien par les pairs qui travaille depuis plus de trente ans en zones de guerre et de crise, ce nouveau service vise à appuyer tous les médecins engagés dans une démarche d'entraide entre pairs. « Il a été établi que l'esprit de compassion, peu importe les situations, aide les individus à passer à travers les crises. C'est ce que nous voulons faire en favorisant la formation de groupes », poursuit la D<sup>re</sup> Magnan.

Le groupe, dit-elle, peut être composé de membres d'une même clinique, d'un même champ de pratique ou d'une même région. L'important, insiste-t-elle, est d'avoir un vécu substantiel en commun. Elle précise également que le nombre idéal de pairs doit se situer entre quatre et huit lorsque les groupes sont virtuels, ce qui permet un meilleur échange entre les participants.

## FAVORISER L'ENTRAIDE AU CŒUR DES ÉMOTIONS

Mais attention, prévient la D<sup>re</sup> Magnan. Ces groupes ne servent pas à régler des enjeux cliniques, logistiques ou techniques. Le groupe de pairs aidants, dit-elle, est là pour favoriser l'entraide, tout en tenant compte des émotions que provoquent les enjeux cliniques, logistiques, techniques, voire familiaux.

« Il ne s'agit ni d'une thérapie de groupe ni d'une séance pour « ventiler » ses frustrations. Tous les participants viennent y recevoir et y offrir du soutien », ajoute, pour sa part, la **D<sup>re</sup> Sandra Roman**, médecin-conseil du PAMQ qui travaille aussi à la Direction de la santé publique du CISSS de Laval.

« L'objectif de ces espaces de parole est de permettre aux participants de réduire leur degré de stress et de fébrilité ainsi que de prendre du recul de manière à conserver une perspective constructive et à maintenir la cohésion au sein des équipes », signale-t-elle.

La D<sup>re</sup> Roman fait d'ailleurs partie d'un comité de santé composé de médecins du CISSS de Laval. Depuis le début de la crise de la COVID-19 en mars dernier, près d'une dizaine de groupes de pairs aidants ont vu le jour sur le territoire lavallois, mentionne la clinicienne.

## DES MÉDECINS QUI AIDENT DES MÉDECINS

Le Programme d'aide aux médecins du Québec existe depuis déjà trente ans. Créé en 1990 pour venir en aide aux médecins, l'organisme dispose d'une équipe regroupant une dizaine de médecins-conseils (autant des omnipraticiens que des spécialistes). Ces derniers répondent généralement à une vingtaine d'appels par semaine. « Parce que nous anticipons un flux élevé d'appels au cours des semaines à venir, nous avons doublé notre équipe de médecins-conseils à vingt. Nous sommes là pour donner un coup de main », conclut la D<sup>re</sup> Magnan. //



D<sup>re</sup> Sandra Roman

# CYBERSÉCURITÉ MÉDICALE

## COVID-19 : UN VIRUS FAVORABLE AUX CYBERATTAQUES

Bien que la pandémie de COVID-19 freine actuellement l'économie planétaire, elle est loin de ralentir les mauvaises intentions des cybercriminels. Et le secteur de la santé fait justement partie de leurs cibles de prédilection.

Claudine Hébert



M. Mathieu Grignon

Le 16 mars dernier, le système informatique du département américain de la Santé et des Services sociaux (US Health and Human Services Department) a été victime d'une cyberattaque. Sans doute l'œuvre d'un fraudeur étranger, l'incident a été qualifié de campagne de désinformation visant à perturber la réponse des États-Unis face à la pandémie.

Il n'en fallait pas plus pour que le Centre canadien pour la cybersécurité lance une alerte à tous les organismes de santé canadiens prenant part aux mesures nationales d'intervention face à la pandémie de COVID-19. Intervenants en recherche médicale, fabricants et distributeurs de matériel médical, organismes qui élaborent les politiques, y compris l'ensemble des cliniques médicales, haussez votre garde. Les cyberfraudeurs vous ont dans leur mire.

### GARE AUX DOMAINES MALVEILLANTS

Pour le moment, aucune hausse substantielle de cyberattaques dans le milieu de la santé n'a été observée au pays, rassure **Mathieu Grignon**, directeur général des opérations canadiennes chez Go Secure. Cette entreprise, qui offre des services de gestion et de consultation en cybersécurité, collabore avec plus de 600 sociétés canadiennes, dont plusieurs dans le domaine des soins de santé. « Mais la crise de la COVID-19, avertit-il, n'en constitue pas moins une source élevée de fraude. »

Selon le site américain Sophos, les quatre grands domaines les plus consultés aux États-Unis (.com, .us., .org et .info) avaient déjà enregistré, en mars dernier, plus de 3 000 nouvelles adresses Web contenant les mots « covid » ou « corona ».

Entre le 8 février et le 24 mars, l'équipe de Sophos a même observé 42 578 nouvelles adresses contenant les mots « covid » ou « corona », tous types de domaines confondus. Et bien que certains de ces domaines puissent avoir été enregistrés à des fins légitimes, beaucoup sont malheureusement utilisés dans le cadre de programmes de pourriels et d'hameçonnage, indique l'équipe de Sophos. « À ce propos, tient à signaler Mathieu Grignon, une des premières adresses que Google affichait concernant la carte des cas de COVID-19 de l'Organisation mondiale de la Santé dans le monde était, jusqu'à tout récemment, un site malveillant. »

Actuellement, poursuit cet expert en cybersécurité, les pirates informatiques utilisent le nom des organismes de santé pour frauder la population. « Il faut être vigilant. Il y a des fraudeurs, dit-il, qui utilisent le nom des cliniques médicales pour envoyer aux patients un message indiquant de faux résultats de tests de dépistage de la COVID-19. Les fraudeurs vont demander aux gens un numéro de carte de crédit afin de leur faire parvenir des médicaments par la poste. Un numéro qui sera évidemment utilisé à d'autres fins », raconte Mathieu Grignon.

Ce que cet expert en cybersécurité craint toutefois le plus, c'est la situation postpandémique. « Afin de permettre le télétravail à leurs employés, plusieurs entreprises et organisations du réseau de la santé ont dû rapidement mettre en place des mesures et des services, réduisant ou éliminant alors les processus courants d'évaluation des risques. Parmi ces organisations, plusieurs n'étaient pas préparées sur le plan de la cybersécurité. Par conséquent, lorsque les portes ouvertes sur ces mesures et services devront être refermées après la crise, il restera des brèches. Ce qui risque de faire augmenter la vulnérabilité des organismes liés au secteur de la santé en ce qui a trait aux cyberattaques », avise Mathieu Grignon.

### DES CLINIQUES VULNÉRABLES

« Plus que jamais, les gestionnaires de cliniques médicales doivent être prudents en matière de cybersécurité », renchérit **Lee-Anne Kennedy**, directrice de la Gestion de la pratique chez Saegis. Cette filiale de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) gère les services et les programmes de sécurité spécialisés destinés aux médecins, aux professionnels de la santé et aux établissements.

La crise de la COVID-19, dit-elle, offre présentement des occasions parfaites pour les cyberattaques socialement



M<sup>me</sup> Marie-Andrée Poudrette

conçues. «La mise en quarantaine et les mesures d'éloignement physique qui incitent actuellement les médecins à prodiguer des soins virtuels ont augmenté la vulnérabilité du système de santé canadien à un degré record», soutient M<sup>me</sup> Kennedy. Raison pour laquelle Saegis a mis au point une formation spéciale en ligne sur la cybersécurité et la COVID-19, offerte gratuitement dans les deux langues officielles aux médecins et à leur personnel. Cette formation, qui comprend deux modules d'une dizaine de minutes, a été mise en ligne le 3 avril dernier. Le lien apparaît à la fin de l'article.

### DES CONSÉQUENCES QUI COÛTENT CHER

Créée pour soutenir l'ACPM dans son objectif d'améliorer la sécurité des soins de santé tout en offrant un soutien aux médecins et à leurs équipes, l'équipe de Saegis insiste sur l'importance de sensibiliser les cliniques médicales à la cybersécurité. «L'hameçonnage et les attaques de logiciels malveillants peuvent conduire à la fermeture d'établissements, de systèmes de santé et de dossiers médicaux électroniques cryptés. Il est urgent de fournir des informations pour éviter une telle situation», soutient **Marie-Andrée Poudrette**, responsable principale du développement des affaires chez Saegis.

Les dossiers de santé, souligne-t-elle, contiennent des informations précieuses et sensibles, telles que des informations de santé protégées et des informations d'identification personnelle, qui peuvent facilement conduire à un vol d'identité. «Selon IBM et le rapport du Ponemon Institute, les dossiers de santé volés peuvent se vendre dix fois plus cher, et même plus, que les numéros de carte de crédit volés. Nous savons que le dossier de santé d'un seul patient peut valoir jusqu'à 1000 \$ sur le *dark Web*», souligne M<sup>me</sup> Poudrette.

La représentante de Saegis tient à préciser que les cyberattaques présentent un risque grave pour la sécurité et la vie privée des patients. «Lorsqu'un virus de type rançongiciel tient une clinique en otage, la capacité de la clinique à soigner efficacement ses patients est grandement affectée. Dans les cas extrêmes, une violation peut avoir des effets importants sur la continuité des activités», souligne-t-elle.

De plus, une cyberattaque peut coûter encore plus cher si la clinique n'est pas assurée en matière de cyberresponsabilité, ajoute Brian Kelly, courtier en assurance de dommages des entreprises chez BFL Canada. En plus des formations sur la cybersécurité, une clinique, dit-il, a avantage à prévoir le coup. Mieux vaut payer une prime de quelques milliers de dollars par année que de faire l'objet d'une poursuite en dommages et intérêts qui, elle, risque de coûter plusieurs millions de dollars.

### UN PROGRAMME POUR LES MÉDECINS ET LEUR PERSONNEL

Lee-Ann Kennedy se fait insistante. La sécurité, dit-elle, a beau être gérée efficacement par l'infrastructure informatique d'une clinique, la technologie ne peut pas atténuer, à elle seule, le risque le plus élevé: le comportement humain. «Les cybercriminels, dit-elle, savent que les gens sont le maillon le plus faible d'une organisation de soins de santé. Ils savent que les employés se trouvent à un seul clic d'infecter les systèmes informatiques de l'ensemble de leur organisation avec des logiciels malveillants et d'autres virus.»

Les cybercriminels vont ainsi, poursuit-elle, exploiter des facteurs de la psychologie humaine comme la peur et le désir de plaire. «C'est de cette façon qu'un employé peut cliquer sur un lien dans un courriel qui, a priori, semble provenir d'un collègue, d'une organisation connue. Mais voilà, pouf! Ce geste banal dissimule un cheval de Troie ou un rançongiciel au sein du système, permettant à un cybercriminel d'accéder directement aux serveurs de la clinique ainsi qu'aux DME des patients», explique M<sup>me</sup> Kennedy.

Créée expressément pour les médecins et leur personnel, la formation en ligne de Saegis vient donc en aide aux cliniques afin d'augmenter leur protection. «Notre programme présente à l'équipe soignante les multiples façons dont les cybercriminels vont vouloir les cibler.»

Il est fort probable, ajoute Marie-Andrée Poudrette, que les cybercriminels vont vouloir explorer les principes de l'ingénierie sociale ou d'autres stratégies qui incitent les individus à cliquer sur un lien intégré à un logiciel malveillant ou à divulguer des informations confidentielles pouvant être utilisées à des fins frauduleuses. Des stratégies malveillantes, conclut-elle, qui deviennent particulièrement efficaces dans des environnements occupés et changeants, tels qu'une clinique médicale qui traverse une crise. //

### FORMATION DE SAEGIS

COVID-19: L'apprentissage en ligne sur la cybersécurité des soins de santé – À tout le personnel du secteur des soins de santé canadien.

<https://saegis.solutions/fr/solutions-saegis/services-gestion-pratique>



## DANS UNE PETITE VILLE PRÈS DE CHEZ VOUS

### LES ÉTUDES EN MÉDECINE SE RÉGIONALISENT

Nouvel emplacement d'externat à Baie-Comeau, construction d'un campus de l'Université McGill à Gatineau, doctorat en médecine de l'Université Laval bientôt offert à... Rimouski. Les facultés de médecine poursuivent leur délocalisation. Et c'est une bonne nouvelle pour la médecine familiale.

Nathalie Vallerand



D<sup>r</sup> Louis Deschênes

**Louis Deschênes** se félicite d'avoir fait son externat à Baie-Comeau. « J'ai été exposé à un grand nombre de situations cliniques. Et contrairement aux externats des grandes villes, j'étais presque toujours seul avec le médecin-superviseur. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais. » Sa collègue, **Gabrielle Vandal-Gélinas**, renchérit: « L'enseignement était vraiment personnalisé. Les médecins, les infirmières, tout le monde me connaissaient. J'avais l'impression de faire partie de l'équipe médicale. »

Les deux étudiants figuraient parmi les quatre premiers candidats de l'externat longitudinal intégré que l'Université Laval a mis en place à Baie-Comeau en octobre dernier. L'université en a trois autres à Joliette, à Rimouski et à Lévis, mais celui de Baie-Comeau est le seul de type communautaire. « Un externat communautaire se déroule dans un petit hôpital qui a peu de spécialistes et où les médecins de famille assurent une diversité de soins, explique la **D<sup>re</sup> Julie Fortin**, directrice des externats longitudinaux intégrés de l'Université Laval et médecin au GMF-U de Rimouski. D'ici 2025, nous en offrirons d'autres dans les régions de Chaudière-Appalaches, du Bas-Saint-Laurent et de la Gaspésie. »

Pourquoi commencer par Baie-Comeau? « La Côte-Nord est la région de notre Réseau universitaire intégré de santé qui a la plus grande pénurie de médecins, répond le **D<sup>r</sup> Jean Ouellet**, directeur de l'enseignement en région à la Faculté de médecine de l'Université Laval. De plus, les médecins de l'Hôpital Le

Royer de Baie-Comeau et du GMF-U étaient très motivés à accueillir des externes. » À preuve, presque tous les médecins de la ville ont accepté de faire de la formation, selon Louis Deschênes. « Pour mon stage de chirurgie, j'ai été supervisé par les quatre chirurgiens de l'hôpital! »

#### L'UNIVERSITÉ MCGILL À GATINEAU EN FRANÇAIS

En plus des externats longitudinaux intégrés, l'Université Laval poursuivra son déploiement en région en ouvrant en 2022 deux pavillons d'enseignement à Rimouski et à Lévis, qui accueilleront chacun dix-huit étudiants au doctorat en médecine dès la première année. Un projet qui vise à exposer les futurs médecins aux réalités de la pratique en région.

De son côté, l'Université McGill inaugurera bientôt son nouveau campus en Outaouais, construit au-dessus de l'urgence de l'Hôpital de Gatineau. En septembre, vingt-quatre étudiants pourront y entamer leurs études médicales de premier cycle. « Ce sera le même programme qu'à Montréal, mais en français, indique le **D<sup>r</sup> Gilles Brousseau**, doyen associé et directeur du campus. Il y aura un centre de simulation de pointe, un laboratoire d'anatomie et un amphithéâtre de 250 places. »

L'Université McGill offre déjà l'externat à Gatineau depuis 2010. Et dès septembre, elle y donnera également son année préparatoire, en collaboration avec l'Université du Québec en Outaouais. « Il sera possible de faire toutes ses études de médecine à Gatineau », souligne le **D<sup>r</sup> Brousseau**.



D<sup>r</sup> Gilles Brousseau



Rappelons que les deux autres facultés de médecine québécoises sont délocalisées depuis plusieurs années. En 2004, l'Université de Montréal a été la première à faire le saut en s'installant à Trois-Rivières. Quant à l'Université de Sherbrooke, son programme de médecine est offert depuis 2006 à Saguenay et à Moncton au Nouveau-Brunswick.

## UN OUTIL DE SÉDUCTION POUR LES RÉGIONS

Depuis l'arrivée de l'Université de Montréal à Trois-Rivières, le nombre de médecins de famille en Mauricie-Centre-du-Québec est passé de 411 à 624 en 2018. « Le ratio par 100 000 habitants a presque rejoint la moyenne québécoise alors qu'il était largement inférieur auparavant », indique la chirurgienne **Marie-Hélène Girouard**, vice-doyenne associée du campus de la Mauricie.

Les diplômés du doctorat délocalisé qui ont terminé leur résidence représentent 60% des nouveaux médecins de famille de la région. Toutefois, les répercussions réelles du campus sont encore plus importantes, selon la D<sup>re</sup> Girouard. « Il permet d'attirer des médecins qui souhaitent enseigner », affirme-t-elle.

Pour la D<sup>re</sup> **Sharon Hatcher**, doyenne associée de l'Université de Sherbrooke pour le Programme de formation médicale à Saguenay, « les campus, les externats et les résidences en région sont la voie à suivre pour assurer une bonne répartition des médecins au Québec ». Médecin de famille au GMF-U de Chicoutimi, elle précise que 87% des diplômés du Programme de formation médicale de Saguenay exercent à l'extérieur des grands centres, dont 36% au Saguenay-Lac-Saint-Jean.

« Nous ne sommes plus en pénurie de médecins spécialistes, car environ 30% de ceux qui ont fait leur résidence ici finissent par revenir dans la région, se réjouit la D<sup>re</sup> Hatcher. Par exemple, une neurochirurgienne, diplômée en 2011, s'est établie chez nous l'an dernier. »

Toute cette capacité d'attraction, la communauté médicale de la Côte-Nord espère en profiter avec l'externat longitudinal intégré de Baie-Comeau. « Lors de l'externat, les jeunes réfléchissent à leur avenir, dit le D<sup>r</sup> **David Lee**, directeur du GMF-U de Manicouagan, qui a orchestré la mise en place de l'externat longitudinal intégré. Ils vont voir qu'on fait une médecine de qualité avec des défis professionnels intéressants. Ils vont être séduits par la qualité de vie et le grand air. Avec ces externats, on intéresse plus précocement les étudiants à la médecine en région. »

Si on se fie aux chiffres, le D<sup>r</sup> Lee a raison d'être optimiste pour l'avenir: 94% des étudiants de l'externat de Rimouski choisissent d'exercer en région une fois leur résidence en médecine familiale terminée. Par ailleurs, notons que l'Université Laval a reçu le prix Keith 2019 de la Société de médecine rurale du Canada parce que 50% des médecins de famille

qu'elle a diplômés en 2008 pratiquaient toujours en région dix ans plus tard. La moyenne canadienne tournait alors autour de 20%.

## MÉDECINS DE FAMILLE ET RÉGIONS : ÇA CLIQUE

Les jeunes tentés par la médecine de famille ont-ils plus tendance à sortir des grands centres pour faire leur parcours d'apprentissage? Ou est-ce que ce sont les études en région qui favorisent le choix de la médecine de famille? Sans doute les deux, mais une chose est certaine, les initiatives de délocalisation ont un effet positif sur le nombre d'omnipraticiens.

Ainsi, ce sont 62% des finissants de l'externat longitudinal intégré de l'Université Laval à Rimouski qui ont opté pour une résidence en médecine familiale; 59% des diplômés de l'Université de Sherbrooke à Saguenay; et 64% de ceux de l'Université de Montréal à Trois-Rivières.

Données intéressantes provenant du Service canadien de jumelage des résidents: l'Université de Sherbrooke (48,8%) et l'Université de Montréal (40,1%) ont la plus grande proportion d'étudiants ayant inscrit la médecine de famille comme premier choix de résidence en 2019. Et ce sont justement elles qui ont décentralisé tout leur programme de médecine en région. À titre comparatif, ce sont 30,4% des étudiants de l'Université Laval et 27,3% de ceux de l'Université McGill qui ont fait ce choix. Des pourcentages qui pourraient grimper avec leurs futurs campus régionaux.

En effet, les recherches montrent que le contact avec des médecins de famille a une influence sur le choix de cette spécialité. « Dans les grandes villes, la formation est surtout donnée par des médecins spécialistes tandis que les médecins de famille sont davantage engagés en région, explique le D<sup>r</sup> Gilles Brousseau. Cette situation valorise la médecine familiale aux yeux des étudiants, en plus de les rapprocher du terrain. Les médecins de famille rendent aussi la théorie plus concrète. Au Campus Outaouais de l'Université McGill, près de la moitié des enseignants seront des médecins de famille. »

De même, l'externat longitudinal intégré offre une plus grande exposition à la médecine familiale. Au lieu d'un stage de six semaines dans cette spécialité, comme dans l'externat classique, l'étudiant est jumelé avec un omnipraticien ou un groupe d'omnipraticiens qui le supervise plusieurs mois. « La notion de prise en charge des patients et de continuité des soins est très présente », souligne la D<sup>re</sup> Julie Fortin.

Pour Gabrielle Vandal-Gélinas, qui pensait déjà s'orienter en médecine familiale avant de faire son externat, l'expérience a été concluante. « Suivre des patients, voir l'évolution de leur état de santé, développer une relation avec eux, traiter une diversité de cas cliniques, c'est ce qui rend la médecine familiale si intéressante. » //