

LES MÉDECINS SONT LIVRÉS À EUX-MÊMES FACE AU RACISME DES PATIENTS À LEUR ENDROIT

LES MÉDECINS SONT SOUVENT VICTIMES OU TÉMOINS DE COMPORTEMENTS RACISTES AU TRAVAIL, MAIS DISPOSENT DE PEU DE DIRECTIVES OU D'APPUI POUR Y FAIRE FACE.

Lauren Vogel | JAMC | 29 août 2018

ont également été observées. Certains patients ont subi plus d'une amputation, touchant, dans certains cas, les deux membres. Avant d'instaurer le traitement par INVOKANA®, il faut tenir compte des facteurs pouvant accroître le risque d'amputation, tels que des antécédents d'amputation, de maladie vasculaire périphérique, de neuropathie et de pied diabétique. Surveiller les patients recevant INVOKANA® pour détecter une infection, l'apparition d'une douleur ou d'une sensibilité ainsi que des plaies ou des ulcères aux membres inférieurs, et cesser l'administration d'INVOKANA® si de telles complications surviennent.

Autres mises en garde et précautions pertinentes :

- Risque d'acidocétose diabétique, en particulier chez les patients suivant un régime très faible en glucides, présentant une déshydratation, une consommation élevée d'alcool et une réserve fonctionnelle très faible de cellules bêta. Envisager d'interrompre le traitement par INVOKANA® chez les patients qui sont hospitalisés pour des interventions chirurgicales majeures, des infections graves ou des maladies aiguës graves.
- Risque de diminution du volume intravasculaire, qui peut conduire à des étourdissements orthostatiques, une hypotension orthostatique, une hypotension ou une insuffisance rénale, particulièrement chez les patients qui prennent des diurétiques de l'anse ou des médicaments qui perturbent le système rénine-angiotensine-aldostérone (p. ex. inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine [ECA], antagonistes des récepteurs de l'angiotensine [ARA]), les patients dont la tension artérielle systolique est basse, les patients qui présentent une déplétion volémique, les patients atteints d'insuffisance rénale modérée et les patients âgés de ≥ 75 ans.
- Risque d'hypoglycémie dans le cadre d'un traitement d'appoint à d'autres antihyperglycémifiants.
- Augmentations du C-LDL.
- Risque d'hyperkaliémie.
- Risque de mycoses génitales et d'infections urinaires.
- Utiliser avec prudence chez les patients dont l'hématocrite ou le taux d'hémoglobine est élevé.
- Risque de réactions graves d'hypersensibilité, y compris angio-œdème et anaphylaxie.
- Risque de fractures osseuses.
- Risque d'augmentation de la créatinine sérique, de baisse du DFGe (de façon proportionnelle à la dose) et d'anomalies de la fonction rénale et de cas d'atteinte rénale aiguë, y compris insuffisance rénale aiguë ou chute du DFGe.
- Il ne faut pas entreprendre un traitement chez les patients qui présentent un DFGe inférieur à $60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$. Le traitement doit être arrêté chez les patients dont le DFGe est inférieur à $45 \text{ mL/min/1,73 m}^2$.
- Ne pas administrer aux femmes enceintes.
- Ne pas utiliser pendant l'allaitement.
- INVOKANA® peut augmenter l'ASC et la concentration maximale (C_{max}) de la digoxine.
- Non recommandé chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique grave.

Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse <http://www.janssen.com/canada/fr/products#prod-388> pour des renseignements importants concernant les effets indésirables, les interactions médicamenteuses, la posologie et l'administration qui n'ont pas été abordés dans ce document.

Vous pouvez également vous procurer la monographie de produit en composant le 1-800-567-3331.

A lors que la D^{re} Cornelia Wieman amorçait sa carrière en psychiatrie, un patient a refusé de la voir parce qu'elle était autochtone. « J'ai essayé de lui parler, de lui expliquer que j'avais les qualifications requises, mais il est resté sur ses positions », se rappelle-t-elle. Humiliée, elle a appelé un service de consultation externe pour qu'on envoie un autre médecin. « Je n'ai pas eu l'impression d'avoir le choix et encore aujourd'hui, vingt ans plus tard, je ne sais pas si la situation serait différente ».

Les médecins qui ne sont pas de race blanche sont souvent victimes de racisme au travail, mais devant cet état de fait, ils ont peu de recours. Souvent, les organismes de réglementation médicaux, les organisations professionnelles, les facultés et les établissements ne disposent pas de politiques ou de protocoles pour orienter et protéger les médecins visés. « Les établissements préfèrent régler la situation individuellement et rapidement, afin

d'éviter tout litige », selon la D^{re} Wieman, présidente de l'Association des médecins autochtones du Canada. Il arrive que « les collègues et la structure administrative ne vous appuient pas réellement et ne créent pas un environnement culturellement sécuritaire. »

Les médecins sont donc livrés à eux-mêmes face aux préjugés des patients. En Ontario, les médecins ont le droit de refuser de traiter quiconque représente selon eux une menace, mais il n'est pas clair que cela s'applique aux comportements racistes. Refuser de traiter un patient pourrait ouvrir la porte à une plainte en déontologie contre le médecin concerné. De nombreux médecins ignorent simplement la situation et continuent de travailler, mais cela accroît aussi le risque de plainte si la situation dégénère. Même en transférant des patients à un collègue, un médecin pourrait donner l'impression de ne pas être capable de composer avec la situation, précise la D^{re} Wieman. « Une certaine attitude machiste perdue au sein de la profession médicale : il faut serrer les dents, et faire son possible, sans égard au comportement abusif du patient. Avec le temps, ça peut vraiment avoir un effet néfaste sur les gens. »

On ne dispose pas de statistiques fiables sur la composition raciale des effectifs médicaux au Canada ou sur les expériences des médecins victimes de racisme. Le signalement de comportements racistes à l'endroit de certains médecins en particulier demeure anecdotique, selon le Dr Sohail Gandhi, président désigné de l'Association médicale de l'Ontario. « Les nouveaux immigrants, ceux qui parlent avec un accent ou qui travaillent dans de grands centres sont peut-être plus exposés au quotidien à des comportements racistes. »

Les associations médicales devraient faire davantage de sensibilisation aux défis additionnels qui guettent ces médecins, ajoute le Dr Gandhi. « Le problème est difficile à comprendre tant qu'on n'est pas directement touché. Les organismes de réglementation médicaux pourraient grandement améliorer la situation en abordant spécifiquement le racisme dans leurs politiques contre la discrimination, ajoute-t-il. Les médecins ont besoin de directives précises pour savoir qu'il est correct de dénoncer certaines situations et qu'il y a une façon d'agir dans de tels cas sans risquer de se retrouver dans l'eau bouillante. »

Les associations américaines commencent à s'attaquer au problème, mais le Canada tire de l'arrière, selon la Dre Kulvinder Gill, présidente du regroupement Concerned Ontario Doctors. Entre autres problèmes, la plupart des leaders médicaux au Canada sont blancs et ne réalisent peut-être pas l'ampleur du racisme auquel leurs collègues non blancs font face. Dans la région du Grand Toronto, par exemple, seulement

Les médecins sont donc livrés à eux-mêmes face aux préjugés des patients (...) De nombreux médecins ignorent simplement la situation et continuent de travailler, mais cela accroît aussi le risque de plainte si la situation dégénère.

16 % de la haute direction des hôpitaux et 14 % de leurs conseils d'administration sont non blancs, contre 47 % de la population générale.

C'est ce qui explique que les organisations traitent souvent les incidents liés au racisme dénoncés dans les médias comme des exceptions et non la règle, selon la Dre Gill. « Leurs porte-paroles feront de brèves déclarations selon lesquelles cela ne représente pas le Canada que leurs organisations connaissent; ce sont des formules génériques à chaque fois et ça ne va pas plus loin que ça. »

Les établissements devraient se doter de politiques claires sur la façon de réagir face à un comportement raciste et créer un poste d'ombudsman vers qui les médecins pourraient se tourner le cas échéant, précise-t-elle. Les facultés de médecine devraient aussi former les étudiants à réagir adéquatement face au comportement raciste de patients. Selon un sondage mené auprès de stagiaires en médecine familiale aux États-Unis, 35 % d'entre eux avaient été victimes d'intimidation en raison de leur race,

sexe ou culture durant leur résidence.

« C'est quelque chose qui se vit à tous les niveaux, mais on n'en parle jamais », selon la Dre Gill.

Il est important aussi de mettre en place des mécanismes pour responsabiliser les patients. Selon la Dre Ritika Goel, médecin-chef de l'équipe Santé familiale du centre-ville de Toronto, il serait utile de se doter d'un code de conduite pour le personnel et pour les patients. La sécurité des professionnels de la santé doit entrer en ligne de compte autant que la vulnérabilité des patients, indépendamment de leur comportement, explique-t-elle. Même s'il risque d'être impossible de refuser de soigner un patient, « ce qui compte, dans ce genre de situation, c'est de s'assurer qu'elle est reconnue et gérée comme telle, plutôt que d'être évitée ou ignorée. »

Pour d'autres nouvelles sur les soins de santé, ainsi que des études, des analyses, des commentaires et bien plus encore, visitez le cmaj.ca.



SUIVEZ-VOUS SANTÉ INC. SUR FACEBOOK ?

Venez contribuer aux discussions passionnantes qui s'y trouvent !

Santéinc.

Au service de la qualité de vie des médecins
Improving physicians quality of life