LA PLATEFORME eCONSULT

UN OUTIL QUI AIDE À RASSURER LES MÉDECINS DE FAMILLE… ET LES PATIENTS

Afin de réduire le temps d'attente des patients pour l'accès à des soins spécialisés, le Collège québécois des médecins de famille (CQMF) propose une nouvelle solution : la plateforme eConsult.

Claudine Hébert

Dre Annabelle Lévesque-Chouinard

Quand on compare les temps d'attente pour l'accès aux soins spécialisés, le Canada arrive bon dernier parmi les onze pays les plus industrialisés. Et le Québec ne fait guère mieux en s'accrochant au 6e rang du classement des provinces canadiennes. Une consultation en médecine spécialisée peut prendre plus de six mois pour la plupart des spécialités, voire même deux ans. Une situation peu reluisante que le CQMF souhaite améliorer avec l'aide de la toute nouvelle plateforme eConsult Québec.

Créé en 2010 par des médecins de l'Est ontarien, les **Dres Clare Liddy** et **Erin Keely**, ce concept se veut un mode de communication asynchrone entre fournisseurs de soins primaires et spécialisés sur une plateforme Web sécurisée. « Un peu comme une télé-expertise », explique la **Dre Maxine Dumas-Pilon**, présidente du comité directeur d'eConsult Québec. Cette dernière a découvert cette plateforme lors d'un colloque du Collège des médecins de famille du Canada en 2014. Conquise, elle l'a importée au Québec.

Utilisé depuis juillet 2017 en Outaouais (et depuis quelques mois en Abitibi-Témiscamingue et en Mauricie), cet outil favorise une communication rapide entre les médecins de famille et les médecins spécialistes, indique cette omnipraticienne qui travaille au Département de médecine de famille du Centre hospitalier de St. Mary, à Montréal.

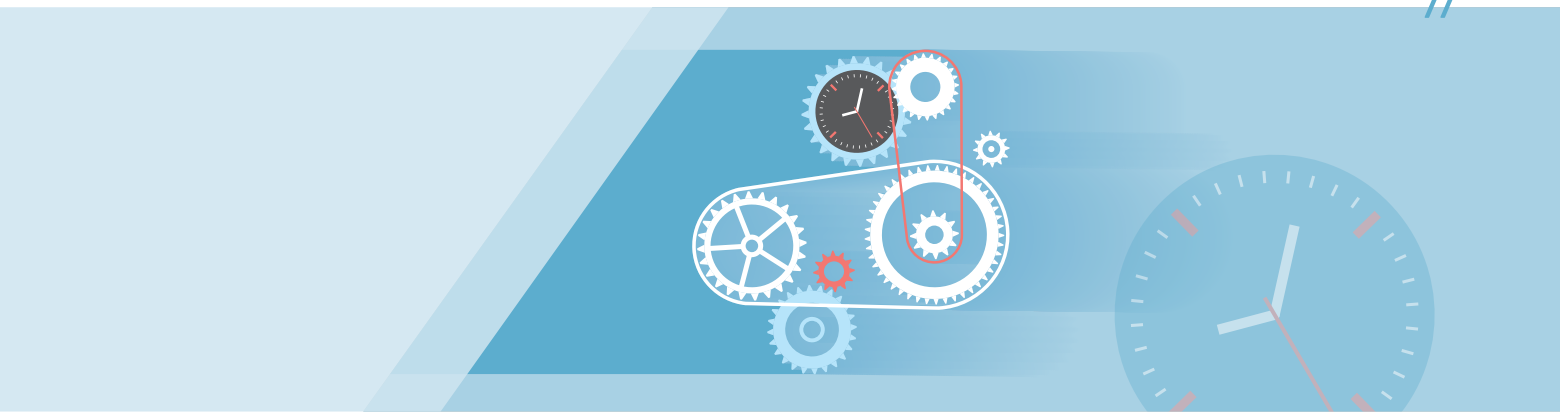
DES RÉPONSES EN MOINS DE TROIS JOURS

Pour le moment, une centaine de médecins de famille répartis dans une dizaine de GMF et GMF-U participent au projet pilote. Ces derniers ont accès à plus de cinquante médecins spécialistes représentant près de vingt-cinq spécialités. « C'est un outil formidable que j'utilise au moins une ou deux fois par semaine », mentionne d'emblée la **Dre Annabelle Lévesque-Chouinard**, du GMF-U de Gatineau, l'une des cliniques inscrites au projet pilote. En Outaouais, ce sont une vingtaine de médecins spécialistes de seize spécialités qui ont adhéré au projet.

À quel moment la Dre Lévesque-Chouinard utilise-t-elle particulièrement cette plateforme ? Dès qu'un cas soulève de petites questions à ses yeux. « Il m'arrive régulièrement de voir un patient inquiet par l'apparition d'une nouvelle tache brune suspecte sur son corps. Auparavant, dans un tel cas, je recommandais systématiquement au patient de prendre rendez-vous avec un dermatologue. Grâce à eConsult, je n'ai qu'à photographier la tache et à téléverser la photo sur la plateforme en ajoutant une courte description. J'attends ensuite qu'un dermatologue me réponde pour m'indiquer s'il s'agit d'un cas bénin ou d'un cas où le patient doit absolument le consulter », souligne la Dre Lévesque-Chouinard.

Elle cite également l'exemple d'un rapport de radiologie qui soulève chez elle un questionnement. « Je n'ai qu'à le téléverser et j'obtiens ma réponse très rapidement. C'est merveilleux. Dire qu'il n'y a pas si longtemps, il fallait que je prenne le téléphone pour obtenir une réponse à mes questions. Grâce à la plateforme, je peux demander l'avis des médecins spécialistes sans avoir l'impression de les déranger », ajoute-t-elle.

Les médecins spécialistes participant au projet eConsult Québec ont sept jours pour répondre aux médecins de famille. « Jusqu'à maintenant, plus de 90 % des médecins que j'ai consultés m'ont répondu en moins de 24 heures », souligne, impressionnée, l'omnipraticienne de Gatineau. Selon la Dre Maxine Dumas-Pilon, les médecins spécialistes participants affichent en moyenne un temps de réponse de trois jours.



Cette plateforme aide à rassurer le médecin de famille sur son diagnostic, admet la Dre Lévesque-Chouinard, tout comme le patient. Ce dernier, dit-elle, n'a plus besoin d'attendre de six à douze mois pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste afin d'avoir un diagnostic plus précis. « Et dans le cas où le médecin spécialiste juge que le patient doit être rencontré, il m'indique la façon de procéder pour qu'il soit vu en temps opportun », observe la Dre Lévesque-Chouinard.

DES RÉSULTATS TRÈS SATISFAISANTS

« Cette plateforme permet non seulement d'optimiser l'accès aux médecins spécialistes, mais réduit aussi considérablement le nombre de rendez-vous non pertinents », insiste la Dre Dumas-Pilon. À ce propos, l'utilisation de la plateforme eConsult en Outaouais a permis, dans 53 % des cas, d'éviter une consultation auprès d'un médecin spécialiste. Dans 36 % des cas, la consultation en personne est cependant demeurée nécessaire, « mais l'information obtenue grâce à la plateforme a permis une visite plus efficace chez le spécialiste. L'omnipraticien, à la suggestion du médecin spécialiste, a pu faire faire quelques tests au patient avant son rendez-vous », soutient la présidente du comité directeur d'eConsult Québec.

Jusqu'à maintenant, les demandes des médecins de famille dans eConsult ont principalement été adressées à des gynécologues, à des dermatologues, à des psychiatres et à des internistes, indique la Dre Dumas-Pilon. En neuf mois, la plateforme a fait l'objet de plus de 120 consultations en Outaouais. Dans 67 % des cas, le médecin de famille a obtenu une information qui lui a permis de bonifier sa prise en charge. Une fois sur trois, l'information reçue a confirmé la marche à suivre qu'il avait déjà envisagée, souligne la Dre Maxine Dumas-Pilon.

QUI FINANCE LE PROJET ?

La plateforme eConsult Québec est le fruit d'un partenariat entre plusieurs joueurs. Outre le CQMF, on trouve parmi les partenaires le Centre de coordination de la télésanté du Centre universitaire de santé McGill, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais, le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Mauricie-et-Centre-du-Québec ainsi que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). La plateforme eConsult Québec fait partie du projet collaboratif de médecine connectée de la FCASS, un organisme subventionnaire qui regroupe onze équipes à l'échelle du Canada. Le projet pilote se poursuivra jusqu'en décembre 2018. « Nous souhaitons que la plateforme soit un jour offerte à l'ensemble des médecins de famille de la province », soutient la Dre Dumas-Pilon.

COMMENT RECRUTE-T-ON LES MÉDECINS SPÉCIALISTES ?

« Pour que le modèle fonctionne, nous devons sélectionner des médecins spécialistes volontaires, compétents et généreux de leur temps », souligne la Dre Maxine Dumas-Pilon. La recette, dit-elle, consiste à repérer les « champions » dans les régions prêtes à accueillir la plateforme. Il faut déterminer, poursuit-elle, qui sont les omnipraticiens et médecins spécialistes convaincus de la pertinence de cet outil et qui voudront en faire la promotion. Jusqu'à maintenant, ajoute la responsable d'eConsult Québec, près de quatre médecins spécialistes sur cinq ont adhéré au projet parce qu'ils se disent convaincus de faire partie d'une solution innovante. Notez que les médecins spécialistes sont rémunérés en fonction du temps qu'il consacre à la plateforme.

L'un d'eux, le Dr Éric Himaya, obstétricien-gynécologue expert en fertilité qui travaille actuellement à l'Hôpital de Gatineau, n'a pas hésité à se joindre au groupe. « Dès que j'ai reçu le coup de fil, j'ai accepté de faire partie de l'équipe », souligne-t-il. Aux yeux de ce gynécologue, eConsult, c'est comme un médecin de famille qui lui poserait une question dans le corridor d'un hôpital. « Ce sont des interrogations dont la réponse prend généralement moins de cinq minutes. »

Remarquez, précise le Dr Himaya, que cet outil n'allège pas sa tâche. Mon agenda est toujours aussi rempli de rendez-vous. « J'ai néanmoins le profond sentiment que cette plateforme permettra d'éviter des centaines de consultations par année au Québec, au grand bénéfice des patients. Ils n'auront pas eu à perdre du temps pour se déplacer ni, surtout, à attendre de longs mois avant d'obtenir une confirmation de leur diagnostic. Leur médecin de famille s'en sera chargé. »

ENTREVUE AVEC LE DR CLAUDE RIVARD, PRÉSIDENT DE L'AMORSL

NOUVEAU SITE WEB ET RECRUTEMENT PLUS DYNAMIQUE

La réorganisation des établissements de santé au Québec a touché directement l'Association des médecins omnipraticiens Richelieu–Saint-Laurent (AMORSL). Les membres de cette organisation relèvent désormais de deux centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS). « Ce qui oblige l'AMORSL à procéder à des ajustements afin de mieux desservir ses membres », indique le Dr Claude Rivard, président de AMORSL.

Photo : Emmanuèle Garnier

Claudine Hébert

M.Q. — POUVEZ-VOUS D'ABORD NOUS RÉSUMER LA SITUATION ?

C.R.— Les médecins omnipraticiens de la grande région de la Montérégie sont répartis en trois associations, soit Richelieu–Saint-Laurent, Yamaska et Sud-Ouest. Des associations qui, à l'origine, ont été formées en fonction du territoire géographique de la Montérégie. En ce qui nous concerne, le secteur Richelieu–Saint-Laurent, regroupe principalement les médecins de famille en pratique dans les villes de Sorel, de Sainte-Julie, de Brossard, de Longueuil, de Boucherville, de Chambly et de Saint-Jean-sur-Richelieu. Ce sont des secteurs couverts par les réseaux locaux de services (RLS) Pierre-de-Saurel, Pierre-Boucher, Haut-Richelieu–Rouville et Champlain–Charles-Le Moyne.

Or, la création des CISSS en 2015 a bouleversé cette répartition géographique naturelle du territoire, sans tenir compte des associations régionales de médecins omnipraticiens déjà en place.

M.Q. — QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DIRECTES DE CETTE RÉORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS SUR VOTRE ASSOCIATION ?

C.R.— Deux RLS sur notre territoire (Haut-Richelieu–Rouville et Champlain–Charles-Le Moyne) forment maintenant la totalité du CISSS de la Montérégie-Centre, ce qui en soi ne pose pas problème. Par contre, les deux autres (Pierre-de-Saurel et Pierre-Boucher) relèvent maintenant du CISSS de la Montérégie-Est. Là où la situation se complique, c'est que ce CISSS inclut également les offres et services du RLS Richelieu-Yamaska. Ce secteur fait partie de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY). Autrement dit, une partie de nos membres, soit près de la moitié des 620 médecins de notre association, se retrouvent maintenant au sein d'un CISSS qui regroupe deux associations régionales de médecins omnipraticiens.

M.Q. — VOUS DEVEZ APPORTER DES AJUSTEMENTS. QUELS SONT-ILS ?

C.R.— D'abord, pour bien servir nos membres, nous devons procéder à la refonte complète de notre site Web actuel. Puisque nos quatre RLS relèvent de deux CISSS différents, nous devons ajouter sur notre site toutes les informations sur les offres et les services de ces deux établissements. Ce qui implique l'ajout d'un bottin complet comprenant les informations au sujet des cliniques, des CHSLD et de l'Hôpital Honoré-Mercier de Saint-Hyacinthe, des offres et services qui relèvent du RLS Richelieu-Yamaska. Étant donné qu'un médecin ne peut faire partie de deux associations régionales différentes, notre objectif est donc d'offrir à nos membres un accès simplifié aux informations dont ils peuvent avoir besoin sans qu'ils soient tenus de consulter plus d'un site Web pour l'obtenir.

M.Q. — NE SERAIT-IL PAS PLUS SIMPLE DE FUSIONNER VOTRE ASSOCIATION AVEC CELLE DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE YAMASKA?

C.R.— Cette solution n'a pas été ressentie sur le terrain. On suggère plutôt d'autres moyens afin de mieux servir nos médecins, plus particulièrement les jeunes omnipraticiens qui décident de venir pratiquer sur notre territoire. Prenez l'exemple d'un jeune médecin qui entame sa pratique dans une clinique de Sainte-Julie située à la limite du territoire de notre association. Puisque le secteur de la ville de Sainte-Julie relève du CISSS de la Montérégie-Est, ce jeune médecin peut également être appelé à effectuer des heures de service à l'urgence de l'Hôpital Honoré-Mercier, à Saint-Hyacinthe. Cette installation est située sur le territoire de l'AMOY.

Pourquoi y aurait-il lieu de compliquer la vie de ce nouveau médecin ? Pourquoi devrait-il s'embourber dans des dédales administratifs pour obtenir l'information dont il a besoin? Grâce à la refonte de notre site Web, ces nouveaux facturants pourront désormais accéder plus rapidement aux informations qu'ils recherchent sur les offres et les services de leur CISSS sans se demander si ce dernier fait partie de l'association régionale à laquelle ils paient leur cotisation.

M.Q. — QUAND EST-CE QUE CETTE REFONTE DU SITE WEB SERA PRÊTE ?

C.R.— Le site est mis à jour annuellement. Il n'est cependant pas actualisé avec les CISSS. Le nouveau site devrait être accessible à compter de l'été. Sa conception a été confiée à une firme spécialisée. Il s'agit d'un contrat de plusieurs milliers de dollars. Au cours de cette refonte, l'AMORSL souhaite également bonifier le site Web grâce à une meilleure veille en matière de communications sur le monde médical. Nous confierons d'ailleurs la gestion de notre site à une entreprise de communications qui le mettra à jour quotidiennement ou à tout le moins régulièrement. Cette entreprise devra être à l'affût des nouvelles et des communiqués de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et des autres associations régionales afin d'alimenter notre site. Nous avons constaté au cours des récents mois que plus de 80 % de l'ensemble des pages sur notre site traitent de formation médicale continue et des communiqués de la FMOQ.

M.Q. — VOUS AVEZ RECRUTÉ DEUX JEUNES MÉDECINS L'AUTOMNE DERNIER AU SEIN DU COMITÉ DE DIRECTION DE L'AMORSL. PARLEZ-NOUS D'ELLES.

C.R.— Nous avons effectivement recruté deux jeunes médecins, soit les **Dres Sophie Carrière** et **Sarah Bédard**. La Dre Carrière pratique au GMF La Cigogne, à Greenfield Park, depuis 2014. Elle est également responsable du stage de périnatalité des résidents de l'Hôpital Charles-Le Moyne. Déjà, en 2016, la Dre Carrière avait effectué une présentation auprès de notre association sur l'accès adapté.

Quant à la Dre Sarah Bédard, elle pratique à la clinique du Sentier, à Saint-Bruno, depuis 2016. Dès son arrivée au comité de direction, elle s'est portée volontaire pour trouver des solutions afin d'améliorer le recrutement de médecins au sein de notre association. Elle tente activement de les rencontrer lors d'un souper en groupe. Cette prise de contact est primordiale afin d'expliquer le fonctionnement de l'association, de donner des conseils sur la facturation et de répondre à toute autre question.

M.Q. — QUELS SONT LES RÉSULTATS?

C.R.— Nous avions l'habitude de faire parvenir une simple lettre de bienvenue aux nouveaux médecins de la région pour susciter leur adhésion. Ce qui n'était pas, j'en conviens, l'approche la plus personnalisée. Nous avions d'ailleurs tenté l'an dernier de réunir, à l'aide d'une invitation postale, plus d'une vingtaine de nouveaux médecins à un événement d'accueil. À peine quatre d'entre eux ont répondu à notre invitation. Nous espérons que l'approche personnalisée de la Dre Bédard va réussir là où le comité connaissait un peu de difficultés.

Remarquez, nous n'avons rien inventé. Certaines associations régionales mettent déjà en pratique cette stratégie en matière de structure d'accueil. Quoi qu'il en soit, nos efforts en matière de recrutement ont permis jusqu'ici à l'AMORSL d'améliorer le nombre d'adhésions de près de 30 % en trois ans. Nous sommes passés de 480 à plus de 600 membres. //

LIVRES

NATHALIE VALLERAND

DÉCÈS PÉRINATAL
LE DEUIL DES PÈRES

COLLECTIF, SOUS LA DIRECTION DE FRANCINE DE MONTIGNY

Lorsqu'un enfant meurt avant même de naître ou peu après la naissance, son père a du chagrin lui aussi. Pourtant, la souffrance de ce dernier est souvent occultée, bien qu'elle soit aussi intense que celle de la mère. Comment les hommes réagissent-ils à cette épreuve ? Comment vivent-ils leur deuil ? Le livre des infirmières **Francine de Montigny**, **Christine Gervais** et **Chantal Verdon**, ainsi que du doctorant en psychologie **Jici Lord-Gauthier**, donne la parole à des pères endeuillés.

Les chapitres consacrés au vécu des mères et des pères permettent de constater que si les émotions des deux parents sont semblables, il y a tout de même plusieurs différences. Notamment, les hommes ont tendance à refouler leurs émotions, et leur colère leur sert souvent d'exutoire à une peine trop grande. Certains ont honte également d'être affectés par la perte d'un enfant qu'ils n'ont pas eu le temps de connaître.

L'ouvrage traite par ailleurs de la santé mentale des hommes et de leur rapport à l'aide. Chez les pères, la dépression peut survenir jusqu'à trente mois après le décès périnatal, au moment où leur conjointe va mieux. Une réaction à retardement liée au fait que les hommes sont conditionnés dès l'enfance à rester stoïques devant l'adversité, expliquent les auteurs.

Les conséquences du décès sur le couple et sur la fratrie ainsi que la naissance d'un autre enfant figurent parmi les autres thèmes abordés. Fondé en grande partie sur des témoignages de parents, ce livre brosse le portrait d'un deuil complexe et peu reconnu socialement.

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2017, 112 p., 14,95 $

LE MÉDECIN DE FAMILLE DANS CINQ ANS

Comment voyez-vous l'avenir du médecin de famille ? Cette grande question, le conseil d'administration de l'Association des médecins omnipraticiens Laurentides-Lanaudière (AMOLL) vient de la poser à ses 937 membres.

Dr Marc-André Amyot

« Pour bien représenter nos membres et défendre leurs idées, il faut savoir où ils veulent être dans cinq ans, explique le **Dr Marc-André Amyot**, président de l'AMOLL. Et puis, nous voulons exercer un leadership positif et inspirant plutôt qu'être en mode réaction et confrontation. »

Le coup d'envoi de cette réflexion sur l'avenir de la profession a eu lieu l'automne dernier. Le conseil a alors profité de ses rencontres avec les nouveaux « facturants » de la région pour recueillir leur opinion. En mars et en avril, l'AMOLL a ensuite mené un sondage en ligne auprès de ses membres. Enfin, une discussion sur le sujet était au programme des sept rencontres de la tournée printanière du président.

Dre Lyne Couture

« Le rôle du médecin de famille, la polyvalence dans sa pratique, son intégration dans sa communauté, l'interdisciplinarité et le fonctionnement des cliniques sont autant de thèmes que nous avons abordés avec nos membres », indique la **Dre Lyne Couture**, présidente du comité qui pilote ce dossier. Les aspirations des médecins serviront de guide à l'AMOLL pour orienter ses actions et ses activités.

C'est en novembre prochain, lors de son assemblée générale annuelle, que l'Association présentera les résultats de sa consultation. « Ce que nous pouvons déjà dire, c'est que nos membres accordent beaucoup d'importance à la fluidité de la communication avec les spécialistes et l'ensemble du réseau de la santé », conclut la Dre Couture. Pour le reste, il faudra attendre. NV

STAGES ET TUTORATS

AIDER DES MÉDECINS À AMÉLIORER LEUR COMPÉTENCE

En 2017, 105 médecins de famille on fait un stage ou se sont vu assigner un tuteur parce qu'ils devaient mettre à jour leur pratique. Qui sont ces médecins ? Et qui sont ces collègues qui les supervisent ?

Nathalie Vallerand

Dre Martine Johnson

C'est la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec qui organise les interventions individualisées de perfectionnement, dont les stages cliniques avec ou sans limitation de l'exercice et les tutorats. Parmi les médecins visés, il y a ceux qui effectuent un retour en médecine après un arrêt de trois ans et plus, ainsi que ceux qui souhaitent modifier leur champ d'exercice.

« La ménopause, la contraception, le dépistage de l'ostéoporose et le suivi médical périodique chez l'enfant, le médecin de famille qui travaille à l'urgence ne voit pas ça, donne en exemple le **Dr François Goulet**, directeur adjoint à la Direction de l'amélioration de l'exercice. S'il veut faire du suivi de clientèle, il doit se mettre à jour. »

La majorité des médecins concernés par ce processus sont toutefois ceux qui doivent apporter des correctifs à leur pratique à la suite d'une évaluation du comité d'inspection professionnelle du Collège, d'une enquête du syndic ou d'une sanction du conseil de discipline.

Quels sont les problèmes les plus fréquents ? Au premier rang, ceux relatifs à la rédaction et à la tenue de dossiers. Viennent ensuite la fermeture précoce des diagnostics, une mauvaise communication médecin-patient (plus fréquente chez les médecins spécialistes), le suivi inadéquat des maladies chroniques ainsi que les lacunes dans les connaissances cliniques et dans les plans d'évaluation et de traitement. Certains médecins ont aussi du mal à gérer leur stress et leur agressivité.

Habituellement, le médecin qui a besoin d'une mise à jour dans sa tenue de dossiers et dans sa démarche clinique se verra proposer un tutorat. Celui qui doit corriger des faiblesses sur le plan clinique ou acquérir une nouvelle compétence devra plutôt faire un stage. Dans les deux cas, le médecin doit rémunérer le collègue qui assurera sa formation.

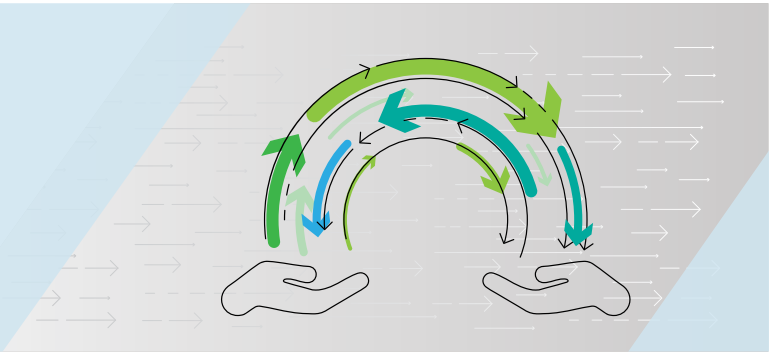
Le tutorat comprend de deux à dix rencontres de deux à trois heures chacune. Quant au stage, sa durée varie de cinq à quarante jours, et il se déroule à temps partiel ou complet. « Si les lacunes d'un médecin sont tellement grandes qu'elles mettent en danger la sécurité des patients, le stage se fait avec limitation de l'exercice », précise le Dr Goulet.

L'ÂGE, UN FACTEUR DE RISQUE

« Je vais me faire des ennemis en disant cela, mais les hommes se font recommander du perfectionnement plus souvent que les femmes », indique le Dr Goulet. Pour la période de 2002 à 2017, 72 % des stagiaires et des tutorés étaient en effet des hommes bien qu'ils ne représentent que 52 % des médecins actifs (omnipraticiens et spécialistes).

Cette surreprésentation de la gent masculine doit toutefois être mise en perspective. Il y a beaucoup d'hommes parmi les médecins âgés. Or, les recherches montrent un déclin de la qualité de l'exercice après 70 ans. Pour cette même période de 2002 à 2017, quelque 17 % des médecins soumis à un stage ou à un tutorat avaient 70 ans et plus, alors qu'ils composent 7 % de l'effectif médical.

« Ils exercent longtemps parce qu'ils aiment la médecine et qu'ils ne veulent pas laisser tomber leurs patients, constate le Dr Goulet. Mais ils connaissent tellement leur clientèle qu'ils ont tendance à fonctionner sur le pilote automatique. Cela mène à une approche diagnostique moins large. Plusieurs aussi font peu de formation continue et travaillent en solo, ce qui nuit à la qualité de leur pratique. »



Le plus vieux médecin de famille québécois ayant fait un stage était âgé de 96 ans. Et il l'a échoué. « La capacité d'apprentissage diminue avec l'âge, note le Dr Goulet. Donc, plus le médecin est âgé, plus son risque d'échec est élevé. » Chez les omnipraticiens de 50 à 69 ans, le taux de réussite est de 86 %. Il diminue à 64 % après 70 ans, puis à 57 % vers 80 ans. En comparaison, le taux de réussite des omnipraticiens de moins de 50 ans est de 97 %.

LE DÉSIR D'AIDER

La Dre Caroline Noory exerce dans un GMF de Rigaud. Elle est membre du conseil de discipline et chargée d'enseignement clinique auprès des résidents des universités McGill et de Montréal. À l'occasion, elle est aussi maître de stage. Qu'est-ce qui la motive ? « La qualité de la médecine me tient beaucoup à cœur. J'ai un grand désir de collégialité, d'aider des collègues en partageant mes connaissances. Et puis, ce n'est pas à sens unique. J'apprends des médecins que j'accompagne. Cela m'oblige aussi à valider des données. C'est une façon de me tenir à jour. »

Pour être maître de stage ou tuteur, il faut au moins cinq ans d'expérience en médecine et un dossier disciplinaire vierge. Il faut aussi manifester de l'intérêt pour l'enseignement et être prêt à y consacrer du temps. « Le plus grand défi, c'est d'être disponible au quotidien », dit la Dre Noory.

Comment ça se déroule concrètement ? « Les stagiaires sont considérés comme des résidents. Ils voient des patients de ma clinique et s'ils ont besoin de discuter d'une situation particulière, ils peuvent cogner à ma porte. Je n'ai pas eu à le faire, mais je pourrais aussi les superviser directement pour certains actes. En fin de journée, je revois avec eux les cas de la journée pour valider leur démarche clinique. Je fais aussi une mise au point hebdomadaire et je leur propose des lectures pour aller plus loin. » Le médecin superviseur adapte son enseignement aux objectifs d'apprentissage que le Collège a déterminés lors de l'évaluation du stagiaire ou du tutoré.

Médecin de famille à Montréal et tutrice, la **Dre Martine Johnson** aime pour sa part proposer des activités variées aux médecins qu'elle conseille. « Je fais des mises en situation. Par exemple, je feins d'être une femme de 34 ans qui a des céphalées intenses. Et j'attends qu'ils me questionnent. Je peux aussi leur demander de pratiquer sur moi un examen avec lequel ils ont de la difficulté, comme celui de l'épaule. J'ai également tout un cartable de questions-réponses. À partir d'un cas, les médecins doivent établir un diagnostic probable et des plans d'évaluation et de traitement. C'est très populaire ! »

ÉTABLIR UNE RELATION DE CONFIANCE

Ce n'est pas évident cependant pour les médecins de passer par un tel processus, surtout s'ils ont été pris en défaut. « Souvent, ils se sentent humiliés, constate la Dre Johnson, qui a douze tutorats à son actif. Ils sont stressés, car l'enjeu est important. Plusieurs aussi sont méfiants au début. »

D'où l'importance de la première rencontre. « Pour les mettre à l'aise, je les fais parler de leur parcours professionnel, de ce qu'ils aiment en médecine, poursuit-elle. Au besoin, je les laisse aussi ventiler. Quand ils me disent que l'inspecteur a été trop sévère, qu'il a écrit une fausseté dans son rapport, je les écoute sans les contredire. Je ne suis pas là pour les juger, mais pour les aider. »

Collaborent-ils ? « La plupart du temps, ils prennent conscience de leurs failles et ils finissent par aimer nos échanges, affirme la Dre Johnson. Par exemple, le médecin âgé qui pratique en solo est content de pouvoir enfin discuter des dossiers qui l'embêtaient. »

Tuteurs et maîtres de stage doivent néanmoins savoir faire preuve de fermeté. « L'objectif, ce n'est pas de devenir amis, dit la Dre Noory. Le Collège nous donne le mandat d'encadrer un collègue pour qu'il améliore sa compétence. Il faut donc être capable d'évaluer de façon objective l'atteinte de ses objectifs d'apprentissage. »

Et s'il échoue, comme 13 % des médecins de famille ? Il peut recommencer son activité de perfectionnement autant de fois que nécessaire. Sauf dans le cas d'un stage avec limitation de l'exercice où la limite est de deux.

Avant d'en arriver là, certains médecins, surtout parmi les plus âgés, se résignent à cesser leur pratique. « C'est difficile pour un médecin d'accrocher son stéthoscope, observe la Dre Johnson. Mais il faut penser aux patients qui ont le droit d'être bien soignés. » //

RELATION MÉDECIN-PATIENT

COMMENT LA FORMULE PATIENT PARTENAIRE PEUT AMÉLIORER LA MÉDECINE FAMILIALE ?

Enseignée depuis 2010 dans la plupart des facultés de médecine, la formule patient partenaire commence à se conjuguer sous différentes formes partout dans la province. Comment ce concept, visant à améliorer les soins aux patients, parvient-il à bonifier la pratique des médecins de famille ?

Claudine Hébert

Dr Antoine Boivin

Combien de fois par jour avez-vous l'impression de parler dans le vide à vos patients ? Pourquoi plus de la moitié de vos patients qui souffrent de maladies chroniques ne respectent-ils pas vos ordonnances médicales et encore moins vos conseils santé ? Qu'est-ce qui cloche avec votre message ?

Le **Dr Antoine Boivin**, qui travaille une journée par semaine au GMF Notre-Dame, à Montréal, n'a plus besoin de se poser toutes ces questions. Depuis un an, le clinicien obtient désormais une bonne partie des réponses à ces interrogations auprès de sa patiente partenaire **Ghislaine Rouly**. Cette dernière, qui travaille comme formatrice à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, vient rencontrer chaque semaine deux ou trois patients du Dr Boivin qui souffrent d'isolement social et de maladies chroniques. Elle participe notamment à l'évaluation et au suivi de ces derniers. Il s'agit d'un projet pilote au sein de cette clinique auquel participe le Dr Boivin.

« C'est frappant de voir la confiance qui s'instaure entre mes patients et Ghislaine qui a une longue expérience de vie avec la maladie comme patient et comme proche aidante. Plusieurs vont lui confier des détails sur leur état de santé, sur des douleurs ou encore sur un deuil, qu'ils n'ont même pas abordés lorsque je les ai rencontrés », soulève le Dr Boivin, qui est codirecteur du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public (CEPPP).

« Ghislaine observe, écoute. Elle me réapprend à voir des éléments fondamentaux de ma pratique. Elle m'aide à mieux percevoir des symptômes du patient que j'aurais sans doute attribué à du stress ou à une dépression », raconte le Dr Boivin.

Ce lien de compréhension qui subsiste entre sa patiente partenaire et ses patients ne l'étonne pas. « J'ai vu ma mère accompagner un de mes grands-oncles qui souffrait d'un cancer. Comme professionnel, je pouvais expliquer les effets qu'auraient les traitements et les médicaments, comme la morphine. Ma mère, comme proche aidante expérimentée, pouvait conseiller sa famille sur la façon d'accompagner mon grand-oncle aux rendez-vous médicaux. Elle avait développé une sensibilité et une façon de vulgariser le tout pour qu'il soit davantage rassuré. »

MIEUX COMPRENDRE LE VÉCU DU PATIENT

« Travailler avec des patients partenaires a considérablement changé ma façon de pratiquer. Ma perception et mes attitudes envers mes patients ne sont plus les mêmes qu'à

Dre Catherine Hudon

mes débuts il y a 20 ans », reconnaît, pour sa part, la **Dre Catherine Hudon**, professeure titulaire et directrice de la recherche au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke.

Depuis trois ans, la Dre Hudon expérimente la valeur ajoutée du partenariat avec les patients de son programme de recherche. Elle intègre également ce concept dans sa pratique. Cette chercheuse clinicienne tente de mieux comprendre le vécu des patients qu'elle rencontre en clinique, particulièrement s'il s'agit d'une personne plus vulnérable. « Je l'écoute et je prends du recul. Est-ce que je comprends bien les priorités de mon patient ? Où veut-il aller ? Est-ce que mes interventions sont orientées pour répondre à ses besoins ? », se questionne la Dre Hudon.

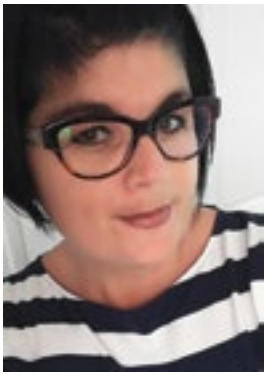
Avec trois patients partenaires du Saguenay, dont Véronique Sabourin (*voir le texte ci-contre*), la Dre Hudon travaille justement sur un programme de recherche visant à mieux intervenir auprès des patients qui ont des besoins de santé complexes et qui utilisent fréquemment les services de santé.

« L'expérience m'a fait prendre conscience que la théorie apprise pendant ma formation ne reflétait pas exactement la réalité que je vivais comme médecin de famille au quotidien. Prenons simplement l'exemple de la nutrition. J'aurai beau bombarder un patient de conseils sur les bienfaits d'une saine alimentation, s'il n'a pas de budget pour acheter de la nourriture, sa priorité sera d'abord de manger à sa faim », concède la Dre Hudon.

UN CONCEPT ENSEIGNÉ À L'UNIVERSITÉ

À l'Université de Montréal, c'est près de 200 patients partenaires souffrant de diverses maladies chroniques qui ont jusqu'ici été recrutés pour participer activement à la formation des étudiants.

DES PATIENTS PARTENAIRES TRÈS ENGAGÉS



Mme Véronique Sabourin

Lorsqu'il est question de patient partenaire, le nom de Vincent Dumez est régulièrement cité. Au Saguenay, c'est ***Véronique Sabourin*** *qui vole la vedette. Asthme grave, BPCO, déficit d'IGA, déficit des voies digestives, sinusite chronique, arthrite psoriasique depuis sa naissance il y a 42 ans, cette femme soutient avoir passé plus de temps dans les hôpitaux que sous son propre toit. « Enfant, plusieurs médecins m'accordaient une espérance de vie qui ne franchirait pas mon 18e anniversaire. Mon désir de vivre a fait mentir leur prévision », indique Véronique Sabourin toute souriante.*

Cette patiente aux multiples maladies chroniques collabore depuis une dizaine d'années avec le réseau local de services de santé du Saguenay. On la convoque régulièrement pour obtenir son avis sur la qualité des services et des soins offerts. La teneur des opinions et commentaires de cette patiente ébranle, certains jours, les colonnes du temple.

« Je ne me suis jamais gênée pour questionner les médecins et débattre avec eux de la pertinence de recevoir tel ou tel médicament et traitement. Aucun d'eux n'a étudié pour être malade. Moi, je le vis à temps plein. Je suis d'ailleurs convaincue que ma participation à tous les soins et traitements que j'ai reçus contribue à ce que je sois toujours en vie et maman de deux ados adoptés », soutient Véronique Sabourin.

Actuellement, cette patiente partenaire participe au projet de recherche dirigé par la Dre Catherine Hudon. Ce projet vise à aider les patients atteints de maladies chroniques qui fréquentent régulièrement les urgences. Elle participe activement à l'élaboration des questionnaires et aux appels effectués auprès de ces grands utilisateurs du système de santé afin de connaître leurs besoins. « Je me rends compte que plusieurs de ces patients ont tout simplement peur de discuter de leur réalité avec leur médecin. Le fait que ce soit moi, une autre patiente qui fréquente régulièrement les couloirs d'un hôpital qui leur parle favorise la quête d'informations pour mieux les aider. »

Dr Philippe Karazivan

Et pas seulement à la Faculté de médecine et à son campus en Mauricie, signale le **Dr Philippe Karazivan**, médecin de famille et codirecteur du CEPPP. « L'approche du patient partenaire est maintenant utilisée dans une quinzaine de disciplines liées à la santé, que ce soient les sciences infirmières, la pharmacie, la nutrition, la médecine dentaire. En tout, ce sont plus de 3000 étudiants qui, dès leur première année de baccalauréat, goûtent à cette formule de soins plus personnalisée », explique-t-il.

C'est d'ailleurs à l'initiative d'un patient atteint d'une maladie chronique, **Vincent Dumez**, que l'approche du patient partenaire a pris racine à l'Université de Montréal il y a huit ans. Hémophile, Vincent Dumez, une des victimes du scandale du sang contaminé, contractait le VIH, ainsi que les hépatites A, B et C à l'âge de 14 ans. Devenu consultant en management, il a rencontré, en 2010, le doyen de la Faculté de médecine, Jean Rouleau. « Nous partagions la même vision sur ce que la relation médecin-patient devrait être aujourd'hui. Le patient ne doit pas être uniquement pris en charge. Il doit aussi participer au processus de soins », raconte Vincent Dumez. À la suite de cette discussion, ce dernier a décidé de s'engager à mettre sur pied la Direction de collaboration et de partenariat patient à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal. Cette entité a permis la création du CEPPP en 2015, dont Vincent Dumez est aussi un des codirecteurs.

M. Vincent Dumez

MIEUX S'ADAPTER AUX RÉALITÉS DE LA SOCIÉTÉ

« Il fut un temps où les facultés de médecine formaient les étudiants à guérir des patients. Toutefois, aujourd'hui, plusieurs patients ne peuvent pas guérir. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, plus d'un Occidental sur deux est atteint d'une maladie chronique. Et plus de la moitié de ces gens ne respectent pas ou peu leurs ordonnances médicales. Désormais, les médecins, tout comme les autres professionnels de la santé, doivent aussi jouer un rôle d'accompagnateur », maintient le Dr Karazivan.

L'objectif, poursuit Vincent Dumez, est de sensibiliser les médecins à la réalité des patients, « Qu'est-ce qu'ils vivent ? Comment réagissent-ils aux médicaments ? Il n'était pas normal que la médecine demeure l'un des rares secteurs à se définir sans sa principale clientèle », soutient-il.

Le pari, tiennent à préciser ces deux codirecteurs du Centre d'excellence sur le partenariat, n'est pas tant de bouleverser l'univers de la médecine, mais d'accompagner les médecins, les gestionnaires d'établissement et les autres professionnels de la santé à devenir plus efficaces dans leur approche avec les patients. « L'essentiel est que chaque région, chaque milieu puisse développer ses propres initiatives de partenariat-patient pour mieux servir la population », ajoute le Dr Philippe Karazivan.

LE CENTRE DE SERVICE AMBULATOIRE EN PÉDIATRIE DE L'OUTAOUAIS

L'Outaouais est justement un bel exemple de région qui emploie la formule du patient partenaire pour trouver des solutions à des besoins précis, notamment en ce qui a trait à la qualité des services de soins. Actuellement, ce sont une trentaine de patients partenaires qui collaborent avec le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais (CISSSO) pour en améliorer les services.

Une des retombées positives de ce partenariat-patient demeure la création du Centre de services ambulatoires en pédiatrie de l'Outaouais en 2015. Cette clinique, que tout le monde en Outaouais appelle affectueusement la « mini-urgence 0-17 ans », a été mise en place pour offrir un service aux enfants qui n'ont pas de médecin de famille ou pour répondre à des patients classés P4 et P5 qui auraient visité l'urgence en milieu hospitalier. Une équipe formée de huit pédiatres, de quatre médecins de famille avec permis restrictif et d'infirmières auxiliaires, assure le service sept jours sur sept.

« Depuis plusieurs années, faute d'avoir des services adéquats de ce côté-ci de la rivière des Outaouais, les parents

Dre Paule Lebel

qui se retrouvaient en situation d'urgence avec leurs enfants avaient systématiquement le réflexe de franchir la frontière ontarienne pour se rendre à l'Hôpital pour enfants d'Ottawa. Afin de réduire ce flux et, du coup, de limiter les frais que ces visites coûtent au gouvernement, le CISSSO a eu l'idée de créer cette clinique », explique Laurence Barraud, directrice de l'enseignement, des relations universitaires et de la recherche au CISSSO.

Pour l'élaboration du projet, l'établissement a réuni, à quelques reprises, trois médecins, deux gestionnaires, trois employés (infirmière, commis et professionnel) et une maman de trois enfants autour d'une table au cours de l'automne 2014 et de l'hiver 2015. « Dès la première réunion, la maman a expliqué clairement les attentes des parents. Elle a indiqué aux autres participants que la formule de la clinique proposée ne lui convenait pas du tout : « Si vous ne nous offrez pas un accès direct à des services de radiologie, et de prélèvements de sang et à d'autres services d'urgence, moi, la première, et les autres parents, allons continuer d'aller à Ottawa », raconte Laurence Barraud. Les médecins et les gestionnaires ont écouté les recommandations et ont refait leurs devoirs.

Aujourd'hui, grâce à l'intervention de cette maman, la « mini-urgence 0-17 ans » de l'Outaouais obtient un succès bœuf. Cette clinique reçoit entre 14 000 et 15 000 jeunes patients par année. D'ailleurs, en 2017, la direction de l'Hôpital pour enfants d'Ottawa a enregistré une baisse substantielle d'au moins 3000 visites de jeunes patients provenant du Québec.

RÉDUIRE LES MÉDICAMENTS DES AÎNÉS

Autre situation où le partenariat avec le patient porte actuellement ses fruits, c'est dans la révision des médicaments avec les patients (dont les capacités cognitives le permettent) et leurs proches, au moment de l'admission dans un CHSLD. Il s'agit d'un des projets que pilote la **Dre Paule Lebel**, professeure agrégée au Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) ainsi qu'à la Direction Collaboration et Partenariat patient (DCPP) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

La Dre Paule Lebel cite, entre autres, les expériences qu'elle a coordonnées au CHSLD Drapeau-Deschambault, à Sainte-Thérèse. Au cours de la dernière année, sa collègue (qui est aussi sa sœur) la Dre Suzanne Lebel, enseignante clinicienne au DMFMU, y a effectué une dizaine de révisions de médicaments en partenariat avec les patients et leurs proches. « Très souvent, les médecins, pharmaciens et infirmières vont réviser l'ensemble de la liste des médicaments des patients sans toutefois consulter ces derniers ni tenir compte de l'avis de la famille. Ce projet vise à inclure les patients et leurs proches dans le processus. Pour chaque médicament, on discute avec eux de sa pertinence, de ses effets indésirables et de possibles solutions de remplacement », explique la Dre Paule Lebel.

Si l'un de ces médicaments soulève des questions pendant la rencontre, la Dre Suzanne Lebel indique aux familles comment on peut le retirer ou l'ajuster pour une meilleure optimisation. Elle leur indique aussi les effets possibles de ce retrait sur le comportement ou l'état du patient. « Jusqu'à maintenant, cet exercice s'est traduit par la réduction d'au moins 25 % à 30 % du nombre de médicaments des participants. L'un d'eux a même vu son nombre de médicaments être réduit d'au moins 70 % », signale la Dre Paule Lebel, qui est aussi spécialiste en santé publique et en médecine préventive.

La clé, souligne la Dre Lebel, demeure la préparation des patients et de leur famille à cette révision ainsi que l'attitude du personnel envers ces derniers. « Tous les professionnels de la santé réunis autour de la table, y compris les médecins, doivent ajuster leurs propos afin de s'assurer que les patients et leurs familles comprennent les avantages de cette révision de médicaments sur la santé. Et il va de soi que la participation des patients partenaires doit être volontaire », insiste la Dre Lebel. Peu à peu, ils apprennent à devenir de réels partenaires de leurs soins grâce au soutien de l'équipe.

Dre Marie-Pascale Pomey

DES INITIATIVES POUR DÉVELOPPER LE PARTENARIAT EN RÉGION

Pour aider les réseaux locaux de services à instaurer des partenariats gagnants avec les patients dans leur milieu, la **Dre Marie-Pascale Pomey** participe à la mise en place du programme Collectif pour des meilleures pratiques et améliorations des soins de santé (COMPAS+). Ce programme offre notamment des ateliers de pratiques réflexives avec la participation de patients partenaires en région. « Jusqu'à présent plus d'une dizaine d'ateliers ont été donnés en Abitibi-Témiscamingue, en Mauricie, au Centre-du-Québec, en Montérégie-Est et Centre et Ouest et dans le Bas-Saint-Laurent », signale la Dre Pomey, médecin-conseil à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

Ces ateliers, explique la Dre Pomey, nécessitent généralement trois mois de préparation. Actuellement, ces rencontres d'une journée traitent des bonnes pratiques cliniques sur le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive. De nouvelles thématiques, telles que l'insuffisance cardiaque et la santé mentale, seront prochainement à l'agenda.

En moyenne, ces ateliers réunissent de 15 à 25 personnes. Les participants sont pour la plupart des professionnels de la santé (pharmaciens de quartier, infirmières, nutritionnistes, etc.) et des gestionnaires, y compris des médecins de famille. « Plus du quart de nos auditoires sont d'ailleurs composés d'omnipraticiens qui veulent en savoir davantage sur leurs pratiques et sur l'état de santé de leur population », soulève la Dre Marie-Pascale Pomey. Cette dernière sera justement présente lors du prochain congrès syndical de la FMOQ, les 31 mai et 1er juin prochains à Québec, pour venir présenter le programme COMPAS+. //

DES MESURES POUR ACCROÎTRE LA PARTICIPATION DES PATIENTS

Divers outils ont été mis au point au cours des trois dernières années pour aider les patients à s'engager dans l'autogestion de leur santé. L'un d'eux, le site DiscutonsSanté.ca, aide à mieux préparer tous les patients, particulièrement ceux qui souffrent d'un cancer, de diabète, de maladies cardiaques ou d'AVC, afin d'optimiser leur visite chez le médecin. « Nous ajouterons au cours des prochains mois un volet sur la santé mentale », fait savoir la **Dre Marie-Thérèse Lussier** qui a conçu le site en collaboration avec le **Dr Claude Richard** et Capsana. Les Drs Lussier et Richard font partie de l'Équipe de recherche en soins de première ligne du CISSS de Laval.

Annoncé par le ministre Gaétan Barrette en décembre dernier, le nouveau Carnet santé Québec permettra aux patients de consulter la liste de leurs médicaments des cinq dernières années, les résultats de leurs prélèvements et leurs rapports d'examens d'imagerie médicale (radiologie, résonance magnétique, échographie, mammographie et autres). Depuis le mois de janvier, cet outil est en rodage auprès de patients de la clinique Lebourgneuf, à Québec, et de tous les patients de Laval qui ont un médecin de famille. Le Carnet santé Québec devrait être accessible à l'ensemble des patients du Québec dès cet été.

Dr Antoine Boivin et sa patiente, Mme Ghislaine Rouly