

# MÉDECIN DE FAMILLE DE L'ANNÉE

## LA D<sup>RE</sup> LOUISE CHAMPAGNE, UNE INSPIRATION POUR LA PROFESSION

Le Collège québécois des médecins de famille  
a décerné à la D<sup>re</sup> Louise Champagne le prix Médecin de famille de l'année.

Nathalie Vallerand

Des patients font dix heures de route pour la consulter. Ses collègues lui demandent conseil pour des situations délicates. Appréciée pour son écoute, son jugement et sa rigueur, la **D<sup>re</sup> Louise Champagne** a été désignée Médecin de famille de l'année 2019 par le Collège québécois des médecins de famille.

« Louise met la barre haute en ce qui concerne la qualité des soins, et elle est d'un professionnalisme exemplaire, souligne la **D<sup>re</sup> Luce Pélissier-Simard**, collègue de la D<sup>re</sup> Louise Champagne au GMF-U Charles-Le Moyne, à Saint-Lambert. Elle a un respect profond des personnes. Il y a encore des patients de Sept-Îles qui viennent la voir sur la Rive-Sud de Montréal! Et plusieurs infirmières veulent se faire suivre par elle. Cela en dit long sur la qualité de sa pratique. »

La D<sup>re</sup> Champagne a travaillé sept ans comme infirmière avant de faire ses études en médecine. Quand on lui demande pourquoi elle a choisi la médecine familiale, elle est intarissable. « J'aime toucher à tout, soigner des gens de la naissance jusqu'à la fin de la vie, accompagner des familles. J'ai parmi mes patients trois générations d'une même famille! J'aime aussi être une chef d'orchestre pour mes patients en m'assurant que tous leurs problèmes de santé sont pris en charge. »

Pour elle, le rôle du médecin est de guérir parfois, de soulager souvent et d'écouter toujours. « Ce n'est pas moi qui ai inventé cette formule, mais elle me parle beaucoup. L'aspect le plus important de mon travail, c'est d'écouter. Je n'arrive pas à voir mes patients en dix minutes et je n'y arriverai jamais. Être écouté, ça fait partie du processus de guérison. Cela fait du bien aux patients. »

La D<sup>re</sup> Champagne a exercé douze ans au Centre hospitalier régional de Sept-Îles, tout en pratiquant dans un cabinet. Son travail était des plus variés: hospitalisation, urgence, psychiatrie, soins intensifs, suivi de grossesse, gériatrie, soins palliatifs, etc.

En 2004, la médecin de famille quitte la Côte-Nord pour le sud. Elle se joint alors aux équipes de l'Hôpital Charles-



D<sup>re</sup> Louise Champagne

Le Moyne et du GMF-U Charles-Le Moyne. Elle exerce toujours dans cette unité d'enseignement, qu'elle a d'ailleurs dirigée de 2009 à 2017. Depuis deux ans, elle est également directrice adjointe du Programme de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Sherbrooke.

À son arrivée dans le milieu universitaire, la clinicienne s'est découverte une passion pour la pédagogie et elle multiplie depuis les engagements. Elle donne notamment des cours aux résidents, agit comme médecin expert pour le Collège des médecins du Québec et préside le Comité de rédaction scientifique du *Médecin du Québec*.

### DE MEILLEURS SOINS POUR LES ÂÎNÉS

Le leadership de la D<sup>re</sup> Champagne est au service du bien-être collectif, selon ses collègues du GMF-U Charles-Le Moyne qui ont posé sa candidature au prix du Collège québécois des médecins de famille. Ces dernières années, elle s'est beaucoup investie dans l'organisation des soins aux personnes âgées, en participant entre autres à la création des unités de formation clinique interprofessionnelles universitaires (UFCI-U) en soins à domicile et en CHSLD.

Ces unités permettent d'améliorer la formation des soins aux personnes âgées dans tous les programmes de la santé et des sciences psychosociales. « Le pharmacien, par exemple, va enseigner aux stagiaires en pharmacie, mais aussi aux résidents en médecine familiale, aux ergothérapeutes, aux infirmières praticiennes spécialisées et autres futurs professionnels de la santé, explique la médecin de famille de l'année. Et tous apprendront à travailler ensemble. » Différentes unités devraient voir le jour dans le réseau de l'Université de Sherbrooke d'ici quelques mois.

Celle qui compte parmi les rares médecins de famille à faire des visites à domicile enseigne également cette pratique aux résidents. « C'est un privilège d'entrer dans l'intimité des patients. Les soins à domicile doivent cependant être faits en équipe. Le travail interprofessionnel rend les soins à domicile et en CHSLD plus attrayants. » //

## PRIX DU CQMF

### DES MÉDECINS DE FAMILLE QUI S'ILLUSTRENT

Le Collège québécois des médecins de famille, qui a une nouvelle présidente, la **D<sup>re</sup> Caroline Laberge**, a décerné différents prix en plus de celui du Médecin de famille de l'année.

#### PRIX D'EXCELLENCE 2019

##### Contribution aux soins aux patients en milieu non urbain

D<sup>re</sup> Yolaine Sauvageau, Amos

##### Contribution à la vie universitaire, hospitalière et en GMF-U

D<sup>r</sup> Stéphane Rioux, Lévis

##### Contribution à la vie communautaire

D<sup>re</sup> Geneviève Dechêne, Montréal

##### Contribution à l'enseignement de la médecine de famille

D<sup>re</sup> Magali Bigras, Gatineau

##### Contribution à la formation continue et à la vulgarisation scientifique

D<sup>re</sup> Isabelle Hébert, Laval

##### Contribution à la recherche ou à la publication en médecine de famille

D<sup>r</sup> Jean-Sébastien Paquette, Saint-Charles-Borromée

##### Contribution à la vie du Collège québécois des médecins de famille

D<sup>re</sup> Dominique Deschênes, Québec

#### PRIX NADINE ST-PIERRE

##### Prix national du Collège des médecins de famille du Canada qui récompense le meilleur projet d'érudition soumis en français

D<sup>re</sup> Émilie Tulk, Montréal

#### PRIX DE LA RELÈVE EN MÉDECINE DE FAMILLE

D<sup>re</sup> Andréanne Lefort, Val-d'Or

#### MENTOR DE L'ANNÉE

D<sup>re</sup> Diane Robert, Shawinigan



LES FÉDÉRATIONS MÉDICALES  
VOUS INVITENT LE LUNDI 29 JUILLET 2019  
AU CLUB DE GOLF PINEGROVE

#### LES PARTENAIRES



CORPORATION FIERA CAPITAL  
FACTURATION MÉDICALE FONDS FMOQ  
FIDUCIE DES JARDINS  
FRANKLIN TEMPLETON  
GESTION PRIVÉE FONDS FMOQ  
JARISŁOWSKY FRASER  
LA PERSONNELLE  
LE CABINET DE RELATIONS PUBLIQUES NATIONAL  
SSQ ASSURANCE

## ENTREVUE AVEC M<sup>ME</sup> DANIELLE McCANN, MINISTRE DE LA SANTÉ

# CAPITATION, DÉLÉGATION D'ACTES ET AUGMENTATION DU TAUX D'INSCRIPTION

Pour M<sup>me</sup> Danielle McCann, ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, la capitation, qui pourrait éventuellement constituer jusqu'à 65 % de la rémunération des médecins de famille, a de grands avantages. Entre autres, permettre aux omnipraticiens de déléguer plus d'actes et ainsi de prendre en charge plus de patients.



Texte et photo : Emmanuèle Garnier

**M.Q. – POURQUOI DÉSIREZ-VOUS INTRODUIRE LA CAPITATION DANS LE MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE FAMILLE ?**

**D.M. –** Parce que cela donne énormément de possibilités. On parle d'un mode de rémunération mixte, à l'acte et par capitation, où le volet capitation est majoritaire. Ce mode, qui existe dans d'autres provinces du Canada, comme l'Ontario et le Nouveau-Brunswick, a fait ses preuves. En fait, il permet de rémunérer davantage le médecin pour la prise en charge de patients que la rémunération à l'acte. La capitation donne également aux médecins deux avantages : la possibilité d'utiliser [pour leurs consultations] des technologies comme Internet et le téléphone, mais aussi de déléguer des tâches à d'autres professionnels, que ce soient les infirmières praticiennes spécialisées, les infirmières, les travailleurs sociaux, les psychologues, sans qu'il y ait de répercussions sur leur rémunération. Notre objectif est de faire en sorte que tous les Québécois et Québécoises aient un médecin de famille et aient accès à une équipe multidisciplinaire. On veut atteindre ce but au cours de notre mandat. Pour y arriver, il faut un changement du mode de rémunération.

**M.Q. – QUELS PROBLÈMES DU RÉSEAU DE LA SANTÉ CELA RÉGLERAIT-IL ? PENSEZ-VOUS QUE CELA AUGMENTERAIT LA PRISE EN CHARGE ?**

**D.M. –** Absolument, parce qu'actuellement le médecin est rémunéré davantage pour les actes qu'il fait. La capitation représente la partie moins importante de sa rémunération, et nous voulons inverser cela. De cette manière, le médecin sera rémunéré au moment où il prendra en charge des patients et sera moins payé pour les actes qu'il fera. Il pourra donc prendre en charge davantage de personnes sans que sa rémunération soit touchée. Il pourra également prendre plus de patients, parce qu'il délèguera davantage. S'il y a des suivis qui doivent être faits, il les délèguera à d'autres professionnels. Il pourra également utiliser davantage Internet. Actuellement, un médecin qui veut employer Internet pour intervenir auprès du patient ou consulter un médecin spécialiste, par exemple dans le cadre du programme *E-consult*, qui est actuellement un projet pilote, n'est pas rémunéré.

**M.Q. – LE MÉDECIN DE FAMILLE SERAIT AINSI PAYÉ POUR LES CONSULTATIONS PAR INTERNET OU PAR TÉLÉPHONE, QUE CE SOIT AVEC LE PATIENT OU LE SPÉCIALISTE.**

**D.M. –** Exactement, il n'y a pas de rémunération à l'acte prévue par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour ces activités. Cela devrait se faire par capitation pour l'ensemble de la prise en charge du patient. Je vous dirais que c'est une modernisation de la pratique de la médecine familiale. Le problème qui serait réglé, comme vous me le demandiez, ce serait entre autres l'inscription de plus de citoyens qui attendent dans le guichet d'accès pour un médecin de famille. On en a 500 000 actuellement, et il y a également, en plus, un million de Québécois qui n'ont pas de médecin de famille. Les patients iraient de moins en moins à l'urgence en ambulatoire et davantage à la clinique. Mais pour cela, il faut d'autres mesures que la capitation. Il faut également que l'accès adapté soit inclus dans les changements que l'on veut faire. Il faut l'utilisation majoritaire, et même totale, par les médecins de famille des modalités de l'accès adapté et du Rendez-Vous Santé Québec. On en discute de façon continue avec le président de la FMOQ, le **D<sup>r</sup> Louis Godin**, et son équipe. Le dossier progresse.

**M.Q. – CERTAINES PERSONNES CRAIGNENT QUE LA CAPITATION DIMINUE LA PRODUCTIVITÉ DES MÉDECINS QUI POURRAIENT FAIRE MOINS D'ACTES.**

**D.M. –** Moi, je pense qu'au contraire la productivité pourrait augmenter. On entend sur le terrain des médecins dire qu'ils aimeraient utiliser entre autres Internet et avoir plus de souplesse dans la façon dont ils interviennent auprès des patients. Et il y a également beaucoup de médecins très intéressés par une pratique interdisciplinaire. Donc, je pense que l'important, c'est de soutenir nos médecins de famille. Actuellement, la pression est forte sur eux, parce qu'ils sont obligés, dans un mode de rémunération qui n'est pas adapté à une pratique moderne, de faire beaucoup d'actes. Avec un nouveau mode, ces actes pourraient être repris par d'autres ou faits différemment. Je pense que la capitation offrirait un contexte plus favorable aux médecins de famille et que, dans ce cadre-là, leur productivité augmenterait probablement.

**M.Q. – CERTAINS ONT PEUR QUE LA CAPITATION POUSSE LES MÉDECINS DE FAMILLE À PRENDRE EN CHARGE UNE CLIENTÈLE MOINS LOURDE.**

**D.M. –** Je crois qu'avec une équipe multidisciplinaire à qui il peut déléguer des actes, le médecin de famille est en meilleure position pour prendre des patients plus lourds. (...) Avec la capitation qui favorise la délégation, il va davantage s'occuper de ce type de personnes. On a tous une responsabilité morale et sociale concernant la prise en charge de ces patients, parce qu'ils ont davantage besoin d'un médecin de famille. Nous, ce que nous voulons, c'est créer des conditions favorables pour soutenir nos médecins de famille pour qu'ils puissent voir, avec une équipe multidisciplinaire, dans un cadre favorable à de la délégation de tâches, ces patients plus lourds.

**M.Q. – ACTUELLEMENT, LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE FAMILLE QUI PRATIQUENT DANS LES CLINIQUES COMPORTE DES FORFAITS QUI REPRÉSENTENT 31 % DE LEUR RÉTRIBUTION. VOUS VOUDRIEZ DONC AUGMENTER CE POURCENTAGE ?**

**D.M. –** Effectivement, dans le mode mixte dont je vous parle, la majeure partie de la rémunération serait de la capitation. On a des discussions sur ce sujet avec la Fédération. On n'a pas encore arrêté un pourcentage, mais on est d'accord sur le principe selon lequel la capitation constituerait plus de 50 % de la rémunération. On a encore des discussions pour déterminer le taux. On sait que différentes expériences ont été faites avec divers taux de capitation. On va les analyser. (...)

**M.Q. – VOUS AVEZ PARLÉ D'INVERSER LA PROPORTION DE LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE ET DES FORFAITS. AINSI, À LA RÉTRIBUTION DES MÉDECINS DE FAMILLE POURRAIT ÊTRE CONSTITUÉE, PAR EXEMPLE, À 65 % DE FORFAITS ?**

**D.M. –** Cela pourrait aller jusque-là. C'est une hypothèse.

**M.Q. – LA FMOQ VIENT DE PRÉSENTER SON PLAN D'ACTION SUR L'ACCESSIBILITÉ (ARTICLE SUIVANT) DANS LEQUEL LES FORFAITS ACCROISSENT LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE DES MÉDECINS À 36 %. VOUS VOULEZ ALLER BIEN AU-DELÀ.**

**D.M. –** Oui, mais je souligne que des pas dans cette direction-là continuent à être faits. Ce que vous venez de dire montre que la FMOQ progresse dans le sens d'un mode de rémunération qui favorise la prise en charge. (...) Le plan d'accès de la Fédération est très positif.

**M.Q. – ENVISAGEZ-VOUS D'AUTRES MESURES POUR AUGMENTER L'INSCRIPTION ET LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS ?**

**D.M. –** Je pense que cette mesure est probablement la plus importante. C'est elle qui va donner le plus d'oxygène au système et qui va favoriser davantage l'accès à un médecin de famille pour les patients qui sont sur le guichet. Il y a aussi les infirmières praticiennes spécialisées qui vont pouvoir déployer complètement leurs compétences. (...) On en a à peu près 600 actuellement. Il y en a 200, dont la plupart en première ligne, qui obtiendront leur diplôme cette année.

**M.Q. – PENDANT SON MANDAT, GAÉTAN BARRETTE PARLAIT D'UN TAUX D'INSCRIPTION DE 85 % ET DE PÉNALITÉS. AVEZ-VOUS ÉCARTÉ CE CONCEPT POUR UNE AUTRE STRATÉGIE ?**

**D.M. –** En fait, la stratégie dont je vous parle a justement pour but d'accroître le taux d'inscription. En Ontario, quand le mode de rémunération a changé, le taux d'inscription de la population a augmenté à 95 %.

**M.Q. – ÉCARTEZ-VOUS LES PÉNALITÉS LIÉES À LA NON-ATTEINTE DU TAUX DE 85 % ?**

**D.M. –** Depuis mon entrée en fonction, nous travaillons de concert avec la Fédération des médecins omnipraticiens. Elle nous a amené les mesures dont vous me parlez pour continuer d'augmenter l'accès des citoyens à un médecin de famille. Nous discutons également de mesures comme le changement de mode de rémunération. (...) Nous avons une approche de collaboration. (...) Nous ne sommes pas rendus à un taux d'inscription de 85 %, mais il s'est accru. Nous voulons qu'il s'accroisse beaucoup plus que cela. C'est pour cette raison que les mesures proposées par la FMOQ nous intéressent. La modification du mode de rémunération va beaucoup augmenter, à notre avis, l'offre de service.

**M.Q. – ET LE TAUX D'ASSIDUITÉ ? CERTAINS MÉDECINS DISENT QU'ILS NE PRENNENT PLUS DE PATIENTS POUR NE PAS NUIRE À LEUR TAUX D'ASSIDUITÉ, ET CERTAINES CLINIQUES N'OFFRENT PLUS DE CONSULTATIONS SANS RENDEZ-VOUS POUR LA MÊME RAISON.**

**D.M. –** Il y a deux éléments dans votre question. D'abord, il faut s'occuper des patients orphelins. J'ai eu des discussions là-dessus avec le D<sup>r</sup> Godin, et nous sommes d'accord : en attendant que tous aient un médecin de famille, nous allons renforcer les services de consultation sans rendez-vous dans certains endroits au Québec. Nous repérons actuellement ces milieux. Certaines cliniques sont intéressées par ce projet. Vous avez également vu nos cliniques d'hiver. Leur but était de s'occuper notamment des patients orphelins. Mais il demeure que notre objectif est d'arriver à ce que les Québécois et les Québécoises aient tous accès à leur médecin de famille dans l'équipe où ils sont inscrits (...). Le taux d'assiduité dont vous parlez est un taux d'assiduité dont les médecins s'acquittent dans une clinique donnée. Quand nous arriverons à terme, nous pourrions toujours garder un taux d'accès, mais nous l'appliquerons probablement différemment. Nous ne sommes cependant pas rendus là. Nous pourrions le faire dans le cadre du changement de mode de rémunération. Pour le moment, nous maintenons le taux d'assiduité. (...) Actuellement, 60 % des personnes qui ont un médecin de famille se rendent encore à l'urgence. C'est trop. (...)

**M.Q. – EN CE QUI CONCERNE LES MÉDECINS SPÉCIALISTES, COMPTÉZ-VOUS LEUR DEMANDER D'HOSPITALISER DAVANTAGE DE PATIENTS POUR ALLÉGER LA TÂCHE DES MÉDECINS DE FAMILLE QUI DOIVENT AUSSI TRAVAILLER EN PREMIÈRE LIGNE ?**

**D.M. –** Nous avons des discussions à cette fin avec la Fédération des médecins spécialistes. Il y a eu des avancées dans le dossier, mais il y a un certain nombre d'hôpitaux au Québec où il y a encore des progrès à faire. Nous avons donc des discussions pour réunir les conditions pour que les médecins spécialistes puissent prendre en charge davantage de patients hospitalisés et dégager les médecins de famille pour leur permettre d'aller en première ligne. C'est sûr que dans certains milieux, comme dans les régions plus éloignées, une plus grande implication des médecins omnipraticiens dans les hôpitaux va demeurer. C'est normal. Mais pour des endroits dans la couronne de Montréal, où il y a encore du travail à faire là-dessus, on est en discussion et en travaux pour que la situation évolue. //

# PLAN D'ACTION SUR L'ACCESSIBILITÉ DE LA FMOQ

## FAVORISER L'INSCRIPTION DES PATIENTS ET L'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Emmanuèle Garnier

La FMOQ a conçu, puis négocié avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, un plan d'action pour encourager les omnipraticiens à prendre en charge plus de patients et à leur offrir rapidement une consultation lorsqu'ils en ont besoin.

### ACCROÎTRE LE NOMBRE DE PATIENTS INSCRITS

La première mesure du plan d'action sur l'accessibilité est un forfait annuel accordé aux médecins qui atteignent les seuils de 750 et de 1000 patients inscrits actifs. Le versement du supplément sera lié au décompte de la patientèle effectué à la fin de chaque année. Exceptionnellement, en 2019, les suppléments seront versés à deux reprises. Un premier dénombrement des patients inscrits actifs aura lieu le 30 septembre prochain et le second sera effectué le 31 décembre.

Toute une série de modifications s'ajoute à cette mesure.

#### PATIENTS VULNÉRABLES VENANT DU GUICHET

Les patients vulnérables venant du guichet d'accès à un médecin de famille compteront pour deux, mais uniquement l'année de leur inscription.

#### PATIENTS VULNÉRABLES SUPPLÉMENTAIRES

Pour les médecins ayant plus de 500 patients actifs, dont 40 % sont vulnérables, les personnes vulnérables supplémentaires qu'ils inscriront compteront pour deux. Ainsi, si un clinicien suit 500 patients, la mesure s'appliquera après le 200<sup>e</sup> patient vulnérable ( $500 \times 40\% = 200$ ). S'il a pris en charge 210 personnes vulnérables, dix pourront donc être pondérées par un facteur de deux pour un.

Les médecins ayant plus de 1000 patients, dont 40 % sont vulnérables, verront, eux, leurs patients vulnérables comptabilisés en double à partir du 401<sup>e</sup>. Ces mesures ne s'ajoutent cependant pas à celle concernant les personnes vulnérables venant du guichet (point précédent) : un patient ne peut être pondéré qu'une seule fois.

#### PATIENTS PRÉINSCRITS

Les suppléments liés aux seuils de 750 et de 1000 patients s'appliqueront aux personnes inscrites dans le cadre des lettres d'entente n° 304 (prise en bloc de patients d'un

médecin retraité) et n° 321 (préinscription de patients) l'année de la prise en charge. L'entente qui définit le plan d'action sur l'accessibilité permet par ailleurs de considérer, dans ce cadre, les patients préinscrits venant du guichet comme étant actifs, même s'ils n'ont pas encore rencontré le médecin.

#### SUIVIS OBSTÉTRICAUX ET PSYCHIATRIQUES

Les patientes enceintes ou les personnes ayant besoin d'un suivi psychiatrique qui sont prises en charge par un autre omnipraticien que leur médecin de famille seront considérées comme inscrites auprès des deux cliniciens.

#### FACTURATION ULTÉRIEURE

##### DE L'EXAMEN DE PRISE EN CHARGE

Depuis le 1<sup>er</sup> juin, un médecin qui inscrit un patient qu'il rencontre au service de consultation sans rendez-vous conserve son droit de facturer plus tard la visite de prise en charge. Cependant, la Régie de l'assurance maladie du Québec ne sera probablement pas en mesure d'appliquer immédiatement cette nouvelle règle.

#### MAJORATIONS TEMPORAIRES DES SUPPLÉMENTS DE PRISE EN CHARGE

La seconde mesure du plan d'action majore temporairement les suppléments versés pour la prise en charge d'un patient. Elle commence de manière rétroactive le 1<sup>er</sup> mai. Cette mesure est provisoire, parce qu'elle est financée par un budget non récurrent.

#### MESURES FAVORISANT L'ACCÈS À UN MÉDECIN DE FAMILLE

Pour compléter son plan d'action, la FMOQ négocie avec le ministère de la Santé et des Services sociaux différentes mesures pour faciliter l'accès de la population aux soins de première ligne. L'une d'elles concerne la possibilité pour un médecin de se servir d'un support électronique pour afficher des rendez-vous disponibles au cours des trente-six prochaines heures.

Une autre mesure consistera à mettre en place des conditions favorables pour que des groupes de médecine de famille puissent offrir un service de consultation sans rendez-vous à la clientèle non inscrite. //

## PRATICO • PRATIQUE

VOUS AVEZ DES TRUCS  
À NOUS FAIRE CONNAÎTRE ?

ENVOYEZ-LES À [EGARNIER@FMOQ.ORG](mailto:EGARNIER@FMOQ.ORG)



### POUR UNE PRISE EN BLOC DE PATIENTS HARMONIEUSE

La première fois que la **D<sup>re</sup> Caroline Langlais**, de la Clinique médicale du Lac, à Magog, a pris en bloc 500 patients du guichet d'accès à un médecin de famille, elle a trouvé l'expérience éprouvante. Les nouveaux patients avaient tous appelé en même temps. Et beaucoup avaient été frustrés d'attendre si longtemps leur premier rendez-vous.

Quand l'omnipraticienne a pris un second bloc de patients, elle a décidé de procéder autrement. « J'ai écrit une lettre que ma secrétaire remettait aux patients quand ils venaient s'inscrire à la clinique », dit la D<sup>re</sup> Langlais. La clinicienne leur expliquait alors qu'ils étaient l'une des 350 personnes du guichet qu'elle prenait en charge. Et elle leur donnait ensuite la date à partir de laquelle ils pouvaient appeler pour prendre un rendez-vous. « J'avais prévu trente-cinq nouveaux patients par mois », explique l'omnipraticienne.

Le patient devait également remplir un questionnaire sur sa santé. À la lumière de ces réponses, la D<sup>re</sup> Langlais pouvait devancer le rendez-vous d'un malade qui voulait la voir plus tôt. Pour les autres patients, l'omnipraticienne avait prévu différents mécanismes pour répondre à leurs besoins en attendant la première consultation.

Un problème aigu apparaissait ? Le patient pouvait voir la D<sup>re</sup> Langlais ou l'un de ses collègues au service de consultation sans rendez-vous. « Il avait ainsi accès à la clinique », affirme la clinicienne. Des médicaments devaient être renouvelés ? Le patient pouvait demander au pharmacien de prolonger la prescription. Tous ces services étaient clairement indiqués dans la lettre.

« C'était le jour et la nuit, estime la D<sup>re</sup> Langlais. Ma secrétaire n'avait pas à tout réexpliquer, et les patients n'étaient pas en colère quand je les voyais la première fois. » **EG**



## FORMATIONS EN LIGNE récentes et à venir au *caducee.fmoq.org*

### CONFÉRENCES

## DU CONGRÈS SUR LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

#### LES PNEUMONIES CHEZ LE PATIENT HOSPITALISÉ

D<sup>r</sup> Philippe Gervais, microbiologiste-infectiologue  
1 heure de crédit

#### L'HYPOTENSION ORTHOSTATIQUE

D<sup>re</sup> Julie Beaudoin, gériatre  
1 heure de crédit

#### LES FRACTURES VERTÉBRALES CHEZ LE PATIENT ÂGÉ : COMMENT S'Y RETROUVER ?

D<sup>r</sup> Jean-Christophe Murray, chirurgien orthopédique  
1 heure de crédit

#### LA RÉTENTION URINAIRE CHEZ L'ADULTE

D<sup>re</sup> Geneviève Nadeau, urologue  
1 heure de crédit

*Retrouvez les nouveautés en page  
d'accueil du portail Caducée et  
consultez notre répertoire complet  
sous le menu FORMATION*



**Caducée, le portail  
de la formation  
en ligne de la FMOQ**

L'accès aux formations en ligne issues d'un congrès auquel vous avez assisté est gratuit et reconnu automatiquement au moment de l'inscription après identification sur le portail Caducée.

# RÉPONDRE AUX BESOINS DES PATIENTS CES OMNIPRATICIENS QUI INNOVENT !

Inspirés par leurs stages, leurs rencontres, leurs lieux de pratique, des médecins de famille ont créé de nouveaux projets pour mieux soigner leurs patients.

Claudine Hébert



Dr Alexandre Messier

Désengorger les urgences, diminuer le nombre d'injections faites à l'aveugle, faciliter le dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), soigner les allergies hors des grands centres, offrir un meilleur accès aux soins aux plus démunis, ce ne sont que quelques exemples de mesures mises en œuvre par des médecins de famille ayant décidé d'aller au-delà de leur pratique.

## LE MÉDECIN QUI VEUT DÉSENGORGER LES URGENCES

Pratiquant aux urgences de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal depuis 2002, le **Dr Alexandre Messier** n'en pouvait plus de voir, jour après jour, les engorgements à répétition dans son établissement. Il était en voie de devenir – c'est lui-même qui le dit – un « chialeux ». En 2012, ce fut le point de non-retour. « Soit je participais à l'effort de désengorgement, soit je quittais l'urgence à jamais », raconte l'urgentiste, qui a préféré la première option.

Son projet de réorientation des patients, créé en 2015, figure parmi ses plus belles réussites. « À l'aide d'un algorithme médical unique, l'infirmière du triage peut désormais diriger de façon sûre un patient vers une clinique de première ligne, sans qu'il doive attendre davantage à l'urgence. Et si possible vers son médecin de famille », explique le Dr Messier qui a mis sur pied le concept avec un programmeur en informatique.

Ce projet, tient à préciser le médecin, ne repose nullement sur le système P4 et P5. « Nous sommes parvenus à créer un outil Web qui, en moins de trente secondes, permet à l'infirmière de

passer à travers l'algorithme d'une cinquantaine de problèmes de santé et de prendre un rendez-vous pour le patient dans une clinique dans les trente-six prochaines heures. »

Piloté en collaboration avec le CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, ce système a d'abord été établi à l'Hôpital du Sacré-Cœur pour ensuite faire son entrée, dix-huit mois plus tard, à l'Hôpital Fleury et à l'Hôpital Jean-Talon. Jusqu'à maintenant plus de 42 500 patients ayant des problèmes non urgents ont pu être réorientés vers des cliniques médicales. Ce qui constitue, en moyenne, 15% de la clientèle ambulatoire qui se présente aux urgences. « Et aucun cas de complication n'a été rapporté », insiste le médecin d'urgence.

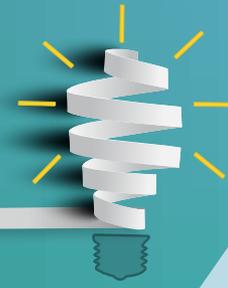
La mise en œuvre de ce système s'est également traduite par une diminution des temps d'attente de 18% à 44% pour les patients ambulatoires qui n'ont pu être réorientés. Ces personnes représentent 60% des gens aux urgences. Une étude menée à l'Hôpital du Sacré-Cœur montre que plus de 95% des patients croient que ce système devrait exister partout au Québec.

Présentée au Symposium sur les innovations du Collège québécois des médecins de famille au printemps 2017 ainsi que dans plusieurs autres congrès médicaux en France, en Belgique et au Luxembourg, l'initiative du Dr Messier est même commercialisée depuis un an afin de permettre aux autres établissements de santé de la province et d'ailleurs d'en bénéficier.

## PRÉLIB, UNE PREMIÈRE AU PAYS

La Clinique Quorum, située sur le boulevard de Maisonneuve, à Montréal, vient à peine de souffler la bougie de son premier anniversaire et déjà le quatuor de jeunes médecins qui la dirige cumule les projets novateurs. Parmi ceux-ci se trouve une première au Canada : la création d'un centre d'autoprélèvement en ligne, Prélib.

Jamais le dépistage d'une ITSS n'aura été aussi accessible et discret. Le secret : une nouvelle plateforme lancée à l'automne 2018 par les **Dr<sup>es</sup> Khadija Benomar, Marylène Quesnel, Vincent To et Maxim Éthier**. À l'exception de la prise de sang faite par une infirmière, tout le processus, qui recourt à des technologies de télécommunication à toutes les étapes, se déroule sans contact direct avec un autre être humain. « Les utilisateurs



D<sup>r</sup> Maxim Éthier, D<sup>e</sup> Marylène Quesnel, D<sup>r</sup> Vincent To et D<sup>e</sup> Khadija Benomar

sont d'abord invités à se créer un profil en ligne afin d'y remplir un questionnaire médical, de recevoir des conseils personnalisés et de prendre rendez-vous au centre», explique le principal instigateur de la plateforme, le D<sup>r</sup> Maxim Éthier.

Au moment du rendez-vous, poursuit-il, le patient accède à l'aire d'attente par une borne d'inscription à l'aide d'un code d'accès. Une brève rencontre avec une infirmière permet de confirmer l'identité de l'utilisateur qui peut, ensuite, obtenir une prise de sang ou effectuer un autoprélèvement dans une cabine individuelle. Qu'il s'agisse de prélèvements buccaux, génitaux, urinaires ou autres, l'utilisateur n'a qu'à suivre les vidéos explicatives projetées sur un écran pour procéder correctement. Les résultats lui sont ensuite transmis en ligne.

En fait, indique le D<sup>r</sup> Éthier, cette nouvelle plateforme permet à toute personne sexuellement active d'accéder à un dépistage plus rapide, plus efficace et surtout très confidentiel. «Conscient des barrières liées au partage des renseignements sexuels et de la stigmatisation entourant les ITSS, nous avons voulu éliminer tous ces aspects négatifs entourant le processus de dépistage», précise le médecin spécialisé en santé sexuelle depuis les débuts de sa pratique en 2014.

En mai dernier, plus de cinq cents personnes avaient recouru à ce nouveau service en ligne. Les résultats sont déjà marquants. «Chez près de 25% des utilisateurs, il s'agissait d'un tout premier dépistage», observe le D<sup>r</sup> Éthier.

Pourquoi avoir choisi le «Village» pour pratiquer et innover? Ce territoire a toujours présenté un besoin accru en soins liés aux ITSS, dont le VIH et l'hépatite C, signale le D<sup>r</sup> Vincent To, qui a lui aussi contribué à la création de la plateforme Prélib. «Depuis que nous avons ouvert la clinique Quorum en juin 2018, nous nous sommes donné pour mission d'augmenter l'accès aux soins pour la population marginalisée de Montréal, plus particulièrement la population LGBTQ2.»

L'équipe de médecins de Quorum travaille par ailleurs déjà à d'autres projets, dont plusieurs pour venir en aide aux patients ayant une dépendance aux opioïdes. Ces médecins ont récemment ajouté des implants de buprénorphine et des traitements injectables par agonistes opioïdes dans leur arsenal thérapeutique. Cette pratique, encore peu exploitée au Québec, pourrait éventuellement contribuer à réduire la crise des opioïdes.

### OFFRIR L'ÉCHOGRAPHIE AUX OMNIPRATICIENS

Que le Collège des médecins recommande aujourd'hui l'emploi d'un appareil échographique dans toutes les urgences de la province repose en partie sur la croisade que mène le D<sup>r</sup> Stéphane Rhein depuis sa toute première année de pratique en 2006. Ce médecin de famille, qui est également médecin d'urgence au Centre hospitalier Charles-Le Moyne, souhaite que l'échoguidance ne devienne rien de moins qu'une norme de pratique pour tous les médecins de famille.



D<sup>r</sup> Stéphane Rhein

«Les appareils d'échographie sont devenus beaucoup plus accessibles qu'il y a vingt ans. C'est ce qui explique que nous commençons à peine à percevoir les nombreux avantages de cette technologie autrefois réservée aux radiologistes», indique le D<sup>r</sup> Stéphane Rhein.

Grâce à l'échoguidance, explique le clinicien, le taux de réussite des installations d'accès veineux périphériques a grimpé à 97%<sup>1</sup>. Il était à moins de 35% avec une approche sans repère. L'appareil a aussi permis de réduire considérablement le nombre d'essais, qui sont passés de 3,7 à 1,7. «Non seulement cela fait gagner du temps, mais l'utilisation de cet appareil rend l'expérience beaucoup moins désagréable pour le patient qui se fait piquer», soutient le D<sup>r</sup> Rhein.

C'est à la suite d'une conférence présentée par le D<sup>r</sup> **Raymond Wiss**, ancien médecin de l'Armée canadienne devenu urgentiste en Ontario, que le D<sup>r</sup> Rhein, alors jeune médecin, a été séduit par les multiples vertus de l'échoguidance. «Le D<sup>r</sup> Wiss a été parmi les premiers au pays à encourager l'utilisation de cet appareil à d'autres fins que des examens radiologiques», raconte le D<sup>r</sup> Rhein qui pratique également dans une clinique à Greenfield Park.

Les atouts de la technique sont nombreux. «Grâce à leurs "yeux échographiques", les infirmières peuvent augmenter leur taux de succès de canulation de voies veineuses périphériques chez les patients difficiles à piquer. Les médecins peuvent également voir le biseau de leur aiguille du début jusqu'à la fin de la procédure. Il s'agit d'un grand pas pour les techniques de blocs et de ponctions articulaires faites avec repères anatomiques», poursuit le médecin.

Tellement convaincu des avantages de l'appareil, le D<sup>r</sup> Rhein multiplie les formations qu'il donne à ce sujet depuis le début des années 2010. Il a par ailleurs remporté une mention spéciale en 2013 au gala du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins. Il a été salué pour la création de son programme de formation offert aux infirmières de l'urgence.

La prochaine étape : offrir une formation aux omnipraticiens afin qu'ils puissent, eux aussi, se servir de l'échographie pour les ponctions et infiltrations faites habituellement sans repères anatomiques. Les deux premières formations déjà inscrites au calendrier de la FMOQ (juin et octobre) affichaient complet.

## UNE CLINIQUE DE RUE EN MONTÉRÉGIE

Certains médecins parcourent le globe afin d'aider les plus démunis. La D<sup>re</sup> **Fabienne Djandji**, fraîchement diplômée, n'a eu qu'à traverser le fleuve Saint-Laurent pour se trouver face à une clientèle très vulnérable.

En collaboration avec l'organisme Pacte de rue et le CISSS de la Montérégie-Ouest, la D<sup>re</sup> Djandji a mis sur pied, en avril dernier, une clinique de proximité qu'elle qualifie, pour le moment, de virtuelle. «Notre clinique s'inspire d'un modèle existant déjà à Vancouver. Nous avons une infirmière qui parcourt pendant une vingtaine d'heures par semaine les bars, les soupes communautaires, les refuges et autres endroits susceptibles d'attirer des gens ayant des difficultés. Quand elle repère des personnes ayant besoin de soins, elle me contacte par texto afin que je fixe un rendez-vous avec eux à l'endroit qui leur convient», explique l'omnipraticienne de 28 ans.

Le sud-ouest du Québec, particulièrement les secteurs de Salaberry-de-Valleyfield, de Beauharnois et d'Huntingdon, affiche des taux de pauvreté, d'itinérance et de surdose de fentanyl parmi les plus élevés de la province, indique la clinicienne. «Et compte tenu de la proximité des frontières américaine et ontarienne, ce territoire est très propice au trafic de drogues. Tous ces facteurs m'ont incitée à vouloir aider cette population», poursuit la D<sup>re</sup> Djandji.

Jusqu'à maintenant, l'omnipraticienne a eu l'occasion de voir une dizaine de patients. «L'objectif est de pouvoir en rencontrer plus d'une vingtaine par semaine. Des personnes qui, pour la plupart, n'ont même pas de carte soleil. L'essentiel est de pouvoir bâtir un lien solide avec elles, de gagner leur confiance et peut-être de parvenir à les intégrer dans la société.»



D<sup>re</sup> Fabienne Djandji

## SOULAGER LES ALLERGIES AU ROYAUME DES BOULEAUX ET DE L'HERBE À POUX

Il y a une trentaine d'années, souffrir d'allergies en Mauricie était doublement éprouvant. Non seulement les patients devaient supporter ces affections, mais ils devaient en plus se rendre chaque semaine à Montréal ou à Québec pour en être soulagés. Grâce au **D<sup>r</sup> Pierre-Alain Houle**, un de ces problèmes a été complètement éliminé.

Ce médecin de famille a créé AllergieMed, la toute première clinique de la Mauricie entièrement consacrée aux traitements des allergies et à la recherche. On lui doit aussi un centre de recherche portant principalement sur les allergies, le Centre d'investigation clinique de la Mauricie.

«Aujourd'hui, nous traitons plus de quatre cents personnes par semaine», souligne le **D<sup>r</sup> Houle**. Les patients ont également l'avantage d'éviter des délais de plus d'un an avant de commencer leurs traitements. «La plupart attendent quatre mois, au maximum six», soutient le clinicien spécialisé en allergies.

La clinique du **D<sup>r</sup> Houle** soigne les patients souffrant d'asthme, d'allergies alimentaires, d'allergies pulmonaires et d'allergies saisonnières. «Le bouleau et l'herbe à poux, dont les pollens

sont les principaux responsables du rhume des foins, sont des espèces végétales qui pullulent sur le territoire de la Mauricie», signale-t-il.

Au fil des années, le **D<sup>r</sup> Houle** s'est entouré de trois médecins et de quatre infirmières qui couvrent également les villes de La Tuque, Shawinigan, Nicolet et même Joliette, dans Lanaudière. «Ma plus grande satisfaction demeure la création de notre centre de recherche au sein même de la clinique. Il nous a permis de mettre au point une vingtaine de nouvelles molécules qui ont servi à l'élaboration de nouveaux médicaments notamment contre l'asthme et les allergies», dit-il.

Tous ces projets inspirants ne constituent qu'une infime partie de l'ensemble des accomplissements d'une foule de médecins de famille engagés un peu partout au Québec. Des omnipraticiens qui caressent le même et unique objectif : mieux répondre aux besoins des patients. //

### BIBLIOGRAPHIE

1. Costantino TG, Parikh AK, Satz WA et coll. Ultrasonography-guided peripheral intravenous access versus traditional approaches in patients with difficult intravenous access. *Ann Emerg Med* 2005; 46 (5) : 456-61.

### ENCADRÉ

## L'ACCUEIL CLINIQUE, UNE INITIATIVE QUI A FAIT DU CHEMIN

CISSS de Laval, CISSS des Laurentides, CISSS Richelieu-Yamaska, Institut de Cardiologie de Montréal... le concept de l'accueil clinique a, depuis dix ans, été mis en œuvre dans près d'une trentaine de milieux hospitaliers de la province. Aujourd'hui, des médecins de famille et des infirmières de triage peuvent ainsi, selon des algorithmes, permettre rapidement à leurs patients de consulter un médecin spécialiste et de bénéficier d'un plateau technique.

C'est au **D<sup>r</sup> Claude-André St-Laurent**, médecin superviseur et professeur adjoint de clinique au GMF-U du sud de Lanaudière, que l'on doit cette importante avancée organisationnelle en 2005. «Il y a quinze ans, il devenait de plus en plus difficile pour les omnipraticiens d'avoir accès aux plateaux techniques et aux médecins spécialistes. C'était aussi l'époque où l'on voyait de plus en plus de patients se présenter à l'urgence... sans qu'il y ait vraiment urgence. En revanche, le traitement de leurs problèmes de santé ne devait pas non plus traîner. Ce pouvait être des douleurs thoraciques, des douleurs abdominales de type coliques hépatiques, des infections récidivantes. C'est ce que l'on appelait des problèmes subaigus», raconte le médecin.

Le **D<sup>r</sup> St-Laurent** a rencontré plus d'une douzaine d'experts, notamment des chefs de service, des neurologues, des pneumologues, des chirurgiens et des orthopédistes, pour déterminer une soixantaine de ces problèmes de santé qui sont devenus les tout premiers à faire l'objet d'algorithmes à l'accueil clinique.



D<sup>r</sup> Claude-André St-Laurent

Dès le lancement, six cliniques et deux CLSC du sud de Lanaudière ont mis en place le concept. Quel a été l'effet de l'accueil clinique sur les patients ayant des problèmes subaigus ? «Ils ont tous été surpris et satisfaits par la rapidité et la qualité des soins. La plupart des cas classés "subaigus de type A" peuvent aujourd'hui être pris en charge, comme il se doit, en moins de soixante-douze heures. Les cas "subaigus de type B", eux, sont maintenant pris en charge, comme prévu, en moins de dix jours», explique le médecin.

### DES CHIFFRES À L'HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR

Certains adeptes de l'accueil clinique ont également enregistré quelques données intéressantes. C'est le

cas du **D<sup>r</sup> Alexandre Messier**, urgentiste à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, qui a mis en place l'accueil clinique en 2014. Pour s'assurer de l'efficacité du modèle au sein de son établissement, le **D<sup>r</sup> Messier** indique n'avoir introduit que vingt et un algorithmes.

Depuis, l'accueil clinique a permis de venir en aide à plus de deux mille patients par année, indique le médecin. Une étude, menée à l'interne, a montré que le temps d'attente des patients de l'accueil clinique ayant eu une thrombophlébite a diminué de moitié (plus de six heures) avant de voir le spécialiste. Et ce sans mettre les pieds à l'urgence ! Et les médecins ? «Parmi les quatre-vingts médecins de famille sondés à l'interne, 95 % ont indiqué être très satisfaits du processus.» **CH**