

CONSEIL DE LA FMOQ

AVANCÉES POUR ACCROÎTRE L'ACCÈS À UN OMNIPRATICIEN

Au cours du conseil de la FMOQ, qui s'est tenu à Montréal le 14 décembre dernier, le président, le D^r Louis Godin a présenté plusieurs dossiers qui pourraient améliorer l'accès à un médecin de famille.

Emmanuèle Garnier

Photos: Emmanuèle Garnier



D^r Louis Godin

Les régions éloignées, qui subissent de plein fouet la nouvelle pénurie d'effectifs médicaux, ont un nouvel espoir. Une prime destinée à les rendre plus attractives vient d'être créée. «L'entente est paraphée, et son application est immédiate», a annoncé le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, au conseil de la Fédération.

La nouvelle mesure sera offerte dans les territoires des réseaux locaux où le manque d'omnipraticiens est particulièrement important. Les médecins qui décideront de s'y installer recevront pendant deux ans un important forfait annuel. «Ils devront s'engager à exercer dans l'établissement du territoire pendant cette période», a précisé le D^r Godin.

Dans certaines régions éloignées, la situation était devenue critique. «C'est très difficile pour les équipes qui se retrouvent avec moins de 50% des effectifs qu'elles devraient avoir», a indiqué le président.

Trois territoires de la Côte-Nord pourraient bénéficier de la nouvelle mesure: Havre-Saint-Pierre, Port-Cartier et Forestville. Et en Abitibi, au moins une région pourrait s'en prévaloir: le Témiscamingue. La FMOQ évaluera chaque année la nécessité de reconduire cette initiative.

Il existe par ailleurs un programme gouvernemental semblable à la nouvelle mesure: le Soutien aux régions pour le recrutement d'omnipraticiens et de spécialistes (SARROS). «Il donne une prime pour un engagement de cinq ans. Les médecins pourront adhérer aux deux programmes», a mentionné le D^r Godin.

PROGRESSION DU TAUX D'INSCRIPTION DE LA POPULATION

Bonne nouvelle. Le nombre de Québécois ayant un médecin de famille continue à progresser. Le 29 novembre dernier, il était de 6 577 465. Un taux de 81,8%.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, les omnipraticiens ont inscrit 122 727 patients de plus. «Nous y sommes parvenus en plus de reprendre les patients qui avaient perdu leur médecin de famille pendant cette période-là. C'est une performance remarquable étant donné les circonstances», a souligné le président.

La ministre de la Santé et des Services sociaux, pour sa part, vise une augmentation de 175 000 patients inscrits entre le 1^{er} juillet 2019 et le 30 juin 2020. «Les chiffres portent à croire que nous pouvons atteindre cet objectif.»

Selon le plan stratégique de 2019 à 2023 du ministère, le pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille devra être de:

- ▶ 82% en 2019-2020;
- ▶ 83% en 2020-2021;
- ▶ 84% en 2021-2022;
- ▶ 85% en 2022-2023.

Le taux d'inscription doit ainsi atteindre 82% d'ici le 31 mars 2020. «On doit donc continuer à bien travailler. Il faut que le taux d'inscription continue à augmenter de façon importante», a affirmé le D^r Godin.

Les nouvelles ne sont cependant pas bonnes sur tous les plans. Ainsi, le guichet d'accès à un médecin de famille ne se désengorge pas. «On nous dit que le problème est de plus



en plus sérieux, parce qu'il y a de plus en plus de monde sur le guichet.»

Mais l'une des explications possibles viendrait de ces médecins qui, songeant à prendre leur retraite, recommandent à leurs patients de s'y inscrire. «Treize pour cent des patients dans le guichet ont toujours un médecin de famille», a indiqué le président. Et c'est sans compter ceux à qui l'on attribue un médecin de famille et qui ne vont pas à leur premier rendez-vous.

SOINS INTENSIFS À DOMICILE

Une nouvelle entente a été conclue entre la Fédération et le ministère de la Santé concernant les soins intensifs à domicile (SIAD). «Cela faisait neuf mois que l'on demandait régulièrement au ministère une nouvelle entente. On lui disait que celle qui existait allait créer énormément d'iniquités entre les médecins et au sein des différentes régions. Celle que l'on nous a soumise cette fois-ci nous apparaît gérable et applicable dans tout le Québec», a expliqué le Dr Godin aux délégués.

Le principe reste le même : une équipe de médecins prend en charge pendant une courte période soit un patient à domicile dont l'état de santé s'est gravement détérioré, soit une personne qui reçoit des soins palliatifs.

Comment fonctionnera le système ? Chaque CISSS et chaque CIUSSS disposera d'une banque de forfaits quotidiens qu'il pourra accorder à des équipes médicales. «Cette banque a été déterminée à partir de critères similaires pour tous les territoires : nombre de patients inscrits aux soins à domicile, d'hospitalisations et de personnes de plus de 75 ans sur le territoire et importance de la population», a expliqué le président.

Les équipes médicales choisies devront assurer un service continu qui inclut une garde de 24 heures sept jours sur sept. Elles recevront un maximum de six forfaits quotidiens qui seront répartis entre leurs membres.

«Le médecin sera rémunéré selon le mode de rémunération mixte ou à l'acte et recevra un supplément pour la visite de



Délégués du conseil de la FMOQ

prise en charge», a précisé le Dr Godin. La rémunération pour la garde en disponibilité s'ajoutera à la rétribution.

CAPITATION

Les négociations entre la FMOQ et le gouvernement visant à inclure la capitation dans le mode de rémunération des omnipraticiens se poursuivent. «Nous sommes actuellement en discussion exploratoire. On s'entend sur beaucoup de points, mais rien n'est réglé. Il y a des éléments cruciaux dont il faut encore discuter», a affirmé le Dr Godin. Pour la FMOQ, ce changement de mode de rétribution constituera l'un des dossiers importants de 2020. //

AUGMENTATION DE LA COTISATION SYNDICALE

La cotisation syndicale de 2019-2020 sera haussée de 1,9 %, ce qui correspond à l'augmentation moyenne de la rémunération des omnipraticiens en pratique active en 2018-2019. La somme à payer passera ainsi de 1966 \$ à 2001 \$ et comprendra :

- ▶ la cotisation syndicale en tant que telle : 1901 \$
- ▶ la contribution au Grand Défi Pierre Lavoie : 100 \$

Sur la cotisation de 1901 \$, 366 \$ seront remis aux associations.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE MONTRÉAL

CES PATIENTS VULNÉRABLES QUI N'AURONT PLUS DE MÉDECIN DE FAMILLE

Montréal compte de nombreux médecins de 60 ans et plus. Leur retraite risque de provoquer une crise, a prévenu le président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal à l'assemblée générale de l'organisme, le 22 novembre dernier.

Emmanuèle Garnier



Photos : Emmanuèle Garnier

D^r Michel Vachon

À Montréal, ils sont près de 700 médecins de famille à avoir 60 ans et plus et à suivre des patients. Ils représentent 35% des omnipraticiens de l'île et ont pris en charge 38% des personnes inscrites dans la métropole. En outre, ils s'occupent de 45% des patients vulnérables.

Parmi ces cliniciens, le groupe le plus âgé est tout aussi étonnant. «Deux cent trente ont 70 ans et plus. Ils constituent 11% des omnipraticiens montréalais et, à eux seuls, suivent 12% des patients inscrits à Montréal (figure)», a expliqué le **D^r Michel Vachon**, président de l'Association des médecins

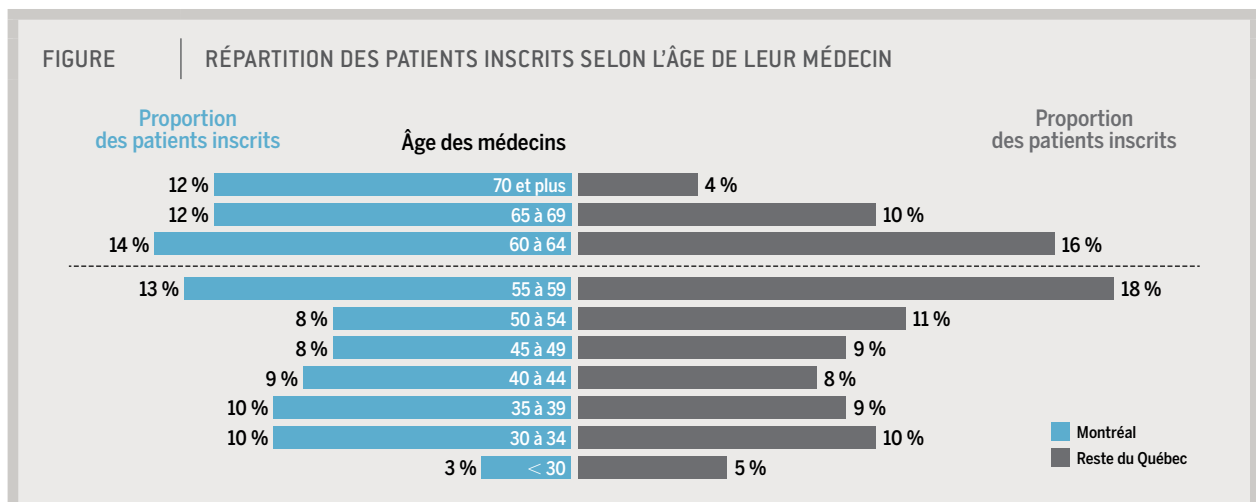
omnipraticiens de Montréal (AMOM), aux quelque 85 médecins présents à l'assemblée générale annuelle.

À Montréal, le vieillissement des effectifs médicaux est devenu critique. L'âge moyen des omnipraticiens pratiquant en première ligne est de 57 ans chez les hommes et de 47 ans chez les femmes. Que se passera-t-il lorsque les médecins de famille les plus âgés prendront leur retraite? La situation sera difficile. «De façon générale, les médecins de 55 ans et plus ont une proportion plus élevée de patients vulnérables dans leur clientèle. L'âge des patients augmente avec celui du médecin», a indiqué le D^r Vachon. Par comparaison, dans le reste de la province, l'âge moyen des médecins inscrivant des patients est de 49 ans.

UN TAUX D'INSCRIPTION DE 86 %

Même si leur moyenne d'âge est élevée, les médecins de famille montréalais ont continué à inscrire des patients. «Le 1^{er} novembre, ils suivaient 1,6 million de patients. Si tous leurs patients habitaient Montréal, les médecins de la métropole auraient un taux d'inscription de 86%», a souligné le D^r Vachon.

Le problème, c'est que plus de 20% des patients inscrits par les omnipraticiens montréalais proviennent de l'extérieur de





la ville. Ce qui fait chuter le taux d'inscription de la population métropolitaine. « Cela donne donc un taux de 69%. »

Mais pour le président de l'AMOM, seul le taux de 86% compte. « L'année dernière, à la même date, il était de 84%. La vérité, c'est que les médecins de famille de Montréal travaillent fort. »

Cependant, malgré ces efforts, il reste 138 484 patients dans le guichet d'accès à un médecin de famille de Montréal. Toutefois, 81% sont classés D et E. Ce sont des gens faciles à prendre en charge, a indiqué à ses membres le D^r Vachon. « Les patients D et E ne veulent pas nécessairement voir un médecin de famille. Ils veulent avoir un endroit où aller s'ils sont malades et être sûrs d'être vus. »

Le président aimerait que la métropole obtienne plus de nouveaux médecins. « Sinon, un très grand nombre de patients, dont les plus âgés et les plus vulnérables, vont bientôt se retrouver sans médecin de famille. Dans plusieurs régions du Québec, mais surtout à Montréal, nous savons depuis des années qu'une vague de retraites nous attend », explique le D^r Vachon. Le président est toutefois conscient que d'autres villes connaissent une pénurie pire que celle de la métropole.

LES DEMANDES DU GOUVERNEMENT

Depuis un an, les relations entre le gouvernement et les omnipraticiens se sont grandement améliorées. « Il y a maintenant un climat de collaboration et d'écoute, a indiqué le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, aux médecins présents. Mais il ne faut pas penser que ce gouvernement n'a pas aussi des objectifs précis. »

Les demandes du ministère de la Santé ne vont d'ailleurs pas sans difficulté. « Le gouvernement a des attentes, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins alors qu'une pénurie très importante de médecins de famille s'est réinstallée. Il y a un déficit de médecins de famille de probablement 700 à 800 médecins. Et cela pèse très lourd. »

En 2019, le ministère de la Santé souhaitait l'inscription de 175 000 nouveaux patients. « Au cours des neuf premiers mois de l'année, presque 100 000 personnes de plus ont été prises en charge. Il faut donc continuer. » La priorité du gou-



D^r Louis Godin

vernement est, de manière plus particulière, la prise en charge des patients des guichets d'accès à un médecin de famille.

LA CAPITATION D'ICI DEUX ANS ?

Le ministère de la Santé et la FMOQ travaillent également ensemble à créer un nouveau mode de rémunération pour les médecins de famille. Un modèle qui comportera une large part de capitation.

« La capitation, c'est un peu comme une entente de services », a expliqué à ses membres le D^r Godin. Le médecin s'engage, en échange d'une certaine somme, à s'occuper de son patient. « Il n'est plus obligé de le rencontrer pour être rémunéré. Cela amène une tout autre façon de travailler. Le médecin peut communiquer avec son patient par téléphone, lui écrire, le faire voir par un autre professionnel. »

La modification sera radicale. « Ce sera probablement la plus importante depuis le début du régime de l'assurance maladie. » Mais comme le nouveau mode comporte de nombreuses inconnues, la Fédération compte demander des garanties au gouvernement. Elle veut s'assurer que ses membres ne courront aucun risque.

Le cadre général du nouveau modèle devrait être établi dans les prochains mois. Toutefois, il ne sera pas proposé au moins avant de 18 à 24 mois. « Tout devra être clairement défini avant que l'on commence », a affirmé le D^r Godin. //

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DE MONTRÉAL

LE MINISTRE CARMANT PRÉSENTE LES PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT

Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier



M. Lionel Carmant, ministre délégué à la Santé

L'un des objectifs du gouvernement dans le domaine de la santé? Permettre à la population de voir un médecin de famille en 36 heures et un clinicien à l'urgence en 90 minutes. C'était la promesse de la Coalition avenir Québec en campagne électorale.

«C'était ambitieux, mais stimulant. C'est un peu pour ça que j'ai pris le dossier de la technologie. Je pense que cette dernière constitue un des moyens qui pourrait beaucoup nous aider à évoluer vers ces objectifs», a expliqué **M. Lionel Carmant**, ministre délégué à la Santé et aux Services sociaux, au cours de l'assemblée générale de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal.

Pour accroître l'accès aux soins, le gouvernement a un plan en plusieurs volets. Le premier: le Rendez-vous santé Québec (RVSQ). La plateforme est actuellement progressivement déployée dans la province. «On est aussi en train d'améliorer les aspects technologiques que les différents groupes de médecins de famille nous ont mentionné être déficients: l'annulation des rendez-vous, le recours aux résidents, aux infirmières, etc.», a expliqué le ministre.

En ce qui concerne la réduction du temps d'attente à l'urgence, plusieurs projets sont prévus. M. Carmant a, par exemple, été particulièrement enthousiasmé par l'expérience du CIUSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. L'établissement a mis sur pied un système de réorientation des patients classés P4 et P5 en se servant du RVSQ. «À peu près de 10% à 15% des patients sont envoyés directement de l'urgence vers un des GMF environ-

nants. Je pense qu'il y a maintenant trois GMF associés aux trois urgences du CIUSSS du Nord-de-l'Île.»

Le ministre aurait voulu étendre cette initiative à toute la province, mais il y avait d'importants écueils. «Il y a un mois, on a donc décidé de laisser chaque CISSS ou CIUSS aller de l'avant dans son propre réseau et s'organiser sur une base locale ou régionale.»

D'autres projets pourraient également diminuer l'attente aux urgences. Actuellement, il n'y a pas de communication entre le système Med-Urge des urgences et le système des ambulanciers. «Dans la région de Québec, on est en train de faire un projet pilote où les deux systèmes se parlent. Le but est d'amener les patients dont les cas sont moins urgents non pas à l'urgence où le transport va se faire le plus rapidement, mais à l'urgence où ils seront pris en charge le plus rapidement», a indiqué le ministre délégué.

M. Carmant désire également mettre sur pied un système de synchronisation des soins dans les hôpitaux. C'est un outil dont se sert le Centre médical Beth Israel Deaconess, à Boston, où le ministre, qui était neurologue, a fait une formation complémentaire. «Tous les examens, toutes les consultations sont gérés par un système informatisé qui repose sur la date de congé du patient. Les services sont ainsi automatiquement fournis la journée même, de façon prioritaire, aux personnes les plus susceptibles de quitter l'hôpital. Ce système libère beaucoup plus rapidement les lits.» Le Beth Israel Deaconess a réussi de cette manière à réduire la durée du séjour des patients de 20%.

Le dossier clinique informatisé des hôpitaux pourrait par ailleurs être amélioré. «On veut évoluer vers un dossier qui pourra être consulté de tous les points de l'établissement, des GMF, des bureaux des médecins de famille pour que tout le monde puisse avoir accès à l'information.»

Quand tous ces projets seront-ils mis en oeuvre? Le Rendez-vous santé Québec, l'organisation des services ambulanciers et la réorientation des patients pourraient être prêts d'ici au printemps. «Pour le dossier santé numérique, le déploiement pourrait se faire sur une période de deux à dix ans. En ce qui concerne le système de synchronisation des soins, on a déjà fait l'appel d'offres, mais c'est un projet qui se ferait aussi sur une période beaucoup plus longue.» //

DES NOUVELLES DES ASSOCIATIONS...

ASSOCIATION DE YAMASKA

La D^{re} Jocelyne Bonin
nommée membre émérite

Nathalie Vallerand

L'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a accordé le titre de membre émérite à la **D^{re} Jocelyne Bonin** lors de son assemblée générale annuelle. La D^{re} Bonin, qui exerce au GMF-U Richelieu-Yamaska de Saint-Hyacinthe, comptera bientôt 35 ans de carrière.

La D^{re} Bonin est une pionnière et une visionnaire, déclare la **D^{re} Josée Bérubé** qui la connaît depuis 25 ans. « Au début de sa carrière, Jocelyne a travaillé en équipe dans les unités de soins de l'hôpital, alors que ça se faisait traditionnellement en solo. De plus, sa clinique de l'époque comptait une infirmière dans ses rangs. C'était bien avant les infirmières praticiennes spécialisées et le travail multidisciplinaire ! » La D^{re} Bonin était aussi à l'avant-garde en ce qui concerne le soutien aux jeunes médecins. « Chaque semaine, on revoyait les cas et on remettait en question nos façons de faire. C'était de l'apprentissage par problèmes avant le temps », poursuit la D^{re} Bérubé qui figurait alors parmi ces jeunes médecins.

L'importance que la D^{re} Bonin accorde à la qualité de l'acte et à la formation a teinté ses nombreux engagements. Elle a notamment été directrice de la Formation médicale continue et directrice adjointe des Services professionnels en mission de première ligne à l'Hôpital Honoré-Mercier. Elle a aussi fondé l'UMF Richelieu-Yamaska qu'elle a ensuite dirigée pendant dix ans.

Toujours aussi active, la nouvelle membre émérite, en plus de suivre ses patients, occupe actuellement le poste de directrice de l'enseignement universitaire et de la recherche du CISSS de la Montérégie-Est et de ses deux centres d'apprentissage et de simulation clinique. « La D^{re} Bonin n'a jamais compté son temps, souligne la D^{re} Bérubé. Elle fait partie de cette classe de personnes exceptionnelles qui influencent la pratique médicale pour le mieux. » //



D^r Jacques Bergeron, D^{re} Jocelyne Bonin et D^r Louis Godin

ASSOCIATION DE LAURENTIDES-LANAUDIÈRE

Un premier membre honoraire :
le D^r Jean-Pierre Boucher

Nathalie Vallerand

Le printemps dernier, le conseil d'administration de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL) a décidé de nommer des membres honoraires pour exprimer sa gratitude envers des membres engagés. « Le choix de la première personne à qui rendre hommage nous semblait évident. Ce devait être le **D^r Jean-Pierre Boucher**. Il a un parcours syndical impressionnant, rempli de générosité, de constance et de convictions », dit le **D^r Marc-André Amyot**, président de l'AMOLL, qui a présenté le récipiendaire à l'assemblée générale annuelle de l'association.

Le nouveau membre honoraire exerce à la Clinique médicale Lanaudière (GMF de Joliette), qu'il a cofondée avec son épouse, la **D^{re} Madeleine Gratton**. L'une des quatre filles du couple, la **D^{re} Raphaëlle Boucher**, y a aussi établi sa pratique.

L'engagement syndical du D^r Boucher a commencé dès ses débuts en médecine en 1983, quand il est devenu délégué substitut de l'AMOLL au conseil général de la FMOQ. Au cours des années suivantes, il a multiplié les fonctions : délégué permanent, membre du comité des médecins en cabinet privé de la FMOQ et membre du comité des finances, directeur au conseil d'administration de l'AMOLL, pour finalement occuper le poste de président de cette même association pendant 14 ans, de 1991 à 2005. « C'est près d'un quart de siècle de dévouement et de loyaux services », souligne le D^r Amyot.

Le D^r Boucher s'est également toujours engagé dans sa communauté, notamment auprès de la Croix-Rouge, du CLSC de Joliette et des personnes toxicomanes. « Jean-Pierre est un communicateur né qui défend avec passion les intérêts de sa profession et de sa région, poursuit le D^r Amyot. C'est aussi un médecin de famille accessible et vaillant qui a à cœur une organisation des soins de santé qui place le patient au centre des préoccupations. » //



Le D^r Jean-Pierre Boucher, entouré de sa conjointe et de sa fille, les D^{res} Madeleine Gratton et Raphaëlle Boucher, ainsi que du D^r Marc-André Amyot

AU TABLEAU D'HONNEUR

PRIX GILLES-DES-ROSIERS

LA LAURÉATE, LA D^{RE} RAYMONDE VAILLANCOURT



D^{re} Raymonde Vaillancourt et D^r Louis Godin

Cette année, la Fédération a décerné son prix de formation continue, le prix Gilles-des-Rosiers, à la **D^{re} Raymonde Vaillancourt**, médecin de famille de Sherbrooke. Cette distinction, remise par le président de la FMOQ, le **D^r Louis Godin**, vise à souligner la contribution exceptionnelle d'un médecin de famille à la formation continue de ses collègues, que ce soit par sa participation directe ou par son œuvre. Le lauréat est généralement un chef de file dans le domaine du perfectionnement professionnel.

Par un étrange retour des choses, la D^{re} Vaillancourt reçoit le prix qu'elle a elle-même créé il y a 26 ans. Alors présidente du comité de formation de la FMOQ, elle avait proposé un prix « qui serait remis annuellement à un médecin qui se serait distingué en formation médicale ». Cette récompense était alors accompagnée d'une somme de 500 \$ – qui est aujourd'hui de 1500 \$ – et donnait la possibilité d'assister gratuitement à un congrès de la FMOQ ou bien à la semaine de l'omnipratique qui avait lieu tous les deux ans à Montréal.

La D^{re} Vaillancourt a été membre du comité de formation de manière presque continue de 1983 à 1995 et en a été la présidente pendant quatre ans. Mais elle a aussi été la directrice par intérim de la Formation professionnelle de la FMOQ de novembre 1995 à juin 1996. En plus, elle a été responsable régionale de la formation de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie, organisme dont elle a par ailleurs été la présidente de 1995 à 2004.

« Au-delà de son travail en formation continue, la D^{re} Vaillancourt s'est engagée dès le début dans le développement de l'accès adapté en Estrie. Elle a été l'une des premières à l'adopter et à donner des formations sur ce modèle », explique le **D^r Claude Guimond**, directeur actuel de la Formation professionnelle de la Fédération. À ses yeux, la D^{re} Vaillancourt est une médecin de famille qui s'est consacrée de différentes manières à la médecine familiale et à l'organisation des soins. **EG**

PRATICO • PRATIQUE

VOUS AVEZ DES TRUCS
À NOUS FAIRE CONNAÎTRE ?

ENVOYEZ-LES À EGARNIER@FMOQ.ORG



UN SITE QUI AIDE LES MÉDECINS ET LES PATIENTS

À l'urgence de Lévis, le **D^r Pierre Beaupré** examine un homme souffrant d'une hernie discale typique. Pour le spécialiste en médecine d'urgence, le diagnostic est clair. Cependant, le patient, lui, s'attend à passer une tomodensitométrie de la colonne.

« Comme il se faisait insistant, je l'ai orienté vers mon site www.infopatient.ca en lui disant de lire la section sur la lombalgie, qui contient un lien vers un article de "Choisir avec soin" sur l'imagerie dans une telle situation », explique le clinicien.

Il y a quelques années, le D^r Beaupré a créé, pour les patients, un site qui contient des liens vers des sources fiables : le Collège des médecins de famille du Canada, Santé Canada, etc. On y trouve des sujets qui vont des allergies jusqu'à la vaccination en passant par les antibiotiques. Un moteur de recherche permet d'y chercher d'autres thèmes, mais uniquement dans des sites présélectionnés d'organismes médicaux ou gouvernementaux.

Le médecin, qui dispose d'un temps limité à l'urgence, a eu l'idée de ce site pour bonifier la consultation. « Parfois, les patients consultent à l'urgence alors qu'ils ont déjà rencontré un médecin. Leur problème a bien été traité, mais ils ont eu peu d'explications ou ne les ont pas bien retenues », explique-t-il. Le site aide donc le médecin à mieux leur faire comprendre leur situation.

Finalement, quand le D^r Beaupré revient voir son patient souffrant de lombalgie, ce dernier a navigué sur le site grâce à son cellulaire. « Il avait juste hâte que je le laisse quitter l'urgence ! » **EG**

RETOMBÉES DE L'ÉPREUVE DU 1000 KM À VÉLO DES ÉCOLES MIEUX ÉQUIPÉES POUR LE SPORT

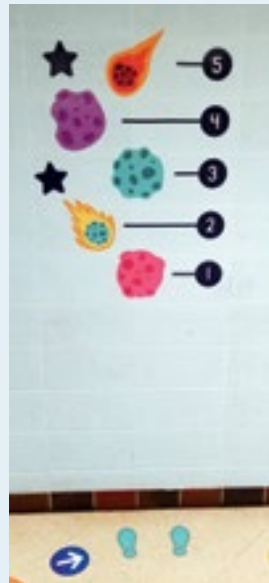


Photo : Emmanuèle Garnier

Remise du chèque destiné à l'École du Grand-Héron et à la nouvelle école de LaSalle

Les trois équipes d'omnirapatriens qui ont participé à l'épreuve du 1000 km à vélo du Grand Défi Pierre Lavoie ne se sont pas seulement dépassées sur le plan sportif. Elles ont aussi récolté une importante somme pour les écoles qu'elles ont parrainées : 140 000 \$. De l'argent qui servira à financer l'équipement et le matériel sportifs.

Depuis le lancement de l'épreuve, il y a cinq ans, les équipes FMOQ-1, FMOQ-2 et la nouvelle Énergie Rose ont recueilli 462 420 \$. Cette somme a permis d'aider 48 écoles. Les dons, parfois joints à ceux d'autres partenaires de la collectivité, contribuent à la réalisation de nombreux projets. Ainsi, à Montréal, l'école Lévis-Sauvé va se doter d'un « corridor actif ». « Il s'agit d'autocollants appliqués au sol et aux murs qui permettent de développer la motricité des enfants. Ils invitent les élèves à faire des sauts, à s'étirer pour toucher une image sur le mur, etc. Ces exercices permettent d'améliorer la concentration de ceux qui ont besoin de bouger, même durant les heures de classe », explique **M^{me} Marie-Ève Lamothe**, directrice de l'école.



Exemple de corridor actif dont compte se doter l'école Lévis-Sauvé, à Montréal

L'école Phoenix, de Granby, elle, pourra aménager un parcours sportif dans le parc-école grâce au don reçu. À Saint-Georges-de-Clarenceville, l'école du Petit Clocher va se faire faire un terrain de soccer en gazon synthétique. Et à Trois-Rivières, l'école les Terrasses pourra réaliser son projet de réfection du parc-école.



Remise du chèque de l'équipe Énergie rose à l'école Les Terrasses, à Trois-Rivières

Certaines institutions choisissent de s'équiper pour les activités de plein air. C'est le cas de la nouvelle école primaire de LaSalle, parrainée par le capitaine de l'équipe FMOQ-1, le **D^r Claude Guimond** « On a accès au parc Angrignon. C'est un terrain de jeu magnifique. On va s'acheter du matériel pour aller jouer dehors : skis de fond, raquettes, boussoles pour l'*orientering* », explique **M. Alexandre Mathieu**, professeur d'éducation physique à l'école.

Pour **M. Pierre Lavoie**, présent à la remise du chèque, il est important que les enfants pratiquent de nombreux sports. « Plus vous ferez de sports différents et plus vous deviendrez habiles, a-t-il expliqué aux élèves rassemblés dans le gymnase pour l'occasion. Ce sont ceux qui se sentent compétents en activité physique, pas forcément les plus performants, qui restent actifs longtemps. C'est pour ça que les écoles font faire plein de sports et que le Grand Défi fait des dons pour acheter plein d'équipement. » **EG**

On peut voir les divers projets qui se sont concrétisés grâce aux dons recueillis par les équipes FMOQ-1, FMOQ-2 et Énergie rose au : <http://tiny.cc/mlt7gz>. La page, qui ne présente que les dons et les réalisations de 2019, comportera bientôt ceux des années antérieures.

PRÉVENIR LA VIOLENCE DANS LE MILIEU MÉDICAL

COMMENT RÉAGIRIEZ-VOUS FACE À UN PATIENT VIOLENT ?

Même si les cas de violence entre patient et médecin de famille demeurent marginaux, il serait prudent de prendre certaines mesures de prévention.

Claudine Hébert



D^{re} Lisa Calder

Que feriez-vous face à un patient qui se met à vous menacer pendant une consultation? Sauriez-vous comment vous protéger s'il en venait aux coups? La **D^{re} Line Martel** (nom fictif pour préserver son anonymat), qui pratique dans un GMF, avoue avoir eu la peur de sa vie lorsqu'elle s'est trouvée dans une telle situation, il y a près de trois ans. Encore aujourd'hui, la clinicienne a des frissons dans le dos quand elle raconte son histoire.

Que s'est-il passé? La D^{re} Martel suit un patient qui est en arrêt de travail à répétition depuis six ans. Il conteste régulièrement les résultats de tests effectués par l'omnipraticienne et par d'autres médecins spécialistes qui le considèrent comme apte à retourner au travail. En plus d'arriver en retard à chaque rendez-vous, l'homme est arrogant, irrespectueux et familier. Une attitude qui indispose la clinicienne qui souhaite mettre fin à cette relation médecin-patient. « Un an avant l'incident, j'avais même contacté le Collège des médecins pour l'aviser que je ne me sentais plus à l'aise de suivre ce patient qui faisait exprès de m'intimider. Le Collège m'a toutefois répondu qu'il était dans mes obligations de poursuivre le suivi puisque ce patient était vulnérable », indique la D^{re} Martel.

Puis arrive la consultation de juin 2017. Le patient avait rendez-vous avec la D^{re} Martel à 10 h pour un suivi pour

la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Le patient ne se présente pas. Vers 14 h 30, il appelle à la clinique en exigeant de voir l'omnipraticienne le jour même. Le secrétariat lui mentionne que ce sera impossible et qu'il doit prendre un nouveau rendez-vous, un autre jour.

« Mécontent, le patient est tout de même arrivé à la clinique en après-midi. Il a pris place dans la salle d'attente et a indiqué d'une voix forte qu'il ne bougerait pas tant que je ne l'aurais pas vu. J'ai cédé, se remémore la clinicienne, encore sous le choc. J'ai fait venir le patient dans mon bureau pour lui signaler que son comportement n'était plus acceptable. Je mettais fin au suivi. Je lui ai alors expliqué calmement où il pourrait désormais renouveler ses prescriptions et s'enregistrer pour avoir un nouveau médecin. Il s'est levé, rouge de colère, en me pointant du doigt. Tout en vociférant des menaces et des injures à mon endroit, il est sorti de mon bureau en frappant dans toutes les portes, les murs et les fenêtres qui se trouvaient sur le chemin de la sortie. »

Le personnel du GMF a immédiatement appelé la police. Puisqu'il n'y avait pas de bris matériels, aucune plainte n'a été déposée contre le patient malveillant. Lui, cependant, a porté plainte contre la D^{re} Martel au Collège des médecins. La plainte, qui s'est traduite par une longue enquête de neuf mois, n'a finalement pas été retenue contre elle. « Malgré tout, j'ai vécu des mois de stress et d'anxiété. Et surtout, j'ai toujours peur que ce patient revienne et m'attaque à la sortie de la clinique. »

APPRENDRE À SE PROTÉGER...

Qu'aurait pu faire de différent la D^{re} Martel? « Un médecin de famille ou tout autre intervenant ne devrait pas prendre le risque de recevoir seul dans son bureau un patient qui est déjà agité », explique **M. Yves Proulx**, conseiller et formateur en santé et sécurité au travail à l'Association paritaire pour la santé et sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS).

« Dès qu'un patient montre des signes d'agressivité, il faut avoir un filet de sécurité. Il est plus prudent d'être au moins deux

▶ LA POSITION DU COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC

face à lui. On peut être avec un collègue médecin, une infirmière ou un psychologue. Généralement, la présence d'une troisième personne dans la pièce aide à réduire le risque de crise», explique cet expert en santé et en sécurité au travail.

Ex-infirmier en milieu psychiatrique, M. Proulx a participé à la création de la formation Oméga. Présenté depuis une vingtaine d'années aux divers intervenants du secteur de la santé et des services sociaux, ce programme explique les principaux modes d'intervention et les habiletés qui permettent d'assurer sa propre sécurité et celle des autres dans les situations d'agressivité. Jusqu'à ce jour, plus de 50 000 professionnels de la santé ont suivi cette formation.

« Personne, insiste le formateur, ne devrait accepter de faire l'objet de menaces verbales ou physiques sur le plan professionnel. Cela ne fait pas partie des tâches. » Les médecins, tout comme les autres professionnels de la santé, dit-il, apprennent à se protéger contre les infections, la transmission de virus ou de bactéries. « Ils doivent aussi apprendre à se protéger des patients agressifs », soutient-il.

ET À PROTÉGER SON PERSONNEL

Dans les milieux hospitaliers, poursuit M. Proulx, il existe un code blanc qui, une fois lancé, constitue une demande de renfort de la part d'un membre du personnel dans un contexte de violence en cours ou imminente. « Ce type de code, ou à tout le moins une politique de prévention, devrait être instauré dans toutes les cliniques de médecine familiale », recommande ce conseiller en santé et en sécurité au travail dans le secteur de la santé.

Même discours à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). « Il ne faut pas s'exposer inutilement à des risques. Chaque clinique médicale devrait établir un protocole de sécurité qui prévoit divers scénarios », conseille la **D^{re} Lisa Calder**, directrice de l'Analyse des soins médicaux à l'ACPM. Elle n'observe pas, pour le moment, de hausse importante du nombre de cas de violence envers les médecins au pays. Elle note tout de même une augmentation du nombre d'appels de la part de médecins qui pratiquent dans des communautés où sévit une crise des opioïdes. Des secteurs où le nombre de patients agités est généralement plus élevé.



D^r Yves Robert

Mettre un terme au lien médecin-patient, est-ce possible ?

*« Tout médecin peut mettre fin à une relation thérapeutique », répond le **D^r Yves Robert**, secrétaire à la direction*

générale du Collège des médecins du Québec. Pour autant, précise-t-il, que le médecin ait une raison juste et raisonnable. Mais attention, prévient le D^r Robert, un épisode de violence, même aigu, ne constitue pas en soi une raison de mettre fin à la relation. « Si tel était le cas, beaucoup de psychiatres ne reverraient plus de patients », dit-il.

Il faut d'abord comprendre la cause du comportement agressif. « Si le patient a des problèmes psychiatriques, il a besoin de soins. Si le médecin juge qu'il s'agit d'une violence gratuite et que le comportement du patient persiste malgré ses demandes de changement, le médecin pourrait effectivement mettre fin à la relation thérapeutique. Le médecin n'a pas à accepter l'inacceptable », indique le représentant du Collège des médecins.

Toutefois, chaque demande, insiste-t-il, demeure du cas par cas. « Il n'existe pas de règles précises. Tout dépend des circonstances. Il faut tenir compte du type de patient, de son problème de santé et du contexte dans lequel l'incident se produit. Le médecin doit donc bien inscrire dans le dossier la nature de la violence à laquelle il fait face avant d'entamer des procédures de fin de suivi », prévient-il.



Dr Patrick Tardif

«Selon les lois et les règles en santé et en sécurité au travail en vigueur dans chacune des provinces, les gestionnaires de clinique médicale ont la responsabilité de protéger leur personnel et les membres de leur équipe. Ils doivent s'assurer que les employés ont suivi une formation technique afin d'être en mesure de désamorcer les crises. Tout le personnel doit pouvoir reconnaître les signes annonciateurs de violence potentielle chez un patient», souligne la D^{re} Calder.

PRATIQUER DANS UN MILIEU AGITÉ

Plusieurs médecins de famille sont d'ailleurs déjà au fait de ce type de cadre de prévention. C'est le cas notamment de la D^{re} Anne-Sophie Thommeret-Carrière qui pratique, depuis cinq ans, auprès de populations vulnérables au centre-ville de Montréal. Elle exerce, entre autres, au Relais méthadone du Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN) une journée par semaine. Une clinique principalement fréquentée par des patients sans domicile fixe, dépendants aux opioïdes et parfois aux prises avec des problèmes de santé mentale.

«Par conséquent, notre clinique a mis en place des mesures préventives. Par exemple, nos chaises de travail, quelle que soit la pièce où l'on accueille le patient, sont toutes situées près de la porte de sortie. Tous nos bureaux sont équipés d'un bouton panique sous la table. Et la consigne est très claire: on ne doit jamais se trouver seul dans la clinique, qu'il y ait des patients présents ou non», souligne la D^{re} Thommeret-Carrière.

Et si le patient monte le ton? «Ici, c'est tolérance zéro pour les comportements agressifs. Il peut arriver qu'un patient perde totalement le contrôle de lui-même, comme ce fut le cas il y a quelques mois. Cette personne voulait coûte que coûte obtenir un médicament que j'ai refusé de lui prescrire, ce qui a provoqué toute une crise», se rappelle l'omnipraticienne.

S'en est suivi un lot d'injures et de blasphèmes du genre: mon %&!/@ de vache! Sur le coup, la D^{re} Thommeret-Carrière a été quelque peu ébranlée, mais elle n'a pas paniqué. «Je me suis

levée lentement, j'ai ouvert la porte et j'ai indiqué au patient, d'une voix calme, mais assez forte pour que tous mes collègues m'entendent: "Aujourd'hui, notre discussion ne mène à rien. Il vaut mieux que vous reveniez un autre jour. Allez, sortez maintenant!" Et il a quitté la pièce. Il est revenu une semaine plus tard en se confondant en excuses», relate la clinicienne qui possède une formation en médecine des toxicomanies.

SAVOIR ACCEPTER LA COLÈRE

«En général, explique la D^{re} Thommeret-Carrière, il suffit de laisser ventiler le patient, de l'envoyer fumer une cigarette à l'extérieur le temps que la poussière retombe. La plupart du temps, nous pouvons reprendre la discussion ou le traitement avec ce dernier.»

En fait, l'agressivité d'un patient provient généralement d'un élément qui a provoqué sa colère, explique l'omnipraticienne. «Ce comportement est bien souvent un symptôme. Notre défi, comme médecin, est d'apprendre à mieux composer avec cette émotion qu'exprime le patient. Une émotion qui est aussi normale que la joie ou la tristesse. Il faut apprendre à découvrir ce qui se cache derrière cette colère. On doit être en mesure de la canaliser. Il faut se demander: Quelle en est la source? Est-ce que le patient est en sevrage? Se trouve-t-il en état de psychose? Éprouve-t-il une réelle douleur? Il faut établir un diagnostic différentiel du comportement du patient. Une fois que l'on découvre les sources de la colère, il devient plus facile de traiter le patient», explique la clinicienne.

RECONNAÎTRE LES SITUATIONS POTENTIELLEMENT CRITIQUES

Par ailleurs, il ne suffit pas de mettre en place des politiques de prévention. «Encore faut-il savoir comment s'en servir», affirme le Dr Patrick Tardif, chef du Département de médecine d'urgence du Centre intégré de santé et services sociaux de Laval.

«Lors du bilan de certains incidents survenus à l'urgence, on constate que le code blanc a été lancé trop tard. Le personnel a tendance à associer ce code à un besoin de contention physique. Or, dès qu'un patient est agité ou anxieux, serre les poings, il y a déjà des signes qui laissent présager une possible escalade de l'agressivité», indique le médecin qui travaille à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, à Laval. En fait, soutient-il, le code blanc ne doit pas être perçu comme un outil de dernier recours, mais plutôt comme un outil de prévention servant à désamorcer une possible crise.

UN SUJET MOINS TABOU

Selon les statistiques de la CNESST, les cas de lésions attribuables à la violence en milieu de travail pour le personnel de la santé ont augmenté. Ils sont passés de 712 en 2014 à 957 en 2018. Une hausse de 34%. «La CNESST ne peut se prononcer sur les raisons qui expliqueraient la hausse obser-

D^r Alexandre Dumais

vée au cours des dernières années puisqu'il y a plusieurs hypothèses», indique **M. Alexandre Bougie**, porte-parole de l'organisme. Les sources de risques, explique-t-il, peuvent être variées. Il peut s'agir de manifestations de violence ou d'agression par la clientèle, par des membres du personnel ou par des personnes de l'externe. Ces statistiques ne font pas non plus la distinction entre les lieux de travail (urgences, GMF, etc.) et les types de profession.

Le D^r Tardif, lui, a une hypothèse. « Il y a peut-être plus de cas de violence parce qu'aujourd'hui les médecins et le personnel en parlent davantage. Le sujet est moins tabou », estime-t-il. La violence dans le milieu de la santé, précise-t-il, a longtemps été cataloguée comme l'éléphant dans la pièce.

Le **D^r Alexandre Dumais**, médecin psychiatre et chercheur à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel, à Montréal, partage également cet avis. « J'ai le sentiment que les gens dénoncent ce type d'incident beaucoup plus qu'avant. Et c'est tant mieux. Il ne faut pas que ces épisodes de violence, peu importe où ils surviennent, soient perçus comme des cas isolés. S'ils se sont produits une fois, ils peuvent survenir de nouveau », prévient cet expert dont plus de 75 % des patients sont potentiellement dangereux.

Il y a encore tout un travail de sensibilisation à faire à l'égard de ces patients agités, affirme pour sa part le D^r Tardif. Plusieurs ont tendance à classer dans la même catégorie toutes les personnes violentes. « Il ne faut surtout pas les étiqueter », insiste le médecin d'urgence. Le patient violent ne souffre pas systématiquement de troubles de santé mentale. Ce peut être une personne âgée qui devient subitement agressive faute de soins, une autre qui est en crise d'hypoglycémie dit-il. « Et quand bien même il s'agirait d'un patient avec des troubles psychiatriques, son agitation peut être directement liée à des douleurs physiques. Notre approche doit demeurer médicale et empathique en tout temps, mais nous devons prendre les mesures nécessaires pour nous protéger. » //

VOTRE CLINIQUE EST-ELLE SÛRE ?

Mieux vaut être en mode prévention que réaction. Quelques conseils d'experts pour que le lieu de travail soit plus sûr en cas d'épisode de violence.

Chaque bureau devrait être aménagé de sorte que le professionnel de la santé, et non le patient, soit assis le plus près de la porte. « Et c'est encore mieux si la pièce dispose de deux portes de sortie », souligne la **D^{re} Joanie Raïche**, médecin psychiatre qui pratique auprès de patients atteints de toxicomanie.

Mieux vaut privilégier un décor dénudé avec le moins d'objets possible sur la table de travail. « Dans mon bureau, il n'y a ni photo de famille ni diplômes. De cette façon, les patients en savent le moins possible sur moi », indique le **D^r Alexandre Dumais**, psychiatre à l'Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel.

« Ne verrouillez jamais la porte de votre bureau », conseille le psychiatre. Ce serait un obstacle pour les membres du personnel s'ils devaient venir à votre rescousse.

Si l'espace de la clinique le permet, prévoyez un local, situé le plus près possible de la sortie, pour y accueillir les patients qui ont la réputation d'être plus agités, recommande pour sa part **M. Yves Proulx**, conseiller à l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales.

À défaut d'être équipé de bouton d'urgence sur soi ou camouflé sous son bureau, on peut programmer le numéro d'urgence de la clinique sur chacun des téléphones, conseille M. Proulx. Et à propos de cet appareil, placez-le le plus près de vous, préconise le D^r Dumais. « Un patient agressif pourrait vouloir s'en servir comme arme potentielle », indique-t-il.

Dès que le patient s'agite et commence à présenter des signes d'agressivité, il faut garder son calme et, si possible, quitter lentement la pièce pour aller chercher du renfort, recommande la D^{re} Raïche. « Vous aurez peut-être besoin de créer une diversion », renchérit M. Proulx. Cette diversion, dit-il, peut être aussi banale que d'indiquer au patient que vous devez sortir pour aller chercher un formulaire. « Vous pouvez également convenir d'un code avec votre équipe en cas de situation d'urgence. Lorsque vous appelez à la réception et que vous mentionnez ces mots-clés, le personnel saura que vous avez besoin de renfort », explique l'expert en santé et en sécurité au travail.

Enfin, la confrontation n'est jamais une bonne solution. « Jamais je ne dis à un patient violent que JE ne tolère pas son langage ou son comportement, dit le D^r Dumais. Je dois aller à l'inverse de l'escalade. Dès que le ton monte, j'indique au patient que je ressens sa colère. Je lui demande quelles en sont les causes. Qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi lève-t-il le ton ? Qu'est-ce que j'ai dit ? Souvent, ces questions aident à désamorcer la crise. » //