

La gestion proactive des rendez-vous pour une pratique plus efficace

Francine Fiore



Photo : SuperStock

UNE LISTE D'ATTENTE qui ne cesse de s'allonger, des malades qui se rendent à l'urgence faute d'avoir un rendez-vous immédiat, des patients mécontents qui ne peuvent obtenir une consultation rapidement. Ce sont des problèmes auxquelles de nombreux omnipraticiens doivent régulièrement faire face. Toutefois, un concept relativement nouveau pourrait régler ces difficultés : l'*Advanced Access*, la gestion proactive des rendez-vous.

Pratiquant dans le groupe de médecine de famille (GMF) – unité de médecine familiale (UMF) de la Cité de la santé, à Laval, le **D^r Alain Turcotte** a adopté cette méthode. Grâce à ce nouveau système, il a réussi à éliminer sa liste d'attente qui s'étirait sur plus de six mois et a, dorénavant, toujours du temps pour voir les patients qui désirent le rencontrer rapidement. Il conserve, d'ailleurs, trois plages de 15 minutes, à la fin de chaque journée de consultations pour les cas imprévus.

Le modèle de l'*Advanced Access* a été conçu en Californie à la fin des années 1990, et a fait son apparition au Québec il y a environ deux ans.

Ce système repose sur une théorie fort simple, soit celle de voir son patient quand il en a vraiment besoin. Cette approche propose une gestion des rendez-vous permettant au patient d'avoir un meilleur accès à son médecin de famille. En fait, le grand principe pour ce dernier est de « ne pas remettre à demain ce que l'on peut faire aujourd'hui ».

Pour parvenir à gérer efficacement ses rendez-vous, le médecin doit évaluer son profil de pratique et élaborer un nouvel horaire. Dans le système proposé, en général, 35 % des rendez-vous sont donnés à l'avance à des patients atteints de certaines affections (troubles cognitifs, perte d'autonomie, etc.). Les autres plages, soit 65 %, sont libres et servent à répondre aux demandes nécessitant une intervention rapide du médecin. Le clinicien peut établir la proportion de ces deux types de rendez-vous selon ses propres besoins et en fonction de sa clientèle. Son nombre d'heures de travail demeure néanmoins le même.

Après avoir suivi un atelier donné par le Collège des médecins du Québec (CMQ), le D^r Turcotte a commencé à appliquer la gestion proactive des rendez-vous. Tout d'abord, il a fait



D^r Alain Turcotte

le total des patients inscrits à son nom et compté le nombre de plages horaires dont il disposait. « Je me suis rendu compte que j'avais trop de patients pour les heures de cabinet que je faisais », dit-il. Normalement, le D^r Turcotte consacrait une demi-journée par semaine à ses consultations. Pour régler le problème de la liste d'attente, il a ajouté un deuxième bloc de quatre heures. Les quatre

cents personnes inscrites à son nom se partagent ainsi dorénavant deux demi-journées par semaine.

« J'étais sceptique au début, mais je ne reviendrais pas en arrière. Bien sûr, il a fallu tout expliquer aux patients, aux infirmières et aux secrétaires », précise l'omnipraticien. Les secrétaires jouent d'ailleurs un rôle particulièrement important au sein du nouveau système. « Au début, elles n'osaient pas utiliser les places libres pour accorder des rendez-vous aux patients sans me consulter, mentionne le D^r Turcotte. Je leur ai expliqué qu'elles avaient les capacités de juger de la nécessité d'un rendez-vous. Elles bénéficient ainsi de plus d'autonomie. Rapidement, elles se sont adaptées. »

Le « minimum nécessaire sur le plan médical »

Médecin de famille au GMF de Rigaud et coordonnatrice médicale de la région Vaudreuil-Soulanges, la D^{re} Manon Proulx a, depuis un an et demi, elle aussi adopté le système de gestion proactive des rendez-vous.

Auparavant, la clinicienne voyait certains de ses patients tous les six mois. « Mais s'ils vont bien, je n'ai pas besoin de les rencontrer aussi souvent, souligne-t-elle. Les patients hypertendus ou diabétiques dont l'état est



D^{re} Manon Proulx

Les origines de l'Advanced Access

L'Advanced Access a été conçu en Californie à la fin des années 1990, par le D^r Mark Murray, chercheur à l'Institute for Healthcare Improvement, à Sacramento. « Pour éliminer la liste d'attente, vous n'avez pas à voir les patients plus vite, dit le médecin, mais plut tôt. » Cette formule a intéressé un urologue de Saskatoon, le D^r Kishore Visvanathan, qui a demandé à ses huit médecins de commencer à gérer leur rendez-vous selon les principes de ce nouveau système.

La gestion proactive des rendez-vous est déjà utilisée par divers organismes de différentes régions du monde, du UK's National Health Service à la US Veterans Administration. Au Canada, on retrouve cette méthode en Alberta, en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Manitoba.

satisfaisant ont maintenant un rendez-vous une fois par année, tout en ayant un suivi conjoint avec l'infirmière du GMF. Je pourrais même les voir tous les deux ans en partenariat avec une infirmière qui disposerait d'ordonnances collectives. Elle pourrait effectuer le suivi et moi je les verrais quand ils seraient malades. Le problème est le manque d'infirmières. »

La D^{re} Proulx voit également les patientes qui prennent la pilule anticonceptionnelle, celles qui doivent passer une mammographie ou un test PAP tous les deux ans. Et elle rencontre les jeunes en bonne santé, particulièrement les garçons, tous les cinq ans. « Dans un monde idéal, le patient en bonne santé n'a même pas besoin d'être vu tous les cinq ans, affirme la D^{re} Proulx. Si la gestion proactive des rendez-vous comportait un triage téléphonique fait par une infirmière, ce serait encore mieux. Dans certains cas, le problème pourrait être réglé sans que le patient voie le médecin. »

Ainsi, en réduisant le nombre de visites de certains patients, la D^{re} Proulx a libéré des plages de rendez-vous pour voir ceux qui étaient sur la liste d'attente. Pour l'omnipraticienne, la transition a duré environ un an et demi. « J'y suis allée graduellement, raconte-t-elle. Je me suis dit que si ça ne fonctionnait pas, je m'ajusterais ou bien j'arrêtera. Il arrive que je rencontre des médecins qui ont peur que certaines plages restent libres et qu'ils n'aient rien à faire. Mais

Photo : Emmanuèle Garnier



C'est le système de gestion proactive des rendez-vous qui va nous permettre de voir plus de patients et même d'en inscrire de nouveaux pour faire face à la pénurie de médecins de famille.

– D^r André Munger

il n'y a rien à craindre. La demande est toujours plus grande que ce que l'on peut faire. »

Même si la gestion proactive des rendez-vous n'est pas une panacée, elle a considérablement amélioré la pratique et la disponibilité de la D^{re} Proulx. « Mes patients peuvent me voir dès qu'ils ont besoin de moi, dit-elle. Avant, j'avais une longue liste d'attente d'au moins trois pages. Le premier jour du mois, j'avais de la place pour soixante patients, mais il y avait quatre-vingt noms. Je prenais les soixante cas les plus urgents et les autres restaient sur une liste d'attente. C'était invivable. Avec la gestion proactive des rendez-vous, on doit voir les patients quand surviennent des problèmes de santé. Je n'ai gardé que les suivis obligatoires, ce que j'appelle

mon "minimum nécessaire sur le plan médical". Il faut par ailleurs savoir déléguer. »

« Dans un monde idéal, le patient en bonne santé n'a même pas besoin d'être vu tous les cinq ans. Si la gestion proactive des rendez-vous comportait un triage téléphonique fait par l'infirmière, ce serait encore mieux. Dans certains cas, le problème pourrait être réglé sans que le patient voie le médecin. »

– D^{re} Manon Proulx

Selon la D^{re} Proulx, qui anime des ateliers de formation dans tout le Québec, il faudrait toutefois que la facturation s'adapte à la nouvelle méthode de travail. « Actuellement, on doit voir le patient pour pouvoir facturer un acte. Il faudrait plutôt une rémunération forfaitaire qui reconnaisse l'importance de l'engagement et de la responsabilité d'un médecin de famille face à son patient inscrit. On ne devrait pas avoir l'obligation de voir la personne au cours de l'année, car les services nécessaires peuvent être rendus sans consultation auprès du médecin lui-même ni même une visite tout court. »

Le ministère séduit par le concept

Encore au stade des expériences isolées faites par des médecins avant-gardistes, la gestion proactive des rendez-vous est un concept qui séduit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) depuis déjà un certain temps, ce dernier aimerait d'ailleurs le mettre en œuvre en collaboration avec le Collège des médecins du Québec et la FMOQ.

Ayant effectué une revue de la littérature en 2008 sur le nouveau système, **M. François Dubé**, adjoint à la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée au MSSS, a commencé à faire des exposés sur le sujet au courant de 2009. Déjà, à ce moment, quelques médecins avaient entendu parler de l'*Advanced Access*.

« Ce n'est pas une recette miracle, mais une stratégie de travail, indique M. Dubé. Le médecin doit se demander si tous les patients ont vraiment besoin d'une consultation en personne ou si certains problèmes ne pourraient pas être réglés par téléphone, avec l'aide de l'infirmière ou même lors de visites de groupe. »

Selon les données de la littérature, il y aurait une diminution d'environ 20 % de rendez-vous manqués grâce à la nouvelle formule. « Le patient qui prend rendez-vous quatre mois à l'avance a plus de chances de l'oublier que s'il l'a pris une semaine auparavant. »

En outre, le système de gestion proactive des rendez-vous permettrait une saine diminution de l'utilisation des services. Souvent, le médecin qui voit un patient au cours d'une consultation sans rendez-vous ne connaît pas ses antécédents. Par conséquent, il peut prescrire des examens qui ont été faits récemment, ce qui occasionne des coûts inutiles.

Le pionnier

Médecin de famille au GMF des Grandes Fourches à Sherbrooke, le **D^r André Munger** est probablement le premier à avoir expérimenté la gestion proactive des rendez-vous au Québec.

Au printemps 2008, après 32 ans de pratique, il décide de passer à ce système sans hésiter.

C'est à la lecture d'un article dans un journal que le D^r Munger a découvert ce tout nouveau concept. Il a ensuite fait des recherches sur Internet et assisté à quelques conférences.

« J'ai décidé qu'à partir du 1^{er} septembre 2008, je passais à ce modèle, dit-il. Pendant tout l'été 2008, je me suis préparé, car c'est une réorganisation complète du mode de travail. »

Cet été-là, le D^r Munger a reçu toutes les personnes qui avaient un rendez-vous. Mais dès la mi-juin, il a commencé à avertir ses patients qu'il ne prenait pas de rendez-vous avant le 1^{er} septembre 2008. « Je leur ai envoyé une lettre pour expliquer mon nouveau mode de fonctionnement. Je leur ai écrit que maintenant il n'y avait plus de listes de rendez-vous pris à l'avance, mais que je les verrais rapidement dès qu'ils en auraient besoin, idéalement le jour même, mais que ce ne serait pas toujours possible. »

Le D^r Munger suit 1100 patients inscrits. « Quand je faisais de la consultation sans rendez-vous, 60 % des gens que je voyais étaient des patients dont j'étais le médecin de famille, mais qui n'avaient pas réussi à me voir autrement, dit-il. Maintenant, je suis en mode *Advanced Access* à 100 %. Tous les vendredis, je donne mon

horaire à ma secrétaire pour la semaine qui vient. Au milieu de la semaine, je vérifie avec elle s'il y a des places disponibles. Si c'est le cas, tout va bien, mais si la demande est supérieure aux plages libres, nous en créons de nouvelles pour répondre aux besoins. J'évite ainsi d'avoir une liste d'attente. »

La mise sur pied de ce nouveau système ne s'est cependant pas faite sans heurt. Le prix qu'a dû payer le D^r Munger a été la perte de sa secrétaire. Dépassée par les exigences du changement de méthode, elle a donné sa démission. La nouvelle, par contre, a pu s'adapter rapidement, car la gestion proactive des rendez-vous était maintenant installée.

La première année, le D^r Munger était le seul dans son milieu de travail à recourir à cette

Le modèle de l'Advanced Access a été conçu en Californie, à la fin des années 1990. Il repose sur une théorie fort simple, soit celle de voir son patient quand il en a vraiment besoin.

méthode. Puis, peu à peu, d'autres médecins s'y sont intéressés. Maintenant, ils sont six et seront bientôt sept. « C'est le système de gestion proactive des rendez-vous qui va nous permettre de voir plus de patients et même d'en inscrire de nouveaux, à la condition d'avoir une pratique intégrée et partagée avec les infirmières cliniciennes. Il n'y a pas d'autre solution », affirme le D^r Munger.

Révolution de la première ligne

Le D^r Serge Dulude, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ, croit profondément au modèle de gestion proactive des rendez-vous. « On est dans une sorte



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Serge Dulude

de révolution de la première ligne, estime-t-il. Avec l'arrivée des cohortes de nouveaux médecins plus nombreux, c'est le moment de mettre en place ce modèle. »

Le D^r Dulude fait remarquer qu'il est fondamental pour le médecin qui veut adopter le nouveau système de bien connaître

sa clientèle. Cela lui permettra de bien définir ses tâches et celle de son équipe, d'établir les besoins en ressources, de fixer des objectifs thérapeutiques et de prévention pour les patients, de déterminer les responsabilités de chacun et de faire un suivi longitudinal. Toutefois, le système de gestion proactive des rendez-vous peut susciter des craintes, car il heurte les croyances. Certains médecins peuvent appréhender l'élimination de la liste d'attente par peur du changement, par manque de confiance dans le nouveau système, par inquiétude devant une éventuelle augmentation des coûts de fonctionnement et par crainte d'une pénurie de patients.

« Le défi est de ne pas épuiser son personnel, d'informer la population et d'obtenir les résultats voulus, précise le D^r Dulude. La période de transition peut durer de douze à dix-huit mois. »

(Suite à la page 90) >>>>



Poste à pourvoir Directeur adjoint de la Formation professionnelle

Fonctions

Sous l'autorité immédiate du directeur de la Formation professionnelle, la personne choisie devra :

- soutenir l'apprentissage autogéré des omnipraticiens par tous les moyens écrits et audiovisuels existants ;
- mettre en œuvre à l'échelle provinciale des programmes de formation, conçus par et pour des médecins omnipraticiens ;
- réaliser des ateliers de formation destinés aux animateurs, aux directeurs scientifiques, aux mandataires ;
- maintenir un lien avec les responsables de la formation médicale continue des associations affiliées et s'assurer qu'ils ont reçu la formation nécessaire ;
- planifier et coordonner des stages cliniques organisés par et pour des médecins omnipraticiens ;
- valider la pertinence des programmes de formation soumis en vue d'accorder des crédits de formation aux médecins omnipraticiens participants ;
- valider les demandes de ressourcement et d'allocations effectuées par les médecins omnipraticiens autorisés à s'en prévaloir et en recommander l'acceptation ou le refus au MSSS.

La personne choisie devra s'acquitter de toute autre fonction que pourrait lui confier le directeur de la Formation professionnelle ou le président-directeur général de la FMOQ.

Exigences

Le candidat doit :

- être omnipraticien ;
- partager les valeurs et les objectifs de la FMOQ ;
- avoir de l'expérience en formation médicale continue ;
- posséder des capacités de rédaction ;
- maîtriser l'anglais parlé et écrit ;
- avoir des habiletés dans la coordination du travail d'une équipe et dans la gestion de personnel.

Conditions de travail

- Poste à temps plein (exclusivité d'emploi) à compter de juillet 2012 ou plus tôt, selon la disponibilité
- Programme d'avantages sociaux intéressant
- Contrat de cinq ans renouvelable
- Rémunération à négocier

Les médecins intéressés sont priés de nous faire parvenir les documents suivants :

- *curriculum vitæ* ;
- un texte d'au plus une page décrivant leur intérêt pour ce poste.

Toutes les candidatures seront traitées de façon strictement confidentielle. Les dossiers doivent parvenir par courrier recommandé avant le 29 février 2012 à l'adresse suivante :

Président du comité de sélection
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
1000 – 1440, rue Sainte-Catherine Ouest
Montréal (Québec) H3G 1R8

Entrevue avec le D^r Alain Demers

Pratiquement plus de dermatologie dans le réseau public de Sherbrooke



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r Alain Demers

Actuellement, dans la région de Sherbrooke, il est très difficile d'obtenir une consultation en dermatologie dans le système public lorsqu'il ne s'agit pas d'un cas de cancer. Le D^r Alain Demers, président de l'Association des médecins omnipraticiens de l'Estrie, en est indigné. Mais l'accès à certaines autres spécialités est à peine plus facile, souligne-t-il.

M.Q. – En Estrie, les omnipraticiens ont des problèmes à obtenir des consultations en dermatologie ?

A.D. – En janvier 2011, les médecins de famille ont été avisés par courrier qu'ils ne pourraient plus obtenir de nouvelles consultations en dermatologie au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Cela est dû au départ simultané de trois dermatologues.

Ce qui a vraiment été difficile, c'est que les demandes de consultation nous ont été renvoyées avec une lettre nous expliquant que notre patient ne pouvait être vu au CHUS. On devait ressortir le dossier, avertir le patient, le revoir pour s'assurer qu'une consultation était toujours nécessaire et se débrouiller pour trouver un dermatologue. La lettre du CHUS mentionnait que l'hôpital n'avait pas mis sur pied de corridor de services avec d'autres établissements.

M.Q. Est-ce que la manière d'agir du CHUS est légale ?

A.D. – Pour nous, cela nous apparaît contraire à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Nous avons consulté le Service juridique de la FMOQ qui a confirmé qu'il était inacceptable, d'un point de vue légal, d'agir ainsi. Nous en avons avisé le CHUS, qui n'a toujours pas apporté de changement. Nous avons envoyé une copie de notre lettre au Collège des médecins du Québec, mais nous n'avons pas obtenu de réponse.

M.Q. – Donc, depuis un an, la population de l'Estrie n'a plus accès à des services de dermatologie ?

A.D. – Les patients peuvent voir des dermatologues dans le secteur privé. Dans le réseau public, quelques dermatologues ont accepté de venir prêter main-forte au CHUS, mais ils ne voient que les cas de cancer et certaines affections considérées comme urgentes (pemphigus, etc.).

Je ne sais pas comment cela va se résoudre. On nous a dit que la situation allait durer 24 mois. On espère qu'en janvier 2013 le problème

sera réglé. Pour l'instant, on ne peut que faire des pressions sur le CHUS, mais on a des fins de non-recevoir de la part du directeur des Services professionnels.

M.Q. – Comment se débrouillent alors les médecins de famille ?

A.D. – On doit envoyer nos patients dans d'autres régions. Moi, par exemple, j'ai réussi à faire voir deux de mes patients à Québec. C'est aberrant, mais que voulez-vous que l'on fasse ?

Les médecins de famille amorcent également davantage les traitements. Notre association a d'ailleurs organisé une journée de formation complète en juin dernier sur les problèmes dermatologiques les plus courants pour aider les omnipraticiens du territoire.

M.Q. – Cette situation peut-elle avoir des conséquences graves ?

A.D. – En dermatologie, ce n'est pas comme en cardiologie où il peut y avoir un danger imminent de mort. S'il y a vraiment un cas de cancer, on peut réadresser la consultation au CHUS et inscrire : « Je pense qu'il s'agit d'un mélanome ou d'un cancer. Il faut que vous voyiez le patient. » Il est certain toutefois que je ne pourrais envoyer un adolescent atteint d'acné de façon importante en dermatologie.

M.Q. Quelle est la situation en ce qui concerne les autres spécialités ?

A.D. – Cela fait des années qu'il est à peu près impossible d'adresser un patient en gastro-entérologie ou en orthopédie. Alors, j'envoie régulièrement des patients à Québec ou à Montréal. En gastro-entérologie, le temps d'attente dépasse deux ou trois ans. L'hématologie, elle, est carrément inaccessible.

M.Q. – Est-ce que la santé des patients peut être menacée ?

A.D. – Pas vraiment. C'est plutôt les médecins qui sont touchés, parce qu'ils doivent faire de nombreuses démarches, effectuer beaucoup d'appels et se bâtir un réseau de consultants à l'extérieur. Moi, j'ai mon réseau de spécialistes à Victoriaville, à Drummondville et à Saint-Hyacinthe.

M.Q. – Il y a des spécialités dont l'accès est plus facile ?

A.D. – Il y a entre autres la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, l'oncologie et l'urologie. Toutefois, dans certaines spécialités dont l'accès est difficile, les choses commencent à s'améliorer. En orthopédie, par exemple, il y a eu des progrès ces derniers temps. Une table de concertation a d'ailleurs été créée avec les différents chefs de départ-

tement et de service et le chef du département régional de médecine générale pour trouver des solutions.

M.Q. – Et pour les examens ?

A.D. – L'accès à certains examens est également difficile au CHUS. En ce qui concerne le Doppler artériel, il faut attendre huit, dix ou douze mois ! Alors moi, je fais faire presque tous mes examens à l'Hôpital Charles-LeMoine. Je m'en excuse auprès des médecins de la Montérégie, mais le CHUS n'offre pas tous les services à la population de l'Estrie.

M.Q. – Y a-t-il de l'espoir ?

A.D. – Depuis un an, on sent qu'il y a une certaine volonté de changer les choses. Le CHUS a commencé, par exemple, à faire des examens de résonance magnétique les soirs et les fins de semaine. Les images sont ensuite lues dans le courant de la semaine. Le temps d'attente a ainsi été diminué considérablement et réduit à quatre ou cinq mois pour une résonance. Il n'y a plus vraiment d'attente pour une tomographie axiale. Un effort plus que louable.

M.Q. – Parlons maintenant de la nouvelle Entente. Que pensez-vous des mesures prévues en périnatalité, qui est l'un de vos domaines de pratique ?

A.D. – Plusieurs mesures ont été négociées dans l'accord-cadre, mais les tarifs et les modalités sont encore à négocier. Le comité de périnatalité de la FMOQ va se pencher là-dessus.

Une nouvelle mesure permet cependant déjà de régler le problème de l'inscription des femmes enceintes. Jusqu'à récemment, quand une patiente enceinte était inscrite auprès d'un médecin de famille qui ne faisait pas de suivi de grossesse et d'accouchement, elle allait en voir un autre qui offrait ces services. Ce dernier l'inscrivait à son nom au détriment du médecin de famille pour avoir les avantages rattachés à l'inscription. Cette situation causait des frictions. Depuis le 1^{er} janvier, toutefois, les médecins qui suivent des patientes enceintes et sont attachés à un département d'obstétrique dans un hôpital pourront bénéficier des mêmes avantages sans avoir à inscrire ces patientes enceintes à leur GMF.

Il reste cependant à négocier une modification pour permettre aussi aux médecins qui suivent des patientes enceintes, mais ne pratiquent pas d'accouchement d'avoir les mêmes avantages.

M.Q. – Y aurait-il d'autres améliorations que vous souhaitez ?

A.D. – Oui. Lors des accouchements en heures défavorables, nos confrères gynécologues-obstétriciens reçoivent une majoration substantielle qui n'a absolument rien à voir avec celle que l'on obtient

dans la même situation. Les spécialistes peuvent avoir 1000 \$ et nous, 400 \$. Leur tarif élevé vient probablement de leur décision collective de bonifier cet acte durant la nuit, mais il n'y a pas de raison pour que les médecins de famille aient une rémunération à ce point inférieure. Cela serait donc à négocier.

La tarification des différents actes obstétricaux devra également être majorée pour maintenir le recrutement en obstétrique et tenir compte des dérangements imposés par cette pratique : quitter le cabinet, se rendre à l'hôpital, etc.

M.Q. – Dans le domaine de la formation continue, votre association a mis sur pied des ateliers de facturation.

A.D. – Les médecins ne savent pas vraiment comment bien facturer. Ce n'est pas enseigné à l'université. Je pense que c'est au syndicat de le faire. Nous avons donc commencé, depuis un an, à offrir des ateliers de facturation donnés par un membre de notre Bureau très au fait des façons de facturer. Il a organisé des formations dans différentes cliniques. C'est l'association qui en assume les coûts.

M.Q. – Vous avez un autre projet : aider les médecins dans leur organisation clinique.

A.D. – Plusieurs médecins trouvent le travail en cabinet lourd. La gestion de la pratique et du personnel est difficile. Chacun s'organise un peu à sa façon. Il existe certainement des firmes de consultants qui pourraient nous permettre d'avoir une meilleure organisation clinique. Ils pourraient nous aider à améliorer la gestion des appels de patients, des rendez-vous et du personnel et aussi revoir l'organisation physique des lieux et du cabinet de consultation. Mon projet serait donc d'offrir aux cliniques médicales de notre territoire ce service. L'association pourrait, si le projet est accepté, en payer une partie. Pour le moment, il faut bien comprendre que ce n'est qu'une idée personnelle qui n'a pas encore été soumise à mon Bureau.

Il est par ailleurs possible que la mauvaise organisation des omnipraticiens constitue pour les étudiants un désincitatif à aller en médecine familiale. À l'hôpital, ils voient le spécialiste qui travaille dans trois ou quatre salles avec deux infirmières. Elles font une partie de la tâche, rappellent les patients et aident le médecin à remplir, par exemple, les formulaires d'assurances. Ensuite, quand l'étudiant vient faire un stage dans un cabinet de médecine familiale, il voit qu'on est un peu tout seuls. On reçoit plein d'appels pendant notre consultation, les dossiers s'accumulent, il y a les consultations sans rendez-vous qui arrivent au travers.

Il va falloir voir si ce projet d'engager des consultants est réalisable. Mais c'est certainement une idée d'un service que l'Association pourrait offrir à ses membres.

Guichet d'accès précisions sur les nouvelles règles

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Serge Dulude

Depuis le 1^{er} novembre, les omnipraticiens qui acceptent de nouveaux patients provenant du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille ont droit à un forfait de 100 \$ pour les personnes non vulnérables. Dans le cas des

patients vulnérables, cette bonification s'ajoute au bonus de 100 \$ déjà négocié, ce qui fait un total de 200 \$.

Ainsi, depuis trois mois, les règles ont changé. À la suite de la signature du nouvel accord-cadre, la Lettre d'entente n° 245 a remplacé la Lettre d'entente n° 195. Dorénavant, les guichets d'accès des centres de santé et de services sociaux peuvent envoyer des personnes non vulnérables aux omnipraticiens prêts à prendre en charge plus de patients.

« Le but de l'Entente n° 245 est d'aider les patients sans médecin de famille à s'en trouver un. Ainsi, tout Québécois qui n'a pas d'omnipraticien pour le suivre peut maintenant s'adresser au guichet de son territoire », précise le **Dr Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

« S'autoadresser » des patients

Comment définit-on maintenant un patient orphelin ? « C'est simplement celui qui n'est pas inscrit auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) par un médecin de famille », indique le Dr Dulude.

Pour obtenir le supplément auquel donne droit la prise en charge de ce patient lorsqu'il est envoyé par le guichet d'accès, le médecin doit respecter deux conditions. D'abord, il lui faut inscrire son nouveau patient auprès de la RAMQ après la date de référence, qui est celle à laquelle il lui a été adressé. Ensuite, il doit s'assurer d'avoir reçu du guichet un numéro séquentiel pour cette personne.

Les médecins de famille peuvent, par ailleurs, « s'autoadresser » des patients. « Si un omnipraticien voit un patient orphelin au service de consultations sans rendez-vous

ou si un patient lui demande d'inscrire sa conjointe, le clinicien peut remplir un formulaire pour que ces nouveaux patients lui soient adressés par le guichet d'accès », dit le Dr Dulude. Le médecin doit ensuite transmettre le document au guichet par courrier, par courriel ou encore par télécopieur. La date de l'envoi devient la date de référence après laquelle il pourra inscrire la personne auprès de la RAMQ. Le patient, de son côté, n'aura aucune démarche à faire.

L'acceptation de la demande ne pose généralement pas de problème. Le coordonnateur médical du guichet ne peut s'opposer à l'inscription au guichet d'un patient envoyé

par un médecin ni refuser l'octroi d'un numéro séquentiel si ce dernier s'engage à prendre en charge d'autres patients vulnérables et non vulnérables qu'il lui adresse.

Pour avoir droit au supplément lié à l'inscription d'un patient venant du guichet d'accès, le médecin doit respecter deux conditions. D'abord, il lui faut inscrire son nouveau patient auprès de la RAMQ après la date de référence, qui est celle à laquelle il lui a été adressé. Ensuite, il doit s'assurer d'avoir reçu du guichet un numéro séquentiel pour cette personne.

Par ailleurs, comment savoir si le patient qui demande à être suivi n'est pas en fait inscrit auprès d'un autre praticien ? Les médecins de famille, tout comme le personnel autorisé du guichet d'accès, peuvent aller sur le site de la RAMQ et utiliser le service en ligne « Patient inscrit ».

Et que se passe-t-il si un patient adressé par le guichet veut changer de médecin moins d'un an après avoir été inscrit ? Des mesures ont été prévues lorsqu'une personne ne s'entend pas avec son praticien ou estime qu'il est inaccessible. Dans ces cas, le guichet d'accès peut réinscrire le patient pour lui trouver un nouveau médecin. Le coordonnateur du guichet en informera la RAMQ qui mettra fin à la première inscription. La Régie récupérera d'ailleurs auprès du premier clinicien la moitié du forfait supplémentaire qu'elle lui a versé. Le patient retrouve donc ainsi son statut d'orphelin. Cette mesure n'est cependant possible que si la personne a été orientée vers le premier médecin après le 1^{er} novembre 2011.

Les règles dans différentes situations

Pour aider les coordonnateurs des guichets d'accès, les représentants de la FMOQ et du ministère de la Santé et des Services sociaux ont rédigé un guide. « Il y avait toutes sortes de situations pour lesquelles il fallait clarifier le processus », indique le D^r Dulude.

Le document permet de savoir quelles sont les règles dans divers cas. Par exemple, les patients d'un médecin qui prend sa retraite deviennent-ils automatiquement orphelins ? Non, indique le guide. Le clinicien qui songe à cesser de pratiquer doit en informer rapidement la Régie pour que sa clientèle soit désinscrite à la date voulue. Les patients d'une omnipraticienne en congé de maternité sont-ils considérés comme orphelins ? Non. À moins que la clinicienne demande à la Régie de mettre fin à leur inscription, parce qu'elle n'est plus en mesure de les suivre. La personne dont le médecin est décédé devient-elle orpheline ? Oui. La Régie mettra fin à son inscription dès qu'elle sera officiellement informée de la mort du praticien. Un patient qui n'a pas vu son médecin

« Le but de l'Entente n° 245 est d'aider les patients sans médecin de famille à s'en trouver un. Ainsi, tout Québécois qui n'a pas de médecin de famille peut maintenant s'adresser au guichet de son territoire. »

– D^r Serge Dulude

de famille depuis cinq ans est-il encore inscrit ? Oui.

« À l'aide du guide, les coordonnateurs seront ainsi en mesure de répondre à la plupart des situations que les patients et les médecins leur soumettront », affirme le D^r Dulude. Les responsables des guichets disposent toutefois d'une certaine latitude, car le document a été rédigé à titre indicatif. « Les coordonnateurs pourront utiliser leur jugement pour régler différentes situations. »



La dermatologie

22 et 23 mars 2012

Centre Mont-Royal, Montréal

Inscrivez-vous avant le 9 mars 2012 !

Pour informations : congrès@fmoq.org



Stages dans les cliniques médicales pour les externes le projet redémarre

En 2012, la FMOQ compte relancer un projet qui lui tient à cœur depuis plusieurs années : l'organisation de stages en cabinets médicaux pour les externes. « On voudrait faire connaître aux étudiants cette pratique avant qu'ils fassent leur choix d'aller en médecine spécialisée ou familiale. Ils ont déjà un contact avec l'omnipraticque à l'unité de médecine familiale (UMF), mais on veut qu'ils en aient aussi un dans une clinique », explique le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

Le Québec compte actuellement quelque 1600 externes. « Donner la possibilité à tous ces étudiants de côtoyer des médecins de famille en cabinet constitue un grand défi. Il faut vraiment que le projet soit bien structuré », affirme le directeur.

La première institution ciblée est l'Université de Montréal. Elle comprend 290 étudiants en médecine de troisième et de quatrième année. La Fédération aimerait recruter pour eux une vingtaine de cliniques comptant chacune une dizaine de médecins. « On doit bâtir une organisation. Il faut faire les contacts. On voudrait trouver des milieux intéressants comme des groupes de médecine de famille où il y a plusieurs médecins, des infirmières techniciennes, peut-être des infirmières praticiennes spécialisées et une clientèle variée. »

La rémunération des cliniciens qui superviseront les étudiants est négociée depuis longtemps. Ils ont droit à un forfait de 58 \$ par demi-journée. « Il reste des choses à régler comme l'utilisation des locaux par les externes, mais c'est accessoire », affirme le **D^r Dulude**.

Cette initiative de la FMOQ sera la bienvenue. L'Université de Montréal, où tous les externes doivent effectuer un stage de deux mois en

médecine familiale, ne peut actuellement compter que sur deux cliniques capables de proposer un stage complet. « Beaucoup d'étudiants en médecine finissent leur formation sans jamais avoir été dans un cabinet médical », déplore le **D^r Stephen DiTommaso**, directeur du programme du premier cycle du Département de médecine familiale de l'Université de Montréal.

Différentes manières d'apporter sa contribution

Les médecins de cabinet que l'enseignement intéresse peuvent s'engager à différents degrés dans la formation des externes. Par exemple, si leur clinique est suffisamment importante, les cliniciens peuvent proposer des stages de deux mois aux étudiants de troisième et de quatrième année. Cette formule peut toutefois être lourde. Le médecin responsable doit assister à des réunions, avoir une nomination à l'université, recevoir de nombreux courriels, etc. L'étudiant, à qui il faut fournir un bureau, doit également être pris en charge chaque jour par un médecin si possible différent.

Les omnipraticiens qui disposent de moins de temps peuvent, eux, offrir un stage à temps partiel. Il leur suffit de consacrer au moins une demi-journée par semaine au projet. Une omnipraticienne, par exemple, a décidé d'amener un externe faire des soins palliatifs avec elle. Les formations ainsi offertes seront jumelées à une autre dans un milieu de pratique différent, comme une UMF. « Pour les cliniques qui veulent collaborer avec nous de cette manière, cela peut se faire du jour au lendemain », dit le **D^r DiTommaso**. **EG**



D^r Stephen DiTommaso

Photo : Emmanuèle Garnier

Les médecins de cabinets médicaux qui veulent offrir un stage à un externe peuvent communiquer avec le **D^r DiTommaso** au 514 928-5378 ou avec le **D^r Dulude** au 514 878-1911.

Des nouvelles des associations

Association de Richelieu-Saint-Laurent Hommage au D^r François Lemieux



Photo : Emmanuelle Garnier

D^r François Lemieux

L'Association des médecins omnipraticiens du Richelieu-Saint-Laurent (AMORSL) a rendu hommage au **D^r François Lemieux**, retraité depuis juillet dernier, pour sa contribution à la vie syndicale et médicale.

« Sa carrière a été marquée par un intérêt particulier pour la périnatalité. Il a été un des fondateurs de l'Association des omnipraticiens en périnatalité du Québec et a fait un travail important auprès des instances professionnelles de la FMOQ pour valoriser ce type de pratique », a affirmé le **D^r Yves Langlois**, membre du Bureau de AMORSL au cours de la réunion annuelle de l'organisme.

C'est dans les années 1980 que le D^r Lemieux s'est engagé dans le syndicalisme. « C'était essentiellement pour assurer la relève en périnatalité. Selon un article publié alors, si la tendance continuait, en 2004, plus un seul omnipraticien ne ferait de la périnatalité au Québec », explique le médecin. Le D^r Lemieux, qui a été vice-président de l'AMORSL, a ainsi participé à plusieurs comités de la FMOQ concernant ce sujet.

L'omnipraticien a aussi été très engagé en enseignement. Il a mis sur pied un programme de périnatalité pour les résidents à l'unité de médecine familiale du CLSC Saint-Hubert. « Je me suis dit que c'était vraiment la solution. Il fallait donner le goût aux jeunes médecins de faire de l'obstétrique. » L'un de ses résidents était d'ailleurs le **D^r Claude Rivard**, actuel président de l'AMORSL. Le D^r Lemieux a été pour lui un mentor. « Si l'on avait un problème, il était capable de nous écouter et de nous orienter dans les méandres du système. » **EG**

pratico-pratique

Vous avez des trucs à partager ?
Envoyez-les à nouvelles@fmoq.org.

CSST et DME N'utiliser que les formulaires papier

Certains dossiers médicaux électroniques (DME) offrent aux médecins différents formulaires nécessaires pour leur travail. Ces outils sont pratiques : ils peuvent être remplis à l'ordinateur et sont intégrés directement au dossier. Plusieurs médecins semblent même avoir eu accès à des formulaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). Le problème, c'est que cette dernière refuse ces documents et n'accepte que les rapports rédigés sur les versions papier qu'elle a elle-même distribuées.

« Chacun des formulaires de la CSST a un numéro de série unique qui sert à assurer la conciliation du paiement avec la Régie de l'assurance maladie du Québec et à faire le suivi des documents qui sont au dossier des travailleurs », explique le D^r Michel Desrosiers, directeur des Affaires professionnelles à la FMOQ, que la Commission a averti du problème. La CSST refuse par ailleurs aux concepteurs de DME la permission de fournir la version électronique de ses formulaires, car ils ne peuvent pas produire les numéros de série adéquats. **EG**

Et la lumière fut

Un jour, à Lac-Mégantic, un homme qui s'était blessé au doigt avec un morceau de bois s'est présenté à l'urgence. Il sentait que quelque chose s'était logé dans sa chair. Le D^r Patrice Laframboise, qui était de garde, a examiné la plaie. Aucun corps étranger n'était apparent. Faire une radiographie n'aurait probablement pas été utile puisque l'éventuelle écharde n'était pas métallique. L'omnipraticien a alors eu une idée lumineuse : recourir à la transillumination !

Le D^r Laframboise a éteint la lumière de la pièce, allumé son otoscope et l'a placé sous le doigt blessé. Une ombre est alors apparue à travers la peau. « Je savais ainsi où était le corps étranger », dit le médecin.

Dans la région du CSSS du Granit, où les travailleurs de l'industrie du bois et les menuisiers amateurs sont nombreux, le médecin a eu l'occasion d'utiliser sa technique à plusieurs reprises pour retrouver des éclats de bois dans les doigts, les mains et les avant-bras. Le truc ne fonctionne cependant pas à tout coup. « Si je ne vois pas de corps étranger, je n'en conclus pas qu'il n'y en a pas. J'essaie d'explorer la plaie par d'autres moyens », indique le clinicien. **EG**

Pour une onyxection partielle impeccable

Au CLSC de Saint-Jean-Port-Joli, la D^{re} Elizabeth Blouin réussit particulièrement bien les onyxections partielles au phénol. Elle recourt à plusieurs trucs. Auparavant, après avoir anesthésié l'orteil du patient et enlevé la mince bandelette d'ongle en trop, elle déposait du phénol sur la portion de la racine d'ongle à éliminer avec une tige urétrale qu'elle laissait trois minutes. Cependant, il y avait parfois des repousses.

Maintenant, la D^{re} Blouin procède autrement. Elle verse du phénol dans un contenant stérile et y met à la verticale six tiges qui se remplissent. « Pendant trois minutes, toutes les trente secondes, j'en prends une nouvelle. Depuis que je procède ainsi, je n'ai jamais eu de repousse d'ongle », explique la clinicienne.

Prudente, l'omnipraticienne prend également des mesures pour ne pas brûler le patient. Pour commencer, elle recouvre l'orteil d'un pansement adhésif de type Opsite et y découpe une petite fenêtre pour dégager la région à traiter. Si le phénol déborde, il ne brûlera alors pas la peau. Ensuite, la D^{re} Blouin demande au patient de poser son pied à plat sur la table d'examen pour que le liquide ne coule pas quand elle l'appliquera. Les onyxections de la clinicienne sont ainsi impeccables. **EG**

◀◀◀ (Suite de la page 5)

Ateliers de formation

Depuis environ un an et demi, le Collège des médecins du Québec propose un atelier de formation intitulé *La gestion proactive des rendez-vous (Advanced Access)* et un second, *La collaboration interprofessionnelle pour la gestion des maladies chroniques*, soit deux ateliers d'une heure et demie chacun.



D^r François Goulet

« Les deux se complètent, précise le D^r François Goulet, directeur adjoint à la Direction de l'amélioration de l'exercice au CMQ. Il y a un lien direct entre la collaboration interprofessionnelle et la gestion proactive des rendez-vous. »

L'objectif de l'atelier est de permettre au médecin d'appliquer un modèle de gestion simple et efficace pour réduire le temps d'attente et d'optimiser la pertinence des rendez-vous au sein d'une équipe interprofessionnelle. Ce sont ces activités de formation qui ont permis au D^r Turcotte et à la D^{re} Proulx de se lancer dans l'aventure de l'*Advanced Access*.

La nouvelle Entente générale signée par la FMOQ et le gouvernement prévoit d'ailleurs des mesures concernant la gestion proactive des rendez-vous. Des journées de formation rémunérées sur cette méthode seront offertes aux omnipraticiens qui souhaitent réorganiser leur pratique. Si tout se déroule comme prévu, le programme pourrait être bientôt mis en œuvre. « Notre Entente insiste sur la prise en charge et le suivi du patient par son médecin de famille. La gestion proactive des rendez-vous correspond bien à cet esprit », indique le D^r Serge Dulude. 📞

Ateliers sur la gestion des rendez-vous

Les prochains ateliers du Collège des médecins du Québec auront lieu le 22 février, à Vaudreuil, et le 24 février, à Granby. Pour de plus amples renseignements, communiquer avec M^{me} Isabelle Brunet, au 514 933-4441, poste 5330, ibrunet@cmq.org.