

L'accueil clinique une solution de rechange à l'urgence!

Francine Fiore



Photo : SuperStock

Peu à peu, au Québec, apparaît ce l'on appelle « l'accueil clinique ». Il s'agit d'un système permettant au médecin de famille d'avoir plus facilement accès au plateau technique et aux spécialistes tout en continuant à suivre les patients qu'il y adresse. Ces derniers, eux, évitent de longues heures d'attente à l'urgence.

À SAINT-HYACINTHE, une dame d'une cinquantaine d'années se présente pour son examen annuel au cabinet de la **D^{re} Marie-Hélène Perron**, médecin de famille au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Richelieu-Yamaska. La patiente se plaint de palpitations qui persistent depuis quelque temps. À l'examen clinique, l'omnipraticienne découvre, un rythme cardiaque qui pourrait indiquer une fibrillation auriculaire.

La D^{re} Perron conclut que la patiente doit rapidement passer des examens. Il y a un peu plus d'un an, cette dernière aurait dû aller à l'urgence et y attendre de longues heures. Aujourd'hui, la situation est complètement différente grâce à « l'accueil clinique ». Ce nouveau service du CSSS Richelieu-Yamaska reçoit, à la demande des médecins de la collectivité, des patients ayant

des problèmes cliniques qui peuvent être évalués ou traités en consultation externe s'il y a une prise en charge rapide.

La D^{re} Perron imprime le formulaire d'orientation vers l'accueil clinique à partir de son ordinateur et le remplit en fonction d'un protocole précisant la démarche à suivre. Elle remet le document à la dame et lui demande de se rendre directement à l'accueil clinique de l'unité de médecine de jour du pavillon Honoré-Mercier, à Saint-Hyacinthe.

Le rôle de l'infirmière

Arrivée sur place, la dame est reçue par une infirmière clinicienne. Tout de suite, cette dernière sort le protocole requis et entame les différentes étapes thérapeutiques. Elle fait passer un



Photo : Emmanuèle Garnier

« Nous avons voulu valoriser la première ligne et faire en sorte que le médecin de famille ait un meilleur accès au plateau technique et aux spécialistes, tout en demeurant le médecin traitant. »

– D^r Michel Brodeur

électrocardiogramme à la patiente et soumet le tracé à un cardiologue. Dès qu'elle a en main les résultats, elle téléphone à la D^{re} Perron pour l'aviser qu'il n'y a aucune anomalie. La patiente est rassurée.



D^{re} Marie-Hélène Perron

« C'est le même processus pour plusieurs autres problèmes de santé, explique la clinicienne. L'infirmière effectue les prélèvements sanguins, obtient un examen tomographique ou autre selon le protocole concerné. Si les résultats révèlent la présence d'une infection, par exemple d'une diverticulite, elle peut remettre à la patiente l'ordonnance d'antibiotiques, jointe au protocole, que le médecin aura déjà signée. « Cette démarche me permet de suivre mon patient jusqu'au bout. » Bien sûr, le praticien

qui a adressé son patient à l'accueil clinique doit être disponible pour faire le suivi. « Si je dois m'absenter, je demande à un autre médecin de me remplacer et je préviens l'infirmière », indique la clinicienne.

Le rôle de l'infirmière est fondamental dans l'accueil clinique. À l'aide de protocoles préétablis et munie d'ordonnances collectives, elle procède aux étapes préliminaires de la prise en charge du patient. L'infirmière agit toujours en fonction du protocole. Elle peut orienter le patient vers des examens plus complexes ou le diriger vers un spécialiste. La majorité des protocoles ne nécessitent cependant pas l'intervention d'un consultant. Dans certains cas, l'infirmière amorce même le traitement. Dès que des résultats sont disponibles, elle les communique au médecin de famille par téléphone ou par télécopieur.

Selon la D^{re} Perron, l'accueil clinique permet

Le Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur Pionnier de l'accueil clinique

L'accueil clinique est né à l'hôpital Pierre-Le Gardeur au milieu des années 2000. Ce nouveau concept est l'œuvre d'un médecin visionnaire, le **D^r Gerry Bédard**, alors directeur des Affaires médicales et directeur exécutif intérimaire des Services à la deuxième ligne au Centre de santé et des services sociaux du sud de Lanaudière (CSSSSL).

Le D^r Bédard est d'abord épaulé par une infirmière, **M^{me} Lynda Jean**, qui se consacre dès 2004 à la planification de cette entreprise. En 2005, un autre collaborateur, le **D^r Claude St-Laurent**, médecin de famille au CSSSSL, établit des algorithmes pour l'évaluation de 61 problèmes de santé avec l'aide des spécialistes de l'hôpital. L'omnipraticien conçoit également un projet pilote qui sera testé dans cinq groupes de médecine familiale (GMF), une clinique médicale et les deux CLSC de la région.

Le projet démarre officiellement le 30 mai 2005 dans les huit centres qui regroupent en tout une cinquantaine de médecins. « Le succès a été immédiat et satisfaisant, autant pour les médecins utilisateurs que pour les patients et l'organisation, dit le D^r St-Laurent. Enfin, les omnipraticiens avaient accès au plateau technique et aux spécialistes, mais ils étaient inquiets de confier leurs patients au nouveau système pour l'évaluation du début à la fin. »

Entre le 1^{er} avril 2009 et le 31 mars 2010, ce sont les protocoles portant sur le nodule pulmonaire (479 fois), l'angine ou la douleur rétrosternale atypique (440 fois) et la thrombophlébite profonde (335 fois) qui ont été les plus utilisés. Une évaluation du fonctionnement, de la satisfaction et de la performance de l'accueil clinique est en cours.



D^r Claude St-Laurent

au médecin de famille de gagner du temps, car l'infirmière clinicienne exécute une grande partie du travail. La vitesse d'intervention, des soins rapides pour les patients, mais aussi un accès prompt au plateau technique, aux spécialistes et aux résultats d'examens, voilà les avantages de l'accueil clinique.

Créé au Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur en 2005 (*encadré*), ce modèle de soins de première ligne commence à se multiplier au Québec. Dans la région de Richelieu-Yamaska, l'accueil clinique est destiné aux patients de 18 ans et plus, mais peut être utilisé pour les enfants dans des cas particuliers, par exemple, en présence de fièvre. Les deux autres critères pour recourir à ce service : le problème de santé doit correspondre à l'un des protocoles offerts et le médecin souhaite faire le suivi du patient.

« J'utilise surtout l'accueil clinique pour les diverticulites et les thrombophlébites, mentionne le **D^r Jean Charbonneau**, médecin de famille à la Clinique de la Montagne, à Saint-Hilaire. Les protocoles nous facilitent la tâche. L'avantage est que lorsqu'on soupçonne un problème précis,

on peut envoyer les patients directement à l'accueil clinique. On passe par Internet, on remplit le formulaire à l'ordinateur et on le remet au patient. » Si le protocole est surtout utile pour l'infirmière, il l'est également pour le médecin.

« Il est certain que l'on connaît la procédure, mais les protocoles se révèlent être des aide-mémoires incontestables », ajoute le **D^r Charbonneau**.

Un véritable succès

Selon le **D^r Jacques Bergeron**, médecin de famille et président de l'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska, l'accueil clinique est très intéressant à la fois pour les médecins et les patients.

« La FMOQ tente de valoriser la prise en charge et le suivi du patient, dit-il. Ce service nous aide énormément et va probablement décongestionner l'urgence. Il s'agit d'un excellent modèle qui peut être utilisé pour de nombreux problèmes de santé. »



D^r Jacques Bergeron

Tableau.

Données brutes du service d'accueil clinique du CSSS Richelieu-Yamaska en 2010-2011

Secteurs	Total	Problème de santé	
Cardiologie	12 patients	Fibrillation auriculaire	12 patients
Gastro-entérologie	119 patients	Diarrhées persistantes	32 patients
		Hématémèse/méléna	5 patients
		Ictère <i>de novo</i>	11 patients
		Rectorragies	32 patients
		Diverticulite	39 patients
Gynécologie-obstétrique	114 patientes	Saignements du premier trimestre	114 patientes
Médecine interne	146 patients	Thrombophlébite profonde	146 patients
Neurologie	11 patients	Accident ischémique transitoire	11 patients
Urologie	185 patients	Hématurie macroscopique	63 patients
		Hématurie microscopique	73 patients
		Symptômes du bas appareil urinaire	49 patients
Microbiologie (en fonction depuis avril 2011)	9 patients	Cellulite	9 patients
Services ambulatoires divers	110 patients	Évaluation générale (labo + imagerie non protocolisée)	56 patients
		Débimétrie urinaire (fait auparavant à la salle d'endoscopie)	54 patients
Total des activités pour le plateau d'évaluation en médecine ambulatoire	706 patients		
Protocoles d'accueil clinique	596 patients		

Source : Michel Brodeur

L'instigateur de l'accueil clinique du Richelieu-Yamaska est un omnipraticien du CSSS de la région : le **D^r Michel Brodeur**. Les succès de son nouveau service, qui a démarré en mai 2010, va au-delà de ses espérances. Déjà, plus de 700 patients en ont bénéficié. Au moins 110 cliniciens l'ont utilisé, dont 60 % des omnipraticiens du territoire (*tableau*). « Nous avons voulu valoriser la première ligne et faire en sorte que le médecin de famille ait un meilleur accès au plateau technique et aux spécialistes, tout en demeurant le médecin traitant. »

Le D^r Brodeur estime que pour que la prise

en charge soit agréable, il faut que les médecins de famille se sentent en mesure d'intervenir, que leur rôle ne soit pas uniquement de diriger les patients vers des services et des spécialités, mais de les traiter vraiment. « Il n'y a rien de plus frustrant que d'avoir accès au plateau technique et aux spécialistes lorsqu'on est de garde à l'urgence et de ne pas en bénéficier lorsqu'on voit un cas semblable au cabinet. À un moment donné, cette situation a causé un certain découragement chez les médecins de famille. »

Le D^r Brodeur et ses collaborateurs ont donc établi avec les spécialistes de leur CSSS

une liste de diagnostics de première ligne. Dans la majorité des cas, les problèmes de santé peuvent être suivis par le médecin de famille. Toutefois, ce dernier a parfois besoin de l'avis d'un consultant, que ce soit pour confirmer le diagnostic ou pour obtenir des suggestions thérapeutiques.

Le CSSS Richelieu-Yamaska dispose maintenant d'une longue liste de protocoles, entre autres en cardiologie (fibrillation auriculaire), en médecine interne (possibilité de thrombophlébite), en microbiologie (cellulite), en neurologie, en urologie (hématurie microscopique et macroscopique, symptômes du bas appareil urinaire, infection urinaire chez l'homme), en gastro-entérologie (diarrhées chroniques persistantes, maladies intestinales inflammatoires, soupçon de diverticulite, rectorragies), en gynécologie obstétrique (saignement du premier trimestre chez la femme enceinte), etc.

L'accueil clinique représente une aide considérable pour les omnipraticiens, mais peu de changement pour les spécialistes. La réaction qu'allaient avoir ces derniers face à ce projet constituait l'un des défis du D^r Brodeur. Pour les convaincre, il leur a expliqué que théoriquement ils n'auraient pas à voir plus de cas, parce que les patients qu'on leur enverrait seraient des personnes qu'ils auraient à examiner de toute façon. « La différence consiste pour eux à s'organiser afin de recevoir les patients qu'on leur adresse en respectant le délai établi. » Selon le D^r Brodeur, l'accueil clinique constitue une approche novatrice et efficace pour les problèmes subaigus ou semi-urgents.

L'accueil clinique présente, par ailleurs, des avantages pour les spécialistes : ils reçoivent des patients qui se présentent avec un dossier déjà bien rempli. Ils les voient pour des raisons précises pour lesquelles leur expertise est nécessaire. Et ce sont eux qui ont établi au préalable l'urgence des différents cas possibles. Certains spécialistes ont eux-mêmes recours à l'accueil clinique. Par exemple, certains urologues y redirigent des patients qui leur sont adressés pour une hématurie microscopique et le revoient par la suite une fois l'évaluation amorcée.

Des services d'accueil clinique dans tout le Québec ?

Le ministre de la Santé et des Services sociaux, le D^r Yves Bolduc, est enchanté du modèle de l'accueil clinique. « Lorsqu'il fut créé à l'hôpital Pierre-Le Gardeur, il représentait l'un des projets les plus efficaces de tout le réseau de la santé, dit-il en entrevue téléphonique. Ce service se révèle une excellente stratégie que je souhaite généraliser partout au Québec », précise le ministre.

Le D^r Bolduc a lui-même utilisé un service d'accueil clinique lorsqu'il pratiquait la médecine familiale. Un samedi, lors d'un remplacement à l'urgence de Saint-Raymond-de-Portneuf, il a reçu une patiente présentant une phlébite. « Elle avait besoin d'un Doppler. J'ai donc téléphoné au CHUL où l'infirmière de l'accueil clinique s'en est occupé en suivant le protocole. »


Le ministre soutient que le système d'accueil clinique contribuera à désengorger les urgences. « Ce service reçoit de 5 % à 10 % des patients qui se seraient rendus à l'urgence autrement. Cela fait une différence. » La majorité des établissements de soins étudient d'ailleurs la mise sur pied d'un tel système, selon le ministre. Même s'ils ne portent pas toujours ce nom, différents modèles apparaissent et visent le même objectif. Le budget pour créer ce service doit cependant être puisé dans l'enveloppe régionale. Les responsables doivent donc utiliser les mêmes ressources de manière différente.

Combien y a-t-il de services d'accueil clinique au Québec ? On en ignore le nombre exact. Il y en aurait environ 17, selon un sondage effectué par l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, auquel 70 des 132 établissements ont répondu. Le ministre Bolduc considère que ce type d'organisation des soins est essentiel et constitue l'une des stratégies les plus structurantes pour améliorer l'accès aux services et assurer de meilleurs soins. 📞

(Suite à la page 8) ➤➤➤



D^r Yves Bolduc



Sondage Les AMP sont-elles encore utiles ?

Emmanuèle Garnier

Photo : SuperStock

LES ACTIVITÉS médicales particulières (AMP) sont-elles vraiment nécessaires ? Peut-être pas. D'autres mesures pourraient les remplacer, estime le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ. « Les AMP sont un outil coercitif. Sommes-nous mûrs pour des moyens incitatifs ? Je pense que oui » (*encadré*).

Qu'en pensent les principaux intéressés ? Pour prendre leur pouls, la FMOQ a fait un sondage maison auprès de quelque 6300 médecins de famille dont elle avait l'adresse électronique, des 18 chefs de département régionaux de médecine générale (DRMG) et des 850 résidents en médecine familiale. Le questionnaire à remplir a été mis en ligne de la mi-avril à la mi-mai. La répartition régionale des répondants reflétait celle des médecins au Québec.

Les résultats montrent que certains omnipraticiens doutent de l'utilité des AMP, mais que d'autres les croient probablement nécessaires en l'absence d'autres mesures. Les chefs de DRMG, pour leur part, ne pensent pas pouvoir répondre aux besoins de la population sans ces activités obligatoires. Les résidents, eux, sont partagés sur l'importance de la contrainte qu'elles représentent pour eux.

L'enquête met par ailleurs en lumière des aspects troublants des AMP. « Leurs effets négatifs semblent plus importants que leurs effets positifs. Leur présence a créé de toute pièce un problème dans le domaine de la prise en charge des patients, analyse **M^{me} Marianne Casavant**, conseillère en politiques de santé à la FMOQ. Il est temps que l'on passe à autre chose. Il faut trouver d'autres solutions. »

Encadré.**Une gestion différente pour éliminer les AMP**

Serait-il possible d'éliminer les AMP ? Chef du DRMG de Montréal de 2000 à 2008, le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ, le croit. Il a sa petite idée sur la manière de procéder. Les outils qu'il utiliserait pour répondre aux besoins médicaux essentiels ? Les PREM et les PEM.

Depuis 2004, année où est apparue la nouvelle génération d'AMP, la situation a bien changé. Les chefs de DRMG disposent maintenant d'une marge de manœuvre qu'ils n'avaient pas auparavant. Cette année, par exemple, quelque 275 nouveaux omnipraticiens sont arrivés en renfort, soit un ajout net de 130 médecins de famille. Le moment est donc propice pour expérimenter de nouvelles solutions.

Les PREM seraient un premier instrument pour gérer les activités médicales essentielles. Dans les régions où les candidats potentiels sont en nombre suffisant, le chef du DRMG pourrait choisir les médecins qui répondent le mieux à ses besoins. « Il doit se demander dans quels secteurs sont les poches de vulnérabilité. Il affiche alors des postes. Cela peut être en première ligne, en CLSC, dans un CHSLD », explique le D^r Dulude. Évidemment, une fois l'avis de conformité en poche, rien n'oblige le nouveau venu à exercer dans le domaine convenu. Mais le risque de dérapage est faible. « Selon mon expérience de chef de DRMG, les médecins font ce qu'ils ont dit. »

Les PEM constituent le second instrument. Si les droits de pratique à l'hôpital étaient liés à des conditions précises dans un secteur donné, la gestion des activités essentielles en serait facilitée. Ainsi, dans un nouveau système, le médecin présenterait une offre de service dans laquelle il proposerait, par exemple, de travailler à l'urgence et d'y effectuer une garde par semaine. « Si cette offre convient au chef de département, il va l'accepter. Mais s'il a besoin d'un médecin à temps plein qui fasse quatre gardes par semaine, il va l'indiquer. De cette manière, il n'y aura pas de mauvaise surprise. »

Ces mesures seraient-elles suffisantes ? Dans le sondage de la FMOQ, 43 % des chefs de DRMG, soit 6 sur 14*, pensaient qu'ils pourraient assurer les services prioritaires uniquement à l'aide d'une gestion rigoureuse des PREM et des PEM.

Ce système devrait être testé dans le cadre d'un projet pilote au sein d'une petite ville. Une agglomération dont la pénurie d'effectifs médicaux serait dans la moyenne et qui compterait quelques CLSC et un CHSLD. « On pourrait y faire l'expérience, pendant plusieurs années, d'abolir les AMP et de ne recourir qu'au PREM et au PEM », propose l'ancien chef de DRMG.

La logique de la gestion des activités médicales en serait alors complètement modifiée. « Plutôt que de mettre la responsabilité sur les épaules de chaque médecin qui doit s'engager à faire douze heures d'AMP par semaine, on la mettrait sur celles du chef de DRMG, des chefs de département et du directeur des services professionnels de l'établissement de soins. »

*Un chef de DRMG n'a pas répondu à la question.

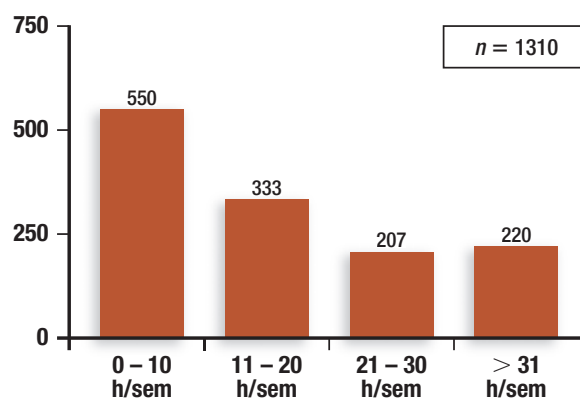
Le regard des médecins de famille

Qu'arriverait-il si on éliminait les AMP ? Selon 84 % des médecins de famille qui ont répondu (25 %) au sondage, cela ne changerait pas du tout ou que peu leur pratique. Le pourcentage reste le même parmi ceux qui pourraient le plus facilement modifier leurs activités. Ainsi, parmi les 266 répondants qui exerçaient depuis cinq ans ou moins, 47 % affirmaient que l'élimination des AMP ne modifierait pas leur travail et 37 % que cela ne le transformerait qu'un peu.

Les AMP sont-elles alors nécessaires pour maintenir des effectifs en nombre suffisant dans les établissements ? Les avis sont partagés. Ainsi, 51 % des médecins doutent que ces activités soient nécessaires ou affirment qu'elles ne le sont pas du tout. Par contre, 49 % estiment qu'elles le sont absolument ou probablement.

Le sondage fait par ailleurs ressortir certains

Figure 1.
Médecins de famille –
Heures d'AMP réalisées en sus du minimum requis



Source : FMOQ

effets néfastes des AMP. Bien des répondants accusent, dans leurs commentaires, ces activités



D^r Serge Dulude et M^{me} Marianne Casavant

d'avoir vidé les cabinets. « Les AMP n'ont fait que déplacer la pénurie des centres hospitaliers vers les cabinets privés », écrit ainsi un médecin.

Les données semblent lui donner raison. Elles révèlent que de nombreux omnipraticiens consacrent beaucoup plus de temps aux AMP que les douze heures obligatoires. En fait, 58 % des répondants effectuent plus de dix heures d'AMP en sus de ce qui est exigé, donc au moins 22 heures hebdomadairement (figure 1). Et 17 % font plus de 31 heures supplémentaires par semaine.

Ce phénomène s'explique facilement pour le D^r Dulude. « Les médecins se disent que tant qu'à faire douze heures d'une activité, ils vont s'y consacrer et en faire plus. Leur chef de service va d'ailleurs leur demander de travailler

davantage, parce qu'il ne veut pas perdre une place de son plan d'effectifs médicaux (PEM) pour douze heures. Quand le médecin a

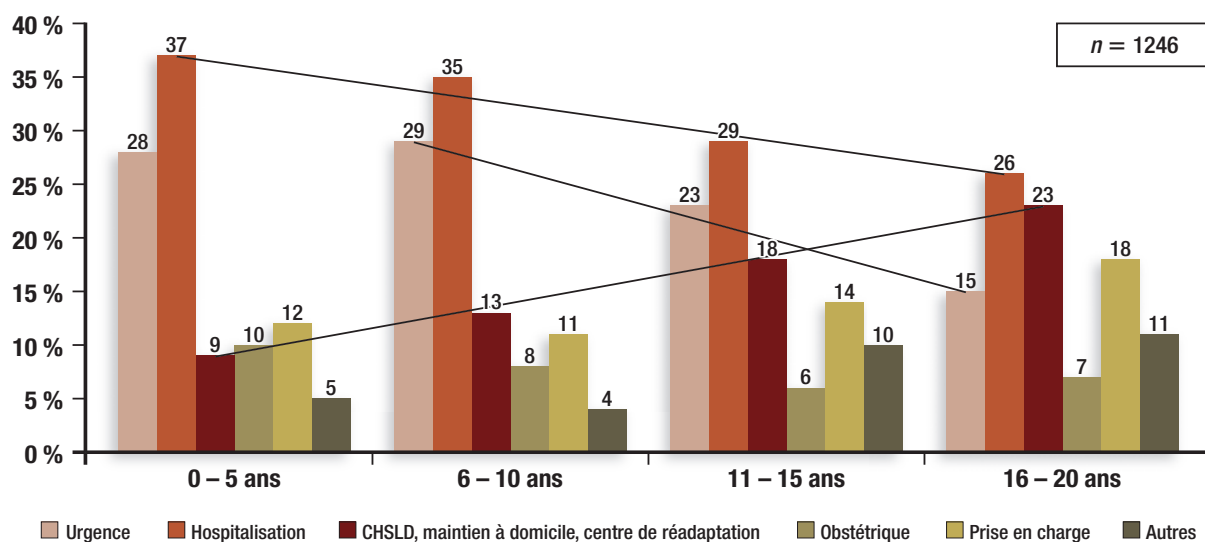
finalement fait 25 ou 30 heures d'AMP, cela ne vaut plus la peine de prendre en charge des patients dans un cabinet médical. »

Plusieurs répondants estiment que les AMP encouragent les omnipraticiens à ne pas faire de la prise en charge, révèlent leurs commentaires. Certains affirment qu'il est difficile de concilier la pratique en cabinet avec celle à l'hôpital et que, par conséquent, les médecins abandonnent la première.

Que faire pour aider les cliniques médicales ? La prise en charge et le suivi des patients devraient-ils devenir des AMP du même type que le traitement

Parmi les omnipraticiens, 58 % effectuent plus de dix heures d'AMP en sus de ce qui est exigé, donc au moins 22 heures hebdomadairement. Et 17 % font plus de 31 heures supplémentaires par semaine.

Figure 2.
Médecins de famille – Catégorie d'AMP selon le nombre d'années de pratique



Source : FMOQ

des patients hospitalisés, l'obstétrique et les soins dans les CHSLD, à domicile et dans les centres de réadaptation ? D'après 81 % des omnipraticiens interrogés, il le faudrait. « Je trouve déplorable qu'un médecin en cabinet doive diminuer ses rendez-vous pour effectuer ses AMP. Ça va directement à l'encontre des efforts pour trouver des médecins de famille aux patients orphelins », écrit d'ailleurs un répondant. De manière plus générale, 45 % des omnipraticiens estiment que les AMP constituent un obstacle important au recrutement des médecins de famille.

Une première photo des AMP

Le sondage donne également une intéressante photo de ce que sont les AMP au Québec. Cela n'avait jamais été fait auparavant. On s'aperçoit que le visage des AMP change selon le nombre d'années de pratique des médecins (figure 2). Les jeunes qui ont cinq ans et moins d'expérience sont nombreux dans les unités hospitalières de soins (37 %) et dans les urgences (28 %), mais moins dans les CHSLD, au domicile des patients et dans les centres de réadaptation (9 %).

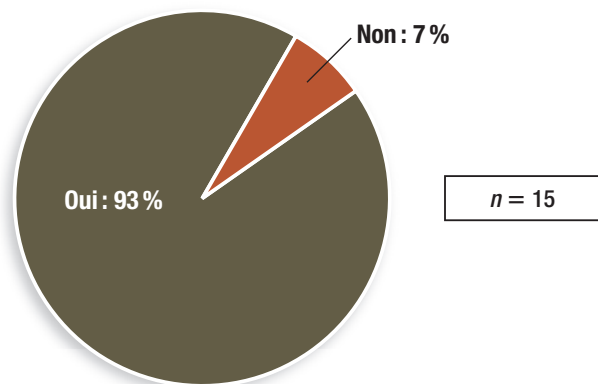
Le tableau s'inverse chez leurs aînés. Parmi ceux qui comptent de 16 à 20 ans de pratique, 23 % font leurs AMP dans les CHSLD, le maintien à domicile et la réadaptation. Par ailleurs, 26 % se retrouvent dans les unités de soins et 15 % à l'urgence. La prise en charge de patients dans les cabinets ? Dix-huit pour cent en font leurs AMP, contrairement à 12 % des jeunes médecins.

Des chefs de DRMG prudents

Quel est l'avis des chefs de DRMG au sujet des AMP ? La FMOQ a réussi à obtenir les réponses de quinze des dix-huit chefs. Chargés de gérer ces activités obligatoires, ils ont une perspective qui leur est propre. Pour eux, les AMP constituent un outil indispensable.

Ainsi, 93 % des répondants pensent qu'il y aurait des secteurs pour lesquels il serait difficile de trouver des médecins s'il n'y avait pas d'AMP (figure 3). Tous éprouvent déjà de la difficulté à combler les besoins dans certains domaines. En fait, 79 % croient que l'abolition des AMP aurait des effets néfastes sur l'organisation des services de leur territoire. Les chefs de DRMG connaissent l'efficacité

Figure 3.
Chefs de DRMG – Selon vous, en l’absence d’AMP, y aurait-il des secteurs d’activités difficiles à pourvoir ?



Source : FMOQ

de cet outil. Ils estiment tous qu’il a un peu ou beaucoup d’influence sur le choix des activités cliniques des résidents. Et 86 % jugent que depuis 2003, année précédant l’entrée en vigueur des nouvelles AMP, la couverture des différents secteurs d’activité s’est améliorée.

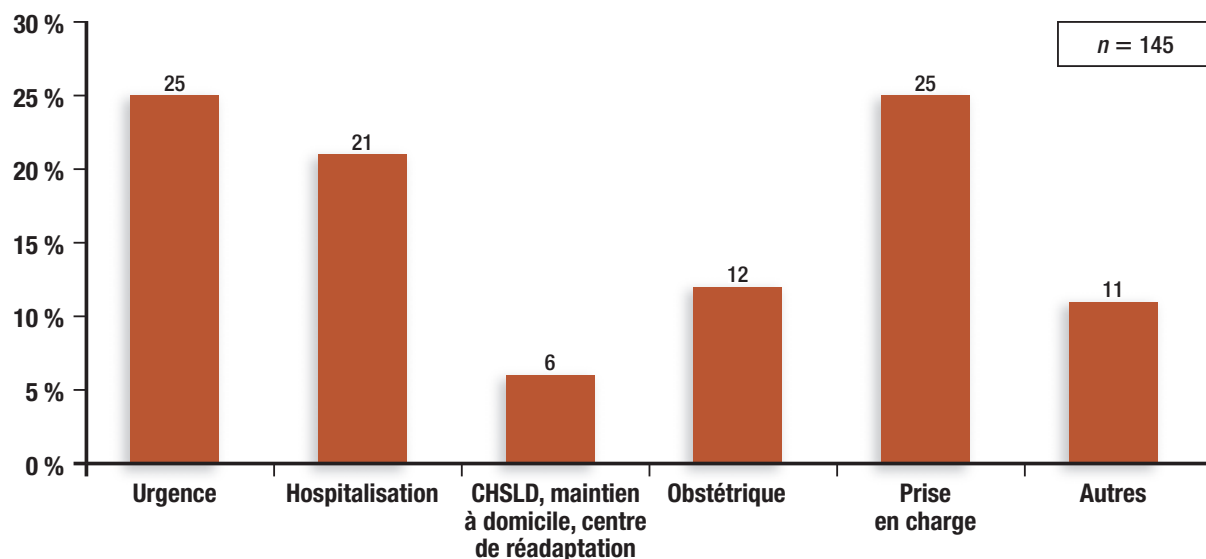
Le suivi des patients en cabinet médical devrait-il être une AMP de valeur égale à celles du travail dans les unités de soins, en obstétrique, au CHSLD, en maintien à domicile et en réadaptation ? Parmi les chefs de DRMG participant, 77 % le croient. D’ailleurs, 60 % envisagent de faire de la prise en charge une AMP dans les prochaines années.

Les résidents et le suivi des patients

Le point de vue des résidents en médecine familiale est également intéressant. Sur les 850, 145 (17 %) ont répondu au sondage. Leurs avis sont très partagés sur l’entrave que constituent les AMP dans le choix de leurs activités médicales. Environ un tiers estime qu’elles ne constituent pas une contrainte, un autre tiers qu’elles le sont un peu et 30 % qu’elles en sont une importante. En fin de compte, 77 % des répondants considèrent que la pratique qu’ils envisagent ne serait pas différente en l’absence d’AMP ou ne le serait qu’un peu.

Quelles activités intéressent le plus les résidents ? Les répondants pouvaient donner plusieurs réponses. Ils ont indiqué l’urgence

Figure 4.
Médecins résidents – Sur une base purement personnelle, quelle(s) activité(s) vous intéresse(nt) ?



Source : FMOQ

(25 %), la prise en charge des patients (25 %), les soins aux patients hospitalisés (21 %) et l'obstétrique (12 %) (figure 4). La pratique dans un CHSLD, un centre de réadaptation et les soins à domicile n'ont séduit que 6 % des futurs médecins de famille.

On peut se réjouir que les prochains omnipraticiens s'intéressent à relativement tous les domaines de la médecine familiale. On peut également constater que le suivi des patients est aussi populaire que l'urgence. Cependant, pour Marianne Casavant, ces données sont quand même décevantes. « Il n'y a que 25 % des résidents qui affirment que la prise en charge de patients est une des activités qui les intéressent le plus, alors que c'est l'essence même de la médecine familiale. Il est temps que l'on arrête les AMP. Le gouvernement a peur que les médecins désertent les établissements, mais ce n'est pas ce que je vois dans les données du sondage. »

L'avenir ?

La conseillère en politiques de santé, tout comme certains répondants du sondage, s'inquiète pour l'avenir. « D'une part, les AMP ont vidé les cabinets et, de l'autre, il n'y a maintenant pas de relève pour les médecins plus âgés. Quand ces derniers vont prendre leur retraite que se passera-t-il ? »

Les jeunes médecins n'ont actuellement aucun motif d'aller exercer en première ligne. Tout les pousse vers les hôpitaux. « Il y a l'accès au plateau technique, l'absence de frais de cabinet et des liens avec tout l'établissement. La rémunération y est également intéressante. Et, de toute façon, ils sont obligés d'aller y faire des activités. »

Aux yeux de M^{me} Casavant, le *statu quo* n'est plus possible. Une approche incitative plutôt que coercitive serait, à son avis, beaucoup plus efficace. « Nulle part ailleurs, au Canada, il n'y a d'AMP. Les autres provinces ont trouvé des moyens plus intéressants, comme le recours aux incitatifs. J'ai la ferme conviction que cela pourrait aussi marcher ici si l'on s'organisait autrement. » ☞



Congrès de formation médicale continue

FMOQ

15 et 16 septembre 2011

La thérapeutique

Hôtel Hilton Bonaventure,
Montréal

13 et 14 octobre 2011

La neurologie

Hôtel Delta Québec,
Québec

10 et 11 novembre 2011

La nutrition

Hôtel Delta Québec,
Québec

1^{er} et 2 décembre 2011

La santé des femmes et des hommes

Hôtel Mortagne
Boucherville

9 et 10 février 2012

La gériatrie

Hôtel Delta Québec,
Québec

15 et 16 mars 2012

La dermatologie

Centre Mont-Royal
Montréal

Sondage national des médecins de 2010

les médecins travaillent fort

Au Canada, les médecins travaillent beaucoup. En 2010, ils consacraient en moyenne 51,4 heures à leur vie professionnelle, en plus des heures de garde. « Tant les hommes (53,3 heures/semaine) que les femmes (48,2 heures/semaine) ont excédé de manière significative la semaine normale de travail de 40 heures », indique le Sondage national des médecins de 2010.

Plus grand recensement de ce type, cette enquête permet de prendre le pouls des praticiens du Canada. Quelque 12 000 médecins de tout le pays y ont répondu, ce qui donne un taux de participation de 18,1 %. Le sondage a été réalisé par le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

Plusieurs faits troublants ressortent de l'enquête. Ainsi, le temps consacré aux soins directs aux patients diminue. Il est maintenant de 32,7 heures par semaine (par rapport à 33,3 heures en 2007). À l'opposé, le temps accordé aux dossiers, aux rapports, aux appels téléphoniques augmente et atteint 6,1 heures par semaine (comparé à 5,9 heures en 2007). Sept médecins sur dix font, en outre, des gardes. Les médecins de famille y consacrent en moyenne 134 heures par mois et les autres spécialistes, 121.

Pour les patients, la situation ne s'améliore pas. Le temps d'attente pour recevoir des soins urgents s'allonge. Au Canada, 47 % des patients peuvent consulter un médecin en 24 heures. Au Québec, ce taux tombe à 39 %. Au pays, les médecins de famille sont toutefois plus accessibles que leurs collègues spécialistes : les premiers voient 61 % des cas urgents en un jour et les seconds, 32 %.

Pour les soins non urgents, seulement 26 % des cliniciens canadiens arrivent à donner un rendez-vous à un patient en une semaine. Au Québec, uniquement 11 %. Le temps d'attente pour un rendez-vous avec un omnipraticien est en moyenne de trois semaines au pays et de douze semaines avec un spécialiste.

Et combien de patients voient les médecins en une semaine ? Au Canada, 107, sans compter ceux qu'ils traitent pendant leurs heures de garde. Au Québec, ce nombre descend à 80.

Par contre, c'est dans notre province qu'il est le plus facile de se trouver un médecin de famille. Ainsi, 66 % des omnipraticiens québécois acceptent de nouveaux patients, par rapport à 58 % dans l'ensemble du pays.

La clientèle des médecins de famille est assez importante. Au Canada, elle s'élève en moyenne à 1700 patients, selon les propres estimations des omnipraticiens. Au Québec, elle est plutôt de 1433. Le sondage semble, par ailleurs, confirmer que les médecins de famille plus âgés sont les piliers du système de santé. Les omnipraticiens canadiens de 55 à 64 ans suivent en moyenne 1900 patients. À l'opposé, leurs collègues de moins de 35 ans n'ont une clientèle que d'environ 1160 patients.

D'un océan à l'autre, la pratique devient de plus en plus lourde. Les facteurs qui augmentent le temps de travail ?

- ☉ La complexité croissante des cas (selon 72 % des répondants)
- ☉ La prise en charge de patients atteints de maladies chroniques (63 %)
- ☉ L'augmentation de la charge administrative et des documents à remplir (61 %)
- ☉ Le vieillissement de la population (59 %)
- ☉ L'augmentation des demandes des patients (58 %)

« Les exigences de plus en plus lourdes imposées au temps des médecins créent des problèmes d'accès sur lesquels il faut se pencher », a déclaré le **D^r Robert Boulay**, président du Collège des médecins de famille du Canada, dans un communiqué de presse. **EG**

Pour plus d'informations :
www.sondagenationaldesmedecins.ca.

pratico-pratique

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

Expulser un insecte d'une oreille

Un jour, une petite fille est arrivée en état de panique au cabinet du D^r Maxime Dandois, en Gas pésie. Un insecte vivant s'était logé dans son conduit auditif et ne cessait de remuer. Que faire ? Certains médecins qui se sont retrouvés dans cette situation ont utilisé des pinces pour essayer d'expulser l'intrus. Mais ce n'est pas la solution idéale : l'insecte se débat, on n'arrive pas à bien le saisir, il se tortille encore plus et l'enfant s'affole de plus belle.

Le D^r Dandois, à qui il arrivait de faire des nettoyages d'oreille, n'a pas hésité. Il a envoyé de l'eau dans le conduit auditif. Il comptait expulser ainsi la bestiole, mais l'a finalement noyée « Tout de suite l'enfant est devenue très calme, soulagée. Cela a ensuite été très facile de retirer l'insecte avec des pinces », explique l'omnipraticien qui pratique à Grande-Rivière. **EG**

Le rôle de chaque pilule

Le D^r François Roy, de Sherbrooke, recevait auparavant plusieurs appels de pharmaciens, parce que certains de ses patients ne semblaient pas prendre leurs médicaments. Quand il revoyait ces derniers, il leur demandait ce qui se passait. « Ils me disaient : "je ne sais pas pourquoi je prends ces pilules. Si je ne le sais pas, je ne les prends pas". »

Le médecin explique maintenant à ses patients l'utilité de chacun de leurs médicaments. « Pour qu'ils s'en souviennent, je leur donne une copie du profil que fournit la pharmacie et j'y inscris le rôle de chacun des comprimés. » Et afin que le patient sache de quel médicament il s'agit, le D^r Roy leur en montre la photo sur son ordinateur en utilisant le logiciel *Epocrates*. « J'ai remarqué que dans plusieurs cas, cela améliorerait l'observance. Les patients avaient ainsi davantage l'impression de participer à leur traitement. » **EG**

Une seule bière par jour ? Vraiment ?

Le patient qui est devant vous ne prend-il vraiment qu'un verre de temps en temps, comme il le prétend ? Vous avez un doute. Comment avoir une réponse sincère ? À la Clinique médicale du Phare, à Rimouski, le D^r Alain Girard recourt à l'humour pour en avoir le cœur net. Une technique qu'il a apprise d'un de ses patrons quand il était résident.

- Quelle est votre consommation d'alcool ? demande le clinicien.
- Bof... quelques bières par jour.
- « Quelques bières », c'est combien de caisses de 24 ? ajoute le D^r Girard avec un sourire. Immanquablement, le patient éclate de rire.
- Non, non, non. Je prends environ six bières par jour.

« Cette approche détend l'atmosphère. Le patient ne se sent pas jugé au sujet de sa consommation d'alcool et est alors plus enclin à répondre franchement. Si on lui dit : "précisez-moi ce que vous voulez dire par quelques bières par jour", il risque de minimiser sa consommation », explique le médecin. **EG**