

Pour que l'hospitalisation ne soit pas une maladie !

Un brin d'histoire au sujet du premier hôpital...

Dans les années 1630, la communauté des Jésuites de Nouvelle-France formule de nombreuses demandes afin d'obtenir un hôtel-Dieu ainsi qu'une école pour jeunes filles à Québec. Finalement, le père Paul Le Jeune reçoit un accueil favorable auprès de Marie Madeleine de Vignerod, madame de Combalet, aussi duchesse d'Aiguillon. Cette grande dame dont on évoque la simplicité était la nièce du cardinal de Richelieu, Armand Jean du Plessis.

À la même époque, une communauté religieuse, les Augustines hospitalières, a sous sa gouverne plusieurs hôpitaux de France. Le 16 août 1637, la duchesse d'Aiguillon passe contrat avec les Augustines hospitalières de l'Hôtel-Dieu de Dieppe en Normandie. Le 16 août 1639, Louis XIII ratifie le contrat et fonde, par chartre royale, l'Hôtel-Dieu du Précieux Sang qui sera érigé à Québec. Il s'agira alors du premier hôpital d'Amérique, au nord du Mexique. Le 1^{er} août de la même année, après un voyage à bord du Saint-Joseph, trois augustines déterminées mettent pied à terre : sœur Marie Guenet de Saint-Ignace, 29 ans, sœur Anne Le Cointre de Saint-Bernard, 28 ans, et sœur Marie Forestier de Saint-Bonaventure de Jésus, 22 ans. C'est donc en 1639, soit **il y a 365 ans**, qu'était érigé « pour la santé de l'âme et du corps » le premier hôpital. Déjà la prise en charge globale se remarquait. Comme vous le savez, on doit beaucoup aux communautés religieuses dans l'édification de notre réseau d'établissements hospitaliers.



29

La réalité hospitalière de l'omnipraticien au Québec...

Un bon reflet de l'activité des omnipraticiens se retrouve dans l'étude descriptive de M^{me} Isabelle Savard et du D^r Jean Rodrigue, de la direction de la Planification



Agrément. La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et ses activités de formation continue, dont *Le Médecin du Québec*, sont agréées par le Collège des médecins du Québec. Tous les articles de cette section sont révisés par le comité de rédaction scientifique.

Post-test. Chaque mois, dans *Le Médecin du Québec*, vous trouverez à la fin de la section de formation médicale continue un post-test composé d'un maximum de 10 questions à réponse unique. Veuillez inscrire vos réponses sur le coupon au verso de la page de questions et le retourner à la FMOQ. **Trois heures** de crédits de formation de catégorie 1 seront accordées aux médecins qui auront obtenu une note de passage de **60 %**. (Aucun crédit ne sera accordé au-dessous de cette note.) N'encerclez qu'**une seule** réponse par question. Les réponses seront publiées deux mois plus tard à la fin de la section avec les références.



de la régionalisation de la FMOQ, intitulée: Des omnipraticiens à la grandeur du Québec : Évolution des effectifs et des profils de pratique – Le Québec dans son ensemble (2003). Les données qui y sont analysées s'étendent de 1992-1993 à 2001-2002.

On peut y lire que depuis le milieu des années 1990, le quart (25 %) des lits de courte durée ont été fermés. En 2001-2002, le tiers (33 %) des activités des omnipraticiens au Québec (selon le total des honoraires facturés) ont été exécutées en deuxième ligne, soit dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Pendant la même période, plus de la moitié (56 %) des omnipraticiens avaient des activités cliniques au sein de ces CHSGS. Si on regarde plus spécifiquement les activités auprès des patients hospitalisés, on note qu'en fait 43 % de l'ensemble des omnipraticiens du Québec avaient une pratique hospitalière, ce qui représentait 35 % de leur revenu total. Les données des dernières années nous montrent bien que malgré la réduction du nombre de lits de courte durée, la participation des omnipraticiens à la médecine hospitalière demeure très importante. De fait, plusieurs omnipraticiens assument les soins de leurs malades hospitalisés et la garde s'y rattachant 24 heures sur 24, à un rythme de sept jours toutes les quatre à six semaines.

La réalité quotidienne du médecin œuvrant en soins hospitaliers...

L'intégration de nouvelles connaissances, de nouvelles façons de vérifier les répercussions réelles de nos interventions, de nouvelles techniques, de nouvelles valeurs de la société ainsi que la possibilité de travailler avec d'autres professionnels, ainsi que des ressources médicales souvent limitées et une pression économique toujours omniprésente et croissante sont responsables des réalisations ingénieuses et pratiques dans les soins aux patients hospitalisés.

Les patients admis à l'hôpital souffrent de plus en plus de troubles multiples. Leur cas est souvent aussi lourd que leur dossier (ne nous décourageons pas, la numérisation est à nos portes !). Cette problématique nous offre cependant le beau défi d'intégrer une maladie nouvelle ou encore une maladie connue et exacerbée, qui subitement vient précariser l'ensemble des autres problématiques jusque-là en équilibre. À ce chapitre, le soutien de première ligne souvent entrepris avant même que nos patients quittent l'hôpital (merci aux nouveaux outils de communication) permet d'assurer le suivi de ces cas non moins lourds à leur sortie des CHSGS.

L'hospitalisation est souvent l'ultime solution. L'état des patients souffrant de troubles aigus au moment de leur admission est souvent si précaire et si grave que nous risquons d'en oublier la dynamique de l'ensemble du tableau clinique. Pourtant, chacun des éléments est une partie de l'assise servant à la résolution du problème dont souffrait le patient au moment de son admission.

L'hospitalisation est donc loin d'être une fin en soi, mais plutôt un beau défi d'intégration et de prise en charge globale avec les réalités toujours humaines de nos patients. Elle constitue souvent un défi que nous relevons grâce à la réussite de nos interventions et elle nous renvoie à l'occasion, malgré tous nos efforts, à l'humble constat de nos limites.

Dans la foulée d'une prise en charge globale, il nous a semblé intéressant de réunir divers sujets portant sur le quotidien des patients hospitalisés et de partager avec vous les différentes façons de résoudre les problèmes qui se posent dès la rédaction de la première ligne de la feuille d'ordonnance.

Bonne lecture !

Michel Fleury, omnipraticien