



Une clinique sans papier

un clic
pour augmenter
l'efficacité !

Francine Fiore

Des cliniques sans papier commencent à apparaître. Dans certaines, tout peut se faire par ordinateur, de l'inscription de notes au dossier du patient aux demandes d'examen, en passant par l'envoi d'instructions à l'infirmière. Un univers d'efficacité s'ouvre aux médecins.

DES SON ARRIVÉE à la clinique, le **D^r Albert Benhaim**, médecin de famille et président du Groupe Santé Physimed, à Montréal, voit sa journée défilier devant ses yeux. Ses rendez-vous, les tâches à accomplir, le travail à assigner, les résultats d'examen, la plus récente note clinique, tout lui apparaît en un simple clic. C'est que la clinique Physimed est complètement informatisée et fonctionne sans papier, ou presque.

Ce projet, qui a nécessité un an de préparation, a coûté environ un million de dollars. Cette somme peut sembler considérable, mais la clinique est vaste et offre de nombreux services. Clinique réseau intégrée, Physimed compte 104 employés en plus de quelque 80 médecins, dont 18 omnipraticiens. La clinique est ouverte sept jours sur sept et offre des consultations avec ou sans rendez-vous.

Logée dans un immense édifice sur l'autoroute transcanadienne, Physimed occupe une surface de 4831 mètres carrés. Bientôt, l'immeuble entier aura une vocation médicale. « Notre logiciel sera utilisé pour tous les services offerts sur place,

indique le D^r Benhaim. Les patients auront le même dossier qu'ils voient le médecin, le psychologue, le cardiologue ou la diététiste. »

Dès le départ, les concepteurs de Physimed souhaitaient une clinique sans papier comprenant l'informatisation non seulement du dossier patient, mais également de tous les processus de la clinique. Avec plus de 225 000 dossiers à gérer, cette transformation était devenue, depuis quelques années, essentielle. Bien plus qu'un projet vert permettant d'économiser du papier, la métamorphose avait pour mission d'améliorer la qualité des soins et d'assurer un meilleur suivi. « La décision de nous informatiser vient du fait que nos archives étaient devenues dysfonctionnelles, affirme le D^r Benhaim. Nous offrons plusieurs services, et les patients vont d'un secteur à l'autre. Le dossier pouvait se retrouver sur le bureau du psychologue, du cardiologue, du médecin de famille, etc. En outre, la gestion des résultats était peu fiable, car parfois ils n'étaient pas dans le dossier ou ne se rendaient pas au médecin. Il y avait donc des possibilités d'erreurs. »



Photo : Emmanuèle Garnier

Le D^r Albert Benhaim avec une patiente

De l'écrit à l'ordi

Afin de réaliser le projet, il a fallu, dans un premier temps, dénicher un fournisseur de services proposant un logiciel répondant aux besoins de la clinique. Un comité a donc été formé, et le personnel et les médecins ont pu donner leur avis sur l'informatisation des dossiers. Ensuite, des appels d'offres ont été lancés, puis une étude détaillée des propositions a été effectuée. C'est le logiciel Omnimed qui a été retenu.

« Nous voulions savoir dans quoi l'on s'engageait, car nous ne sommes pas des experts dans ce domaine, précise le D^r Benhaim. Il ne suffit pas de trouver le bon logiciel. Il faut un fournisseur souple, qui a une vision solide et qui accepte de modifier le logiciel dans l'avenir en fonction de nos besoins. »

Depuis avril 2009, toute nouvelle donnée sur un patient est entrée dans le système informatique. Les anciens dossiers papier n'ont pas été numérisés, car il s'agissait d'un travail trop important. « Nous avons 450 mètres carrés de dossiers papier entassés du plancher au plafond, indique le D^r Benhaim. Dorénavant, ils servent uniquement à des fins de consultation pour les médecins qui le souhaitent. Actuellement, grâce à l'informatique, nous diminuons d'environ 60 % le temps affecté aux archives médicales et nous espérons accroître

cette économie. » Toutefois, les données de laboratoire et de radiologie de la clinique des six dernières années ont été transférées dans le dossier informatique du patient, permettant ainsi d'avoir un historique.

Parmi les différents modules, la demande informatisée de tests ou de services est un élément hautement apprécié. « Auparavant, nous devions faire une demande sur papier et la diriger vers le service concerné, soit le laboratoire, la radiologie, ou vers un médecin en vue d'une consultation, affirme le D^r Benhaim. Maintenant, si un clinicien veut prescrire un prélèvement sanguin ou une tomodensitométrie ou encore demander une consultation en psychologie, il entre dans l'application et rédige sa demande qui sera orientée au bon endroit. Si le patient souhaite passer son examen ailleurs, on imprime la demande et on la lui remet. »

Il en va de même pour les résultats qui entrent directement dans le système informatique et qui sont classés dans le bon dossier. Ainsi, le médecin peut voir la description des examens, la date de prescription, celle de l'arrivée des résultats, l'établissement qui les a produits et les étapes subséquentes comme les rendez-vous médicaux. La consultation de ces données permet de connaître rapidement l'état du patient. « Quand un résultat est transmis sur papier, il faut un

certain temps avant qu'il se trouve au dossier, fait remarquer le D^r Benhaim. Grâce au système électronique, il va directement dans le dossier du patient et dans la boîte à lettres électronique du médecin. Des interfaces ont été créées entre le laboratoire de la clinique et celui de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Une interface a aussi été établie avec le service d'imagerie de notre clinique. »

Sécurité et fiabilité

Actuellement, les services informatisés comprennent le dossier patient, les résultats (de laboratoire, de radiologie et autres), la révision de ces résultats, la demande électronique d'examens, la gestion et l'assignation des tâches. Le système contient également un prescripteur, un logiciel permettant de rédiger une ordonnance, de conserver en mémoire tous les médicaments prescrits ainsi que de vérifier les effets indésirables potentiels et les contre-indications. Ce module comprend, en outre, un CPS et une encyclopédie médicale. Le système comporte également un module de vaccination pour assurer le suivi du carnet de vaccination du patient.

Selon le D^r Benhaim, l'informatisation offre un haut degré de fiabilité. « On ne perd aucune trace des actes posés, dit-il. Si le patient décide de ne pas passer un examen, il ne peut pas nous blâmer par la suite, car nous avons une preuve que la prescription a été faite. »

Pas de problème non plus en cas de panne d'électricité : la clinique possède une génératrice. En outre, pour sécuriser les données, des systèmes secondaires prennent le relais en cas de difficulté. La clinique a également prévu un mode de sauvegarde des données sur CD conservés à distance.

Étape par étape

L'informatisation de la clinique Physimed est le fruit d'une longue réflexion. Ce projet remonte en fait à 1988, soit au moment de la fondation de la clinique. « Toutefois, la technologie de l'époque n'était pas au point, et il fallait, à la demande du Collège, maintenir parallèlement un dossier papier, dit le D^r Benhaim. Il était insensé de conserver deux systèmes. »

Au total, le nouveau processus d'informatisation nécessitera au moins trois ans : après l'année de conception, il faut encore deux ans pour

Éléments de réussite

- ⊗ Une clinique médicale qui a atteint une certaine maturité
- ⊗ La volonté du corps médical de s'informatiser
- ⊗ Des moyens financiers adéquats
- ⊗ Un fournisseur avec qui établir un partenariat solide
- ⊗ Une mise en œuvre par étape
- ⊗ L'informatisation des bureaux de tous les employés en même temps
- ⊗ Une formation pertinente et continue
- ⊗ Un accompagnement régulier
- ⊗ Un leadership médical fort et influent
- ⊗ Une vision à long terme

l'implantation du système, qui a commencé en 2009 et se poursuivra en 2010 et même en 2011. Selon le D^r Benhaim, le secret de la réussite est de procéder par étape.

La toute première phase a été d'adapter le matériel technologique de la clinique. Tous les appareils ont été remplacés par leur équivalent numérique. À la deuxième étape, les cabinets des médecins ont été dotés d'un ordinateur et d'une imprimante. La troisième étape a été celle du déménagement de la banque de données. En effet, utilisant jusqu'à ce jour le logiciel Médisoft pour gérer les activités médico-administratives, la clinique a tout transféré dans le système Omnimed. À la quatrième étape, le nouveau logiciel médicoadministratif est entré en action. Il a alors fallu former tout le personnel, y compris le corps médical. La cinquième étape a été celle de l'implantation du dossier clinique informatisé et des différents modules dans toute la clinique. Enfin terminé le papier ! Dorénavant, tout passe par l'ordinateur. La mise en œuvre du module de demandes informatisées d'examens et de services a eu lieu à la sixième étape.

« Notre système va plus loin que l'informatisation du dossier, indique le D^r Benhaim. Ce logiciel permet d'informatiser tous les processus de la clinique, ce qui est très important pour devenir une vraie clinique sans papier. Cela signifie que toutes les communications entre les intervenants, les demandes de tous les examens de laboratoire,

(Suite à la page 14) >>>>

pratico-pratique

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

Les grands moyens pour sécher une plaie

Le D^r Pierre Shebib, médecin de famille du CSSS de la Pointe-de-l'Île, a eu à traiter plusieurs hommes diabétiques souffrant de plaies au scrotum dues à la macération chronique causée par le port de couches. Aucun traitement n'arrivait à régler leur problème.

Ne reculant devant rien, le D^r Shebib a alors inventé une machine à sécher les plaies. Il a pris le compresseur d'un aérosol nébulisateur pour asthmatiques et y a inséré un long tube à oxygène en plastique. À l'extrémité de ce tube, il a placé une sonde urinaire destinée à être introduite dans la couche sous les testicules. Ce dispositif devait être installé tous les soirs en mettant le patient au lit. « Cela envoyait à peu près cinq litres d'air à la minute et permettait d'aérer la peau », explique le clinicien. Au bout de deux à trois semaines, les plaies étaient guéries.

Les patients trouvaient le traitement un peu froid, mais ils étaient satisfaits du résultat. Seul inconvénient : le bruit du compresseur. Pour y remédier, il suffit d'installer la machine dans une pièce adjacente et d'y brancher un tube à oxygène de huit mètres. Les plus perfectionnistes peuvent, comme le D^r Shebib, faire construire autour du compresseur une boîte insonorisée refroidie grâce à un ventilateur d'ordinateur. **EG**

Est-ce un vrai problème cette fois-ci ?

M^{me} Lacroix, comme d'habitude, commence sa litanie de plaintes devant le médecin. Mal de tête, ennuis avec son propriétaire, palpitations, douleurs au ventre, etc. Le clinicien, comme toujours, est perplexe. La patiente a-t-elle cette fois-ci un véritable problème ?

« Si le patient a une pléthore de symptômes et qu'on lui a déjà fait passer les questionnaires, les examens et les tests de laboratoire nécessaires, on peut lui poser deux questions pour débusquer un éventuel problème », explique le D^r Richard Boulé, médecin de famille et professeur à l'Université de Sherbrooke.

On peut d'abord demander au patient si, depuis la dernière visite, quelque chose a changé dans sa routine. Si rien n'a été modifié dans la vie de M^{me} Lacroix, on peut conclure qu'un problème de santé n'a pas eu de répercussions nouvelles sur elle. Par contre, si elle a cessé de faire sa promenade quotidienne, il faut enquêter.

On peut ensuite parler au patient de ses passions. A-t-il toujours autant de plaisir à faire ses activités préférées ou à rencontrer les gens qu'il aime ? Si M^{me} Lacroix, qui adore son petit-fils, se plaint de ne pas avoir profité de sa dernière visite, parce qu'elle n'avait pas d'énergie, on doit s'en inquiéter. « On peut demander au patient s'il s'occupe toujours de son chien. Va-t-il encore au centre de jour ? Continue-t-il à jouer aux cartes ? S'il y a un changement, c'est un indice qu'il peut y avoir une détérioration ou une nouvelle maladie », indique le D^r Boulé. **EG**

Utilisez Internet pour mieux informer vos patients

L'information au patient doit elle aussi se mettre à l'heure d'Internet. À Québec, la D^{re} Nathalie J. Morin, médecin de famille, recommande pour sa part plusieurs sites Web à ses patients pour les aider à mieux comprendre leur problème de santé : *Passeport Santé* (www.passeportsante.net), *Ma Sexualité* (www.masexualite.ca) et, dans le cadre d'un projet pilote, le *Prescripteur* du site de la FMOQ (www.fmoq.org).

La clinicienne s'est fait faire de petites cartes sur lesquelles sont inscrites les adresses des sites. Elle ajoute ensuite à la main le diagnostic du patient pour qu'il puisse facilement trouver l'information.

Cette méthode est efficace et permet de gagner du temps. Quand la D^{re} Morin doit annoncer à un patient, lors d'une consultation sans rendez-vous, un diagnostic, par exemple, d'herpès génital, elle lui donne le site de *Ma Sexualité*. « Souvent, il est sous le choc et n'écoute pas. Il y a, par ailleurs, de nombreuses explications à donner : le traitement, les implications pour les partenaires, etc. On n'a pas toujours beaucoup temps dans une consultation sans rendez-vous. »

L'omnipraticienne trouve Internet également très utile, entre autres, dans le cas des patients déprimés à qui elle ne prescrit pas immédiatement de médicaments. « Je leur dis de lire l'information sur la dépression et qu'on se reparlera au prochain rendez-vous. Souvent, quand ils reviennent, ils n'ont plus de questions et reconnaissent bien leurs symptômes dépressifs, parce que tout est bien expliqué dans le site. Je renforce les points importants à retenir. Les gens aiment cette manière de procéder. » Quand les patients n'ont pas Internet chez eux, la D^{re} Morin leur imprime la page d'information. **EG**

◀◀◀ (Suite de la page 3)

du service d'imagerie, etc. passent par le système informatique. Maintenant, plus aucun papier ne circule. » Cependant, si un médecin désire faire une note clinique par écrit, il peut le faire. Elle sera ensuite numérisée et entrée dans l'ordinateur.

Gestion des cas à distance

Pratiquant à la clinique Physimed depuis quatorze ans, la **D^{re} Diane Dallaire**, médecin de famille, est passée du dossier papier à sa version informatisée sans trop de difficulté. « Au début, le système informatique nous ralentit, reconnaît-



Photo : Emmanuèle Garnier

D^{re} Diane Dallaire

elle. Toutefois, au bout d'un mois, j'étais fonctionnelle. Certains médecins, plus conservateurs, sont réfractaires au changement. Cependant, j'ai des collègues qui n'avaient jamais utilisé un ordinateur de leur vie et qui fonctionnent maintenant très bien avec le système. »

La D^{re} Dallaire apprécie grandement la possibilité de gérer ses cas à distance. « Je peux réviser les résultats le matin avant de commencer mes

consultations, dès que j'ai un moment libre ou encore le soir de chez moi. J'entre directement dans le dossier du patient et je peux lui donner un rendez-vous, expédier toutes mes demandes d'examen et faire les prescriptions. »

La D^{re} Dallaire peut également envoyer un message à l'infirmière pour l'aviser que le patient doit prendre l'ordonnance qui se trouve dans son dossier informatisé. Elle reçoit ensuite un message de cette dernière quand la tâche est accomplie. « Ce système nous permet de gagner du temps et de voir plus de patients, estime l'omnipraticienne. De plus, il offre des outils utiles. Par exemple, grâce à un graphique, un patient atteint d'hypercholestérolémie peut suivre l'évolution de sa maladie. Il peut voir où en était son taux de cholestérol avant le traitement et où il se situe maintenant, ce qui l'aide à comprendre sa situation. »

Un système aux multiples possibilités

Loin d'être terminé, le projet se poursuit. L'année

2010 sera celle de la note clinique et de l'utilisation de la reconnaissance vocale. Comment cela se passera-t-il ? Le médecin n'aura qu'à dicter de vive voix la note clinique à son ordinateur. Il verra alors immédiatement sur l'écran le texte dactylographié.

Par ailleurs, le module de suivis systématiques, intégré à la note clinique, constituera un aspect fondamental du système. Il sera utile entre autres pour la prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques. Ce module comprendra des algorithmes élaborés par la clinique à partir d'études cliniques et de données probantes.

De plus, au dossier informatisé comprenant l'ensemble des données cliniques du patient s'ajoutera son dossier personnel. « Avec le dossier personnel, les patients auront accès par Internet à certaines de leurs données cliniques et pourront recevoir, par exemple, une note indiquant que leur dernier résultat est normal. Habituellement, nous ne communiquons avec le patient que lorsque le résultat est anormal, ce qui est souvent angoissant pour ce dernier. Le patient pourra également nous faire parvenir des renseignements comme les résultats de sa glycémie, de sa pression artérielle, etc. Il pourra même prendre ses rendez-vous par ordinateur. »

La période de postimplantation se déroule tout au long du projet en présence d'accompagnateurs du fournisseur du logiciel qui restent sur place pendant plusieurs semaines. Une formation supplémentaire est, par ailleurs, prévue pour le personnel et le corps médical. « Nous avons un certain roulement de personnel et de médecins et nous devons donc former les nouveaux », précise le D^r Benhaim.

Selon le président du Groupe Santé Physimed, l'informatique peut être d'une grande aide dans la pratique. Toutefois, le travail électronique peut constituer une tâche supplémentaire pour le médecin. Il serait donc souhaitable de penser à une rémunération pour cette charge additionnelle. « En Alberta, les médecins sont rémunérés pour la formation et l'application de l'informatique dans leur pratique quotidienne. » Conquis, le D^r Benhaim ne retournerait cependant jamais à l'ancien système, pas plus que la très grande majorité de ses collègues. ☺

Regard d'un interniste sur le système de santé

les généralistes sont au cœur de la solution

Emmanuèle Garnier



Dr Bert Govig

Les généralistes sont la clé de l'accès au système de santé. C'est également grâce à eux que les patients peuvent être traités en grand nombre, estime le **Dr Bert Govig**, interniste à l'Hôtel-Dieu d'Amos, en Abitibi.

La société, pourtant, vénère la spécialisation

et la surspécialisation. Les connaissances poussées dans un domaine pointu. « Un des fléaux de notre société est la survalorisation de l'expertise poussée. On estime les titres et les longues études », explique le Dr Govig. Lui-même, en tant qu'interniste, se considère comme un généraliste, tout comme le sont à ses yeux le pédiatre, le chirurgien généraliste et l'omnipraticien.

Les patients n'ont pas tous besoin d'un spécialiste ou d'un surspécialiste pour les soigner. « Pour un malade, la tentation est forte de demander à être traité par un spécialiste plutôt que par un généraliste, en pensant que le premier connaît mieux le problème. » Cette surenchère n'a cependant pas de fin. Pourquoi ne pas demander à être soigné par un cardiologue pour une tachycardie ou encore mieux par un arythmologue ? Et pourquoi ne pas exiger un consultant non pas de l'Université McGill, mais de Harvard ?

Le président des États-Unis aura probablement directement accès à un tel spécialiste. Toutefois, ce n'est pas possible d'offrir ces services à tous. « Pour la population, la priorité est d'avoir accès au système de santé », soutient le Dr Govig. Par ailleurs, même si les patients pouvaient être traités par un surspécialiste pour tous leurs problèmes, cela ne serait peut-être pas mieux pour eux.

Les avantages des généralistes

Le patient gagne souvent à voir un généraliste. Ce dernier a une vue d'ensemble que n'a pas le spécialiste. « Au lieu d'être limité à un organe, on tient compte de tout l'organisme. Le spécialiste propose parfois des solutions qui sont bonnes dans son domaine, mais qui peuvent être inappropriées pour un autre système du corps. La vision du généraliste est souvent plus synergique et plus globale », estime l'interniste. En outre, le patient préfère souvent voir un seul consultant plutôt que quatre.

Le recours aux généralistes est également plus économique. « Nous nous occupons de tout l'organisme. Nous pouvons ainsi soigner un patient hypertendu, diabétique, faisant un peu d'insuffisance rénale et un peu d'angine de poitrine. Cela ne prend pas quatre médecins, mais un seul. Un des grands avantages des généralistes, c'est qu'on est souvent capables de faire du multitâche. Cela est plus efficace et moins cher. »

Comment alors doit être organisé le système de santé ? « La seule façon de vraiment traiter une population, c'est d'avoir une approche systématique. Il faut des omnipraticiens polyvalents qui s'occupent de toute la première ligne dans une région, comme l'Abitibi. Ensuite, quand il y a des complications, il y a les internistes. Nous sommes environ une dizaine dans notre territoire. Notre région compte donc des omnipraticiens épaulés par des consultants en médecine interne. C'est plus efficace. On peut ainsi traiter une population. »

À l'opposé, si chaque hôpital régional disposait d'un gastro-entérologue, d'un pneumologue,

d'un néphrologue, etc., la province manquerait rapidement de cliniciens spécialisés. Plusieurs personnes aimeraient même que certains établissements régionaux disposent de quatre ou cinq surspécialistes. La situation serait encore pire. « Si le problème d'un patient ne relève pas d'un des surspécialistes, il n'y aura personne pour le soigner. Il faut un système dans lequel tout le monde puisse être traité. »

Le surspécialiste a, bien sûr, un rôle capital à jouer dans le système de santé. Son expertise pointue est extrêmement précieuse. Il ne doit néanmoins pas devenir l'aune à laquelle on mesure l'efficacité d'un hôpital. « Il ne faut pas regarder le système de si près, comme avec un microscope, qu'on se mette à l'évaluer en fonction des qualifications d'un petit groupe de cliniciens. Il faut qu'on recule pour voir l'ensemble du réseau », estime le D^r Govig.

Pour l'instant, l'un des grands problèmes du réseau reste l'accès aux soins, et, par conséquent, aux omnipraticiens. « Si on a les meilleurs spécialistes, mais qu'il n'y a pas d'omnipraticiens ou de médecins de famille, le patient n'a pas accès au système. Donc, tout ce qu'on fait ce sont des soins d'urgence. On attend que le patient aille mal et on agit. Ce n'est pas la meilleure façon de procéder. »

Le piège

Dans un système reposant sur des généralistes, une situation difficile risque cependant tôt ou tard de se produire. Un patient soigné par un médecin non spécialiste se met à avoir de graves complications. « On peut toujours trouver ce cas-là, parce que cela arrive constamment », reconnaît l'interniste d'Abitibi. Certains diront qu'avec un spécialiste, il n'y aurait pas eu ces problèmes. C'est un piège dans lequel il ne faut pas tomber, avertit le D^r Govig.

Même dans les centres quaternaires, dotés de toute la gamme des spécialistes, des patients meurent. On peut toujours supposer que si leur consultant avait été plus jeune, plus âgé ou encore avait eu une autre formation, ils auraient été sauvés. « La leçon qu'il faut retenir, ce n'est pas qu'une catégorie particulière de cliniciens

fait des erreurs, mais que les êtres humains en font. Et des patients meurent qu'il y ait eu ou non une erreur. » Ainsi, il ne faut pas chercher à remplacer le généraliste par un spécialiste. « Si on interdit aux omnipraticiens ou aux internistes de traiter, par exemple, les angines de poitrine, on crée un système auquel personne n'a accès. Ainsi, il n'y a pas d'erreurs, mais il n'y a pas de soins non plus. »

Un système horizontal

Aux yeux du D^r Govig, il faut un équilibre adéquat entre généralistes et spécialistes. Le travail des deux doit être défendu. Celui des omnipraticiens, toutefois, est l'assise du système. « Si la base n'est pas solide, moi, en tant qu'interniste, je suis relativement inutile. » Le clinicien estime qu'il ne peut être efficace que dans la mesure où les patients arrivent après avoir été bien triés et bien traités. C'est la même situation pour les autres consultants, comme les cardiologues qui ne doivent pas passer la moitié de leur temps à soigner de l'hypertension.

L'omnipraticien a ainsi un rôle clé. « Il peut recevoir tout le monde. Il soigne la plupart des patients et trie ceux qui ont besoin d'un spécialiste. Dans les cas difficiles, il fait ainsi ce qu'il est capable de faire et passe ensuite le relais à ses collègues consultants. »

Le D^r Govig estime qu'il faudrait revoir l'importance hiérarchique des différents intervenants du système de santé. Il propose de regarder le système non plus verticalement, mais horizontalement. « Je ne me place pas plus haut que l'omnipraticien ni plus bas que le neurochirurgien. On fait tous partie également du système, et chacun a son rôle. Si l'employé qui nettoie le plancher fait bien son travail et évite la propagation du *C. difficile*, il peut sauver plus de vies que le neurochirurgien. Nous sommes tous importants, de l'employé de l'entretien ménager jusqu'à l'administrateur, en passant par tous ceux qui soignent le patient – les infirmières, les omnipraticiens, les spécialistes et les autres professionnels de la santé. » 🍷

Association de la Mauricie conservation des dossiers pour les médecins retraités

Emmanuèle Garnier



Dr Pierre Martin

À votre retraite, que ferez-vous des dossiers de vos patients ? Si aucun collègue ne reprend votre clientèle, vous devrez les garder pendant au moins cinq ans. Il vous faudra également être disponible pour les patients qui demanderont un résumé de leur dossier. Ces contraintes sont un peu ennuyeuses si vous rêvez de longs voyages ou de changement de pays.

Pour remédier à ce problème, l'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie (AMOM)

offre à ses nouveaux retraités de s'occuper de leurs dossiers. Elle vient pour cela de louer et d'aménager un local de 37 mètres carrés. Les médecins peuvent donc y amener leurs dossiers classés par ordre de numéros et placés dans des boîtes de format standard. Ils doivent également remettre la liste de leurs patients avec leurs numéros. La secrétaire de l'AMOM se chargera ensuite de fournir aux patients qui en feront la demande une copie de leur dossier. Ce service d'archivage coûtera 500 \$ par année pour les membres de l'association, ce qui représente le prix coûtant.

« Nous avons conscience que dans une région à forte pénurie d'effectifs, comme la nôtre, ce n'est pas facile pour les médecins de trouver un remplaçant au moment de prendre leur retraite. Nous voulons au moins les libérer de l'obligation de conserver leurs dossiers et de gérer les demandes de résumés de dossiers », explique le **Dr Pierre Martin**, président de l'AMOM.

L'Association pourrait également offrir ce service à des omnipraticiens d'autres régions qui sont pris au dépourvu. Le coût serait cependant un peu plus élevé que pour les membres de l'association. Le même service est offert par le Collège des médecins du Québec qui demande cependant entre 5 \$ et 10 \$ par dossier.

Renseignements : 819 373-7155. ☎

Le Prix Jean-Garceau à des omnipraticiens en fin de carrière

Emmanuèle Garnier



Dr Gérard Deschênes

L'Association des médecins omnipraticiens de la Mauricie a remis le Prix Jean-Garceau au **Dr Gérard Deschênes** et au **Dr Yvon Milot**, généralistes de Trois-Rivières. « Ce sont des médecins dont les collègues appréciaient beaucoup la pratique. Ils allaient également prendre leur retraite, et nous voulions soulever les difficultés liées à cette étape », explique le **Dr Pierre Martin**, président de l'association.

Le Prix Jean-Garceau a pour but de reconnaître le travail d'omnipraticiens en tant que cliniciens et collègues. Il vise également à souligner la passion pour la médecine. Le Dr Deschênes, par exemple, était un féru d'informatique médicale. Le Dr Milot, lui, adorait la formation continue. « Il faisait partie d'un groupe sélect de médecins qui organisaient leur propre enseignement médical continu. »

Le prix a également comme objectif d'encourager l'émulation. « Nous désirons qu'il permette de promouvoir la fierté et le goût du dépassement chez nos membres », affirme le Dr Martin.



Dr Yvon Milot

Entrevue avec le D^r René Pineau

Des négociations capitales



D^r René Pineau

Le D^r René Pineau est le président de l'Association des médecins omnipraticiens œuvrant en établissement où sont dispensés des soins psychiatriques.

M.Q. – À votre avis, quelle est l'importance des prochaines négociations ?

R.P. – Je pense que ce seront des négociations extrêmement importantes pour repositionner la médecine générale au Québec. Il faut des actions

concrètes autant sur le plan de l'organisation que de la rémunération. Les omnipraticiens ont pris du retard sur le plan financier au cours des dernières années par rapport à leurs collègues spécialistes, et c'est toujours très difficile de faire du rattrapage. Il faut donc premièrement obtenir une meilleure rémunération et deuxièmement avoir la reconnaissance que l'on mérite en tant qu'omnipraticien.

M.Q. – L'écart de rémunération avec les spécialistes est de 55,7%.

R.P. – Je trouve cela tout à fait inacceptable. Il n'y a absolument rien qui justifie un tel écart. Dans les milieux psychiatriques, certains omnipraticiens effectuent un travail similaire à celui de collègues spécialistes, mais ces derniers sont bien plus payés.

Il faut tenir compte de la responsabilité que nous avons sur le plan médical en tant que médecin omnipraticien en établissement psychiatrique. Les cas sont complexes. Je ne veux pas dénigrer nos collègues spécialistes, qui font du bon travail, mais leur intervention se limite habituellement au cadre psychiatrique. Nous, nous avons un rôle beaucoup plus large, tant du point de vue physique et médicamenteux que pathologique. C'est nous qui assumons cette responsabilité, et je trouve difficile de travailler en recevant une rémunération qui n'est pas acceptable quand on la compare à celle de nos collègues spécialistes. Cela ne donne rien de remonter dans le passé. Toutefois, il faut absolument corriger cette situation-là.

M.Q. – Votre association demande depuis longtemps à la FMOQ d'effectuer une analyse de l'équivalence actuarielle pour vérifier si vos membres, généralement payés à honoraires fixes, sont aussi bien rémunérés que les autres omnipraticiens.

R.P. – Les médecins rémunérés à tarif horaire et à l'acte ont reçu,

au cours des dernières années, des avantages intéressants sur le plan financier que les médecins payés à honoraires fixes n'ont pas eus. Par exemple, les premiers bénéficient de sept jours pour le fonds d'allocation de formation et ont maintenant droit à un congé de maternité. Les médecins rémunérés à honoraires fixes n'ont pas reçu de compensation pour ces avantages. Par ailleurs, la rémunération à l'acte au cours des années a été majorée par de nombreux suppléments qui n'ont pas nécessairement été transposés dans les autres modes. C'est pour cela que je pense qu'il est très important d'avoir une nouvelle évaluation de l'équivalence actuarielle.

M.Q. – Les travaux ont déjà commencé, je crois.

R.P. – Un comité spécial, auquel je participe, a été formé. Il comprend des médecins rémunérés à tarif horaire, à honoraires fixes et à l'acte venant de différents milieux de pratique. Le mandat de ce groupe sera de trouver un consensus sur les critères à utiliser pour effectuer l'analyse comparative entre les différents modes de rémunération et entre les divers milieux de travail. À mon avis, il ne faut pas seulement tenir compte des avantages sociaux et de la rémunération horaire, il faut aussi prendre en considération les avantages fiscaux associés à la rémunération à l'acte.

M.Q. – Quelles sont les demandes de votre association dans le cadre des prochaines négociations ?

R.P. – Il faut bonifier le tarif horaire, qui est le mode de rémunération d'un certain nombre de nos membres. Il faudra également intervenir pour soutenir les médecins payés à honoraires fixes. Leur nombre diminue, et on pourrait en venir à remettre en cause leur mode de rémunération et leurs avantages sociaux.

M.Q. – Combien êtes-vous ?

R.P. – Notre association compte quelque 130 membres, dont la majorité est rémunérée à honoraires fixes. Il y a en tout 750 omnipraticiens rémunérés à honoraires fixes au Québec. Nous sommes l'association où leur pourcentage est le plus élevé.

Pour ces médecins, un des enjeux importants est celui des assurances. Le coût de ces dernières a augmenté au cours des dernières années, parce que la cohorte diminue et vieillit. Il est primordial que des modalités soient trouvées afin de permettre à ces omnipraticiens d'être assurés adéquatement en payant des primes acceptables. À la FMOQ et au ministère de la Santé et des Services sociaux, les gens sont sensibilisés au problème, mais n'ont pas encore de solution.

M.Q. – Avez-vous d'autres demandes ?

R.P. – Le deuxième enjeu important concerne le Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), même si la question ne touche pas la majorité de nos membres. Actuellement, les médecins payés à honoraires fixes ont un contrat qui limite à 35 le nombre hebdomadaire d'heures de travail retenu pour le calcul du régime de retraite. Cependant, certains omnipraticiens travaillent régulièrement 40 heures ou plus par semaine et les heures excédentaires ne sont pas incluses dans le calcul du RREGOP. De la même manière, le revenu annuel maximal pris en compte pour le régime de retraite est de 141 242 \$. Par conséquent, les médecins qui travaillent en région éloignée et gagnent 145 % de la rémunération de base sont également pénalisés.

Jusqu'à maintenant, il y a eu des discussions entre la FMOQ et le gouvernement dans des comités techniques, mais aucune solution n'a été mise de l'avant. Les coûts pour corriger la situation semblent cependant importants. Le Conseil du trésor a avancé des chiffres que la Fédération a retravaillé. C'est la première fois que l'on dispose d'une évaluation du coût lié à une semaine de 40 heures. Cela va être rediscuté dans le cadre de la prochaine négociation.

M.Q. – Désirez-vous d'autres bonifications ?

R.P. – Nous désirons également que les congés des médecins rémunérés à honoraires fixes soient équivalents à ceux des employés du secteur public. Les omnipraticiens qui ont choisi ce mode de rémunération l'ont entre autres fait pour les avantages sociaux. Pourquoi en auraient-ils moins que les employés des établissements de santé, les professeurs ou les autres gens du secteur public ? On voudrait donc avoir comme eux des congés pour prendre soin de notre enfant malade ou lorsqu'on a des problèmes de garderie, etc. Nous désirons également que les médecins payés à honoraires fixes aient autant de semaines de vacances que les cadres des établissements de soins où nous travaillons. Je pense que cela doit faire partie d'un plan pour retenir les médecins payés à honoraires fixes et en attirer de nouveaux.

M.Q. – Vous sentez que vos demandes sont bien reçues à la FMOQ ?

R.P. – J'ai été élu président alors que le D^r Louis Godin était à la tête de la Fédération. Je dois dire que je sens qu'on est écouté et qu'il y a un désir de comprendre nos problèmes et de trouver des solutions. J'ai également l'impression que je reçois l'information

dont j'ai besoin et qu'il n'y a pas de cachotterie. Je trouve cela très positif.

M.Q. – Qu'est-ce qui vous passionne dans la pratique de la médecine générale dans un milieu psychiatrique ?

R.P. – C'est une pratique intéressante tant sur le plan professionnel, que scientifique et humain. Il n'y a pas de monotonie dans notre travail. Nous avons régulièrement des défis à relever. Nous faisons face à des situations où il faut vraiment pousser nos recherches, parce que certains cas sont particuliers à notre milieu. Aussi, tous nos patients ont un problème. S'ils n'ont pas un problème psychiatrique, une composante physique va ressortir dans les jours suivants. Notre clientèle a également souvent des polypathologies, parce que la maladie mentale a des répercussions sur le plan physique et peut influencer sur le diabète, l'obésité, la sédentarité, le tabagisme, etc. Ces gens, en plus, prennent de nombreux médicaments dont la majorité a une action sur le cerveau et les divers récepteurs. On trouve donc dans notre clientèle beaucoup d'interactions médicamenteuses et de nombreuses répercussions physiques de problèmes mentaux. Il faut savoir démêler tout cela. Certains des problèmes que l'on découvre sont déjà connus, mais pas tous. Parfois, nous avons des cas qui n'ont jamais été recensés dans la littérature médicale. Il faut donc un flair particulier. Ces découvertes nous donnent également l'impression d'être en train d'écrire un livre.

Sur le plan humain, travailler dans un milieu psychiatrique, c'est très spécial. Il peut y avoir des journées où il ne se passe rien du côté émotif et, tout à coup, il y a des cascades d'émotions ! Cela a un côté enrichissant. On a également une gamme de clientèle absolument fantastique. Nous rencontrons des patients de tous les âges et qui ont tous les types de problèmes psychiatriques. Cela donne une pratique très variée.

M.Q. – C'est un travail multidisciplinaire ?

R.P. – On n'est pas tout seul dans le bateau. Il y a notamment le neuropsychologue, le psychiatre, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le pharmacien, l'infirmière et la travailleuse sociale. Cela permet des échanges intéressants. On regarde donc l'ensemble du problème, pas seulement un volet. Le partage est un des côtés gratifiants du milieu. Il y a aussi la formation. En effet, nous comptons plusieurs résidents en psychiatrie et en médecine familiale. C'est donc un milieu dynamique. ☞

(Suite à la page 85) >>>

Livres Emmanuèle Garnier

Simplifier sa vie de parent

De Francine Ferland



Bien des gens sentent que leur vie n'est qu'une succession d'obligations. Aller travailler, faire faire les devoirs aux enfants, s'occuper des corvées ménagères. Ils se demandent comment s'en sortir.

Ergothérapeute et professeure à l'Université de Montréal, **M^{me} Francine Ferland** donne, dans un petit livre, des conseils aux

parents débordés. Elle indique pourquoi on se sent fatigué, puis explique comment se simplifier la vie et donner un sens à son quotidien, gérer son énergie et son stress, avoir une vie plus zen avec les enfants et penser à soi.

L'auteure suggère, par ailleurs, une multitude de trucs pour s'acquitter plus facilement des tâches domestiques. On peut, par exemple, préparer de la sauce à spaghetti pour sa famille et celle de la voisine, pendant que cette dernière amène les enfants à leur activité sportive. M^{me} Ferland propose également de réfléchir à ce qui rend certaines activités désagréables, comme faire le marché ou préparer le souper, et donne des solutions.

L'essentiel cependant est l'attitude devant la vie. Le sens de l'existence ne se trouve pas dans les activités quotidiennes en soi : métro, boulot, dodo, selon l'ergothérapeute. « Ce qui donne du sens et de la valeur à vos journées, ce qui vous permet d'en retirer le maximum de satisfaction, c'est l'état d'esprit que vous adoptez dans vos activités, dans la vie. » Il faut décider que chaque moment de notre vie est une source de contentement plutôt que d'attendre que le bonheur vienne de l'extérieur. ☺

Éditions du CHU Sainte-Justine, Montréal, 2009, 84 pages, 9,95 \$

Association de Yamaska

la D^{re} Suzanne Brault nommée membre honoraire

Emmanuèle Garnier

L'Association des médecins omnipraticiens de Yamaska (AMOY) a nommé la **D^{re} Suzanne Brault**, une omnipraticienne de Granby, membre honoraire. « Sur le plan syndical, la D^{re} Brault est une militante de la base qui a toujours assisté assidûment à nos réunions annuelles. Sur le plan professionnel, elle a consacré sa carrière à la prise en charge et au suivi d'une imposante clientèle comprenant de nombreux patients vulnérables. Dans le contexte de la valorisation de la médecine familiale, nous trouvons qu'elle constituait un modèle », explique le **D^r Jacques Bergeron**, président de l'AMOY.

Pratiquant depuis 1975, la D^{re} Brault va bientôt prendre sa retraite. Au Centre médical Robinson, où elle travaille depuis 1984, elle était le médecin qui suivait le plus de patients inscrits : au-delà de 2000. Elle donnait des consultations avec et sans rendez-vous, en plus de traiter des patients à domicile.

Membre de l'Association depuis 1984, la D^{re} Brault était également une militante appréciée. « Les membres honoraires que nous nommons sont des médecins qui ont contribué à la vie syndicale soit en ayant fait partie du Bureau de l'association, soit en étant des membres actifs de la base, ce qui était le cas de la D^{re} Brault », explique le D^r Bergeron. Les membres honoraires, souvent des médecins en fin de carrière, sont choisis à tour de rôle dans l'une des trois grandes villes de la région de Yamaska : Saint-Hyacinthe, Cowansville et Granby. 🏠



D^r Jacques Bergeron et D^{re} Suzanne Brault

(Suite à la page 92) >>>>

Laurentides-Lanaudière

L'AMOLL a un nouveau site Internet

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

Dr Marc-André Amyot

L'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL) s'est dotée d'un nouveau site Internet (www.amoll.org) grâce auquel elle peut à la fois communiquer avec ses membres et les consulter. « Nous voulions avoir la possibilité de sonder nos membres sur différentes questions, que ce soit sur les négociations avec le gouvernement ou sur des sujets d'actualité », explique le **Dr Marc-André Amyot**, président de l'AMOLL.

Le site, dont certaines sections ne sont pas encore terminées, comprendra une importante partie de formation médicale continue. On y trouvera ainsi toutes les activités de perfectionnement professionnel qui se dérouleront dans la région.

Le site Web contiendra également des informations syndicales. Les dates des réunions du Conseil de la FMOQ ainsi que celles du bureau de l'AMOLL y seront inscrites. « Nous voulions que les médecins sachent quand nous nous rencontrons. De cette manière, ils pourront nous transmettre leurs messages pour que nous puissions en discuter », explique le président de l'AMOLL.

Le Bulletin de l'association, qui va renaître, sera également placé dans le site. « On va le réactiver surtout dans le contexte des négociations qui vont bientôt commencer. »

Le site fournira, par ailleurs, des informations pratiques comme la liste des membres de l'AMOLL, des membres du Bureau, des hôpitaux, etc.

Il sera également possible d'envoyer un message au président de l'association. « Nous avons refait le site en partie à cause des négociations, mais surtout parce que la communication avec les membres est très importante », indique le Dr Amyot. 📶



De l'enfance à la vieillesse

Soigner pour prévenir

De Brigitte Maheux et Andrée Gilbert



Cet ouvrage, conçu expressément pour le Québec, a une importante mission : promouvoir la prévention dans le domaine de la santé. Ceux qu'il cible sont les cliniciens, mais surtout leurs futurs collègues, les étudiants en médecine et les résidents.

Outil de référence, le livre présente les mesures préventives à appliquer au cours du suivi des patients. La vigilance doit commencer avant même

la naissance. Le médecin a ainsi à faire plusieurs dépistages chez la femme enceinte. Après la naissance, le clinicien doit promouvoir l'allaitement maternel et donner des conseils de prévention périnatale. Chez les enfants, il doit prendre les mesures nécessaires pour prévenir les maladies infectieuses, l'amblyopie, la maltraitance, les accidents et l'obésité. À l'adolescence, la prévention concerne surtout les traumatismes, les grossesses précoces, la consommation de drogue et l'apparition de maladies mentales. À l'âge adulte, commence la lutte pour réduire les risques de cancers, d'obésité, de diabète et de maladies cardiovasculaires. Pour finir, chez les patients âgés, les médecins doivent tenter de prévenir l'ostéoporose ainsi que les chutes et détecter les déficits sensoriels et cognitifs et les mauvais traitements.

L'ouvrage s'intéresse également aux maladies transmissibles et à la santé des travailleurs, en plus d'aborder la question de l'environnement. Le livre fait, par ailleurs, un survol du système de santé québécois.

Les deux auteures sont la **P^{re} Brigitte Maheux**, titulaire de la Chaire d'enseignement Lucie et André Chagnon sur l'approche intégrée en prévention de l'Université de Montréal, et la **D^{re} Andrée Gilbert**, médecin conseil à la Direction de santé publique de Montréal. ☎

Chaire d'enseignement Lucie et André Chagnon, Montréal, 2009, 438 pages, 60 \$ (taxes incluses).

On peut se procurer l'ouvrage à la librairie de l'Université de Montréal et à la librairie Zone de l'Université Laval.