

ENQUÊTE SUR L'ADOPTION, L'UTILISATION ET LES EFFETS DU DME

LES AVANTAGES CROISSENT AVEC L'USAGE

Certains médecins profitent davantage du dossier médical électronique (DME) que d'autres. Qui sont-ils ? Quels avantages supplémentaires en tirent-ils ? Une nouvelle étude de HEC Montréal dévoile des données à ce sujet.

Emmanuèle Garnier



Dr GUY PARÉ

Les médecins qui le connaissent le mieux l'apprécient le plus. Le dossier médical électronique (DME) présente de nombreux avantages, mais ils n'apparaissent aux yeux des cliniciens qu'au fil du temps, avec l'usage, vient de montrer une nouvelle étude.

« Ce phénomène n'est pas propre au DME. On le voit pour la plupart des technologies de l'information », indique le **Dr Guy Paré**, de HEC Montréal qui,

1. Paré G, Guinea AO, Raymond L et coll. *L'information des cliniques médicales de première ligne au Québec : résultats d'une enquête portant sur l'adoption, l'utilisation et les impacts du DME*. HEC Montréal. Chaire de recherche du Canada en technologies de l'information dans le secteur de la santé ; octobre 2013. 21 p.

avec son équipe, a mené une enquête sur l'adoption, l'utilisation et les effets du DME dans les cliniques médicales du Québec¹.

Pour parvenir à un emploi optimal de l'outil, tout un travail d'appropriation est nécessaire. « Il faut prendre le temps d'apprendre la logique sous-jacente au DME, de voir comment y recourir pour rendre la pratique plus efficace et connaître les gains qui peuvent en être tirés pour la clinique dans son ensemble », explique le titulaire de la Chaire de recherche du Canada en technologies de l'information dans le secteur de la santé.

LES ARDENTS PARTISANS DU DME

Le Dr Paré et ses collaborateurs ont fait un sondage, avec la collaboration de la FMOQ, auprès des 4845 omnipraticiens qui pratiquaient en première ligne et possédaient une adresse courriel. Les médecins ont reçu en avril 2013 une lettre électronique contenant un hyperlien les dirigeant vers un questionnaire en ligne.

Parmi les médecins joints, 780 ont répondu, soit 16 % du total. Dans ce groupe, 331 utilisaient un DME (42 %). Certains, 111 omnipraticiens, évaluaient favorablement les effets de cet outil. Ils estimaient que le dossier électronique avait amélioré la sécurité des soins qu'ils donnaient, réduit le temps consacré aux notes cliniques,

facilité le travail d'équipe, etc. D'autres répondants, 147, avaient par contre une vision plutôt neutre des bienfaits du DME. Et un petit groupe, 73, n'y voyait que peu d'avantages.

Qu'est-ce qui différencie les ardents partisans du DME de ceux qu'il laisse froids ? Pour commencer, les médecins qui voient de grands avantages au dossier électronique ont en moyenne cinq ans d'expérience avec cet outil alors que ceux qui se montrent peu enthousiastes n'en ont que deux en moyenne. La différence est statistiquement significative ($P < 0,05$).

Ensuite, les utilisateurs ayant une perception très favorable du DME connaissent un plus grand nombre de fonctionnalités que ceux qui en ont une vision moins enthousiaste. Par exemple, dans le domaine clinique, les premiers affirment que leur dossier électronique possède 75 % des principales fonctionnalités existantes par rapport à 57 % pour les médecins qui sont peu emballés (voir la liste des fonctionnalités dans le *tableau*) ($P < 0,05$).

« C'est en lien avec le phénomène de l'appropriation. Au fur et à mesure que le médecin découvre l'outil, il s'aperçoit qu'il lui permet de faire telle opération ou a telle fonctionnalité », précise le Dr Paré.

Mais pour bien apprécier les avantages du DME, il faut non seulement en connaître les diverses fonctionna-



lités, mais aussi y recourir. Ainsi, les fervents adeptes du dossier électronique se servent de 69 % des fonctionnalités cliniques qu'ils connaissent alors que les cliniciens plus réticents en emploient seulement 44 %. Les utilisateurs expérimentés apprécient également davantage les diverses fonctions de leur DME. Dans le domaine clinique, leur taux de satisfaction est de 4 sur 5 alors qu'il est de 3 sur 5 pour les débutants ($P < 0,05$).

LES FONCTIONNALITÉS LES PLUS UTILES

De quels DME disposaient les cliniciens interrogés ? Les trois principaux étaient Kinlogix de Telus Santé (50 %), Clinique médicale virtuelle d'OmniMed (19 %) et Purkinje-Dossier de Purkinje (14 %). « Les fonctionnalités des divers outils existant sur le marché sont très similaires », mentionne le Pr Paré.

Sur le plan clinique, les omnipraticiens recourraient beaucoup aux fonctionnalités de base : les antécédents personnels et familiaux des patients, les notes cliniques, la prescription électronique des médicaments et la consultation des résultats des tests de laboratoire.

Bien des médecins n'avaient toutefois pas encore découvert certaines fonctions pratiques. C'est le cas du suivi des examens de laboratoire, à partir de la demande jusqu'à la réception des résultats. Même si la majorité des DME possèdent cette fonction, seulement 46 % des répondants savaient qu'elle était présente dans le leur. Cependant, parmi ceux qui l'avaient découverte, 91 % s'en servaient.

Certaines fonctionnalités utiles ne sont toutefois pas comprises dans bien des DME. C'est le cas du signalement des résultats anormaux. Le problème vient du fait que la majorité des dossiers électroniques ont un handicap : ils ne

peuvent accueillir de données « granulaires », c'est-à-dire qu'ils ne permettent ni la saisie de données individuelles dans des champs réservés à cette fin, ni leur classement, ni leur analyse. Les résultats de laboratoire, par exemple, apparaissent comme des images et ne peuvent être extraits d'une banque de données. Des fonctionnalités telles que le suivi des patients atteints de maladies chroniques ne peuvent donc elles non plus être employées. « Il faut qu'il y ait au moins un certain nombre de paramètres cliniques saisis de façon granulaire pour qu'un tel suivi puisse être possible », précise le chercheur.

Les DME possèdent par contre des fonctions très pratiques sur le plan de la communication. La plus appréciée est l'accès au dossier à distance. « Les médecins peuvent, par exemple, procéder au renouvellement des médicaments à partir de leur domicile. Cela peut énormément accélérer le processus, et c'est le patient qui en bénéficie. »

Le dossier électronique est également très apprécié dans le domaine administratif. Environ 90 % des médecins y ont recours pour gérer leur horaire de rendez-vous et saisir les données de base des patients.

DEVENIR PLUS EFFICACE

Quels sont les avantages de recourir à un DME ? Il y a d'abord l'accroissement de l'efficacité. Le dossier électronique réduit le

temps consacré aux notes cliniques, en améliore la qualité et accélère la saisie des ordonnances, selon quelque 55 % des répondants. Il influe également sur la qualité des soins médicaux. Il en augmente la sécurité – par exemple, grâce aux alertes liées aux interactions médicamenteuses –, d'après presque la moitié des médecins interrogés. Et il a un effet bienfaisant sur la satisfaction au travail. Soixante pour cent des cliniciens affirmaient qu'il l'avait accrue.

Le dossier médical électronique présente de nombreux avantages, mais ils n'apparaissent aux yeux des cliniciens qu'au fil du temps, avec l'usage.

TABLEAU

DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES FONCTIONNALITÉS D'UN DME ET DEGRÉ DE SATISFACTION DES MÉDECINS

Fonctionnalités d'un DME	Disponibilité	Utilisation	Satisfaction
Cliniques			
Antécédents personnels des patients	90 %	89 %	3,9
Notes cliniques	89 %	93 %	4,0
Prescriptions électroniques de médicaments	89 %	91 %	4,2
Antécédents héréditaires des patients	86 %	87 %	3,8
Consultation des résultats de tests de laboratoire	86 %	95 %	3,8
Alertes électroniques liées aux interactions médicamenteuses	79 %	75 %	3,4
Suivi des patients atteints de maladies chroniques	68 %	78 %	3,5
Mise en évidence des tests hors normes	65 %	93 %	3,7
Planification et coordination des soins donnés aux patients	64 %	85 %	3,4
Consultation des résultats d'imagerie	54 %	94 %	3,6
Requêtes électroniques d'examen de laboratoire	49 %	69 %	3,7
Suivi des examens de laboratoire de la requête aux résultats	46 %	91 %	3,6
Rappels pour les examens de dépistage préconisés par les lignes directrices	43 %	69 %	3,0
Orientation électronique vers des spécialistes	31 %	87 %	3,7
Communicationnelles			
Accès au DME à distance (depuis le domicile ou de l'extérieur)	89 %	77 %	4,2
Accès au DME en déplacement (train, aéroport, sur mobile)	66 %	53 %	4,0
Transferts électroniques d'examen de laboratoire	44 %	88 %	3,9
Accès aux dossiers médicaux d'autres cliniques ou d'hôpitaux	36 %	93 %	3,1
Communication et suivi avec les agences gouvernementales (ex. : santé publique, CSST)	22 %	80 %	2,6
Transferts électroniques de prescriptions	15 %	69 %	3,3
Administratives			
Gestion des rendez-vous des patients	92 %	87 %	4,1
Enregistrement des données démographiques des patients	89 %	92 %	4,3

Source : Guy Paré

Le DME n'est cependant pas une panacée pour bien des omnipraticiens. La moitié des répondants jugeaient qu'il ne permet pas de suivre plus de patients ni de réduire la durée moyenne des consultations. Très peu ont également estimé que le dossier électronique facilitait la prise de décision clinique. Mais cela peut venir des limites de leur propre DME. « Pour améliorer la prise de décision clinique, il faut manipuler des données granulaires », précise le Pr Paré.

Le DME a aussi des effets bénéfiques sur le personnel de la clinique. La majorité des praticiens sondés ont indiqué qu'il a amélioré l'efficacité des employés, le travail d'équipe et la satisfaction du personnel et des médecins. Fait intéressant, il a aussi facilité le recrutement de jeunes médecins, ont estimé 44 % des répondants.

Et sur le plan financier ? Peu de cliniciens jugeaient que le DME avait amélioré la situation financière de leur clinique.



ENCADRÉ 1

FONCTION AVANCÉE DES DME :
LA PRODUCTION DE LISTES

Le dossier médical électronique peut produire des listes pour mieux suivre les patients. Dans l'étude, environ la moitié des médecins qui en possédaient un affirmaient que leur outil pouvait facilement leur fournir la liste :

- ▶ de leurs patients ;
- ▶ des résultats des tests de laboratoire de ces derniers, dont ceux qui ont été demandés par d'autres médecins ;
- ▶ des médicaments des patients, comprenant ceux qui ont été prescrits par d'autres cliniciens.

Par contre, la plupart des répondants estimaient difficile ou impossible d'avoir :

- ▶ des résumés cliniques à fournir au patient après chaque visite ;
- ▶ la liste des patients vulnérables ayant une maladie ou un diagnostic précis ;
- ▶ la liste des patients par diagnostic (par exemple, le diabète de type 2) ;
- ▶ la liste des personnes prenant un médicament particulier ;
- ▶ la liste des patients qui doivent passer certains examens ou recevoir des soins préventifs (par exemple, le vaccin antigrippal) ;
- ▶ la liste des patients par résultats de laboratoire (par exemple, HbA_{1c} > 9).

Peut-être que le DME des médecins ne leur permettait réellement pas de faire ces listes-là, mais peut-être aussi qu'ils ne connaissaient pas suffisamment leur outil pour y parvenir. « Il est possible que le médecin moyen ne soit pas rendu à ce stade dans son utilisation du DME », indique le P^r Guy Paré.

Il n'a pas baissé les coûts d'exploitation – par exemple, en réduisant les frais d'administration – ni augmenté les revenus – par exemple, en améliorant la facturation. « On a cependant remarqué une corrélation entre la perception de gains financiers et le nombre d'années d'utilisation du DME. » Le dossier électronique peut effectivement permettre des économies en diminuant l'espace d'archivage, le personnel affecté à la saisie de données, etc.

Le P^r Paré estime que l'emploi du DME n'a pas encore atteint son plein potentiel. Dans quelques années, la satisfaction des médecins à l'égard de cet outil sera encore plus élevée. « Je dirais qu'on en est vraiment aux balbutiements. On va certainement voir une hausse non seulement de l'utilisation, mais aussi de la perception de ses avantages. » (encadré 1).

ENCADRÉ 2

DES EFFORTS
DANS LA BONNE DIRECTION

« Selon les 431 médecins ayant indiqué ne pas avoir recours au DME, les principaux freins associés à l'adoption de cette technologie sont principalement associés aux coûts élevés et à la complexité du processus d'acquisition et de déploiement du DME. Pour pallier ces problèmes, le Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique, mis en place en mars dernier, vise essentiellement à alléger le fardeau économique associé à l'acquisition d'un DME. De plus, les efforts soutenus de la FMOQ en matière de formation des médecins visent à diffuser les connaissances requises pour une adoption plus étendue et une meilleure utilisation du DME. En lien avec ces mesures, il n'est pas surprenant de constater que la moitié des médecins non-utilisateurs indique que leur clinique serait sur le point de déployer un DME ou en aurait l'intention ferme au cours de la prochaine année. Considérant ce fait, nous croyons qu'il y a lieu d'être optimistes quant à l'adoption du DME dans les cliniques médicales de première ligne au Québec, et ce, au cours des prochains mois et des prochaines années. »

Extrait du rapport intitulé : « L'informatisation des cliniques médicales de première ligne au Québec : résultats d'une enquête portant sur l'adoption, l'utilisation et les impacts du DME », p. 19.

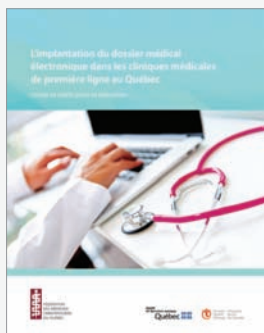
LES IRRÉDUCTIBLES ET LES HÉSITANTS

Parmi les médecins interrogés dans l'étude, 431 pratiquaient dans des cliniques sans DME. Pourquoi ces dernières ne s'étaient-elles pas dotées de cet outil ? Quels freins les en avaient empêchées ?

La moitié des non-utilisateurs de DME jugeait qu'ils n'avaient ni le temps ni l'expertise pour gérer les changements liés à cet outil. Leur équipe manquait de ressources et de compétences pour prendre les nombreuses décisions concernant la sélection, l'adoption, l'implantation et l'utilisation de cet instrument. Le tiers des médecins évaluait par ailleurs que le coût du dossier électronique était supérieur aux avantages potentiels qu'ils pourraient en tirer.

La numérisation des dossiers papier constituait également un obstacle majeur, selon 51 % des répondants. Le processus était trop cher, trop complexe. « C'est une barrière qui ressort clairement aussi dans l'ensemble des études que j'ai consultées sur ce sujet-là », indique le P^r Paré.

Certains répondants étaient des non-utilisateurs irréductibles : 20 % ont affirmé que leur clinique n'avait aucunement l'intention d'investir dans un DME. Ni à court, ni à



La FMOQ publie un guide accompagné d'outils destiné aux médecins qui veulent installer un dossier médical électronique (DME) dans leur clinique médicale. Le document intitulé *L'implantation du dossier médical électronique dans les cliniques médicales de première ligne au Québec*, est ensaché dans le présent numéro.

Le guide offre une méthode et un encadrement pour planifier la transition vers une clinique informatisée, sélectionner un DME ainsi que revoir et adapter les processus de travail. Il aborde également la question de la planification du budget, de l'évaluation des principaux risques ainsi que des préparatifs technologiques nécessaires, comme la numérisation des dossiers papier. Ce document, qui constitue un résumé de la formation que donne la Fédération sur le dossier médical électronique, est aussi un outil complémentaire de ce cours.

Le guide va permettre aux médecins qui veulent se lancer de manière autonome dans l'informatisation de leur clinique de bien planifier l'opération. « Il est facile de sous-estimer le processus de transition d'une clinique papier à une clinique informatisée. Les médecins, qui ne sont pas des informaticiens, ne connaissent souvent pas très bien le DME. Son implantation peut être complexe, demander du temps et parfois faire l'objet d'erreurs. Cette transition ne s'improvise pas, et c'est pour cela que nous avons fait ce guide », explique le **D^r Serge Dulude**, directeur de la Planification et de la Régionalisation à la FMOQ.

moyen, ni à long terme. Toutefois, un pourcentage important de praticiens étaient beaucoup plus ouverts : 27 % ont indiqué que leur clinique avait commencé le processus de sélection d'un dossier électronique et 22 %, qu'elle avait l'intention de le faire dans les douze prochains mois, même si aucune démarche n'avait été amorcée.

Il y a ainsi de l'espoir. D'autant plus que les efforts vont dans la bonne direction. « Ce qu'on voit, c'est que les interventions des autorités ministérielles et des associations professionnelles, comme la FMOQ, s'attaquent directement aux principaux freins qui ont été indiqués par les médecins eux-mêmes », a constaté le chercheur (encadré 2).

DEUX ASPECTS À PERFECTIONNER

Que faudrait-il pour rendre le dossier médical plus séduisant ? Le produit, pour commencer, est perfectible. La plupart des fournisseurs devront parfaire leur DME pour permettre le recours aux données granulaires.

Mais il y a aussi un autre obstacle à surmonter : l'interopérabilité. Le DME doit pouvoir communiquer avec les dossiers cliniques informatisés (DCI) des hôpitaux et le Dossier Santé Québec (DSQ). Certaines fonctionnalités capitales, comme le transfert des résultats d'examen de laboratoire ou l'accès aux dossiers médicaux des hôpitaux en dépendent. « Le manque d'interopérabilité réduit l'importance des avantages qu'on peut tirer du dossier médical électronique. Les fournisseurs de DME ont une

part de responsabilité, mais il y a aussi des améliorations à apporter du côté du DSQ et des DCI », précise le professeur de HEC Montréal.

Les nouvelles règles d'homologation des DME devraient régler une partie des problèmes. « Ce processus, qui est sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux, doit faire en sorte que les systèmes retenus sont interopérables et permettent éventuellement un échange de données granulaires. »

Quant aux praticiens, le secret de la réussite est dans la persévérance. « Nous invitons les médecins à prendre conscience que les bénéfices associés à l'utilisation d'un DME, comme c'est le cas avec la grande majorité des systèmes d'information clinique, ne se matérialisent pas au lendemain de son déploiement. Ceux qui l'adoptent doivent faire preuve de patience, car l'appropriation d'un DME peut prendre plusieurs mois, voire quelques années, selon les médecins », indique le rapport.

Cela semble en valoir la peine. Plusieurs omnipraticiens âgés sont tellement emballés par leur DME qu'ils sont prêts à repousser le moment de leur retraite, ont-ils confié à la fin du questionnaire. De manière globale, l'évolution de l'informatisation des médecins québécois est encourageante. Le taux d'adoption du DME, qui était de 15 % en 2007, a grimpé à 42 % en 2013. //

Les médecins qui voient de grands avantages au dossier électronique ont en moyenne cinq ans d'expérience avec cet outil alors que ceux qui se montrent peu enthousiastes n'en ont que deux en moyenne.

NOUVEAU BUREAU DE LA FMOQ

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^{rs} LOUIS GODIN, SYLVAIN DION, JACQUES BERGERON, MICHEL VACHON, MARCEL GUILBAULT, PIERRE MARTIN, MARC-ANDRÉ AMYOT, CLAUDE RIVARD ET JOSÉE BOUCHARD

À la suite du départ du **D^r Marc-André Asselin**, premier vice-président, des élections ont eu lieu pour son poste au cours de la réunion du Conseil de la FMOQ. Cela a entraîné différents changements au Bureau, dont l'arrivée d'un nouveau venu, le **D^r Michel Vachon**. La nouvelle équipe est maintenant composée des personnes suivantes :

D^r Louis Godin	Président
D^r Marc-André Amyot	Premier vice-président Association de Laurentides-Lanaudière
D^r Sylvain Dion	Second vice-président Association des médecins de CLSC
D^r Michel Vachon	Secrétaire général Association de Montréal
D^{re} Josée Bouchard	Trésorière Association du Bas-Saint-Laurent
D^r Pierre Martin	Premier administrateur Association de la Mauricie
D^r Marcel Guilbault	Deuxième administrateur Association de l'Ouest-du-Québec
D^r Jacques Bergeron	Troisième administrateur Association de Yamaska
D^r Claude Rivard	Quatrième administrateur Association de Richelieu-Saint-Laurent



DES NOUVELLES DES ASSOCIATIONS...

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE CLSC

Prix hommage Inukshuk

L'Association des médecins de CLSC du Québec a décerné son Prix hommage Inukshuk au **D^r Pierre Michel** au cours de son assemblée générale annuelle. Ce prix, dont le nom signifie en langue inuit « point de repère », est remis à un omnipraticien qui s'est distingué par son engagement dans la vie syndicale de l'association et dans sa pratique.



Photo : Emmanuèle Garnier

Le D^r Michel, qui exerce au CLSC Samuel-de-Champlain, à Brossard, a été un pionnier de la première heure. En 1974, il a fondé avec d'autres confrères l'AME des CLSC (Association des médecins employés dans un CLSC du Québec) qui est ensuite devenue l'AMCLSCQ. Il en a été le premier président. Jusqu'en 1990, il a occupé différents postes : secrétaire, responsable du bulletin, président à quelques reprises, etc. Encore aujourd'hui, il continue à participer aux assemblées générales.

« Son analyse fine des différentes approches, autant sur la place des médecins au sein des CLSC que sur celle de son association au sein de la FMOQ, a beaucoup contribué à l'évolution de ma pensée syndicale, et je lui en suis reconnaissant », a indiqué le **D^r Jean-Denis Bérubé**, administrateur à l'AMCLSCQ.

La candidature du D^r Michel a été proposée par la **D^{re} Sophie Chartier**, dont il a été le professeur et qui est maintenant un de ses collègues de travail. « Je le perçois comme un médecin pour qui le travail est une vocation, et pas seulement une profession. Il ne compte pas ses heures. Sa porte est toujours ouverte », a-t-elle souligné dans son hommage.

Le D^r Michel a été surpris de recevoir le Prix Inukshuk. « Cela me fait doublement plaisir, parce que c'est un honneur de recevoir le prix comme tel en 2013 et qu'il souligne une carrière de quarante ans dans les CLSC », a commenté le lauréat. **EG**

ASSEMBLÉE DE L'ASSOCIATION DE MONTRÉAL

DÉPART DU D^r MARC-ANDRÉ ASSELIN

Au cours de l'assemblée générale annuelle de l'Association de Montréal, le **D^r Marc-André Asselin** a livré son testament syndical. Il a rappelé les événements marquants des deux dernières décennies et fait ses recommandations pour l'avenir.

Emmanuèle Garnier



Photo : Emmanuèle Garnier

D^r MARC-ANDRÉ ASSELIN

Le 22 novembre dernier, c'était la dernière assemblée générale du **D^r Marc-André Asselin** comme président de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal (AMOM). Après avoir dirigé l'organisme pendant dix-huit ans et été délégué durant trente-trois ans, le premier vice-président de la FMOQ a annoncé son retrait de la vie syndicale.

Faisant un retour en arrière, le D^r Asselin a présenté son testament politique. Quand il est devenu président de l'AMOM en 1995-1996, l'Association comptait alors 1571 membres en règle. Aujourd'hui, presque 20 ans plus tard, elle n'en comprend que 93 de plus. « Quand on dit que Montréal n'a pas été favorisée depuis des années par l'ajout de médecins, on en a une preuve assez évidente », a souligné le D^r Asselin.

Les effectifs, par ailleurs, vieillissent de manière inquiétante. Les médecins de famille de sexe masculin de Montréal ont en moyenne 57 ans. « C'est énorme ! La moyenne d'âge des omnipraticiens dans l'ensemble du Québec est de 50 ans. Est-ce que cela veut dire que dans cinq ans, à Montréal, presque tous les médecins de famille hommes auront plus de 60 ans ? Il faut se poser des questions. Il

faut aussi s'interroger sur le nombre de médecins que la métropole a eus au fil des années. Je vous laisse avec ces questions. Je ne serai pas là pour y répondre. »

Dès son arrivée comme président de l'AMOM, le D^r Asselin a été élu au Bureau de la Fédération. Le **D^r Renald Dutil**, lui, venait d'être choisi comme président de la FMOQ. « Une belle surprise nous attendait : une diminution de 6 % de l'enveloppe budgétaire des omnipraticiens à cause du déficit zéro du gouvernement Bouchard. Cela a été tout un début. Mais pire que cela, le gouvernement a ensuite mis à la retraite près de 500 médecins et a fermé neuf hôpitaux à Montréal. » Au cours des années suivantes, l'AMOM a ensuite dû affronter le regroupement des CLSC, qui était formé des directeurs de ces établissements. « Ils croyaient encore que les CLSC allaient être la porte d'entrée du système. Cela a été une bagarre assez virulente. »

Puis sont venues les années 2000 et l'approvisionnement du concept d'inscription de la clientèle. Au début, l'idée même révoltait les médecins. « Tranquillement, l'inscription est entrée dans les mœurs. Je pense après coup que cela a été une bonne chose », a indiqué le D^r Asselin. En 2002, la crise de Shawinigan est survenue : un patient meurt après s'être heurté à une urgence fermée faute d'effectifs médicaux. « À la suite de cet événement, l'obligation de faire des activités médicales particulières est passée de dix à vingt ans. »

En 2007, le **D^r Louis Godin** a succédé au D^r Dutil. L'épaulant, le D^r Asselin et les autres membres du Bureau ont travaillé avec ardeur à la valorisation de la médecine familiale. « Cela a été l'un des plus beaux dossiers que nous ayons menés. Il a été important pour les omnipraticiens en général. »

Dans les années 2010, la FMOQ s'est attelée au renouvellement de l'entente générale. L'un des principaux enjeux était le rattrapage de la rémunération des omnipraticiens par rapport à celle des spécialistes. L'accord, même s'il n'a



pas atteint son but initial, a néanmoins permis aux médecins de famille d'obtenir d'importantes augmentations.

« L'autre rêve que j'avais et que Louis a partagé avec moi, c'était celui de revisiter l'entente de 1976. » Aujourd'hui, la nouvelle nomenclature en établissement est adoptée et de nouveaux modes de rémunération sont en train d'apparaître dans plusieurs milieux de pratique. Et puis il y a le dernier dossier : depuis quelques mois la Fédération travaille à l'amélioration de l'accès à la première ligne.

L'AVENIR DE L'AMOM

Prévoyant, le Dr Asselin avait préparé son départ comme président de l'AMOM. Il a mis sur pied, avec le Bureau de l'Association, des comités chargés de se pencher sur des questions importantes : la participation des médecins anglophones, les attentes des jeunes médecins et les stratégies de communication. « Je voulais que l'Association se questionne et se modernise. » Les trois groupes de travail ont maintenant remis leur rapport et fait leurs recommandations.

Le comité sur les médecins anglophones a envoyé un sondage à 327 omnipraticiens de langue anglaise. Le taux de réponse a été élevé : 31 %. « Cela signifie que ces gens-là sont intéressés à participer à la vie syndicale. Il faut aller les chercher », a dit le Dr Asselin.

Les jeunes médecins ont eux aussi reçu un questionnaire de l'AMOM. Quinze pour cent d'entre eux ont répondu.

DEUX OUVRAGES SUR L'HISTOIRE DU SYNDICALISME MÉDICAL

Il y a cinq ans, le Dr Marc-André Asselin a commencé une carrière inattendue : celle d'écrivain. Passionné par l'histoire et l'écriture, féru de médecine et de syndicalisme, il s'est lancé dans la rédaction de deux ouvrages.

En 2011, après trois ans de dur labeur, de recherche et d'écriture, il a publié un livre sur les 50 ans de l'Association des médecins omnipraticiens de Montréal : *La petite histoire d'une grande association*. Il y raconte la fondation de l'organisme, relate les principaux événements qui l'ont marqué et en présente les acteurs-clés.

Puis, quelques mois plus tard, le Dr Asselin entreprend courageusement la rédaction d'un ouvrage encore plus important : *De praticiens à spécialistes en médecine famille – Histoire de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec*. Se penchant sur le demi-siècle d'existence de la FMOQ, il reconstitue l'histoire du syndicalisme des médecins omnipraticiens. À la fois témoin et acteur, il montre de l'intérieur le long parcours des médecins de famille vers la reconnaissance de leur travail tant sur les plans professionnel, financier que social.

Les deux ouvrages recèlent des leçons du passé. Médecins, syndicalistes et négociateurs verront qu'il y a des constantes auxquelles il est difficile d'échapper. « Tout est géré par la politique, affirme le Dr Asselin. Il faut que ce qu'on désire améliorer ait une valeur politique pour que les élus l'acceptent. Tous les retards qu'il y a eu dans les négociations passées s'expliquent par le fait que ce n'était pas rentable pour le gouvernement de faire quoi que ce soit. » La Fédération vit actuellement la même situation... Le Dr Asselin a aussi constaté que l'histoire se répète. Les mêmes problèmes, les mêmes difficultés, les mêmes défis reviennent souvent en boucle.





ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'AMOM

« Je pense qu'on va être capable de bâtir quelque chose grâce à leurs réponses. »

L'Association va aussi s'intéresser davantage aux nouveaux moyens de communication. « On a eu beaucoup de suggestions, a indiqué le président sortant de l'AMOM. Les jeunes attendent juste qu'on soit sur le Web de façon active. Je pense que le fait d'avoir une jeune équipe va nous aider pour ce genre d'activité. »

Mais il y a aussi d'autres problèmes sur lesquels l'AMOM doit se pencher. L'un d'eux est le recrutement. « On n'a pas eu suffisamment de nouveaux médecins pour nous aider, surtout en première ligne, par rapport à l'importance de notre population. Il y a, à Montréal, dix-sept établissements de soins de courte durée, quarante de soins de longue durée et vingt-neuf centres de santé et de services sociaux. C'est sûr que les médecins qui arrivent sont pris par ces établissements. Il n'en reste plus ensuite pour faire le travail en première ligne. » Heureusement, avec l'augmentation des nouvelles cohortes d'omnipraticiens, les renforts deviennent quand même plus importants.

MÉDECINS COMPTANT 50 ANS DE PRATIQUE

L'AMOM a rendu hommage aux médecins qui ont fêté cette année leurs 50 ans de pratique : les D^{rs} **Jean-G. Manzi** et **Jacques Marchand**, qui étaient tous deux présents à la soirée qui a suivi l'assemblée générale, ainsi que les D^{rs} **André Bourret**, **Gilles Liboiron** et **Maurice Legault**.

D^{rs} JEAN-G MANZI, MICHEL VACHON ET JACQUES MARCHAND

Officiellement, le D^r Asselin a quitté son poste de président de l'AMOM le 14 novembre dernier. Le D^r **Michel Vachon**, vice-président, lui a alors automatiquement succédé, puisque les prochaines élections n'auront lieu qu'en 2014. « C'est un honneur pour moi d'être à la tête d'une association comme la nôtre », a indiqué le nouveau président à ses membres. Il a annoncé qu'il continuerait dans la même ligne que son prédécesseur. « Je peux vous assurer que je vais tout mettre en œuvre afin de poursuivre la défense des médecins de Montréal. Nous allons, par ailleurs, mettre en application les recommandations des comités dont le D^r Asselin vous a parlé. » //

TÉMOIGNAGE DU D^r RENALD DUTIL, EX-PRÉSIDENT DE LA FMOQ

Absent à l'assemblée générale annuelle de l'AMOM, le D^r Renald Dutil, ancien président de la FMOQ et de l'AMOM, a fait parvenir une lettre pour rendre hommage au D^r Marc-André Asselin. Le D^r Michel Vachon l'a lue aux membres au cours de la soirée qui a suivi l'AGA.

« L'une des contributions les plus heureuses de ma carrière syndicale fut d'inviter Marc-André à siéger au Bureau de l'AMOM au début des années 1980. Il s'en est suivi plus de trente années d'engagement syndical tant à l'AMOM qu'à la FMOQ. Sa motivation fut exceptionnelle et sans faille pendant toutes ces années pour faire reconnaître l'apport des omnipraticiens de Montréal et de leur Association dans l'organisation du réseau de santé montréalais. Il fut, notamment, un brillant représentant des médecins de famille de Montréal, exigeant avec ténacité que le rôle de ces derniers soit mieux reconnu. Il n'a jamais cessé de rappeler aux instances gouvernementales, mais aussi à celles de la FMOQ, les difficultés spécifiques que doivent affronter les omnipraticiens montréalais.

« Dans les deux volumes qu'il a rédigés sur l'histoire de l'AMOM et celle de la FMOQ, il est humble sur sa propre contribution au syndicalisme médical, mais l'histoire retiendra néanmoins qu'il fut l'un des grands dirigeants de ces organisations. »

ASSEMBLÉE DE L'ASSOCIATION DE MONTRÉAL DISCUSSIONS SUR LE PLAN D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE

D^r LOUIS GODIN

Le D^r Louis Godin, président de la FMOQ, était très ému par le départ du D^r Marc-André Asselin, qui allait cesser d'être le premier vice-président de la FMOQ dans les prochaines semaines. « Je voudrais chaleureusement remercier Marc-André pour tout son soutien au cours des dernières années », a-t-il dit d'une voix étranglée par l'émotion.

Au cours de cette dernière assemblée générale de sa tournée, le D^r Godin, après avoir expliqué l'évolution de différents dossiers, a longuement discuté de son plan d'accessibilité avec les omnipraticiens présents. Certains avaient déjà adopté plusieurs des mesures suggérées. « Des omnipraticiens de Montréal ont des plages horaires pour les consultations sans rendez-vous, a expliqué une clinicienne. Un patient téléphone la veille ou l'avant-veille à la secrétaire et elle le place dans l'horaire. Il y a une heure réservée le matin ou l'après-midi pour ce type de consultations. »

Un omnipraticien, pour sa part, se demandait si un mécanisme de triage est prévu pour les patients qui prennent rendez-vous dans une unité d'accès populationnel (UAP) par l'entremise d'un système automatisé. Ce médecin de famille travaillait lui-même dans un service de consultation sans rendez-vous la fin de semaine. « Je peux vous dire que bien des patients sont au mau-

vais endroit au mauvais moment. Cela peut provoquer un engorgement. »

C'est une question à laquelle le D^r Godin a dit être sensible. « Si le ministre de la Santé donne son aval à la création des UAP, il va y avoir une campagne d'information pour indiquer à la population pour quel type de problèmes les patients peuvent se rendre dans ces unités. Il va aussi falloir se doter de certains mécanismes de contrôle. »

Un autre médecin était prêt à participer au plan d'accessibilité. Il était d'accord pour que tous se serrent les coudes pour offrir un meilleur accès à la première ligne. Il acceptait même de travailler plus fort. Cependant, il avait une crainte, celle des responsabilités supplémentaires : devoir faire le suivi d'un patient orphelin, attendre ses résultats d'examen, etc. « Je pourrais travailler sept jours sur sept pour couvrir notre territoire en sachant qu'un autre médecin est absent, mais qu'il fera la même chose quand je partirai en vacances. Ce qui me retient c'est la peur d'être pris avec le patient que je dois suivre alors que j'ai déjà plein de patients qui sont contents de ce que je leur donne. »

« Notre plan d'accessibilité ne fonctionnera qu'à condition qu'on ait l'adhésion de la majorité des médecins qui font de la prise en charge. Si le système ne repose que sur les épaules de quelques-uns, il est voué à l'échec. »

- D^r Louis Godin

Normalement, les UAP devraient avoir des ententes avec des omnipraticiens qui prendront en charge les patients orphelins qui s'y présentent. Mais un élément est essentiel à la réussite du projet : une masse critique de médecins participants.

« Notre plan d'accessibilité ne fonctionnera qu'à condition qu'on ait l'adhésion de la majorité des médecins qui font de la prise en charge, a répondu le D^r Godin. Si le système ne repose que sur les épaules de quelques-uns, il est voué à l'échec. C'est pour cela qu'on doit se donner un délai de deux ans pour le mettre sur pied. Lorsqu'on va commencer, on va s'assurer d'ouvrir suffisamment d'UAP pour que vous ne vous retrouviez pas dans la situation que vous décrivez. Si on n'a que

la moitié des unités dont on a besoin, elles vont être débordées. » Il faudra donc une bonne organisation sur le territoire de chaque centre de santé et de services sociaux.

Pour avoir plus d'informations sur le projet d'accès aux soins de première ligne, voir <http://tiny.cc/yxw85w>. EG

ASSEMBLÉE DE L'ASSOCIATION DE LAURENTIDES-LANAUDIÈRE

PRIORITÉ : L'ACCÈS DE LA POPULATION À UN OMNIPRATICIEN

La population de la région de Laurentides-Lanaudière éprouve de grandes difficultés à avoir accès à un médecin de famille. L'AMOLL va donc s'atteler à mettre en place le plan d'accès à la première ligne conçu par la FMOQ.

Emmanuèle Garnier

Photo : Emmanuèle Garnier



D^r MARC-ANDRÉ AMYOT

« L'accès de la population à un médecin de famille est le dossier de l'heure », a affirmé le **D^r Marc-André Amyot**, président de l'Association des médecins omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière (AMOLL), à l'assemblée générale annuelle de l'organisme, le 14 novembre dernier, à Terrebonne.

En 2014, la priorité de l'AMOLL sera de concrétiser les recommandations du groupe de travail de la FMOQ sur l'accès aux soins de première ligne. Le comité a suggéré que chaque médecin de famille voie rapidement ses patients dans les cas urgents et qu'il puisse participer à un réseau d'accessibilité. Des « unités d'accès populationnel » (UAP) pourraient d'ailleurs être créées pour offrir aux patients un accès rapide à la première ligne avec un temps d'attente limité.

« Dans notre région, le problème de l'accès à un médecin de famille et à son médecin de famille est très impor-

tant », explique le D^r Amyot. Le territoire de Laurentides-Lanaudière connaît d'ailleurs une pénurie à la fois d'omnipraticiens et de spécialistes. « Même si c'est réel, on ne peut plus se rabattre sur cette raison pour ne pas offrir à la population un meilleur accès à la première ligne. »

Le D^r Amyot compte rencontrer sous peu les chefs des départements régionaux de médecine générale (DRMG) des Laurentides et de Lanaudière pour établir un plan. Il désire déterminer avec eux les endroits où des UAP seront nécessaires. Normalement, elles seront mises sur pied dans des groupes de médecine de famille (GMF) ou dans d'autres cliniques existantes. « Il faut regarder où sont les besoins. Si une région a une cinquantaine d'omnipraticiens qui font de la prise en charge, cela n'a pas de bons sens qu'aucune clinique ne soit ouverte la fin de semaine. Il faut mieux organiser et structurer la première ligne de soins. Le plan doit cependant être mis sur pied en respectant les médecins. On ne leur demandera pas de travailler dix heures de plus par semaine. »

En 2014,
la priorité
de l'AMOLL
sera de
concrétiser les
recommandations
du groupe
de travail de
la FMOQ
sur l'accès
aux soins
de première ligne.

La participation des omnipraticiens au plan d'accessibilité, que ce soit en offrant des rendez-vous rapides ou en collaborant avec une UAP, se fera sur une base volontaire. « Il n'y aura jamais d'obligation », assure le président de l'AMOLL. Certaines mesures incitatives sont toutefois prévues pour encourager les cliniciens à participer. La Fédération voudrait obtenir un supplément pour ceux qui verront rapidement leurs patients pour des problèmes urgents ou semi-urgents. De plus, les médecins de famille qui pratiquent dans une clinique qui n'est pas dans un GMF pourront obtenir, s'ils coopèrent avec une UAP, les services d'une

infirmière à raison d'une demi-journée par semaine pour 1000 patients inscrits.



Le D^r Amyot compte rencontrer, en compagnie des responsables des DMRG, les médecins de son territoire, entre autres ceux des cliniques qui pourraient devenir des unités d'accès populationnel. Il est ainsi possible qu'il aille à Saint-Jérôme, à Saint-Eustache et à Le Gardeur. « L'objectif premier est de donner à la population les services auxquels elle a droit. On ne va pas demander aux omnipraticiens d'en faire plus, mais de travailler différemment. Collectivement, nous avons la responsabilité d'offrir un certain service. »

Le matin même, à 6 h 30, le D^r Amyot était passé devant une clinique qui offrait un service de consultation sans rendez-vous. Les portes n'ouvraient qu'à 8 h, mais déjà une file d'attente s'était formée. « Les patients voulaient être sûrs d'avoir une place. » Le D^r Amyot voit aussi à l'urgence où il pratique les besoins de la population. Il y rencontre des patients qui n'ont nulle part d'autre où consulter un clinicien. Il y voit des personnes envoyées par des médecins, faute d'autres façons de leur faire passer des examens.

« Il est certain que les UAP et autres moyens pour augmenter l'accès à un omnipraticien ne régleront pas tout. Ces mesures doivent s'intégrer à un plan qui donne accès aux médecins de famille à un plateau technique et aux consultations avec les spécialistes. Ce projet doit se faire en collaboration avec les établissements de soins. Les médecins ont beau donner le service, voir le patient quand il est malade, s'ils ne parviennent pas à avoir les examens nécessaires, on n'est pas avancé. »

La situation cependant s'améliore grâce aux accueils cliniques. Il y a ainsi des plages réservées à la première ligne en radiologie, en échographie et dans certaines spéciali-

tés. « L'accueil clinique de l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, par exemple, fonctionne très bien. Celui de Joliette commence à être rodé. Il y a une volonté ministérielle de mettre en œuvre ce système dans tous les établissements de soins. »

ADAPTER LA RÉMUNÉRATION

La pratique médicale est en train de se modifier. Les médecins de famille n'ont maintenant plus besoin d'examiner tous leurs patients annuellement. « L'examen médical périodique s'est beaucoup modifié », rappelle le D^r Amyot. Ces changements peuvent augmenter la disponibilité des médecins. Néanmoins, la rémunération doit être adaptée. La nomenclature en cabinet, qui est justement en train d'être revue, pourrait offrir une solution.

Dans Lanaudière, un petit groupe de travail s'est penché sur cette question. « Le comité souhaite qu'une plus grande proportion de la rémunération soit versée sous forme de forfait et que l'examen complet majeur ne soit plus obligatoire pour obtenir la rémunération associée à la responsabilité du patient, indique le président de l'AMOLL. D'un côté, le médecin ne doit pas être obligé de voir le patient quand il est en bonne santé, mais de l'autre, il doit être capable de lui donner un rendez-vous rapidement quand il est malade.

Un plus grand forfait doit donc être attaché au patient. »

Le groupe de travail désire également que la nouvelle nomenclature n'avantage pas indûment les consultations sans rendez-vous. « À l'heure actuelle, elles sont encore relativement payantes par rapport à la prise en charge. » Plusieurs ajustements sur différents plans seront donc nécessaires pour faciliter l'accès de la population à la première ligne. //

« Si une région a une cinquantaine d'omnipraticiens qui font de la prise en charge, cela n'a pas de bons sens qu'aucune clinique ne soit ouverte la fin de semaine. Il faut mieux organiser et structurer la première ligne de soins. »

- D^r Marc-André Amyot

ASSEMBLÉE DE L'ASSOCIATION DE LAURENTIDES-LANAUDIÈRE RENCONTRE AVEC LE PRÉSIDENT DE LA FMOQ

Emmanuèle Garnier



D^r LOUIS GODIN

Dans le cadre de sa tournée du Québec, le **D^r Louis Godin**, président de la FMOQ, a rencontré les omnipraticiens de Laurentides-Lanaudière. Il a fait le point entre autres sur le nouveau cadre de gestion des groupes de médecine de famille (GMF) et le projet de nouvelle nomenclature en cabinet. Puis, il a expliqué le plan d'accessibilité de la Fédération destiné à rendre les omnipraticiens plus disponibles pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs médecins lui ont posé des questions à ce sujet.

Certains avaient des craintes concernant les nouvelles « unités d'accès populationnel » (UAP). « On a besoin de médecins dans nos GMF et là, je vois une nouvelle structure qui va venir drainer les nouveaux omnipraticiens, a dit un clinicien qui exerçait dans un GMF de petite taille. Ils vont s'en aller dans un milieu qui est assez grand, où il va y avoir énormément de professionnels et beaucoup de travail multidisciplinaire. Quel va être l'intérêt de venir pratiquer dans un GMF ordinaire ? Ces jeunes médecins pourraient plutôt nous permettre d'augmenter les services dans les GMF et de faire de la prise en charge. »

Presque toutes les UAP seront installées dans des GMF et des cliniques-réseau, a indiqué le D^r Godin. « L'UAP de votre région va peut-être être dans votre GMF. Et si elle n'est pas chez vous, elle va peut-être vous libérer du temps pour que vous fassiez plus de prise en charge. Les UAP, tel qu'elles sont prévues avec les ententes de service, sont peut-être la meilleure façon de consolider les GMF. En plus, ce sont les médecins qui vont les diriger. »

Pour faciliter la venue des jeunes médecins, la Fédération propose que la pratique dans les UAP soit reconnue comme une activité médicale particulière (AMP). Plus précisément, ce travail pourrait être une composante d'une AMP mixte. « Le jeune médecin qui pratiquera dans une UAP pourra effectuer le reste de ses AMP en prenant en charge des patients. Il pourra le faire dans votre GMF, a ajouté le président. Je vous donne un levier supplémentaire pour aller chercher des médecins. »

Pour encourager les médecins de famille à participer au plan d'accessibilité, la FMOQ a prévu certaines mesures facilitatrices et des suppléments. Néanmoins, elle se défend de le faire au détriment de la prise en charge et du suivi des patients. « La proposition qui est là ne vise pas à accorder plus d'argent pour les consultations sans rendez-vous, a précisé le D^r Godin. Je vais continuer à bien rémunérer la prise en charge. Cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'il y aura toujours, chaque année, entre 1 million et 1,5 million de consultations pour des patients orphelins. Et il y aura toujours de 700 000 à 800 000 visites de patients P4 et P5 à l'urgence. Même si vous êtes disponibles comme médecins de famille et que vous faites une prise en charge parfaite, c'est la réalité des chiffres. Je dois en tenir compte, parce que derrière ces données, il y a un patient. »

Certains médecins partageaient la vision de la Fédération. « L'accessibilité, c'est majeur. C'est vraiment notre prochain cheval de bataille. La population veut réellement cela », a affirmé un omnipraticien. //



Photos : Emmanuèle Garnier

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION
DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DE LAURENTIDES-LANAUDIÈRE