

PAS DE MÉDECIN ? ESSAYEZ LES SUPERINFIRMIÈRES !

Créé pour contrer les effets de la pénurie de médecins, le nouveau modèle de soins de santé ontarien met à l'avant-plan les superinfirmières. Et il connaît un vif succès !

par Jonathan Trudel • photo de Jean-François Lemire

Quand son médecin de famille est parti à la retraite, Ann Gordon a eu un moment de découragement. Qui allait désormais prendre soin de sa santé chancelante ? Deux ans plus tard, cette sexagénaire de Lancaster, petite ville ontarienne à moins de 90 km de Montréal, n'a toujours pas de médecin de famille. Mais elle ne s'en plaint pas. Au contraire. « Je n'ai jamais été si bien soignée », dit-elle.

Ann Gordon est désormais suivie dans une des 26 cliniques de l'Ontario dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées. Créé par le gouvernement de Dalton McGuinty, ce tout nouveau modèle de soins de santé vise à contrer les effets de la pénurie de médecins. « Comme au Québec, beaucoup de personnes n'ont pas accès à des soins de première ligne et doivent se tourner vers les salles d'urgences », dit Penelope Smith, administratrice de la clinique Glengarry, à Lancaster. « C'est exactement ce qu'on cherche à éviter. »

Ouverte à l'hiver 2011 dans un bâtiment tout neuf de la rue principale de la localité, en retrait d'une voie ferrée et de l'autoroute 401 (qui relie Montréal à Toronto), la clinique a rapidement atteint sa capacité maximale : 2 200 patients.

Amanda Paice, ancienne Montréalaise de 29 ans, dirige l'équipe soignante avec deux autres infirmières praticiennes. Après son baccalauréat de quatre ans en soins infirmiers à l'Université d'Ottawa, elle a pratiqué deux ans dans un hôpital ontarien avant de faire une maîtrise en sciences infirmières.

À titre d'infirmière praticienne, elle peut traiter des blessures et la plupart des maladies et affections fréquentes — comme les rhumes, gripes, otites et pneumonies. Elle peut effectuer des tests de dépistage du cancer (comme le Pap) et demander des analyses sanguines. Elle a aussi le pouvoir de poser des diagnostics et de prescrire la plupart des médicaments, à l'exception de certains narcotiques. « En bref, je peux faire à peu près tout ce qu'un médecin généraliste fait », dit la superinfirmière, vêtue d'une jupe et d'un chemisier foncé, le stéthoscope autour du cou.

Amanda Paice et ses collègues infirmières praticiennes travaillent en équipe avec une travailleuse sociale, une diététicienne et deux infirmières cliniciennes. Au besoin, elles peuvent consulter un omnipraticien de la région, qui pratique une journée par semaine à la clinique. Mais les patients restent sous leur responsabilité. « Si je dirige quelqu'un vers un médecin généraliste ou spécia-

26

**NOMBRE DE
CLINIQUES
DIRIGÉES PAR DES
INFIRMIÈRES EN
ONTARIO. LE
GOUVERNEMENT
PROMET DE
POURSUIVRE
L'EXPANSION DU
RÉSEAU.**



Comme les omnipraticiens, l'infirmière praticienne spécialisée Amanda Paice (à gauche, en compagnie de l'infirmière Kelly Macduff) peut poser des diagnostics et prescrire la plupart des médicaments.

liste, le dossier me revient ensuite. C'est moi qui ai le portrait d'ensemble», précise Amanda Paice, qui se considère avant tout comme l'«avocate» de ses patients. «Je passe beaucoup de temps avec eux. Je les écoute, les traite et les guide dans le système de santé quand j'ai besoin de l'avis d'un autre professionnel.»

Depuis son arrivée, il y a deux ans, elle a détecté «une tonne de cas» de maladies chroniques, comme le diabète et l'hypertension, et fait le suivi des patients avec son équipe. Elle a aussi diagnostiqué plusieurs cancers, dont celui d'Ann Gordon.

L'été dernier, cette petite femme à la voix grave s'est présentée à la clinique en se plaignant de douleurs aux seins. Amanda Paice lui a prescrit une mammographie puis d'autres examens, qui ont rapidement révélé des tumeurs cancéreuses. Quelques semaines plus tard, Ann Gordon subissait une double mastectomie. «Amanda m'a sauvé la vie, dit-elle d'une voix tremblotante. Si elle ne m'avait pas écoutée, si elle ne m'avait pas prise au sérieux, le cancer aurait pu s'étendre.»

Après avoir vécu plus de 20 ans à Montréal sans avoir accès à un médecin de famille, Ann Gordon a l'impression d'avoir trouvé le système idéal.

«Dans cette clinique, je ne me suis jamais sentie considérée comme un numéro. La priorité, ici, ce n'est pas de faire clic-clic avec ma carte d'assurance maladie. On me traite comme un être humain.»

Financées à 100 % par l'État ontarien, les cliniques dirigées par les infirmières praticiennes ont d'abord été mises sur pied dans les régions aux prises avec les plus graves pénuries de médecins. Mais elles commencent à faire leur entrée dans les grands centres urbains. Une première clinique a ouvert ses portes à Toronto, au printemps 2012. Et tous les partis politiques de l'Ontario promettent de poursuivre l'expansion du réseau. Ils devront toutefois se heurter au mécontentement des associations de médecins, farouchement opposées à ce modèle depuis l'annonce de sa création, en 2007.

Selon l'Association médicale ontarienne, tous les habitants de la province devraient avoir accès aux soins et à l'expertise des médecins de famille. «Le niveau et la qualité des soins d'un médecin ne devraient pas être remplacés par un expédient», dénonce Suzanne Strasberg, présidente de l'Association, qui croit que les infirmières praticiennes devraient plutôt être intégrées aux groupes de médecine familiale. →

Publiée dans le *British Medical Journal*, une recension d'enquêtes menées sur les infirmières praticiennes spécialisées en Grande-Bretagne, aux États-Unis, en Afrique du Sud, en Israël, au Japon et en Australie indique que les patients traités par ces infirmières se disent plus satisfaits et en aussi bonne santé que ceux traités par les médecins. L'étude montre aussi qu'elles leur consacrent plus de temps et font passer plus d'examens que les médecins.

Penelope Smith, de la clinique Glengarry, soutient qu'aucun patient ne s'est jamais plaint de ne pas avoir eu accès à un « vrai » médecin. Que le professionnel soignant ait le titre de MD ou de NP (pour *nurse practitioner*) importe peu aux yeux du public, dit la directrice, qui multiplie les conférences publiques dans la région pour expliquer

l'étendue de la formation universitaire dont jouissent les infirmières praticiennes.

Amanda Paice, elle, ne veut surtout pas être dépeinte comme une adversaire des omnipraticiens. « On travaille ensemble, et ici, à Lancaster, on s'entend à merveille », insiste-t-elle.

Ann Gordon ne voit pas pourquoi les médecins de famille s'inquiètent. « Ils ne seront jamais inutiles: il y a une pénurie! Et pour ce qui est de la qualité des soins, les spécialistes que je rencontre sont tous enchantés des traitements que j'ai reçus ici. Il faudrait arrêter d'apeurer les gens. »

Selon elle, les médecins de famille devront apprendre à cohabiter avec les infirmières praticiennes. « Je ne comprends pas pourquoi le modèle ontarien n'est pas appliqué partout au pays! »

LE QUÉBEC A 10 ANS DE RETARD

Les superinfirmières y sont 13 fois moins nombreuses qu'en Ontario, et leur pratique est semée d'embûches. À qui la faute ?

Il faudrait une petite révolution pour que des cliniques dirigées par des « superinfirmières » voient le jour prochainement au Québec. « On a au moins 10 ans de retard sur l'Ontario », dit Suzanne Durand, directrice de la Direction du développement et du soutien professionnel à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Cinq ans après l'entrée en fonction des premières infirmières praticiennes spécialisées (IPS), le Québec n'en compte que 157, dont une centaine en première ligne, les autres travaillant dans les hôpitaux en néonatalogie, en cardiologie et en néphrologie. En tout, elles ne représentent que 0,3 % des 35 000 infirmières. L'Ontario en dénombre 2 000, soit 13 fois plus.

Non seulement les superinfirmières sont beaucoup moins nombreuses au Québec, mais leur champ d'exercice est considérablement plus restreint. Elles n'ont obtenu que des pouvoirs délégués, qu'elles doivent constamment négocier avec le Collège des médecins. Elles sont, dans les faits, subordonnées à ces derniers.

Par exemple, elles ne peuvent prescrire que les médicaments inscrits sur une liste établie avec l'accord des médecins. Si un nouveau médicament est autorisé par les pouvoirs publics, les infirmières ne pourront pas le prescrire sans avoir reçu l'approbation du Collège des médecins, ce qui peut prendre jusqu'à deux ans, selon Suzanne Durand. « Et quand



il y a enfin un règlement, le médicament est parfois déjà dépassé, déplore-t-elle. En santé, ça bouge vite... »

Les IPS doivent aussi négocier avec les médecins, au cas par cas, la liste des examens diagnostiques et des actes qu'elles ont le droit d'accomplir. Ces contraintes limitent sérieusement leur efficacité. Elles sont formées pour reconnaître et diagnostiquer des affections chroniques (comme le diabète, l'hypertension, l'asthme et certaines maladies pulmonaires obstructives chroniques)... mais ne sont pas autorisées à entreprendre un traitement, contrairement à leurs consœurs ontariennes. « Elles peuvent faire l'investigation, mais dès que les résultats des tests arrivent, elles sont obligées de transférer le dossier à un médecin », explique Suzanne Durand.

Un nombre croissant de groupes de médecine familiale embauchent des superinfirmières. Mais la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a négocié pour chaque clinique une somme de 60 000 dollars par an par IPS y travaillant à temps plein, pour les frais de bureau et la « surveillance générale » des activités médicales de l'IPS.

« Ensuite, le gouvernement nous dit qu'il manque d'argent pour embaucher plus d'infirmières! tonne Gyslaine Desrosiers, présidente sortante de l'OIIQ. Pourquoi doivent-elles être supervisées par des médecins? Elles peuvent être parfaitement autonomes et se référer à un médecin au besoin. » **J.T.**

INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES (IPS)

QUÉBEC

NOMBRE

167

dont une centaine en soins de première ligne

FORMATION

Baccalauréat en sciences infirmières

+

Minimum de deux ans de pratique dans la spécialité ciblée

+

Maîtrise ou formation universitaire de deuxième cycle

POUVOIRS

- Ne peuvent prescrire qu'un nombre limité de médicaments, inscrits sur une liste établie avec l'accord des médecins
- Ne peuvent admettre des patients à l'hôpital ni leur donner leur congé
- Ne peuvent consulter des médecins spécialistes
- Ne peuvent entreprendre le traitement de maladies chroniques

PRATIQUE

Doivent pratiquer sous la supervision directe d'un médecin

SALAIRE

de **49 140 à 87 651 \$**

ONTARIO

NOMBRE

2 032

dont 1 500 en soins de première ligne

FORMATION

Baccalauréat en sciences infirmières

+

Minimum de deux ans de pratique dans la spécialité ciblée

+

Maîtrise ou formation universitaire de deuxième cycle

POUVOIRS

- Prescrire tous les médicaments à l'exception de certains narcotiques
- Admettre des patients à l'hôpital et leur donner leur congé
- Consulter des médecins spécialistes
- Diagnostiquer et traiter les maladies chroniques

PRATIQUE

Peuvent pratiquer en clinique de façon autonome, sans supervision quotidienne d'un médecin

SALAIRE

de **84 000 à 101 000 \$**

Trois questions au D^r Louis Godin

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION DES MÉDECINS OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



Accepteriez-vous que le Québec crée des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes spécialisées, comme en Ontario ?

J'ai parlé à beaucoup de médecins ontariens, à l'Association médicale de l'Ontario. Ils m'ont dit : si vous voulez un modèle qui marche, ne tombez pas dans le même panneau. Il faut absolument éviter les approches en silo, où le médecin et l'IPS travaillent seuls de leur bord. Il est beaucoup plus intéressant de voir les IPS intégrées au sein des cliniques médicales, des unités de médecine familiale ou des CLSC, comme au Québec.

En Ontario, les IPS ont plus de pouvoirs et peuvent fonctionner sans la supervision quotidienne d'un médecin. N'est-ce pas un modèle à suivre, compte tenu de la pénurie de médecins au Québec ?

La meilleure façon d'améliorer l'accès à un médecin de famille, parce qu'on convient tous que c'est la base de la première ligne, c'est de créer des équipes multidisciplinaires au sein desquelles le médecin peut déléguer des responsabilités à d'autres professionnels — comme les IPS, mais aussi les infirmières bachelères ou auxiliaires, les nutritionnistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux. Le problème, au Québec, c'est qu'il n'y a pas suffisamment d'IPS ou d'autres infirmières pour soutenir les médecins dans leur pratique.

Beaucoup d'infirmières imputent justement cette pénurie à la résistance du corps médical québécois...

Les médecins ont-ils résisté, au début des années 2000, quand Québec a créé les IPS et accordé des pouvoirs élargis à d'autres professionnels ? Oui. C'est le réflexe de tous les grands ordres professionnels, y compris les associations d'infirmières. Mais aujourd'hui, la résistance des médecins, ça n'existe plus. Au contraire, les médecins sur le terrain me disent que ce dont ils ont le plus besoin, c'est l'aide d'autres professionnels de la santé.

LES MÉDECINS ONT-ILS TROP DE POUVOIR ?

Oui, tonne la présidente sortante de l'Ordre des infirmières du Québec, Gyslaine Desrosiers. « Et personne ne bouge, de peur de se les mettre à dos ! » Mais il y a de l'espoir : une nouvelle génération de médecins secoue les piliers de la profession.

par Jonathan Trudel

Gyslaine Desrosiers a une solution simple pour désengorger les salles d'urgences du Québec. « On pourrait confier à des infirmières praticiennes spécialisées [IPS] tous les cas non urgents, ceux qu'on appelle dans le jargon les "codes 4 et 5", comme les otites ou les infections respiratoires légères », dit la présidente sortante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Le hic, c'est que ces superinfirmières ne sont pas les bienvenues dans les urgences, qui ne sont pas « un milieu de pratique indiqué pour ces nouvelles professionnelles », sauf en régions périphériques, selon le document qui régit leur exercice. Par ailleurs, les IPS n'ont carrément pas le droit de pratiquer dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Pourquoi? Parce que les fédérations de médecins s'y opposent, soutient Gyslaine Desrosiers : « Dans le milieu de la santé, tout le monde sait que ce sont ces fédérations qui détiennent le vrai pouvoir dans notre système, car tout doit faire l'objet d'ententes avec elles. Mais personne ne bouge, de peur de se les mettre à dos. »

Elle-même a préféré attendre d'avoir terminé son mandat à l'OIIQ, à la fin de 2012, avant d'accorder une entrevue à *L'actualité*. Il y a deux ans, elle

avait reçu un blâme du Collège des médecins pour avoir collaboré à un reportage de Radio-Canada sur ce sujet.

« La vérité, c'est qu'on ne peut pas parler, de crainte de paralyser toutes les relations futures avec les médecins », dit-elle, assurant ne pas vouloir partir en guerre contre ces derniers, avec qui elle a entretenu de bons rapports pendant ses 20 ans à la barre de l'OIIQ. « Tout ce que je veux, c'est qu'ils s'occupent des cas plus lourds, pour lesquels ils ont été formés. En ce moment, ils ont la main haute sur les services. C'est ce qui doit changer. Sinon, le système va s'effondrer, parce qu'on n'est pas organisé pour faire face à la pression qui va arriver. »

Cette pression sera attribuable au vieillissement de la population et à la prévalence des maladies chroniques (comme le diabète ou l'hypertension), qui toucheront bientôt la moitié de la population.

« Ça coûterait moins cher à l'État de faire appel à des IPS pour prendre la tension artérielle des patients, dit Gyslaine Desrosiers. Ce que les gens veulent, c'est un accès à des services de santé, pas nécessairement à un médecin. »





« Les médecins ont tendance à vouloir la mainmise sur tout, alors qu'ils ne sont pas les seuls à pouvoir donner des soins », dit le D^r Alain Vadeboncoeur (ci-contre). En haut, la présidente sortante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Gyslaine Desrosiers.

Les infirmières ne sont pas les seules à revendiquer un plus grand rôle dans le réseau de la santé. Les pharmaciens, sages-femmes et ambulanciers tentent tous, depuis des lustres, d'élargir leur champ d'exercice, ce qui permettrait de désengorger les soins de première ligne. Et ils se heurtent souvent, eux aussi, à un mur. Celui des médecins.

« Il y a une résistance, un blocage historique évident à l'égard des autres professionnels de la santé », dit le D^r Alain Vadeboncoeur, un des rares médecins à s'exprimer publiquement sur ce sujet délicat. Chef du Service de médecine d'urgence de l'Institut de cardiologie de Montréal et président de Médecins québécois pour le régime public, il observe que les médecins ont tendance à « vouloir tout faire et avoir la mainmise sur tout, alors qu'ils ne sont pas les seuls à pouvoir donner des soins ».

Il donne à titre d'exemple la lutte qu'il a menée aux côtés des ambulanciers, il y a une vingtaine d'années, pour leur permettre d'obtenir le droit de se servir de défibrillateurs cardiaques. « On avait carrément dû se battre contre le Collège des médecins, qui avait beaucoup de difficulté à reconnaître que cet acte pouvait être accompli par quelqu'un d'autre qu'un médecin. Pourtant,

il devait bien être fait par un autre professionnel, puisque les médecins ne sont pas dans les ambulances! »

Le D^r Vadeboncoeur cite aussi le cas des sages-femmes, dont la pratique n'a été légalisée qu'en 1999, après une longue résistance des fédérations de médecins, qui soutenaient que la vie des femmes enceintes et de leurs bébés serait en péril. Les sages-femmes sont pourtant actives et reconnues depuis longtemps dans le système de santé en Europe et au Canada anglais. Encore aujourd'hui, elles sont sept fois moins nombreuses au Québec qu'en Ontario, où elles jouent un rôle important dans les accouchements normaux.

La médecine classique, dite allopathique, n'a pourtant pas toujours bénéficié d'une telle présence sur les autres professions de la santé. Jusqu'au début du XX^e siècle, il ne s'agissait que

d'une médecine parmi d'autres, comme la chiropratique ou l'ostéopathie, rappelle le D^r Vadeboncoeur dans son livre *Privé de soins* (Lux Éditeur, 2012). Les médecins, dit-il, doivent beaucoup à un certain Abraham Flexner, membre de l'Institut Rockefeller (devenu l'Université Rockefeller), qui a produit en 1910 un influent rapport sur l'état de l'enseignement de la médecine aux États-Unis.

En plus de proposer un grand ménage dans les multiples facultés de médecine, ce rapport consacrait la prédominance de la médecine allopathique. Dorénavant, les médecins auraient l'exclusivité de deux actes clés : le diagnostic et le traitement des maladies. Tous ceux qui braveraient cet interdit se verraient poursuivis en justice pour « pratique illégale de la médecine ».

Leur statut étant protégé par la loi dans la plupart des pays industrialisés, les médecins ont pu se négocier une rémunération enviable en Occident, particulièrement en Amérique du Nord, où ils touchent environ 10 fois le salaire moyen.

Un peu moins généreuse qu'ailleurs au Canada (mais beaucoup plus qu'en France, en Allemagne et dans la plupart des pays européens), l'enveloppe budgétaire consacrée à la rémunération des médecins au Québec s'élevait à 5,4 milliards de dol- ➔

lars en 2011-2012 — jouissant de l'augmentation la plus fulgurante, avec celle destinée aux médicaments. Cette augmentation ne s'accompagne toutefois pas d'une croissance équivalente des services. Au cours des dernières années, la productivité des médecins n'a cessé de diminuer dans la plupart des pays de l'OCDE, selon un rapport récent de cet organisme. La baisse est particulièrement marquée au Québec, où les hausses des tarifs des paiements à l'acte ont entraîné une réduction du nombre de services fournis, affirme André-Pierre Contandriopoulos, professeur au Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal. « Ces hausses de tarifs ont permis aux médecins d'atteindre plus rapidement le seuil psychologique de revenus à partir duquel ils diminuent leur semaine de travail ou partent en vacances plus longtemps », dit-il.

Pendant ce temps, le quart de la population n'a toujours pas accès à un médecin de famille et le vieillissement accentue les pressions sur le système de santé.

Dans ce contexte, tous les cas qui ne requièrent pas l'expertise poussée des médecins devraient logiquement être délégués à d'autres professionnels de la santé, bien formés et moins coûteux, selon André-Pierre Contandriopoulos. « Les médecins devraient se concentrer sur les diagnostics complexes et les traitements qui nécessitent des réajustements constants », dit-il.

Le hic, c'est que rien ne pousse les médecins à déléguer, puisque la très grande majorité d'entre eux sont payés à l'acte. Pour les encourager à le faire, il faudrait impérativement transformer leur mode de rémunération, souligne André-Pierre Contandriopoulos.

C'est aussi la conclusion à laquelle arrive Claude Castonguay, père de l'assurance maladie du Québec. Dans son livre *Santé: l'heure des choix*, paru l'automne dernier aux Éditions du Boréal, il consacre un chapitre entier à cette question.

Il recommande d'introduire un mode de rémunération mixte qui réduirait l'importance des paiements à l'acte. D'après lui, une telle réforme permettrait non seulement de favoriser le travail en équipe et le partage des tâches avec d'autres professionnels, mais aussi d'inciter les médecins à consacrer davantage de temps aux visites à domicile.

Modifier le pacte de l'État avec ses médecins ne sera toutefois pas facile. Les omnipraticiens aussi

bien que les spécialistes restent profondément attachés au paiement à l'acte, symbole de leur sacro-sainte autonomie professionnelle. Et les syndicats qui les représentent ont la réputation d'être impitoyables à la table des négociations.

Selon le chef de la Coalition Avenir Québec, François Legault, qui a été ministre de la Santé en 2002-2003, il était plus facile de discuter avec la CSN qu'avec les deux fédérations de médecins. « Au Québec, les médecins ont un statut social élevé, a-t-il dit en entrevue à *L'actualité*. Quand un politicien négocie avec un médecin, le rapport de force est inégal. Il faut beaucoup de courage politique. »

Claude Castonguay croit d'ailleurs que les généreuses hausses de rémunération (9 % par année jusqu'en 2016) consenties aux médecins par le gouvernement Charest en 2011-2012, malgré l'état précaire des finances publiques, s'expliquent essentiellement par la crainte que le président de la Fédération des médecins spécialistes, Gaétan Barrette, a inspirée à l'ex-ministre de la Santé Yves Bolduc.

Le nouveau ministre, Réjean Hébert, osera-t-il tenir tête aux puissantes fédérations? Il n'aura d'autre choix que de s'entendre avec elles, estime le Dr Alain Vadeboncoeur. « Le lobby des médecins est très puissant, dit-il. On ne peut pas leur imposer de nouveaux modèles, il faut travailler avec eux. » La bonne nouvelle, selon lui, c'est que les mentalités évoluent chez les médecins. Les groupes de médecine de famille, mis sur pied ces dernières années, auraient été quasi impensables il y a 20 ans, explique-t-il. « On pourrait aller beaucoup plus loin en matière de collaboration avec les autres professionnels de la santé, mais c'est quand même un bon début. »

Au congrès des infirmières de l'automne dernier, le ministre Hébert a soutenu que le dossier des infirmières praticiennes spécialisées était une de ses priorités. Il a même affirmé qu'il était prêt à accorder davantage de pouvoirs de prescription aux infirmières. « Il faut arrêter le "taponnage" », a-t-il dit.

Mais la présidente sortante de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Gyslaine Desrosiers, reste très sceptique. « Beaucoup de pays ont réorganisé leur système pour donner plus de place aux autres professionnels de la santé, mais ça demande une volonté politique très ferme, parce que ça ébranle les colonnes du temple. » ■



Le ministre de la Santé du Québec, Réjean Hébert, osera-t-il tenir tête aux puissantes fédérations de médecins ?

TROIS JOURS D'ATTENTE, PAS PLUS !

Une simple réorganisation de l'agenda des médecins d'une clinique suffit à faire passer les délais d'attente de trois mois à trois jours. L'« accès adapté », comme on a baptisé ce petit miracle, pourrait faire du chemin !

par Valérie Borde

Lorsque Sylvie Lafond, de Pointe-Claire, a appelé la clinique de son médecin de famille pour prendre rendez-vous, elle est restée estomaquée : plutôt que les six mois de délai auxquels elle s'attendait, elle a obtenu un rendez-vous... quatre jours plus tard ! « Quand la secrétaire m'a annoncé la date, je lui ai d'abord demandé de quelle année elle parlait, puis si tous les autres patients étaient morts, raconte avec humour cette cadre de 50 ans. Et le jour dit, je n'ai patienté que quelques minutes ! »

Ce petit miracle, Sylvie Lafond le doit non pas à une clinique privée, mais à une simple réorganisation de l'agenda de son médecin suivant un modèle promu par la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et le ministère de la Santé. L'« accès adapté » vise à faire passer à moins de trois jours le délai d'attente pour voir son médecin de famille.

Aujourd'hui, quand ils sont malades, les Québécois n'ont souvent d'autre choix que de faire la queue dans les cliniques sans rendez-vous ou aux urgences. Résultat : des heures perdues à attendre parmi

L'ACCÈS ADAPTÉ OBLIGATOIRE ?

Pour le médecin de famille de Sylvie Lafond, la **D^{re} Geneviève Dechêne**, l'accès adapté va améliorer les services de santé. Mais cette omnipraticienne de Verdun, âgée de 55 ans, croit que la FMOQ et les pouvoirs publics n'en font pas assez. « La résistance au changement et le corporatisme risquent de prendre le dessus sur la bonne volonté », craint-elle. Au fil des ans, attendre pour voir son médecin est devenu socialement acceptable, déplore-t-elle.

Geneviève Dechêne accuse aussi les autorités sanitaires d'avoir accordé trop d'importance aux bilans de santé, qui plombent l'horaire des médecins. « On passe notre temps à faire de longues rencontres avec des gens en bonne santé, alors qu'on devrait régler rapidement les problèmes des gens malades. On a inventé l'accès fermé ! »

Les scientifiques lui donnent raison sur ce point. En octobre dernier, un groupe de chercheurs de la Collaboration Cochrane, organisation internationale



indépendante, a passé en revue 14 études menées dans le monde sur l'efficacité des bilans de santé préventifs. Résultat : rien ne prouve qu'ils diminuent la mortalité ou le risque de maladies graves.

La D^{re} Geneviève Dechêne, qui fait partie des rares médecins du Québec à effectuer des visites à domicile pour offrir des soins palliatifs, propose trois pistes pour accélérer les changements :

- Assortir d'une obligation de passer rapidement à l'accès adapté le forfait de prise en charge que la Régie de l'assurance maladie accorde aux médecins de première ligne (100 dollars par patient — ou 200 pour un patient dit vulnérable — versés au moment où l'omnipraticien accepte de le suivre).
- Former au plus vite à cette pratique tous les futurs médecins.
- Augmenter le nombre d'infirmières dans les groupes de médecine de famille et leur déléguer les examens de routine.

d'autres malades, peu de suivi, l'engorgement des urgences et une gestion compliquée des dossiers médicaux.

Selon un sondage récent mené au Canada par le Conseil canadien de la santé (auprès de 2 124 médecins) et dans neuf autres pays par le Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, le Québec arrive bon dernier en matière de disponibilité des médecins de première ligne. Seuls 22 % des omnipraticiens québécois interrogés ont dit être en mesure de voir leurs patients le jour où ceux-ci prennent rendez-vous ou le lendemain, contre 47 % en moyenne au Canada, 74 % aux États-Unis, 86 % au Royaume-Uni... et 95 % en France. Là-bas, s'il fallait patienter des heures aux urgences pour une simple fièvre de bébé, cela déclencherait une révolution!

« Ces résultats s'expliquent par la pénurie de médecins il y a quelques années et par un manque de planification et d'organisation », reconnaît le Dr Serge Dulude, qui pilote ce dossier à la FMOQ.

Aujourd'hui, en moyenne, 70 % de l'horaire des médecins de famille est bloqué par des rendez-vous planifiés. L'accès adapté vise à faire baisser cette proportion à moins de 30 %, afin de libérer le reste de l'agenda pour les rendez-vous pris dans les jours précédents.

La recette est simple: à chaque visite d'un patient, le médecin traite son problème urgent, une bronchite par exemple, et en profite pour renouveler ses ordonnances, demander un bilan sanguin ou une mammographie. Il n'a donc pas à fixer un autre rendez-vous pour ces examens de routine, ce qui libère du temps pour d'autres urgences. On l'encourage aussi à déléguer à

une infirmière certains tests courants, comme le frottis vaginal.

Au final, sans faire plus d'heures, le médecin voit autant, sinon plus, de patients — ceux qui font partie d'un groupe de médecine familiale doivent en suivre environ 1 500. « Et il les voit au bon moment », explique le Dr Dulude. Toute la difficulté consiste à passer d'un système à l'autre, ce qui demande de trois mois à un an. Car, selon lui, gérer cette transition n'est pas une mince affaire pour des professionnels débordés. « Mais si les unités de médecine familiale, qui forment les résidents, décident d'adhérer au principe, les futurs praticiens embarqueront bien plus facilement. »

Pour l'instant, sur les 6 000 médecins de famille du

Réservez votre sans rendez-vous!
À la Clinique médicale du Sud-Ouest, à Verdun, un malade peut téléphoner pour consulter un médecin le lendemain au service sans rendez-vous. Un système automatisé lui donne une « plage horaire » qu'il doit respecter. Un progrès à mettre à profit ailleurs?

Québec, seuls une vingtaine fonctionnent en accès adapté. En 2012, un premier groupe de 15 cliniciens, accompagnés de leurs secrétaires et d'infirmières, ont reçu la formation offerte par la FMOQ (trois ateliers d'un jour et demi). Un autre groupe de 20 suivra d'ici septembre.

L'accès adapté révolutionnera-t-il la médecine de famille au Québec? Serge Dulude reste prudent: d'ici deux à trois ans, il devrait être offert un peu partout au Québec, croit-il. La FMOQ et le ministère de la Santé comptent sur le bouche-à-oreille et le désir des médecins d'offrir un meilleur service pour que la pratique se généralise rapidement. Alors, quand vous arriverez à voir votre médecin, vous pourrez lui suggérer cette solution! ■

Commandez des plaques porte-clés de l'Association des Amputés de guerre pour protéger vos clés!



Utilisez une plaque porte-clés à code confidentiel pour protéger toutes vos clés. Si vous les perdez, elles pourront vous être retournées gratuitement par messageries.

Lorsque vous utilisez les plaques porte-clés des Amputés de guerre, vous appuyez le Programme pour enfants amputés (LES VAINQUEURS).



Les Amputés de guerre

514 398-0759 ou 1 800 250-3030

amputesdeguerre.ca



L'Association des Amputés de guerre ne reçoit aucune subvention gouvernementale.
N° d'enregistrement d'organisme de bienfaisance : 13 196 9828 RR0001