

# Idées dangereuses

## Les top quatre propositions présentées au Forum en médecine familiale

La Tribune aux idées dangereuses, concept emprunté à la *Society for Academic Primary Care* au Royaume-Uni, a été ajoutée au programme du Forum en médecine familiale en 2013. Ces séances offrent aux innovateurs une assise pour échanger de nouvelles idées avec la communauté de médecine familiale. Les participants présentent une idée, son caractère innovant, la raison qui la rend dangereuse (c.-à-d. quel est le défi?), et pourquoi est-elle importante. Les séances visent à donner au public l'occasion de s'opposer et de débattre avec les présentateurs, et se terminent par un vote pour déterminer l'idée la plus dangereuse.

Voici le résumé des quatre meilleures propositions sélectionnées lors de la Tribune aux idées dangereuses présentée au Forum en médecine familiale en novembre dernier, à Québec. Après les présentations des finalistes, les participants ont voté pour la proposition qui leur paraissait la plus convaincante.

### Quatrième place : Exploiter la force des médias sociaux en médecine

Les professionnels de la santé sont de fervents utilisateurs des médias sociaux et des ressources en ligne : 93 % des étudiants de l'Université de l'Alberta rapportent qu'ils utilisent Facebook; 60 % des médecins échangent des photos et des textos liés aux soins des patients; et 45 % des médecins se servent de leurs appareils pour consulter des références médicales. Les réseaux professionnels et personnels d'un médecin sont des atouts pour dispenser de meilleurs soins aux patients. À l'heure actuelle, il n'existe aucun cadre pour exploiter ces réseaux afin d'améliorer les soins. Je propose un modèle de soins qui encourage l'utilisation d'outils de communication comme les médias sociaux, où des cas cliniques peuvent être partagés et discutés par les professionnels de la santé. Imaginez le scénario suivant : vous êtes confronté à un cas clinique très intéressant dans un milieu rural. Vous partagez le cas sur un réseau confidentiel à l'aide de votre téléphone, puis vous recevez des commentaires et des conseils en temps réel de la part de médecins de partout au pays.

Ces résumés ont fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2015;61:e73-5.

The English version of this article is available at [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) on the table of contents for the February 2015 issue on page 117.

Le cas archivé peut être utilisé à l'avenir à des fins d'enseignement et de recherche. Bien sûr, les préoccupations entourant la protection de la vie privée et les incitations à participer sont des obstacles importants. Par contre, on constate que ce modèle est en cours d'élaboration et de mise en œuvre dans le secteur privé. Par exemple, 125 000 professionnels en soins de santé utilisent actuellement l'application *Figure 1*, qui leur permet de partager des images, des rencontres cliniques et des idées, tout en protégeant la vie privée. De même, des entreprises comme *CrowdMed* introduisent le concept de l'approvisionnement par la foule ou « crowdsourcing » à la médecine. Dans le cadre d'un modèle national et plus complet, et avec les incitations appropriées, la qualité et l'accessibilité des

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA

SECTION OF RESEARCHERS - SECTION DES CHERCHEURS

## Tribune aux idées dangereuses

« Une idée qui n'est pas dangereuse ne vaut pas la peine d'être appelée idée ».  
Oscar Wilde

Avez-vous une idée dangereuse sur la pratique clinique qui pourrait changer l'exercice de la médecine familiale? la prestation de soins de santé? la santé d'un patient?

La **Tribune aux idées dangereuses**, vous offre la possibilité en tant qu'innovateur de partager une idée importante qui passe inaperçue, mais qui devrait être diffusée dans la communauté de médecine familiale. Une idée dangereuse peut prêter à controverse, être très créative et nouvelle, ou encore aller à l'encontre de la façon actuelle de penser. Il faut cependant qu'il y ait un engagement à aller de l'avant, à vouloir faire une différence.

Chaque conférencier aura 3 minutes pour présenter son idée. Les membres de l'auditoire pourront ensuite soulever leurs objections, critiquer les idées et procéder au vote de l'idée dangereuse la plus puissante. Les idées seront publiées dans le *Médecin de famille canadien*.

Les propositions seront acceptées au  
[www.eiseverywhere.com/eselect/82068](http://www.eiseverywhere.com/eselect/82068) jusqu'au 7 avril 2015.

Les propositions seront choisies selon :

- leur originalité (une idée nouvelle?);
- le défi posé (est-elle véritablement dangereuse?); et
- leur capacité de diffusion (peut-elle faire une vraie différence?).

Les propositions doivent répondre aux critères suivants:

- être présentées en un seul paragraphe;
- avoir moins de 300 mots; et
- décrire une idée et comment elle changera l'exercice de la médecine familiale, la prestation des soins de santé et la santé des patients.

Quelle est votre idée dangereuse?



soins de santé primaires dépendraient moins du lieu géographique ou de la taille du réseau d'un médecin. La médecine fondée sur les données probantes repose sur la triade des meilleures données probantes, des préférences du patient et de l'expertise clinique. L'utilisation des médias sociaux en médecine permettrait la transmission d'un jugement clinique et normaliserait sa présentation. Essentiellement, il pourrait s'agir de « la fine pointe » de l'expertise clinique.

—Rujun Zhang  
—Jemy Joseph MSc  
Ottawa ON

**Correspondance**

M. Rujun Zhang ; courriel rzhan099@uottawa.ca

### Troisième place : Accès du patient en tout temps aux numéros de téléphone mobile du médecin de famille

Tous les médecins de famille praticiens devraient porter leur téléphone cellulaire en tout temps pour recevoir des appels médicaux, sauf s'ils sont à l'extérieur du Canada et des États-Unis. Cette proposition est réalisable, car la plupart des médecins de famille ont déjà un téléphone mobile qu'ils portent en tout temps, même en vacances, du moins pour leur usage personnel. Cette proposition n'exige pas de nouveau dispositif ou programme pour élargir la portée afin d'accepter les appels de patients, de leurs proches, de collègues, de laboratoires, d'hôpitaux, etc. La couverture actuelle de ces téléphones est très étendue : on peut même se servir de son téléphone mobile dans les réseaux de transport souterrains dans les grandes villes, jusque sur les pentes de ski dans les régions rurales. Cette proposition favorise la continuité des soins, qu'on sait capable d'améliorer les résultats de santé. La disponibilité 24/7 rend cette continuité possible. Dans notre rôle de médecin assurant les soins primaires de nos patients, nous connaissons leur dossier médical et nous sommes les mieux placés pour offrir des conseils médicaux ponctuels au patient qui appelle ou à son représentant. Nos services peuvent être améliorés en accédant à des dossiers médicaux électroniques par l'intermédiaire de notre téléphone intelligent. Les patients peuvent être dirigés vers la meilleure source de soins, que ce soit nos partenaires de garde, une clinique d'accès rapide, un service d'urgence ou une pharmacie. Et nos patients seront ravis d'avoir ce contact. Le mauvais côté de cette proposition, c'est que les médecins de famille ont besoin de temps libres pour se ressourcer. Pour ma part, je le fais depuis trois ans et je trouve que les appels sont peu nombreux, car la plupart des patients respectent mon temps. Les médecins qui n'ont pas encore essayé cette approche craignent que les patients abusent du privilège d'accès à leur numéro de téléphone. Si des patients commencent à m'appeler sans raison valable, je les avertis que leur

comportement n'est pas acceptable, et inévitablement ils cessent, ne voulant pas perdre leur privilège.

—Duncan Etches MD DPObs MCISc FCFP  
Vancouver C.-B.

**Correspondance**

Dr Duncan Etches ; courriel djetches@gmail.com

### Deuxième place : Que pensent réellement vos patients?

C'était une journée très occupée à la clinique et je venais juste de voir Annie, une jeune femme souffrant d'un mal de gorge. Elle craignait une pneumonie, mais je lui ai expliqué pourquoi je pensais qu'elle n'avait rien de plus qu'une pharyngite. Annie m'a souri, m'a remercié et elle est partie. Mais, avais-je réellement répondu à ses questions? Est-ce que je l'avais rassurée de manière adéquate? C'est là que j'ai compris qu'il n'y avait pas de mécanisme officiel pour permettre à mes patients de me transmettre leur opinion. Au bureau ou à l'urgence, que pensaient vraiment mes patients des soins que je leur prodiguais? Comprenaient-ils vraiment mes explications, ou hochaient-ils simplement la tête en signe d'accord? Afin de vraiment savoir comment les soins que nous prodiguons sont perçus par nos patients, il leur faut un moyen de nous fournir une rétroaction anonyme et confidentielle. Cette méthode doit être structurée pour aborder certains secteurs clés, comme l'éducation du patient, la qualité globale des soins et la clarté de la communication. Par la même occasion, il leur faut aussi un moyen de nous donner une rétroaction ouverte. Des choses qui pourraient être très importantes pour le patient ne sont pas perçues comme telles par le médecin. L'idée serait de donner aux patients une carte de rétroaction confidentielle, comme une carte de visite, portant le nom du médecin, l'adresse d'un site Web et un mot de passe. Les patients visitent le site, entrent le mot de passe et remplissent un formulaire fournissant à leur médecin leurs commentaires dans l'anonymat. Les médecins auraient ainsi une meilleure compréhension de la façon dont les patients perçoivent les soins qu'ils reçoivent et pourraient évaluer les forces et les faiblesses de sa pratique afin de constamment l'améliorer.

—Bharat Bahl MD CCMF  
Toronto ON

**Correspondance**

Dr Bharat Bahl ; courriel bharatbahl@gmail.com

### Première place : Prescrire un revenu – réinventer notre pouvoir d'agir sur le facteur le plus déterminant de la santé de nos patients

C'est un cas familial. Le dernier patient de la journée est un homme d'âge moyen qui n'a pas consulté de médecin depuis un certain temps, et qui souffre de douleur au bas du dos aggravée par des années de travail manuel mal rémunéré. La visite chez le médecin était

toujours remise à plus tard, car il devait s'absenter de travail. La douleur est aujourd'hui invalidante. Incapable de travailler et ayant du mal à joindre les deux bouts, le patient doit maintenant puiser dans ses maigres économies pour payer son loyer. Notre cadre de travail actuel nous encourage à nous concentrer uniquement sur le symptôme; nous offrons donc une ordonnance, en tentant peut-être d'aider le patient à obtenir de la physiothérapie. Rarement peut-on aller en amont du problème et traiter la cause sous-jacente : la pauvreté et les mauvaises conditions de travail. Le lien entre la pauvreté et la maladie est irréfutable. Pourtant, nous nous sentons impuissants ou trop surchargés pour agir. Mais les choses changent. Une nouvelle idée dangereuse est sur le point de remettre en question la façon dont nous intervenons en réaction aux facteurs qui sous-tendent la santé de nos patients. Depuis décembre 2013, l'équipe universitaire de santé familiale de l'hôpital St Michael's de Toronto (Ontario) participe à un programme novateur. Grâce à la référence et à l'identification proactive, les patients vivant au, ou en dessous, du seuil de la pauvreté sont identifiés et orientés vers un promoteur de la santé et de la sécurité du revenu. En

collaboration avec le reste de l'équipe en soins de santé, le promoteur aide le patient à naviguer à travers le labyrinthe des programmes d'assistance sociale aux paliers fédéral, provinciaux et municipaux, afin d'optimiser son accès aux programmes publics de soutien du revenu. Les services aux patients comprennent également le soutien à l'emploi, de l'aide pour remplir sa déclaration de revenus, l'accès aux services gratuits, la recherche de logements subventionnés et l'amélioration de la littéracie financière. À ce jour, plus de 200 patients ont été évalués et traités. Les patients, les prestataires et les décideurs commencent à en prendre note. À la fois dangereuse et ingénieuse, cette idée pourrait ajouter une toute nouvelle dimension à la médecine familiale.

—*Danyaal Raza MD CCMF MSP*

—*Andrew D. Pinto MD CCMF MSc FRCPC*

—*Gary Bloch MD CCMF*

—*Karen C. Tomlinson MES*  
Toronto ON

#### **Correspondance**

D<sup>r</sup> **Danyaal Raza** ; courriel [danyaal.raza@gmail.com](mailto:danyaal.raza@gmail.com)

Les **opinions exprimées** dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

— \* \* \* —