

# Idées dangereuses

## Les 4 meilleures propositions présentées au Forum en médecine familiale

La Tribune aux idées dangereuses est une séance présentée chaque année au Forum en médecine familiale (FMF) par la Section des chercheurs du Collège des médecins de famille du Canada. Cette séance est une invitation aux idées novatrices susceptibles de faire avancer notre profession par la recherche en médecine familiale. Pour le FMF 2018 à Toronto (Ontario), 67 idées dangereuses ont été proposées. Toutes les présentations admissibles ont été examinées et notées par 3 réviseurs. Les idées dangereuses sont évaluées par les réviseurs et ensuite par l'auditoire du FMF, selon 3 critères: 1) L'idée est-elle novatrice? 2) L'idée présente-t-elle un défi? et 3) L'idée pourrait-elle changer des choses? Les idées dangereuses sont choisies pour être présentées au FMF en fonction des notes accordées par les réviseurs. Les innovateurs doivent assister à la séance de la Tribune aux idées dangereuses pour présenter et défendre leur idée en personne. Chaque innovateur a 3 minutes pour convaincre l'auditoire de l'importance et de la robustesse de son idée. Les présentations sont suivies d'une période de 8 minutes de questions et de réponses.

Lors de la séance de la Tribune aux idées dangereuses du FMF de 2018, 4 présentateurs étaient présents. À la fin de la séance, nous avons demandé à l'auditoire d'applaudir pour l'idée dangereuse la meilleure et la plus robuste. Pour mesurer les applaudissements des membres de l'auditoire, nous avons téléchargé une application d'applaudimètre « officiel ». Les personnes présentes ont eu beaucoup de plaisir à voter pour leur idée favorite. Les 4 idées ont toutes reçu des applaudissements de niveau « fantastique » selon l'applaudimètre; par ailleurs, 1 idée a atteint le niveau de « formidable » et sa présentatrice a été déclarée gagnante.

### **Idee fantastique: Utiliser une vidéo sécurisée pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins**

Et si un patient avait accès à son médecin de famille par vidéo sécurisée et si son médecin pouvait « facturer » pour la consultation sans augmenter les coûts globaux imposés au système de santé? Et si les médecins de famille reconnaissaient que les *soins complets et globaux* signifient que les paiements annuels par patient incluent la communication électronique avec les patients? Et si le gouvernement exigeait que les vendeurs de dossiers médicaux électroniques prévoient ce genre d'accès dans leur système pour qu'il soit validé par la province? Imaginez l'accès aux soins par les populations, confinées à la maison, d'aînés et de patients ayant des problèmes de mobilité ou de santé mentale qui compliquent

leurs déplacements. Imaginez l'accès aux soins par les nouvelles mères qui ne veulent pas conduire leur bébé pour une visite à la clinique en plein cœur de l'hiver sur des routes glacées pour un « bilan rapide », ou encore par les patients sans moyen de transport dans les régions rurales du Canada qui ont besoin de communiquer avec leur médecin de famille. Imaginez l'élimination des visites à la clinique qui forcent les patients à prendre congé de leur travail ou à éviter de prendre rendez-vous parce qu'ils ne peuvent pas s'absenter du travail, lorsqu'un seul appel vidéo suffirait durant une pause-café ou à l'heure du midi. Quelle utilité cela aurait-il pour les patients? Je crois que l'accès en serait immensément amélioré. Quelle utilité cela aurait-il pour les médecins? Il n'est pas nécessaire d'avoir du personnel infirmier ni de réceptionniste pour une journée de rendez-vous par vidéo. Les frais généraux



SECTION OF RESEARCHERS • SECTION DES CHERCHEURS

### **Tribune aux idées dangereuses/novatrices**

Avez-vous une idée dangereuse ou novatrice sur la pratique clinique, le développement professoral ou l'éducation postdoctorale ou prédoctorale qui pourrait changer la prestation de soins en médecine de famille ou la santé et le bien-être d'un patient?

La Tribune aux idées dangereuses/novatrices au Forum en médecine familiale (FMF) vous offre la possibilité en tant qu'innovateur de partager une idée importante qui n'a pas été présentée ou publiée. Une idée dangereuse/novatrice peut prêter à controverse, être très créative et nouvelle, ou encore aller à l'encontre de la façon actuelle de penser. Elle doit être éthique, comporter une évaluation quelconque et avoir la possibilité de stimuler la conversation. Elle doit s'appuyer sur des recherches ou présenter un argument. Il faut aussi qu'il y ait un engagement à aller de l'avant, à vouloir faire une différence.

**Les idées dangereuses ou novatrices ne peuvent avoir été mises en œuvre ou publiées et doivent être nouvelles. L'auteur d'une idée dangereuse ou novatrice sélectionnée pour présentation doit être présent durant la présentation au FMF et assumer toutes les dépenses connexes.**

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

**Présentez votre idée dangereuse à [ideasubmission@cfpc.ca](mailto:ideasubmission@cfpc.ca) au plus tard le 1<sup>er</sup> juin 2019.**

#### **Les propositions seront choisies selon:**

- leur originalité (une idée nouvelle?)
- le défi posé (est-elle véritablement novatrice?)
- leur potentiel de diffusion (l'idée a-t-elle été évaluée ou a-t-elle démontré qu'elle pourrait faire une vraie différence?)

#### **Les propositions doivent répondre**

##### **aux critères suivants:**

- être présentées en un seul paragraphe d'un maximum de 300 mots
- décrire une idée ou une innovation et comment elle changera l'exercice de la médecine de famille, la prestation des services de santé et la santé et le bien-être des patients

**Quelle est votre idée dangereuse ou novatrice?**



seraient réduits. Cette façon de procéder éliminerait-elle une visite complète lorsqu'un examen clinique est nécessaire? Non. Par contre, en offrant davantage ce simple accès pour des problèmes qui n'exigent pas de visite en personne, et en permettant aux médecins de facturer pour cet acte (facturation pro forma comme A007V [p. ex. «visite intermédiaire - vidéo»] en Ontario) et de documenter leur travail diligent, les médecins seraient plus accessibles pour voir les patients qui ont réellement besoin d'une visite en personne. La technologie existe déjà. Les patients recherchent un accès qui fait épargner les frais de déplacement, de stationnement et autres; tant les médecins que les patients veulent un accès par des moyens qu'ils possèdent et utilisent déjà. L'idée dangereuse ici, c'est que les médecins doivent penser différemment et être réceptifs à l'idée de travailler différemment pour que le système fonctionne mieux pour tous.

—Marilyn Crabtree MD CCFP FCFP  
Morrisburg (Ontario)

#### Correspondance

D<sup>re</sup> Marilyn Crabtree; courriel mcrabtree@wdmh.on.ca

### **Idée fantastique: Intégrer les données sur le coût des médicaments et des tests dans le dossier médical électronique**

Les médecins de famille prescrivent chaque jour des médicaments et des analyses, sans avoir de renseignements sur le prix de ces interventions. Pour appuyer la campagne Choisir avec soin et favoriser des soins responsables aux patients, pourquoi ne pourrions-nous pas intégrer des données sur le coût des médicaments et des tests dans le dossier médical électronique, de manière à ce que les médecins de famille connaissent instantanément les répercussions financières de leurs décisions de prise en charge? En incluant des renseignements sur les couvertures d'assurance, les médecins pourraient aussi s'assurer que les médicaments qu'ils prescrivent seront remboursés par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et fournir les codes appropriés pour les usages limités. Cette pratique économiserait du temps et éliminerait l'envoi dans les 2 sens de télécopies entre la pharmacie et la clinique lorsque les médecins prescrivent accidentellement des médicaments non couverts ou trop chers pour nos patients qui n'ont pas d'assurance médicaments, ou encore lorsqu'ils omettent d'inscrire le bon code d'usage limité. De plus, en rendant visible le coût des analyses sanguines et des études par imagerie, cette information pourrait susciter des discussions collaboratives avec les patients au sujet des coûts et des bienfaits des tests diagnostiques.

—Steven Lipari MD CCFP  
Toronto (Ontario)

#### Correspondance

D<sup>r</sup> Steven Lipari; courriel Steven.Lipari@oneid.on.ca

### **Idée fantastique: Rendre une formation longitudinale, dans la communauté, en soins aux aînés fragiles obligatoire pour les résidents**

Au moins 30% des personnes de plus de 80 ans sont cliniquement fragiles<sup>1</sup>. Malgré ce fait, les résidents en médecine familiale peuvent obtenir leur diplôme sans jamais avoir mis les pieds dans un centre de soins ou avoir effectué une visite à domicile auprès d'une personne fragile. Il est temps que cela change. Notre idée dangereuse est que le Collège des médecins de famille du Canada fasse des soins longitudinaux communautaires aux aînés fragiles (visites à domicile et soins dans les centres pour aînés) une composante obligatoire de la formation. L'instauration de tels programmes offrira de nombreuses possibilités de changer les choses dans la pratique familiale et la prestation des soins de santé. D'abord, les résidents perfectionneront leurs habiletés cliniques en gériatrie, en médecine interne, en médecine d'urgence et en soins palliatifs, sans se fier à des tests exhaustifs en laboratoire et par imagerie, pour se fonder plutôt sur l'anamnèse et l'examen physique afin de poser un diagnostic. Les résidents apprendront aussi à offrir un agencement de soins curatifs et palliatifs, à la suite de discussions avec les patients et leur famille, ce qui s'inscrit à la fois dans l'art et la science de la médecine. Comme les patients confinés à la maison et dans les centres de soins sont un public captif, les possibilités d'établir des relations longitudinales médecin-patient sont nombreuses, ce que les programmes postdoctoraux ont de la difficulté à offrir dans des milieux d'apprentissage en clinique. En outre, lorsque les résidents sont exposés aux soins aux personnes âgées dans les centres et à domicile, ils doivent travailler avec une équipe d'autres soignants formels et informels. Ils peuvent ainsi mieux comprendre les soins en équipe. De plus, la prestation de services dans ces milieux procure aux résidents des occasions de voir le «contexte» des expériences que vivent les patients avec la maladie, les déterminants de leur santé, de même que leurs systèmes de soutien et leurs ressources. Enfin, avec le vieillissement de notre population, cette exigence de formation répondrait à un besoin croissant de soins primaires à domicile et dans les centres pour aînés. Il est temps d'amener tous les résidents sur la «ligne de front», là où habitent les aînés fragiles, et de permettre à la prochaine génération de médecins de famille d'acquiescer de la confiance dans ce travail d'une importance grandissante.

—Margaret J. McGregor MD CCFP(COE) MHS  
Vancouver, (C.-B.)

—Christopher C. Frank MD CCFP(COE) FCFP  
Kingston (Ontario)

#### Correspondance

D<sup>re</sup> Margaret J. McGregor; courriel mrgret@mail.ubc.ca

#### Référence

1. Gale CR, Cooper C, Aihie Sayer A. Prevalence of frailty and disability: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Age Ageing* 2015;44(1):162-5. Publ. en ligne du 12 oct. 2014.

### **Idée formidable: Former des dispensateurs d'opioïdes non professionnels**

Les Premières Nations éloignées n'ont pas de pharmaciens locaux, et les infirmières de Santé Canada ont reçu la directive de ne fournir qu'une assistance minimale aux programmes de traitement communautaires. Nous avons formé des membres non professionnels des collectivités à offrir une thérapie en observation directe, et ils sont responsables de faire le suivi de la buprénorphine-naloxone. Si cette pratique se répandait dans tout le pays, de nombreuses collectivités auraient accès à une thérapie de remplacement des opioïdes, et il y aurait moins de décès par surdose.

—*Claudette Chase MD CCFP FCFP  
Shuniah (Ontario)*

#### Correspondance

D<sup>re</sup> Claudette Chase; courriel [claudette.chase13@gmail.com](mailto:claudette.chase13@gmail.com)

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

---

Cet article donne droit à des crédits d'autoapprentissage certifiés Mainpro+. Pour obtenir des crédits, allez à [www.cfp.ca](http://www.cfp.ca) et cliquez sur le lien Mainpro+.

Ces résumés ont fait l'objet d'une révision par des pairs.  
*Can Fam Physician* 2019;65:100-2

This article is also in English on **page 95**.