

# LIVRET INNOVATIONS

PALAIS  
DES CONGRÈS  
DE MONTRÉAL



31  
MAI  
2019



Collège  
québécois  
des médecins  
de famille

# SUR LES INNOVATIONS

Catalyser l'innovation,  
c'est catalyser ce qui  
se fait de mieux en  
première ligne

La créativité et l'engagement de nos artisans et artisanes de la première ligne sont à nouveau au rendez-vous pour cette édition 2019 du Symposium sur les innovations du Collège québécois des médecins de famille (CQMF).

Nous sommes fiers, en effet, d'être les instigateurs de cet événement bouillonnant de projets novateurs. Notre deuxième édition sera l'occasion de braquer à nouveau les projecteurs sur des voies concrètes de transformation de notre système de santé et de services sociaux.

Moment privilégié de partage de connaissances et de pratiques exemplaires en médecine de famille, l'événement sera aussi l'occasion de découvrir nos forces vives du changement à travers ce qu'elles mobilisent de motivations et de compétences au quotidien.

Le Symposium sur les innovations s'inscrit au cœur de notre mission qui est de soutenir le médecin de famille dans les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles afin d'améliorer la santé de la population.

Vivement le Symposium!



Le président,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'F. Turgeon', enclosed in a thin black rectangular border.

Frédéric Turgeon, M.D., CCMF, FCMF

# INNOVATIONS

31  
MAI  
2019

7 h 30 à 8 h 30

Accueil et inscription  
(petit-déjeuner continental offert)

8 h 30 à 8 h 45

Mot de bienvenue et déroulement de la journée

8 h 45 à 9 h 00

Présentation des facilitateurs-dragons

9 h 00 à 9 h 45

Allocution d'ouverture

## Engineering Solutions to Injustice in Health and Healthcare

Conférencière :

Stacy Tessler Lindau, M.D., MAPP,  
Professor, University of Chicago

9 h 45 à 10 h 30

## Foire aux innovations 1<sup>re</sup> partie

Présentation en rafale

10 h 30 à 10 h 45

Pause

10 h 45 à 11 h 30

## Foire aux innovations 2<sup>e</sup> partie

Présentation en rafale

11 h 30 à 12 h 30

## Réseautage

### Visite des innovateurs (kiosques)

12 h 30 à 13 h 45

Déjeuner (lunch) et assemblée annuelle  
des membres du CQMF

13 h 45 à 14 h 15

## Café des innovations

Présentation éclair

14 h 15 à 15 h 15

## Réseautage

### Visite des innovateurs (kiosques)

15 h 15 à 15 h 30

Pause

15 h 30 à 16 h 30

## Ateliers – Leaders cliniques

**A** - Guide d'implantation de  
la gouvernance patient en GMF-U et GMF :  
un outil pour soutenir cette nouvelle  
pratique de gestion

**B** - L'outil d'autoévaluation du  
Centre de médecine de famille :  
votre allié pour mobiliser votre équipe  
vers l'amélioration continue de la qualité

**C** - Comment profiter du potentiel  
de votre DMÉ : le b.a.-ba de  
l'amélioration continue de  
la qualité à partir du DMÉ

**D** - Améliorez votre pratique :  
les outils et méthodes essentiels  
pour un changement positif

**E** - La tête dans l'écran et  
les mains sur le clavier :  
y a-t-il un patient dans  
la pièce?

15 h 30 à 16 h 30

## Réseautage

### Facilitateurs-dragons et innovateurs

À la suite des votes de popularité exprimés  
par les leaders cliniques, la relève en médecine  
de famille et les patients à l'égard des innovations  
présentées au courant de la journée, les facilitateurs-  
dragons pourront à leur tour manifester leur intérêt  
envers ces innovations à fort potentiel!

16 h 30

Mot de clôture

16 h 45

## Cocktail-réseautage

Intronisation de la présidente  
Cérémonie de remise de prix du CQMF

SYM  
POS  
IUM

PALAIS  
DES CONGRÈS  
DE MONTRÉAL



Collège  
québécois  
des médecins  
de famille



SYM  
POS  
IUM

# SUR LES INNOVATIONS

Le Symposium sur les innovations du CQMF:  
Rendez-vous synergique  
unique en médecine de  
famille au Québec

« Une innovation est cette incroyable intersection entre l'imagination d'une personne et la réalité dans laquelle elle vit. » Ces paroles de Ron Johnson inspirent. Il importe de faire découvrir ces traits de génie pour l'intérêt de tous. C'est pourquoi le CQMF, avec son Symposium, crée un espace hors silos; une occasion unique de favoriser l'interaction entre acteurs clés de la première ligne.

En effet, le soutien à la première ligne se traduira, au cours de cette journée, par une trentaine d'innovations dans le domaine de la médecine de famille que nous présenterons au moyen d'activités éclair et de réseautage. Ces voies porteuses répondent aux besoins actuels et même, dans certains cas, à venir! Avec, en toile de fond, la vision du Centre de médecine de famille et l'amélioration continue de la qualité, l'événement lèvera le voile sur des trouvailles géniales en première ligne au Québec.

Le Symposium sur les innovations du CQMF rassemble dans une même enceinte les idéateurs de façons de faire originales, mises en œuvre dans certains milieux, des leaders cliniques engagés et des décideurs influents – facilitateurs-dragons –, parties prenantes du changement. Réunis, nous sommes les étincelles de cette dynamique synergique qui participe à améliorer concrètement les soins et trajectoires de soins au patient qui demeure essentiellement notre première et véritable motivation.

Alan Kay a dit que le meilleur moyen de prédire l'avenir, c'est de l'inventer. À titre d'innovateurs, leaders cliniques et facilitateurs-dragons, nous avons la possibilité de contribuer ensemble à un Québec en meilleure santé.

Bon Symposium!



La présidente du comité scientifique,



Maxine Dumas Pilon, M.D., CCMF, FCMF



**Les patients disent que c'est dans les bureaux ou cliniques de médecine de famille qui offrent des soins centrés sur le patient qu'ils se sentent le mieux — qu'ils sont plus à l'aise — pour parler de leurs préoccupations en matière de santé et de celles de leur famille.**

Les pratiques de médecine de famille jouent un rôle crucial dans les soins aux patients et aux communautés partout au Canada. Le Centre de médecine de famille (CMF) 2019 présente une vision pour l'avenir de la pratique de médecine familiale qui met l'accent sur des soins centrés sur les patients, la capacité de s'adapter aux besoins de sa communauté et la collaboration interprofessionnelle. Selon la vision du CMF 2019, chaque pratique de médecine de famille au pays offre d'emblée les soins dont les Canadiens et les Canadiennes ont besoin : des soins harmonisés, axés sur les besoins de chaque patient, qui lui sont offerts à toutes les étapes de sa vie, au sein de sa collectivité, et intégrés avec d'autres services de santé. Un CMF est un carrefour capable de répondre à tous les besoins de chaque patient en matière de soins de santé.

### Les fondements suivants sont nécessaires pour assurer le bon développement des CMF au sein des communautés :



#### 1. Administration et financement

Les pratiques ont besoin d'être soutenues financièrement par des modèles de rémunération appropriés qui favorisent la gouvernance, le leadership et la gestion.



#### 2. Infrastructure appropriée

L'espace physique, les effectifs, les dossiers électroniques et les autres supports numériques, ainsi que l'équipement et les réseaux virtuels facilitent la prestation en temps opportun de soins complets, globaux et accessibles.



#### 3. Soins interreliés

Le processus d'intégration de la pratique avec d'autres services et milieux de soins du système de santé est rendu possible grâce à l'intégration efficace de la technologie de l'information en santé.

### Les soins prodigués dans un CMF sont caractérisés par les fonctions suivantes :



#### 4. Soins accessibles

Les rendez-vous accélérés et l'accès en temps opportun, l'accès virtuel et les approches axées sur le travail d'équipe garantissent que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin.



#### 5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale

Un CMF répond aux besoins de sa communauté par ses activités et interventions au niveau du patient, de la pratique, de la communauté et des politiques.



#### 6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille

Un vaste éventail de services est offert par une équipe interprofessionnelle bien fonctionnelle. Il est possible que l'équipe ne partage pas les mêmes locaux, mais le patient est toujours vu par un professionnel de la santé qui possède les compétences pertinentes, et celui-ci peut rejoindre un médecin (idéalement le médecin de famille du patient) au besoin.



### 7. Continuité des soins

Les patients sont en meilleure santé et peuvent vivre pleinement leur vie quand ils reçoivent des soins d'un prestataire qui les connaît et qui sait comment leur santé évolue au fil du temps.



### 8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

Les pratiques de médecine de famille répondent aux besoins uniques des patients et de leur famille dans leur environnement et les considèrent comme des partenaires actifs dans la prestation des soins.

## Un engagement envers les domaines suivants de développement continu permet aux CMF de progresser continuellement :



### 9. Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche

Les pratiques de médecine de famille s'efforcent de progresser grâce à la mesure du rendement et à l'amélioration continue de la qualité (ACQ). La sécurité des patients est toujours une priorité, et leur implication génère de nouvelles idées.



### 10. Formation, éducation et développement professionnel continu

Mettre l'accent sur la formation et l'éducation assure que l'expertise et les connaissances uniques des médecins de famille peuvent être partagées avec l'ensemble de la communauté des soins de santé, tandis que le développement professionnel continu leur permet de toujours demeurer à la fine pointe des meilleures pratiques.

Le CMF 2019 présente les 10 piliers qui composent un CMF ainsi que leurs attributs clés. Son objectif est d'aider les pratiques de médecine de famille à mieux intégrer les principes du CMF. C'est une vision à laquelle chaque pratique peut aspirer. En plus d'être très importante aux yeux des patients, une solide continuité dans la relation patient/fournisseur de soins primaires entraîne de meilleurs résultats de santé et des économies monétaires pour le système de santé.<sup>1</sup>



### Quelques statistiques sur les pratiques qui intègrent les principes du CMF<sup>2</sup>:

**88 %** des études examinées rapportent une amélioration de l'accès aux soins

**86 %** des études examinées révèlent un plus grand taux de satisfaction des patients et des professionnels de la santé

**84 %** des études examinées rapportent une réduction du nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations pour les patients atteints de maladies chroniques

**79 %** des études examinées indiquent une meilleure qualité des soins

**79 %** des études examinées montrent que le modèle génère des économies

Visitez le

[www.centremedecinedefamille.ca](http://www.centremedecinedefamille.ca)

pour d'autres ressources :



Des guides **Conseil pratique** pour les médecins de famille



Des **trousses de mise en œuvre** du CMF pour chaque province



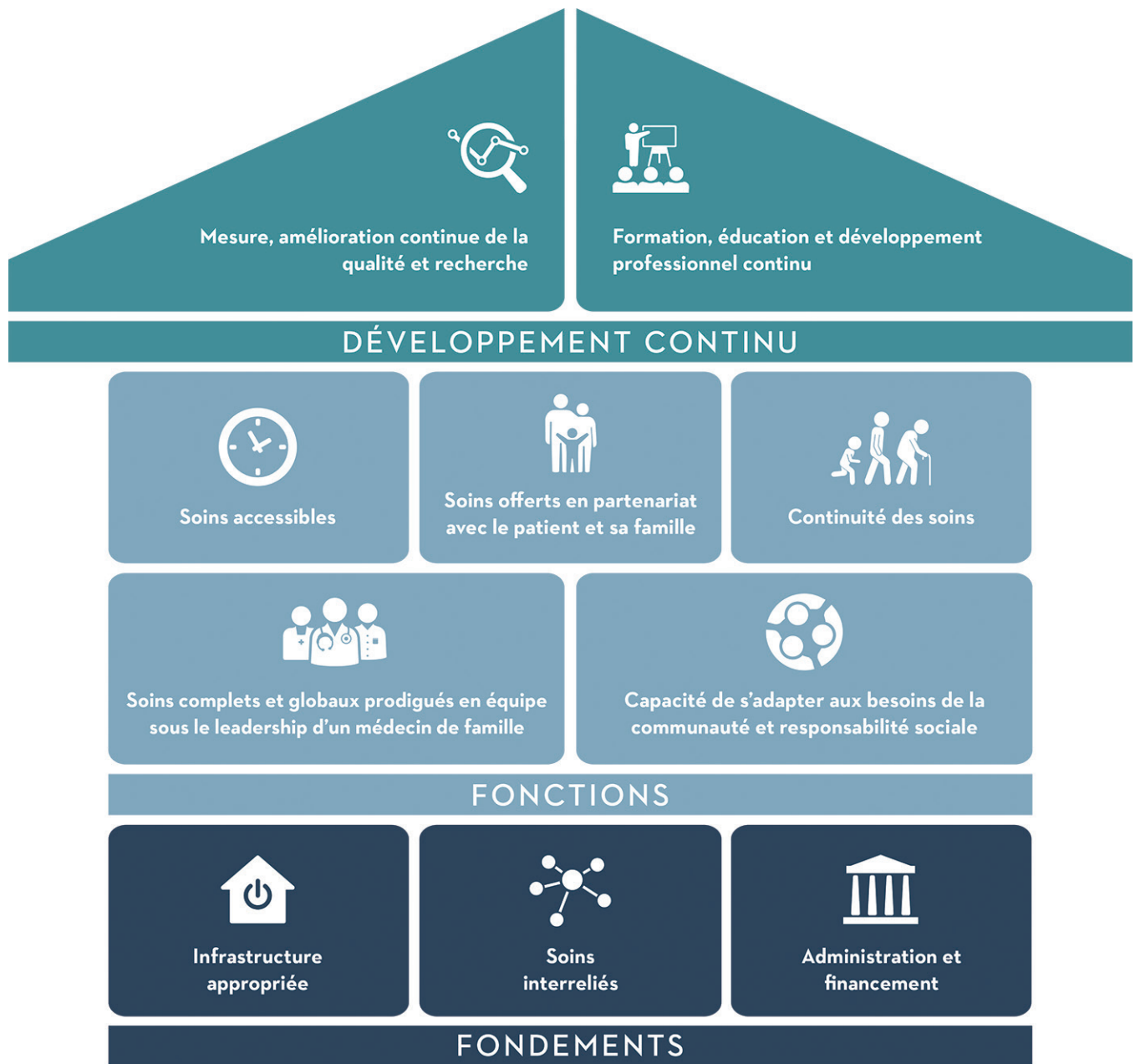
Un **outil d'autoévaluation** pour savoir dans quelle mesure un cabinet correspond au modèle du CMF



Des **renseignements supplémentaires** sur la vision du CMF et ses avantages

Le Centre de médecine de famille est un projet chapeauté par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Représentant plus de 38 000 membres, le CMFC est l'organisme professionnel responsable de l'établissement des normes de formation, de certification et d'apprentissage continu des médecins de famille. Il est le porte-parole de la médecine de famille au Canada.

<sup>1</sup> Association des Équipes de santé familiale de l'Ontario. Optimizing the value of team-based primary care—Review of the literature. Toronto, ON : Association des Équipes de santé familiale de l'Ontario ; 2015. Dans : [www.afhto.ca/wp-content/uploads/Optimizing-the-value-of-team-based-primary-care-LIT-REVIEW.pdf](http://www.afhto.ca/wp-content/uploads/Optimizing-the-value-of-team-based-primary-care-LIT-REVIEW.pdf). Date de consultation : Mars 2019.  
<sup>2</sup> Toward Optimized Practice. Benefits of a Patient's Medical Home—A Literature Summary of 115 Articles | 2017 Update. Edmonton, Alb. : Toward Optimized Practice ; 2017. Dans : [www.topalbertadoctors.org/file/top-evidence-summary--benefits-of-pmh.pdf](http://www.topalbertadoctors.org/file/top-evidence-summary--benefits-of-pmh.pdf). Date de consultation : Mars 2019.



# FOIRE AUX INNOVATIONS



Collège  
québécois  
des médecins  
de famille



## Équipe interdisciplinaire en soins de première ligne, EQIPactiv

Tarek Bouhali et Martin Fortin  
[martin.fortin@usherbrooke.ca](mailto:martin.fortin@usherbrooke.ca)

EQIPactiv est une approche clinique centrée sur le patient, basée sur les principes de l'entretien motivationnel et visant à soutenir l'autogestion des personnes aux prises avec des maladies chroniques. EQIPactiv se fonde sur l'utilisation de ressources déjà présentes en GMF et l'ajout d'une facilitatrice ou d'un facilitateur clinique afin de soutenir les équipes tout en assurant la formation des intervenantes et intervenants.

L'approche originale a été implantée et évaluée par la Chaire de recherche sur les maladies chroniques en soins de première ligne de l'Université de Sherbrooke, et ce, en collaboration avec les partenaires régionaux :

- En 2011, le Programme de réadaptation intégrée en 1re ligne pour les maladies chroniques (PRIMAC) a démontré la faisabilité et l'acceptabilité de l'approche;
- En 2015, les modèles d'intervention et d'évaluation ont été bonifiés et étendus à l'ensemble des GMF du Saguenay-Lac-St-Jean;
- En 2017, la Chaire de recherche a adapté l'intervention et son évaluation pour l'étendre au Bas-Saint-Laurent (en cours).

Les résultats des évaluations quantitative et qualitative ont démontré une amélioration de l'autogestion chez les participantes et participants ainsi qu'une amélioration des habitudes de vie.

Nous pouvons offrir d'accompagner une région souhaitant mettre en place la démarche de l'EQIPactiv et fournir l'expertise pour la formation des intervenantes et intervenants de même que le support à l'évaluation.

Comme la démarche repose sur l'utilisation d'une facilitatrice ou d'un facilitateur clinique, ce poste est à pourvoir pour une région voulant l'implanter. De plus, il faut prévoir deux jours de formation pour les intervenantes et intervenants des GMF (infirmières, infirmiers, kinésithérapeutes, nutritionnistes, ou autres) qui œuvrent auprès de la clientèle avec des maladies chroniques.

Nous pouvons mettre à la disposition d'autres régions les modèles et les outils d'implantation, d'intervention et d'évaluation de l'approche EQIPactiv.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

# IMPACT

Closing the equity gap in healthcare access

Réduire les inégalités d'accès aux soins de santé



SYM  
POS  
IUM

## Aide à la navigation dans les services de santé par des guides bénévoles

Christine Beaulieu et Jeannie Haggerty

[christine.beaulieu@ssss.gouv.qc.ca](mailto:christine.beaulieu@ssss.gouv.qc.ca)

Les personnes socialement défavorisées ont davantage de problèmes de santé, ne savent généralement pas où aller pour obtenir des services et utilisent plus souvent l'urgence de l'hôpital, ce qui nuit à la continuité des soins. Plusieurs médecins ont rapporté se sentir peu outillés pour prendre en charge ces patientes et patients présentant des besoins complexes.

Le Service Accueil Patient offre un soutien aux cliniques et aux médecins de famille dans la prise en charge de patientes et patients socialement défavorisés. Ces personnes sont ainsi mieux informées, connaissent davantage le système et les ressources disponibles, utilisent mieux les services offerts et deviennent plus proactifs dans leurs soins. Pour ce faire, des guides bénévoles joignent ces personnes par téléphone pour leur offrir du soutien et leur transmettre de l'information orale et écrite afin qu'elles puissent bien se préparer à un rendez-vous médical; ce qui améliore la continuité.

À la suite de ces appels téléphoniques, nous avons observé une augmentation statistiquement significative de l'assurance à naviguer dans le système, de la capacité à exprimer ses besoins aux professionnels de la santé et de la confiance au médecin responsable. Matériel et dépliants d'information clinique, de même que sur la préparation aux rendez-vous sont disponibles.

Nous cherchons actuellement à recentrer le service initialement développé pour favoriser l'accès à de nouveaux patients et appuyer les médecins de famille dans la prise en charge de personnes inscrites démontrant un grand besoin de soutien et d'information. Nous vous invitons à venir partager vos impressions de vive voix ou à nous laisser vos coordonnées afin de participer en ligne à notre recensement des besoins. Aussi, nous souhaitons connaître votre intérêt futur pour le service.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

2

## Interventions pharmaciens-médecins pour réduire l'usage de médicaments potentiellement inappropriés chez les aînés

Benoit Cossette, Jacynthe Roy-Petit et Marie-Pier Villemure

[benoit.cossette@usherbrooke.ca](mailto:benoit.cossette@usherbrooke.ca)

Afin de réduire l'usage de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les aînés, l'équipe du GMF-U des Deux-Rives de Sherbrooke a mis en œuvre un modèle d'intervention pharmacien-médecin basé sur les alertes d'un système d'alerte informatisé (SAI).

Dans ce modèle, les données numériques cliniques sont extraites quotidiennement du dossier médical électronique puis analysées par le SAI dans le but d'identifier les patientes et patients avec MPI et rendez-vous médical dans les 2 prochaines semaines. Les alertes générées par le SAI sont revues par un pharmacien qui en détermine la pertinence clinique, analyse la pharmacothérapie et élabore un plan de soins pharmaceutiques à être discuté et mis en œuvre avec le médecin traitant.

Dans une étude pilote, nous avons identifié les aînés ayant un rendez-vous médical au GMF et au moins une alerte du SAI. Au cours des 134 jours de l'étude, le SAI a évalué la pharmacothérapie de 369 personnes, menant à l'identification de 65 (18 %) patients avec au moins une nouvelle alerte. L'âge moyen était de 77 ans, les hommes représentaient 29 % du groupe et 55 % recevaient dix médicaments ou plus. Une ou plusieurs alertes cliniquement pertinentes ont été générées pour 27 des 65 patients. Parmi les 27 patients avec au moins une alerte pertinente, 17 (63 %) ont eu au moins une cessation ou une diminution de la dose de MPI.

Nous poursuivons le développement de ce modèle par une approche de continuité de soins pharmaceutiques entre le milieu hospitalier, les GMF et les pharmacies communautaires.

### Piliers du Centre de médecine de famille

7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

## TAPER: Team Approach to Polypharmacy Evaluation and Reduction

Larkin Lamarche et Dee Mangin

[mangin@mcmaster.ca](mailto:mangin@mcmaster.ca)

[https://www.youtube.com/watch?v=HnbNAIi8TP8&list=PLnPG\\_DhpXvXRt-1GuDJa1NDPKOCGepNRGQ](https://www.youtube.com/watch?v=HnbNAIi8TP8&list=PLnPG_DhpXvXRt-1GuDJa1NDPKOCGepNRGQ)

Meet Judy and TaperMD : <https://www.youtube.com/watch?v=mr3TbdGO95A>

Polypharmacy is an important issue in primary care and is associated with adverse health outcomes and increased healthcare costs. Currently, there is no clinical framework for addressing polypharmacy and no guidance for engaging patients in medication discussions. Our vision is a systematic approach to polypharmacy that is part of our routine preventive care for older adults.

TAPER addresses the barriers to reducing polypharmacy. TAPER is a clinical pathway for reducing polypharmacy, integrated into an electronic platform, involving the patient, pharmacist and physician as a team. The online platform uses an “evidence made easy” approach, combining all tools related to polypharmacy to screen and flag potential medications for deprescribing. The pharmacist, and then the physician, review the screen and recorded patient priorities and make a plan for reducing the drug burden.

TAPER provides guidance on follow-up and monitoring. We have successfully implemented TAPER in the clinical workflow of primary care clinics in Ontario. We have shown direct patient benefits with a reduction in polypharmacy. Patients and providers have been receptive to the model and continue to use it within a large randomized controlled trial.

We are evaluating the model in other contexts – long-term care, community pharmacies – and in other countries, like Australia and New Zealand. We seek to broaden the use of TAPER, learning about TAPER’s adaptability and sustainability. In our partnership, we can offer the model, including the TaperMD online tool, training and support, and research expertise to help develop an evaluation to understand the model in new contexts.

### Piliers du Centre de médecine de famille

6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille



SYM  
POS  
IUM

## Améliorer la qualité des soins et soutenir le suivi en première ligne de personnes diabétiques grâce à une application d'audit et de feedback

Anne-Marie Cloutier

[anne-marie.cloutier@usherbrooke.ca](mailto:anne-marie.cloutier@usherbrooke.ca)

<http://griis.ca/reflex-d/>

ReflexD est une application d'audit et de feedback qui soutient l'amélioration continue de la qualité (ACQ) des soins et services et du suivi auprès des personnes diabétiques en GMF. Aux cliniciennes et cliniciens et aux agentes et agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ), ReflexD offre deux modules d'analyse des pratiques.

Le premier outil permet de visualiser les données de toute la clinique. Les médecins peuvent comparer, s'autoévaluer, définir des objectifs et améliorer leurs pratiques par rapport à celles de la clinique. Les AACQ peuvent ainsi détecter des points pouvant être améliorés avec un travail d'équipe. Il leur est plus facile de définir des cibles, implanter un plan d'action et surveiller les progrès.

Le second outil analyse individuellement les données de chaque patient diabétique. Les médecins ont accès à l'historique de santé, au profil pharmaceutique et aux résultats de laboratoire inscrits dans le dossier médical électronique (DMÉ) et accessibles. L'outil présente les références pour ajuster la médication. Avec ReflexD, les équipes des GMF implantent et exécutent leur plan d'ACQ. Au sein d'une même plateforme, elles trouvent les outils et données dont elles ont besoin pour transformer leurs pratiques, les soins et le suivi sur une base constante et continue.

La plateforme ReflexD sera disponible en source libre. Actuellement, l'Unité de soutien SRAP du Québec offre une assistance pour sa mise en place par les GMF. Pour qu'un plus grand nombre de GMF en bénéficie, nous avons besoin de pionnières et pionniers qui utiliseront la plateforme dans le cadre d'essais pilotes. ReflexD recherche des championnes et champions et des formatrices et formateurs qui pourront mener un changement de paradigme au sein des équipes soignantes.

### Piliers du Centre de médecine de famille

6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins

5

## Arrêt de travail thérapeutique pour trouble de santé mentale commun : une affaire d'équipe!

Cynthia Cameron et Annie Plamondon

[cynthia.cameron@fmed.ulaval.ca](mailto:cynthia.cameron@fmed.ulaval.ca)

L'accroissement des arrêts de travail pour troubles de santé mentale représente un enjeu de taille pour notre société. Selon la Commission de la santé mentale du Canada, près du quart de la population canadienne vit des problèmes de santé mentale au travail (1).

Les médecins de famille font face quotidiennement à ce phénomène et à ses multiples défis. Depuis 2016, une approche novatrice a été élaborée afin d'optimiser l'intervention interprofessionnelle auprès des patientes et patients touchés par cette problématique. Basé sur une revue de littérature exhaustive, un parcours thérapeutique en trois phases est proposé utilisant divers outils pour soutenir la travailleuse ou le travailleur, la ou le médecin et la professionnelle ou le professionnel durant l'arrêt.

L'arrivée récente des travailleuses et travailleurs sociaux en GMF offre l'opportunité d'apprendre à mieux travailler en équipe. Ainsi, depuis 2016, une formation a été offerte sur cette approche et a permis de sensibiliser des dizaines de médecins, professionnelles et professionnels, employées et employés des ressources humaines. Les commentaires sont unanimes en ce qui concerne la pertinence du contenu et encouragent une diffusion à grande échelle. En ce sens, diverses avenues sont envisagées afin que l'ensemble des GMF et GMF-U puissent y avoir accès. Déjà, les outils ont été intégrés à des projets de recherche.

Les prochaines étapes consisteront à publier notre revue de littérature et à évaluer l'impact de cette pratique. Une plateforme numérique pourrait aussi être développée afin d'en élargir la diffusion. Que ce soit pour bonifier notre offre de formation ou pour le déploiement de notre innovation, tout soutien, qu'il soit financier, graphique, informatique, en recherche ou en expertise clinique sera une contribution des plus profitables.

(1) Gouvernement du Québec. Le travail et la santé mentale.  
<https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/le-travail-et-la-sante-mentale/>

### Piliers du Centre de médecine de famille

6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins

## Le Réseau Canadien d'Information pour les cliniques de Première ligne (RCIP)

William Hogg et Sharon Johnston

[sjohnston@bruyere.org](mailto:sjohnston@bruyere.org)

Le Réseau Canadien d'Information pour les cliniques de Première ligne (RCIP) est un service automatisé pour l'engagement des patientes et patients par les fournisseurs de soins primaires. Le RCIP vise à améliorer la communication avec les patients de manière rentable et à leur permettre de fournir des informations sur leurs expériences avec leurs cliniques.

En effet, les cliniques choisissent des messages à envoyer aux patientes et patients et spécifient les groupes de patients ciblés et l'horaire préféré. Le système se connecte au DMÉ pour extraire les informations nécessaires à la communication et envoie le message aux patientes et patients ciblés par SMS ou par courrier électronique. Ces messages peuvent couvrir une large gamme de sujets tels que l'accès après les heures normales ou des mises à jour sur de nouveaux problèmes de santé. À la fin du message, le système demande de remplir un bref sondage sélectionné par la clinique afin de recueillir les commentaires des patientes et patients pour guider les efforts d'amélioration.

Le système regroupe et désidentifie les réponses et les compare avec des pairs. Cela crée une infrastructure de collecte de données automatisée pour les efforts d'amélioration des soins. Les réponses des patients sont renvoyées aux cliniques avec des liens vers des ressources pour l'amélioration de la qualité. Notre innovation a été testée dans plus d'une centaine de pratiques dans trois provinces à l'aide de fonds de l'IRSC. Le taux de réponse à l'enquête chez les patientes et patients a été de plus de 60 %. Le service fonctionne avec presque tous les DMÉ au Canada.

Nous espérons que 2 000 fournisseurs utiliseront ce service d'ici trois ans. Au fil du temps, plus il sera utilisé, plus la valeur des comparaisons augmentera. Le RCIP coûte 41 \$/mois. Nous souhaitons vivement qu'il vous aide à améliorer les soins que vous prodiguez.

### Piliers du Centre de médecine de famille

2. Infrastructure appropriée
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille
9. Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche

# 7

## Intégration des données probantes au service du clinicien et du patient lors de la rencontre clinique pour des soins en santé mentale centrés sur le patient

Annie LeBlanc, Matthew Menear et Isabelle Samson

[annie.leblanc@fmed.ulaval.ca](mailto:annie.leblanc@fmed.ulaval.ca)

Notre innovation vise à fournir aux professionnelles et professionnels de la santé et leurs patientes et patients, lorsque jugé approprié, les meilleures données probantes concernant les différentes options de traitement considérées pour les troubles de l'humeur (dépression et anxiété) et les moyens nécessaires pour impliquer activement et de façon éclairée les patientes et patients dans leurs soins.

Nos outils d'aide à la décision sont brefs, simples et intuitifs, prouvés efficaces et conçus spécifiquement pour une utilisation lors de la rencontre clinique. Ils soutiennent le processus décisionnel en présentant les données probantes de manière accessible tout en centrant la conversation autour de la personne soignée, de ses valeurs, son vécu et de ses objectifs de soins.

Nous avons démontré que l'utilisation de ces outils (i) favorise l'implication et l'engagement des patientes et patients dans leurs soins, accroît leurs connaissances et améliore leur satisfaction et leur confort décisionnel (ii) améliore la satisfaction et le confort décisionnel de leurs cliniciennes et cliniciens, et (iii) ne rallonge pas la durée de la rencontre clinique. L'utilisation de nos outils ne requiert aucune formation préalable, aucun réaménagement de l'environnement ou ressource additionnelle, minimisant grandement l'empreinte sur les processus cliniques.

Nous recherchons des milieux cliniques désirant obtenir de nouveaux moyens pour impliquer activement et de façon éclairée leurs patientes et patients atteints d'un trouble de l'humeur (dépression ou anxiété) dans leurs soins et ayant une ouverture envers des activités de recherche à empreintes minimales. En effet, notre équipe de recherche désire à la fois soutenir ces milieux dans cette expérience de changement et évaluer l'ampleur de ce changement.

### Piliers du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille





SYM  
POS  
IUM

## Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP)

Élisabeth Martin

[elisabethm@cpcssn.org](mailto:elisabethm@cpcssn.org)

Le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires est un projet pancanadien de surveillance de maladies chroniques qui se sert des données anonymisées provenant des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) de cliniques de médecine de famille.

Avec les données recueillies, le RCSSSP dresse un portrait épidémiologique de plusieurs maladies et permet la recherche sur divers aspects des maladies et leur suivi (indicateurs, facteurs de risque, traitements, médicaments). Le RCSSSP utilise des algorithmes validés pour extraire, nettoyer et standardiser les données des DMÉ (Medesync, Purkinje et Myle) pour huit (8) maladies chroniques (hypertension, diabète, dépression, maladie pulmonaire obstructive chronique, arthrose, démence, Parkinson, épilepsie) et plusieurs autres qui deviendront disponibles dans un futur rapproché.

Selon le type d'établissement, des règles éthiques différentes doivent être respectées. Le RCSSSP a mené à plusieurs publications canadiennes et offre aux équipes un outil «Le moteur d'extraction des données (MED)» permettant d'interroger de façon autonome la base de données de leur clinique et faire un lien explicite avec l'amélioration continue de la qualité. Dans le cadre d'un projet d'amélioration continue visant la clientèle âgée et polymédicamentée, le RCSSSP fournit des statistiques permettant la réflexion sur la pratique actuelle.

Pour permettre un accroissement d'échelle, nous avons besoin de GMF intéressés à participer au projet et à y inscrire des patientes et patients. Nous n'avons pas d'aide financière à fournir pour l'implantation, toutefois les frais sont couverts. Nous pouvons vous offrir le support requis à l'implantation du RCSSSP dans votre milieu, l'implication nécessaire dépend de la situation du GMF et de votre DMÉ.

### Pilier du Centre de médecine de famille

6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille

9

## Une plateforme collaborative pour l'intégration du savoir de la communauté de pratique

Sylvain Croteau et Véronique Nabelsi

[sylvain.croteau@sekmed.ca](mailto:sylvain.croteau@sekmed.ca) / [veronique.nabelsi@uqo.ca](mailto:veronique.nabelsi@uqo.ca)

<http://w3.sekmed.ca/>

Vidéo : <http://www.screencast.com/t/LNrYkkuow>

Article : <https://www.researchprotocols.org/2019/3/e11754/>

La plateforme SEKMED a comme objectif la qualité et l'efficacité des processus cliniques grâce au support des communautés de pratique. La plateforme inclut des outils qui favorisent la coordination des efforts des membres d'une communauté de pratique, et des organismes de certification et de normalisation qui collaborent avec cette dernière, à la création, l'agrégation, la mise à jour et la certification de ressources interactives.

Ces ressources interactives visent à appuyer les processus de prise d'histoire, d'examen physique, de diagnostic différentiel, d'investigation, d'orientation, de conseils aux patientes et patients, etc. Ces ressources sont disponibles aux cliniciennes et cliniciens selon le principe du « just-in-time ». SEKMED s'intègre aux DMÉ des utilisatrices et utilisateurs.

SEKMED permet:

- D'établir une discussion et une collaboration entre les membres d'une communauté de pratique dans l'établissement de standards de pratique;
- De favoriser l'apprentissage des meilleures pratiques dans le contexte clinique;
- D'intégrer aussitôt ces apprentissages à la pratique;
- De diffuser et faciliter la pénétration des recommandations des organismes de certification et de normalisation;
- D'améliorer la documentation clinique;
- D'accroître l'efficacité des cliniciennes et cliniciens dans la prise en charge de problématiques représentées par des ressources SEKMED.

Notre équipe désire établir des partenariats avec des milieux cliniques pour déployer SEKMED. Nous pouvons offrir notre expertise : formation, guide d'utilisation et mentorat pour faciliter son utilisation. Nous avons besoin de leaders cliniques locaux motivés pour recruter de nouveaux utilisateurs et utilisatrices de SEKMED. Des initiatives en recherche pourraient être intéressantes.

SEKMED, vous et votre communauté au chevet de la patiente et du patient.

### Piliers du Centre de médecine de famille

6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

# COMPAS

Collectif pour les meilleures  
pratiques et l'amélioration  
des soins et services

## Programme CoMPAS+, le Collectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins et Services en Première Ligne

Carl Drouin et Marie-Pascale Pomey

[marie-pascale.pomey@umontreal.ca](mailto:marie-pascale.pomey@umontreal.ca)

<https://www.inesss.qc.ca>

L'objectif du programme CoMPAS+ est de permettre aux équipes interdisciplinaires de première ligne de réaliser des activités de pratiques réflexives. Ces activités les aident à mettre en œuvre des actions d'amélioration continue de leurs pratiques afin de bonifier les trajectoires de soins et la santé des patientes et patients aux prises avec des maladies chroniques.

CoMPAS+ s'appuie sur les prémisses du système de santé apprenant et permet de créer des interventions et des outils flexibles d'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles. Dans le cadre d'ateliers de pratique réflexive (APR), des standards et normes de pratique ainsi que des indicateurs de performance clinique et organisationnelle constituent le matériel à partir duquel les équipes réalisent une analyse critique de leurs pratiques et identifient des pistes d'amélioration portant sur des aspects cliniques et organisationnels en première ligne. Ces APR peuvent être réalisés dans un réseau local de services (RLS) ou un GMF/GMF-U.

Les premiers résultats mettent en évidence le fait que ces ateliers permettent de :

1. Faire connaître les différentes ressources disponibles sur le territoire;
2. Mettre à jour les connaissances concernant les standards et normes de pratique ainsi que les outils permettant de les mettre en œuvre;
3. Renforcer les pratiques interdisciplinaires et interorganisationnelles;
4. Déterminer des plans d'action avec la participation de patients partenaires;
5. Mettre en place des actions concrètes pour améliorer le suivi des patientes et patients atteints de maladies chroniques.

À ce jour, vingt et un (21) APR ont été réalisés dans des RLS et un nouveau prototype d'atelier s'adressant aux GMF a aussi été testé. Pour les GMF/GMF-U, deux projets majeurs de mise à l'échelle sont en cours.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille



SYM  
POS  
IUM

11

## PrescripTion<sup>MC</sup> / PrescribelT<sup>TM</sup> : Service d'ordonnances électroniques du Canada

Rahsaad Bhyat et Myriam Brel

[mbrel@infoway-inforoute.ca](mailto:mbrel@infoway-inforoute.ca)

<https://www.prescriptioncan.ca/>

Le service d'ordonnances électroniques appelé PrescripTion est le fruit de la collaboration entre Inforoute Santé du Canada, organisation à but non lucratif financée par le gouvernement fédéral, et Santé Canada, les provinces et les territoires, et les intervenants de l'industrie.

Au service de l'ensemble des patients, des pharmacies et des prescripteurs, PrescripTion rend la gestion des médicaments plus sûre et plus efficace, puisque les prescriptrices et prescripteurs peuvent transmettre électroniquement à partir de leur dossier médical électronique (DMÉ) une ordonnance au système d'information de pharmacie (SIP) de la pharmacie choisie par la patiente ou le patient. PrescripTion élimine ainsi le recours aux ordonnances papier ou fax, en plus de protéger les données sur la santé des personnes soignées contre toute utilisation commerciale et d'offrir aux cliniciennes et cliniciens un environnement de prescription et d'exécution des ordonnances exempt de toute influence.

PrescripTion peut procurer des avantages significatifs :

- La réduction des fraudes et de l'abus de médicaments, surtout concernant les stupéfiants et autres substances réglementées;
- Une amélioration de la sécurité des patientes et patients (exactitude et moins d'erreurs) et de la continuité des soins;
- Une meilleure collaboration grâce à une messagerie sécurisée entre les prescriptrices et prescripteurs et les pharmaciennes et pharmaciens au profit de tous;
- L'optimisation des investissements actuels dans les systèmes d'information sur les médicaments.

Joignez-vous à PrescripTion afin de promouvoir une utilisation plus sûre des médicaments et un meilleur respect du traitement (adhérence), afin de procurer des bienfaits à vos patientes et patients tout en améliorant le flux d'échanges entre prescriptrices et prescripteurs et pharmaciennes et pharmaciens!

Bienvenue aux prescriptrices et prescripteurs du Québec :

<https://www.prescriptioncan.ca/>

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

12

## Discutons Santé

Marie-Eve Lavoie, Marie-Thérèse Lussier et  
Claude Richard

[marie.therese.lussier@umontreal.ca](mailto:marie.therese.lussier@umontreal.ca)

[www.discutonssante.ca](http://www.discutonssante.ca)

Le site Web Discutons Santé soutient le partenariat patient-soignant en incitant les patientes et patients à devenir des partenaires actifs dans leurs soins. Disponible en ligne gratuitement depuis octobre 2014, Discutons Santé leur offre des conseils pour développer leurs habiletés afin de mieux discuter de leur santé avec leurs soignantes et soignants et faciliter le suivi de leur traitement. De plus, il les guide dans la préparation de leurs rendez-vous médicaux, les aidant à identifier leurs priorités et à formuler leurs questions.

Discutons Santé s'adresse aussi aux professionnelles et professionnels de la santé. Il leur offre une formation à la communication en vue de mieux soutenir la personne soignée dans le développement de sa capacité d'autogestion. Cette formation Web gratuite est accréditée par Médecins francophones du Canada (3 crédits).

Nous avons démontré que l'utilisation de Discutons Santé pour préparer la consultation médicale améliore la qualité de la communication entre patiente ou patient et médecin de famille, et favorise une participation plus active des patients préparés qui rapportent avoir un plus grand sentiment de partenariat avec leur médecin. Discutons Santé est reconnu internationalement comme une pratique innovante.

Implanté dans plusieurs GMF-U et GMF du territoire de Laval depuis 2017, nous désirons étendre l'utilisation de Discutons Santé à l'ensemble du Québec. Nous sommes à la recherche d'organisations qui s'engagent à implanter Discutons Santé dans leur milieu. Nous offrons notre soutien et expertise pour son implantation : formation, mentorat, guides d'implantation et autres documents accompagnateurs. À terme, nous espérons que cet outil sera intégré au Carnet santé Québec.

### Pilier du Centre de médecine de famille

8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

13

# CAFÉ DES INNOVATIONS



Collège  
québécois  
des médecins  
de famille



HÔPITAL MONT-SINAÏ - MONTRÉAL  
MOUNT SINAI HOSPITAL MONTREAL

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Ouest-  
de-l'Île-de-Montréal



Québec

Integrated Health  
and Social Services  
University Network  
for West-Central Montreal



## Programme de télé-réadaptation pulmonaire de l'hôpital Mont-Sinaï

Nathalie Saad et Albert Sicondolfo

[nathalie.saad@mcgill.ca](mailto:nathalie.saad@mcgill.ca)

**Programme de réadaptation pulmonaire à distance**  
**Épisodes – Entrée principale – ICI Radio-Canada.ca Télé**

Le programme de télé-réadaptation pulmonaire de l'hôpital Mont-Sinaï a comme objectif d'améliorer l'accessibilité à la réadaptation pulmonaire grâce à l'intégration de moyens technologiques. Bien que les lignes directrices canadiennes recommandent la réadaptation pulmonaire tôt dans l'approche thérapeutique, moins de 2 % des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ont accès à la réadaptation pulmonaire.

Depuis janvier 2017, grâce à la visioconférence sécurisée disponible dans les établissements de santé, la télé-réadaptation pulmonaire offre des soins à faibles coûts dans six sites : CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière, l'Outaouais et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (LaSalle/Lakeshore).

Via la téléconsultation et les télésoins, plus de 200 patientes et patients ont pu :

- Avoir accès à une équipe interprofessionnelle spécialisée - pneumologue, infirmière, inhalothérapeute, physiothérapeute, diététiste, ergothérapeute;
- Avoir accès à un programme standardisé de réadaptation pulmonaire tout en restant en contact direct avec l'équipe de première ligne;
- Voir une amélioration de leur endurance (35m de plus au test de marche de 6 minutes) et symptômes (amélioration de 5 points au questionnaire CAT).

Les équipes traitantes ont pu rester en contact avec leurs patientes et patients et suivre leur cheminement renforçant ainsi la relation thérapeutique existante (communications écrites envoyées après chaque visite médicale).

Nous espérons rendre la réadaptation pulmonaire accessible dans toutes les régions du Québec grâce à l'implication de plus de cliniques de médecine de famille prêtes à intégrer la technologie dans la façon d'offrir des soins. Nous voulons également promouvoir l'utilisation de nouvelles technologies dans le système de santé (ex. : nous ajouterons bientôt la téléauscultation).

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

14

## La trajectoire de soins, clinique MPOC en GMF

Paul Assad, Estelle Charette et Mélanie Lacasse

[estelle.charette@ssss.gouv.qc.ca](mailto:estelle.charette@ssss.gouv.qc.ca)

Nous avons mis en œuvre un projet de suivi pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en GMF qui permet aux patientes et patients et leurs proches aidants de recevoir les soins et enseignement sur la maladie en temps opportun.

Le programme vise à améliorer la communication entre les différents centres : hôpital, CLSC et GMF sans interruption de suivi. La clinique MPOC propose un suivi interprofessionnel en groupe, individuel, et un programme de réadaptation pulmonaire.

On estime que la MPOC sera la 3<sup>e</sup> cause de décès en 2020. Il nous apparaît primordial de revoir le suivi de notre clientèle pour permettre un arrimage harmonieux et éviter le bris de service. Nous avons mis en place une ligne téléphonique MPOC afin de favoriser un accès simple et efficace aux patientes et patients et à leur famille et encourager l'autogestion.

Ce travail interprofessionnel a déjà démontré un impact positif. La clientèle apprécie grandement l'accompagnement vers l'autogestion qui permet une prise en charge rapide de l'exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC) ce qui réduit l'anxiété et les hospitalisations.

Nous aimerions offrir un service dans l'ensemble de l'Outaouais en collaboration avec 2 ou 3 GMF de la région. Nous sommes aussi prêts à répondre aux questions d'autres GMF intéressés. Nous aimerions avoir le soutien clinique des leaders pour stimuler la synergie du projet et offrir le service sur tout le territoire. Nous sommes une équipe dynamique de suivi MPOC qui cherche à arrimer les différents paliers de soins afin de réduire le taux d'hospitalisation et favoriser l'autogestion. Nous sommes disponibles pour discuter avec d'autres GMF et leaders pour poursuivre notre objectif.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

15



## In-house (GMF-based) academic chronic pain corridor of care

Stefania Camarda et Irina Kudrina

[irina.kudrina@mcgill.ca](mailto:irina.kudrina@mcgill.ca)

McGill pain center (AEPMU) saw a significant number of patients that could be treated at the primary care level. After long wait and one-visit consultations, patients returned to family physicians if their situation does not require tertiary level services. This led to overstretched tertiary services, long wait times, dissatisfaction with results and lost opportunities for timely communication and/or teaching. In 2015, AEPMU / primary care academic corridor of care was established.

An in-house pain consultant receives all referrals from 2 GMFs, conducts an assessment, answers questions, and transfers cases that will benefit from the multi-disciplinary tertiary services to the AEPMU.

More than 100 patient-visits/year, 70-75% of patients stay with the primary care. AEPMU see transfers in 1-2 months (urgent/semi-urgent) and 2-4 months (non-urgent). Thus, all referred patients receive an intervention in 1-4 months. Two collaborative research projects and several are planned.

We could offer coaching and training for a group of 4-5 pivot physicians and/or nurses, depending on the level of preparedness of interested GMFs.

This innovation will benefit from a regular position of a dedicated nurse-(clinician/practitioner) to assume a full-time responsibility to triage, follow-up, coordinate research projects, student and resident rotation/involvement (\$60-70000/year). We also request supporting funds for the patient-dedicated material, rent, research and training of other GMF expenses (\$25-30000/year) for next 3 years. In-house (GMF-based) pain service, corridor of care, provides efficient triage OUT of expensive tertiary pain services, short consultation times, multiple academic activities and excellent growth capacity if properly funded.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

16

## « Apprivoiser la douleur », un programme interdisciplinaire d'autogestion de la douleur chronique en première ligne

Marilyne Dionne et Annie Simard

[marilyne.dionne.chs@ssss.gouv.qc.ca](mailto:marilyne.dionne.chs@ssss.gouv.qc.ca)

Le but de notre intervention est de favoriser l'autogestion de la douleur chronique et d'en limiter les impacts fonctionnels. Pour atteindre ces objectifs, nous offrons une série de cinq ateliers de deux heures chacun aux usagères et usagers de notre GMF-U vivant avec de la douleur chronique. Ces séances sont animées par des cliniciennes et cliniciens de différentes professions (pharmacien, infirmière clinicienne, IPS-PL, psychologue, travailleur social, nutritionniste, thérapeute en réadaptation physique) en fonction des thèmes abordés lors de la rencontre. Cette intervention de groupe vise la diffusion de connaissances ainsi que des échanges entre les personnes participantes et les professionnelles et professionnels sur les neurosciences de la douleur, les traitements pharmacologiques, les stratégies non pharmacologiques, les saines habitudes de vie, la gestion de l'énergie et les émotions.

Les connaissances et habiletés transmises lors des ateliers ont pour but de développer les compétences d'autogestion de la douleur via une approche d'empowerment. Les ateliers visent également à briser l'isolement et à informer les participantes et participants sur les autres services disponibles dans la communauté pour les soutenir à plus long terme. Ainsi, notre programme vise ultimement une intervention précoce (première ligne) en vue d'obtenir de meilleurs résultats sur la gestion des symptômes et incapacités liés à la douleur chronique telle que retrouvée dans la littérature.

Grâce à l'obtention du financement de Réseau-1 Québec, les retombées du projet seront étudiées scientifiquement au cours de la prochaine année. L'équipe peut partager son expertise, le contenu pédagogique, permettre l'observation du déroulement des ateliers sous forme de visioconférences ou en présence afin d'implanter le programme d'autogestion dans 3 à 5 GMF.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

## Des soins de proximité pour favoriser l'accès et la qualité des services de santé offerts aux personnes marginalisées

Samuel Blain, Nathalie Bouchard,  
Geneviève Olivier d'Avignon, Marie-Ève Goyer,  
Shelley-Rose Hyppolite, Sophie Lauzier,  
Maxime Robert et Nicolas Shink

[shelley-rose.hyppolite.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:shelley-rose.hyppolite.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)

Les soins de proximité offerts par la clinique SPOT-CCSE, par l'équipe de soins de proximité de Trois-Rivières et par l'équipe Santé urbaine Centre-Sud-de-Île-de-Montréal à la Maison du Père sont des innovations qui permettent de rejoindre et d'offrir des services de santé aux personnes marginalisées et désaffiliées.

Les soins de proximité mis en place dans ces trois initiatives parviennent à rejoindre les personnes marginalisées parce qu'elles ont réussi à réduire les obstacles géographiques, économiques, administratifs, organisationnels et relationnels. Une étude réalisée à la clinique SPOT-CCSE auprès des personnes utilisatrices indique que SPOT-CCSE a répondu à leurs besoins. De plus, une étude descriptive et comparative a permis d'identifier les caractéristiques communes des soins de proximité dans les trois initiatives, leur spécificité et leurs enjeux.

Notre équipe de chercheurs, cliniciens, intervenants communautaires et experts de vécu est maintenant en mesure de partager les expériences et expertises des trois initiatives et d'offrir du mentorat afin de soutenir d'autres GMF-U/GMF et professionnels souhaitant développer de tels soins de proximité.

Nous avons besoin de professionnels et partenaires soucieux d'innover pour joindre et desservir les personnes marginalisées et désaffiliées dans leur communauté. Nous sommes également à la recherche de partenaires intéressés à soutenir financièrement le développement d'un guide d'accompagnement basé sur les résultats de nos études et l'organisation d'une rencontre nationale avec les GMF-U/GMF intéressés par les soins de proximité.

### Pilier du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale

# IMPACT

Closing the equity gap in healthcare access

Réduire les inégalités d'accès aux soins de santé

## Améliorer l'accès aux soins de première ligne par une offre de services de santé et communautaires de type « pop-up » à Lethbridge en Alberta

Cathie Scott

Présentatrice : Jeannie Haggerty

[CScott@policywise.com](mailto:CScott@policywise.com)

Les personnes vivant à North Lethbridge en Alberta sont mal desservies par les services de première ligne et ont du mal à y accéder. Le partenariat de l'Alberta a travaillé en collaboration avec des organisations communautaires pour créer, adapter et implanter une offre de services de santé et communautaires de type « pop-up » pour ses citoyennes et citoyens.

Un « pop-up » est un événement dans lequel des services sociaux et de santé « apparaissent » dans différents endroits à un moment défini. Chacun des événements organisés a réuni de 20 à 27 prestataires de services qui ont offert des services de santé ou sociaux aux participantes et participants. L'événement permet de plus aux prestataires de se connaître mutuellement et d'appliquer de nouvelles stratégies pour améliorer leur communication, leur interaction et leur collaboration, tout en offrant des services et un accès améliorés aux participantes et participants.

Des entrevues avec prestataires et participants, réalisées après chaque événement, ont permis d'améliorer la formule d'un « pop-up » à l'autre. Ainsi, les prestataires présents se sont trouvés à jouer un rôle plus intégré et actif incluant : l'accueil chaleureux des personnes participantes, un rôle de « navigateur » et l'utilisation d'un matériel développé en langage simple.

L'objectif d'amélioration continue a permis l'inclusion d'un nombre plus grand d'organismes communautaires dans la planification tout au long du projet. Une coalition communautaire s'occupe actuellement du développement du modèle. Ce modèle unique vous intéresse? Contactez-nous afin de pouvoir échanger; c'est avec plaisir que nous partagerons notre expérience et expertise avec vous!

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille



# 19



## Améliorer l'accès des patients aux ressources communautaires (ARC) par un service de navigation

Simone Dahrouge et Andrea Perna  
Présentatrice : Jeannie Haggerty

[sdahrouge@bruyere.org](mailto:sdahrouge@bruyere.org)

Les ressources communautaires peuvent être bénéfiques pour répondre à l'ensemble des besoins de santé. Ces ressources comprennent des services de santé mentale, des ateliers de prévention des chutes, des programmes visant un mode de vie sain, des groupes de soutien pour aidantes et aidants naturels et des programmes de rapprochement social.

Cependant, une faible littéracie en santé, des moyens financiers ou de mobilité limités et le manque de confiance en soi empêchent certaines personnes d'avoir accès à ces ressources; les plus touchées étant celles qui en ont le plus besoin. Le partenariat de l'Ontario a créé, adapté et implanté le modèle de navigation ARC pour faciliter l'accès aux ressources communautaires aux patientes et patients en première ligne. Le service, offert par des personnes bilingues formées à la navigation centrée sur le patient, aide les personnes à surmonter les obstacles et à accéder aux ressources requises. Le « navigateur » est associé à un groupe de cliniques familiales visant à promouvoir la continuité des soins et de l'information. L'étude de faisabilité de 2018 suggère que le modèle est très apprécié des patientes et patients et les aide à accéder aux ressources requises, qu'il s'intègre aisément dans les pratiques et qu'il est particulièrement apprécié des professionnelles et professionnels travaillant dans des pratiques non interprofessionnelles.

Le modèle offre un potentiel d'implantation dans différents contextes ou organisations existantes du système de santé, tels les CLSC ou les programmes de soins à domicile. Un programme de formation de 25 heures et des outils électroniques complets d'accompagnement sont disponibles. Des questions? Contactez-nous!

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

## ACCEPt : Intégration précoce de l'approche palliative (soins d'accompagnement) en GMF pour les personnes touchées par le cancer; une approche novatrice basée sur l'expérience patient

Roberto Boudreault et Sylvie Massé

[sylvie.masse.csssj@ssss.gouv.qc.ca](mailto:sylvie.masse.csssj@ssss.gouv.qc.ca)

L'objectif principal de l'innovation est d'améliorer la qualité de vie des patientes et patients et leur famille lors de l'annonce d'un cancer. L'élément clé du projet est l'utilisation de la première ligne pour introduire précocement des soins palliatifs nommés soins d'accompagnement à l'annonce d'un diagnostic de cancer.

Cette innovation a été créée en région, car aucune trajectoire au Québec ne permet l'introduction précoce des soins palliatifs. Ce service est donné par les infirmières en première ligne (PL) pour les patientes et patients atteints de cancer en réponse à un besoin manifesté par les personnes rencontrées. L'innovation se colle à la littérature, à l'expérience patient et aux pratiques exemplaires en implantant un modèle optimal de pratique en première ligne pour les personnes soignées. L'infirmière clinicienne en PL y joue un rôle central, car elle accompagne la patiente ou le patient, selon ses besoins, dans la gestion de sa maladie, diminuant ainsi son stress et son anxiété. L'infirmière clinicienne agit également à titre de personne-ressource et l'aide à naviguer dans le système tout en maintenant des liens privilégiés avec la ou le médecin de famille et les autres intervenantes et intervenants.

Un projet pilote s'est déroulé au GMF Les Myrtilles du Lac où toutes les personnes à l'annonce d'un diagnostic de cancer ont été référées à l'infirmière pour recevoir des soins d'accompagnement; 100 % de ces patientes et patients ont été satisfaits. Le projet s'est vu remettre, en 2017, le prix de l'innovation en soins palliatifs décerné par la FCASS. Une subvention de 225 000 \$ de la Fondation « Pour Mieux Soigner » de l'OIIQ, en 2018, permet de déployer ACCEPt dans tous les GMF de la région, tout en étant associé à une démarche de recherche.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

## Croisement des savoirs expérientiels, médicaux et scientifiques en santé mentale

Paul Jacques et Luc Vigneault

[paul.jacques@me.com](mailto:paul.jacques@me.com) / [luc.vigneault2@gmail.com](mailto:luc.vigneault2@gmail.com)

Nous souhaitons modifier le paradigme de l'approche de traitement des troubles de santé mentale en GMF. Nous proposons des formations sur l'approche axée sur le rétablissement pour les médecins de famille. Ces formations toucheront le concept du rétablissement et du patient partenaire, la décision partagée, l'importance du projet de vie et l'appropriation du pouvoir d'agir.

La rencontre médecin-patient est une occasion d'échanges et la rencontre de deux expertises; l'expertise expérientielle du patient et l'expertise théorique du médecin. La patiente ou le patient partage ses difficultés, mais également ses attentes et son projet de vie. La ou le médecin témoigne de son opinion clinique, de sa compréhension du problème et des options de traitement. Elle ou il fournit l'information nécessaire à une décision éclairée et accompagne la personne dans son choix. La décision, ainsi partagée, amène la patiente ou le patient à se sentir respecté, en contrôle et responsable de sa destinée. La demande d'aide apparaît moins stigmatisante. Le traitement, choisi par la personne, fait sens pour elle, devient porteur d'espoir et les chances d'y adhérer en sont améliorées. Pour la clinicienne ou le clinicien, c'est l'occasion d'un nouveau partage de responsabilité et d'un allègement du fardeau clinique.

La formation est conçue dans l'optique de ce partage d'expertise; Luc Vigneault, patient partenaire, est accompagné par Paul Jacques, médecin psychiatre, pour la formation de médecins de famille (approche « train-the-trainer »). Par la suite, les médecins formés seront responsables d'offrir une formation aux autres membres de leur GMF, accompagnés par un patient partenaire. L'élaboration d'un guide de formateur pour les dyades médecins-patients complétera la formation des professionnelles et professionnels en GMF.

### Piliers du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

# 22



## Question pour un pharmacien : améliorer l'efficacité et la qualité des soins via une plateforme de téléconsultation asynchrone novatrice

Alexandre Chagnon

[achagnon@questionpourunpharmacien.com](mailto:achagnon@questionpourunpharmacien.com)

[askyourpharmacist.ca/fr](http://askyourpharmacist.ca/fr)

Nous réduisons le temps perdu par les cliniciennes et cliniciens au téléphone et à la documentation des appels de suivi par l'entremise d'un outil de téléconsultation novateur et centré sur le patient.

Déjà utilisé par près de 200 professionnelles et professionnels de la santé au Québec, notre outil met à profit les technologies que patients et cliniciens utilisent tous les jours, le SMS, pour améliorer les soins aux patientes et patients. Une étude récente financée par Réseau-1 Québec a permis de mettre en évidence que « Question pour un pharmacien » permet également de contrer les impacts négatifs de « Dr Google » chez les 9 adultes canadiens sur 10 qui consultent Internet pour s'informer sur leur santé (CRTC, 2016).

D'autres professionnelles et professionnels (infirmières, diététistes, physiothérapeutes) viennent s'ajouter aux utilisatrices et utilisateurs actuels de la plateforme. Les cliniques GMF qui désirent dégager du temps clinique et améliorer l'expérience de travail de leurs équipes devraient aussi la considérer.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

# 23





**GMF**  
Les Eskers  
d'Amos

**SYM  
POS  
IUM**

## Évaluation clinique avancée (ECA)

Jean-Yves Boutet, Joëlle Corriveau,  
Céline Gervais et Nicole Lafontaine

[joelle\\_corriveau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:joelle_corriveau@ssss.gouv.qc.ca)

Nous avons mis en place un service infirmier pour prendre en charge rapidement les messages téléphoniques laissés au GMF ou au GMF-U Les Eskers par les usagères et usagers qui présentent des problèmes de santé.

Le projet implique tous les membres de l'équipe interprofessionnelle (médecins, infirmières, médecins résidents, infirmière praticienne, travailleuses sociales, secrétaires, etc.) œuvrant au GMF et GMF-U. Ce service infirmier téléphonique permet de prioriser les messages, de les prendre en charge rapidement et de diriger la personne vers la ressource ou le service requis selon le problème de santé exprimé par cette dernière ou toute personne en lien avec celle-ci.

Par son autonomie, l'infirmière clinicienne peut prescrire des laboratoires selon l'ordonnance collective, donner des rendez-vous en accès adapté (médecins, médecins résidents, infirmière praticienne, infirmière clinicienne) ou à la clinique d'accessibilité, faire de l'enseignement, diriger la personne vers une ressource du réseau ou communautaire. L'infirmière est l'intervenante pivot au cours de cette prise en charge et elle accompagne l'usagère ou l'usager au cours de cet épisode de soins. Les médecins apprécient énormément ce service, car la personne sera vue au bon moment par la bonne ressource.

La patientèle apprécie ce service, car il équivaut à moins de perte de temps et diminue les consultations inutiles à l'urgence ou à la clinique d'accès adapté. Le service améliore l'accessibilité aux soins en première ligne.

Le projet s'implante bien dans les lieux qui nous ressemblent : région éloignée, milieux de proximité où tous les gens et organismes se connaissent et collaborent. Nous sommes disponibles pour discuter avec vous et vous conseiller par rapport à l'implantation de ce service dans votre milieu.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

**24**



**GMF**  
Les Eskers  
d'Amos

SYM  
POS  
IUM

## Programme Cible et Livre de recettes

Jean-Yves Boutet, Joëlle Corriveau,  
Céline Gervais et Nicole Lafontaine

[joelle\\_corriveau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:joelle_corriveau@ssss.gouv.qc.ca)

Le programme Cible est un suivi multidisciplinaire échelonné sur une période de deux ans. Le but du projet est d'informer et d'encourager la clientèle adulte, atteinte du syndrome métabolique, car aucun suivi en CLSC n'est disponible - diabète, cholestérol -, afin d'améliorer ses habitudes de vie.

Grâce à des rencontres de groupe, et individuelle, les personnes participantes peuvent se fixer un ou des objectifs personnalisés et compter sur l'aide d'une infirmière, d'une nutritionniste et d'une kinésiologue pour les atteindre. Un guide de référence sur l'alimentation appuie le programme dans le but de fournir une information juste et complète sur divers aspects de l'alimentation. En plus de fournir des recettes approuvées par notre nutritionniste, il contient diverses annexes comme la substitution de certains aliments, l'apport en calorie et la quantité de lipides et d'hydrate de carbone par portion. Il conseille également sur la cuisson des céréales et des légumineuses, tout en offrant une section sur la lecture d'étiquette et l'assiette santé.

Le suivi est amorcé à la suite d'une référence du médecin traitant à l'infirmière pour une évaluation de départ. Plusieurs personnes ont vu une amélioration significative de leur bilan sanguin, de leur tour de taille ainsi que de leur poids. L'appui et l'encouragement d'une professionnelle ou d'un professionnel de la santé ont été régulièrement soulignés comme étant un facteur de motivation pour la clientèle. Selon la kinésiologue, ces changements d'habitudes de vie sont maintenus après 9 mois de suivi.

Nous sommes prêts à offrir la documentation nécessaire à l'implantation du programme dans d'autres GMF.

### Piliers du Centre de médecine de famille

4. Soins accessibles
5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

25



SYM  
POS  
IUM

## Club de Marche

Sonia Latour et Steven Mercier

[steven.mercier@ssss.gouv.qc.ca](mailto:steven.mercier@ssss.gouv.qc.ca)

Le Club de Marche est une innovation qui a pour but ultime d'offrir un service récurrent, favorisant l'adoption de saines habitudes de vie à la patientèle du GMF. Pour ce faire, nous offrons un club de marche sous la supervision d'un kinésiologue en collaboration avec les professionnelles et professionnels du GMF qui proposent des capsules santé.

L'activité physique étant reconnue comme un moyen efficace de prévention et de gestion des maladies chroniques, celle-ci devient donc une alliée importante dans la prise en charge des patients. Le fait de donner lieu à la pratique d'exercice physique dans un environnement encadré et contrôlé permet aux patientes et patients de prendre confiance en leur capacité et, ultimement, d'intégrer ce genre de pratique à leur quotidien.

Le contenu partagé sous forme de capsule interactive, l'accessibilité privilégiée aux différents intervenants du GMF et l'activité de marche s'avèrent efficaces dans notre objectif d'autonomisation des patientes et patients. En plus d'être une intervention dirigée vers la prise en charge des maladies chroniques, l'activité de groupe répond aux besoins des participantes et participants de socialiser et de briser leur isolement. Les intervenantes et intervenants apprécient grandement ce service, mais c'est principalement les utilisatrices et utilisateurs qui manifestent leur satisfaction à son endroit.

À cet égard, un questionnaire d'évaluation postparticipation a montré que la totalité des participantes et participants a augmenté ses capacités fonctionnelles ainsi que son engagement envers la pratique d'activité physique.

Nous sommes disponibles pour répondre à vos questions par rapport à l'implantation d'un Club de Marche dans votre milieu.

### Piliers du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
7. Continuité des soins

26

## Dissémination des résultats de recherche auprès du grand public, Conférences citoyennes

Hervé Tchala Vignon Zomahoun

[herve.zomahoun.ciusscn@sss.gouv.qc.ca](mailto:herve.zomahoun.ciusscn@sss.gouv.qc.ca)

Les résultats de recherche sont souvent disséminés auprès des cliniciens et des chercheurs. Toutefois, il y a très peu d'initiatives à l'endroit du grand public. Les Conférences citoyennes visent à créer un creuset d'échanges entre cliniciennes et cliniciens et citoyennes et citoyens sur un sujet de santé issu de résultats de recherche et modéré par un vulgarisateur scientifique.

Les conférences ont été développées en six (6) étapes :

1. Constitution d'un comité de chercheurs, cliniciens, patients, bibliothécaires et vulgarisateurs;
2. Appel aux résultats de recherche;
3. Évaluation et sélection du sujet à disséminer;
4. Recherche documentaire;
5. Entrevues avec la chercheuse ou le chercheur lauréat et une personne vivant le problème de santé d'intérêt;
6. Codéveloppement du contenu des conférences.

L'offre des conférences s'est faite en quatre (4) étapes :

1. Identification des bibliothèques – lieux des conférences, médecins-conférenciers, vulgarisateurs-modérateurs et observateurs;
2. Planification et annonce des conférences;
3. Rencontres préparatoires avec les parties prenantes;
4. Offre des conférences dans 27 bibliothèques, à Montréal et à Québec.

Dans la phase pilote réalisée à Québec, nous avons démontré que les Conférences citoyennes améliorent les connaissances des participantes et participants sur le sujet de santé traité (ex. : l'utilisation d'antibiotique dans les infections respiratoires aiguës). Aussi, elles permettent aux médecins-conférenciers de s'approprier des résultats de recherche et de les vulgariser dans un environnement autre que le milieu clinique. Rendre ces conférences fréquentes permettrait d'établir un continuum de connaissances entre chercheurs, cliniciens, et le grand public pour une meilleure application des connaissances.

Nous aurons besoin d'un soutien financier, de formation de vulgarisatrices et vulgarisateurs scientifiques et de cliniciennes-conférencières et cliniciens-conférenciers.

### Pilier du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale

27



Wikimedia

## Wikimedia

Emmanuelle Béland, Antoine Mercier-Linteau  
et Michaël St-Gelais

[michael.st-gelais@wikimedi.ca](mailto:michael.st-gelais@wikimedi.ca)

[wikimedi.ca](http://wikimedi.ca)

Wikimedia est une plateforme collaborative de type wiki qui permet aux professionnelles et professionnels de la santé de contribuer aux transferts des connaissances. Wikimedia possède de nombreuses fonctionnalités pour la clinicienne et le clinicien (calculateurs interactifs, moteur de recherche, hyperliens, vidéos, images, version mobile), pour l'éditrice et l'éditeur (interface d'édition simple, gestion de projet et des références, système de contrôle éditorial) et pour l'innovatrice et l'innovateur (interface de programmation applicative - API -, intelligence artificielle, libre accès).

La plateforme est en libre accès au bénéfice de toutes et tous, tant créatrices et créateurs que lectrices et lecteurs. Selon une revue systématique Cochrane de 2017, les plateformes collaboratives auraient le potentiel d'améliorer la collaboration, l'apprentissage, l'accès à l'information, la gestion des connaissances, l'efficacité, la motivation, les compétences, l'interaction entre plusieurs acteurs importants du système et la pratique basée sur les évidences.

Vous avez développé des fiches cliniques? Des algorithmes de prise en charge? Des protocoles? Des fiches de médicaments? Des feuillets à remettre aux patientes et patients? Wikimedia est l'endroit idéal pour partager ce contenu à l'ensemble des professionnelles et professionnels de la santé du Québec.

Cessons de dupliquer l'information et unissons nos efforts afin de créer un contenu de qualité! Grâce à vos contributions, Wikimedia a le potentiel de devenir une base de données cliniques basée sur les évidences, collaborative, gratuite, en français, interprofessionnelle, en libre accès (CC-BY-SA), pouvant alimenter une intelligence artificielle.

Les connaissances individuelles, c'est important, mais c'est en les partageant avec la collectivité que nous aurons un impact réel sur la santé de nos populations!

### Piliers du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

SYM  
POS  
IUM

28

## Biobanque en soins de première ligne

Ayat Salman

[ayat.salman@mail.mcgill.ca](mailto:ayat.salman@mail.mcgill.ca)

Au Canada, 65 % de tous les décès annuels sont dus à des maladies chroniques. Il existe peu de données valables décrivant l'ampleur de la multimorbidité chez les patientes et patients en soins de première ligne, alors que la prévalence de la multimorbidité est assez élevée tant chez les hommes que chez les femmes.

Les patientes et patients recherchant des soins médicaux dans un établissement de soins de première ligne présentent des symptômes qui n'aboutissent pas toujours à un diagnostic. Ces caractéristiques fournissent une population unique pour la recherche translationnelle. Par conséquent, la génération de preuves en soins de première ligne nécessite d'importants réseaux de praticiennes et praticiens et de chercheuses et chercheurs, ainsi que des solutions intéressantes et innovantes afin de faire avancer la recherche dans un domaine qui couvre une grande majorité de la population, y compris l'écart entre la population en bonne santé et les hôpitaux universitaires.

La biobanque en soins de première ligne peut fournir des informations sur les mécanismes de la maladie dans les familles et les individus dont nous nous occupons; une ressource de base pour l'innovation thérapeutique fondée sur la science et un meilleur ciblage des interventions préventives et thérapeutiques sur les personnes les plus susceptibles.

Une biobanque en soins de première ligne permettra de faire avancer la recherche fondamentale nécessaire afin de mettre la lumière sur les facteurs en interaction qui prédisposent les humains à la maladie; de faire avancer la recherche informatique, une discipline académique émergente associée à l'étude scientifique qui pourrait permettre l'exploitation des données. Les collectes, dans un cadre de biobanque, sont effectuées à l'intérieur d'un processus cadré afin de garantir l'utilisation de données et matériels biologiques à leur potentiel maximal, en plus de garantir la qualité et la validité de celles-ci.

Je suis disponible pour vous parler plus en détail de cette innovation.

### Piliers du Centre de médecine de famille

5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
7. Continuité des soins

# 29

# PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS



Collège  
québécois  
des médecins  
de famille

# Facilitateurs-dragons

## **Association médicale du Québec (AMQ)**

Vincent Demers, Hugo Viens

## **Carrefour de l'innovation et de l'évaluation en santé du CHUM / École de santé publique de l'Université de Montréal**

Aude Motulsky

## **Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM)**

Michel Gilbert

## **Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne**

Mylaine Breton

## **CISSS / CIUSSS / Établissements de la santé**

### **Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)**

Fabrice Brunet

### **Centre universitaire de santé McGill (CUSM)**

Anita Brown-Johnson

### **CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue**

Chantal Brunelle

### **CISSS de la Côte-Nord**

Marie-Claude Lebel

### **CISSS de la Montérégie-Est**

Jocelyne Bonin, Louise Potvin

### **CISSS du Bas-St-Laurent**

Simon Delisle

### **CIUSSS de la Capitale-Nationale**

Véronique Fugère

### **CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Jean-Yves Lavoie

### **CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

Caroline St-Denis

### **CIUSSS de l'Estrie - CHUS**

Raymonde Vaillancourt



# Facilitateurs-dragons

**CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal**  
Nadine Larente

**CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal**  
Sébastien Blin

**CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal**  
Mathilda Abi-Antoun, Marc Gagné

**Institut de cardiologie de Montréal (ICM)**  
Liza Odoherty

**Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)**  
Guillaume Charbonneau, Francine Lemire, Paul Sawchuk

**Collège des médecins du Québec (CMQ)**  
Ernest Prigent

**Collège québécois des médecins de famille (CQMF)**  
Caroline Laberge, Frédéric Turgeon

**Esplanade**  
Édouard Clément, Pascal Grenier, David Santelli

**Facultés de médecine / Départements de médecine de famille et de médecine d'urgence**

**Université de Montréal**  
Lyne Ménard

**Université de Sherbrooke**  
Joannie Lacasse-Bédard, Éric Lachance, Mireille Luc

**Université Laval**  
Guy Béland, Julie Deschambeault, Sonia Sylvain

**Université McGill**  
Samira Rahimi

**Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)**  
Julie Lalancette

# Facilitateurs-dragons

## **Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)**

Tanya MacDonald

## **Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)**

Denis A. Roy

## **Joule - Société de l'AMC**

Jaime Corinaldi

## **MEDTEQ**

Diane Côté

## **Ministère de la Santé et des Services sociaux**

### **Bureau de l'innovation en santé et en services sociaux**

Paul L'Archevêque

### **Conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U du Québec**

Marie-Michelle Racine, Jean-Luc Tremblay

### **Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux**

Isabelle Samson

### **Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques**

Lucie Opatrny

## **PARS3 - Composante accès aux données - Unité de soutien SRAP du Québec**

Jean-François Éthier

## **Réseau-1 Québec**

Yves Couturier

# Facilitateurs-dragons

## Réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL)

**RRAPPL Université de Montréal - RRSPUM**

**RRAPPL Université de Sherbrooke**  
Marie-Claude Beaulieu

**RRAPPL Université Laval**  
Jean-Sébastien Paquette, Lise Poisblaud

**RRAPPL Université McGill**  
Jeannie Haggerty

**Unité de soutien SRAP du Québec**  
Paula Bush, Joe Guillaume Pelletier, Alain Vanasse

# Leaders cliniques

## Cliniques GMF

### **Centre de médecine familiale de Granby**

Mélanie Gélinas, Marie-Claude Moore

### **Clinique médicale imaSanté**

Ioana Capilnean

### **CMC Whapmagoostui**

Geneviève Bois

### **GMF Baie-des-Chaleurs**

Philippe Aubin, Luce Picard

### **GMF de Lorraine**

Jean-Pierre Martineau

### **GMF des Sommets**

Madeleine Trépanier

### **GMF Grand-Gaspé**

Géraldine Lachance-Fortin

### **GMF Monteuil**

Claude Fréchette

### **GMF Saint-Alexandre**

Guyène Thériault

### **GMF Santé Kildare**

Michael Kalin

### **GMF-R des Trois Lacs**

Yves Gagnon, Janik Hallé

### **GMF-R Maisonneuve-Rosemont - Domus Médica**

Réal Barrette

# Leaders cliniques

## Université de Montréal

### **GMF-U Basses-Laurentides**

Sophie Bergeron (AACQ), Andrée Gagnon

### **GMF-U de Drummondville**

Jane Morales

### **GMF-U de Saint-Eustache**

Sophie Bergeron (AACQ), Caroline Chantal, Nadia Hogue

### **GMF-U des Aurores Boréales**

Jocelyne Bédard, Sabrina Paradis

### **GMF-U des Faubourgs**

Josée Archambault (AACQ), Lysane Ouellet, René Wittmer

### **GMF-U de Shawinigan**

Jane Morales, Frédéric Picotte

### **GMF-U de Verdun**

Daniel Murphy, Odette Pomerleau, Catherine Turcot

### **GMF-U du Marigot**

François Allison, Kim Lampron, Jonathan Lefebvre, Claudia Tremblay

### **GMF-U du Sud de Lanaudière**

Marc Dontigny

### **GMF-U Laval**

Charles Patrick Diene (AACQ), Claude Martin, Claudia Tremblay

### **GMF-U Les Eskers d'Amos**

Sophie Blouin (AACQ), Yolaine Sauvageau

### **GMF-U Maisonneuve-Rosemont**

Marie Authier (AACQ), Marie-Maude Morin

### **GMF-U Maria**

Edith Bernier (AACQ), Amélie Sylvestre

# Leaders cliniques

## Université de Montréal

### **GMF-U Notre-Dame**

Stéphanie Moncion, Zineb Yacoubi Soussane (AACQ)

### **GMF-U Sacré-Cœur**

Audrey Leduc (AACQ)

### **GMF-U Saint-Hubert**

Ouahiba Djouder (AACQ), Geneviève Parent

### **GMF-U Trois-Rivières**

Mélanie Gauthier, Dominique Giguère, Jean-Yves Lavoie

## Université de Sherbrooke

### **GMF-U Charles-Le Moyne**

Louise Champagne, Pascale Gravel (AACQ), Catherine Martineau

### **GMF-U de Chicoutimi**

Claude Côté (AACQ), Annie Tremblay

### **GMF-U de Saint-Jean-sur-Richelieu**

Geneviève Bruneau, Audrey Langlais

### **GMF-U des Deux-Rives**

Joanie Rinfret, Audrey-Anne Simard (AACQ), Geneviève Turcotte

### **GMF-U Jacques-Cartier**

Élodie Côté, Marie Hayes, Isabelle Marquis

### **GMF-U La Pommeraie**

Manon Paquette, Anne-Patricia Prévost

### **GMF-U Richelieu-Yamaska**

Myriam Auclair, Marie-Eve Choronzey (AACQ), Jean-François Clément

### **GMF-U Rouyn-Noranda**

Marie-Pierre Côté (AACQ)

# Leaders cliniques

## Université Laval

### **GMF-U de Gaspé**

Émilie Dupuis-Riendeau

### **GMF-U de la Haute-Ville**

Marie-Pierre Dumas

### **GMF-U de Lévis**

Geneviève Crevier, Véronique Lessard (AACQ), Julien Quinty

### **GMF-U de Manicouagan**

David Mercier

### **GMF-U de Rimouski**

Florian Delorme (AACQ), Isabelle Landry

### **GMF-U des Etchemins**

Caroline Landry, Véronique Lessard (AACQ)

### **GMF-U de Trois-Pistoles**

Florian Delorme (AACQ), Émilie Pelletier

### **GMF-U du Nord de Lanaudière**

Julie Desmeules (AACQ), Marie-Pierre Girard

### **GMF-U Laurier**

Hava Biba (AACQ), Dominique Deschênes, Caroline Laberge, Hélène Landry, Charline Néron, Sonia Sylvain

### **GMF-U Laval-Québec**

Andréane Lalumière-Saindon

### **GMF-U Maizerets**

Catherine Bouffard-Dumais, Véronique Fugère, Martin Savard

### **GMF-U Saint-François d'Assise**

Marie-Noëlle Côté (AACQ), Éric Tremblay

# Leaders cliniques

## Université McGill

### **GMF-U de Gatineau**

Marie-Claude Roy (AACQ)

### **GMF-U de la Vallée-de-l'Or**

Lise Dénommée (AACQ), Andréanne Lefort, Karo-Line Paul

### **GMF-U de St. Mary's**

Marie-Noëlle Bergicourt, Danielle Chahine, Anne Mirca Dupiton (AACQ)

### **GMF-U du Village Santé**

Alexis Lamy-Théberge (AACQ)

### **GMF-U Jardins-Roussillon**

Mireille Benoit, Katherine Déry (AACQ)



# Relève, patients et citoyens

## Représentantes et représentants de la relève

Rébecca Bourgault

Mathieu Desruisseaux

Antoine Dumas

Elizabeth Godin

Mathieu Hains

Frantz-Daniel Lafortune

Andréanne Lefort

Marie-Claude Moore

Lara Sater

Chakib Setti

Frédéric Tremblay

## Patientes et patients partenaires / citoyennes et citoyens

Ali Ben Charif, citoyen

Laura Cliche, citoyenne

Claire Grillet, citoyenne

Didier Minneci, citoyen

Sophie Riendeau, citoyenne

Ghislaine Rouly, patiente partenaire

Luc Vigneault, patient partenaire

# Comité organisateur et comité scientifique

## Comité organisateur

Mme Marie-Josée Campbell, gestionnaire – DPC, CQMF

Mme Nicole Cloutier, directrice générale, CQMF

Dre Maxine Dumas Pilon, présidente du groupe de travail  
du Symposium sur les innovations, CQMF

Mme Linda Lévesque, responsable des communications, CQMF

## Comité scientifique

Dre Maxine Dumas Pilon, présidente

Dre Élise Boulanger

Mme Marie-Josée Campbell

Dre Caroline Laberge

Dre Amélie Sylvestre

Dr Frédéric Turgeon

## REMERCIEMENTS

**Le Collège québécois des médecins de famille  
vous remercie de votre participation à  
son Symposium sur les innovations**

Le Symposium sur les innovations, une étape essentielle  
à l'avancement d'une culture d'amélioration continue  
de la qualité des soins en GMF et GMF-U

# INNOVATIONS



Collège  
québécois  
des médecins  
de famille