

L'attente commence ici

Le Partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne



RAPPORT FINAL

DECEMBRE 2009



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

Le Partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne a été formé en 2007 entre

Le Collège des médecins de famille du Canada

et

L'Association médicale canadienne

dans le but d'examiner les enjeux complexes des temps d'attente dans les soins de première ligne et de proposer des recommandations pour un accès en temps opportun aux soins médicaux de première ligne au Canada.

Table des matières

Résumé	v
Introduction	1
Méthodologie et portée du rapport	2
Méthodologie	2
Portée	2
Qu'est-ce que ça signifie?	3
Soins de première ligne	3
Le concept de la maison médicale	5
Modèles de soins de première ligne	5
Accès en temps opportun	6
A. À la médecine familiale	6
B. Aux soins spécialisés	7
C. Accès en milieu rural et urbain	9
Étapes suivantes - Trouver des solutions	11
A. Mesurer les temps d'attente en soins de première ligne	11
B. Déterminer des cibles	11
C. Modes de rémunération	20
D. Dossiers médicaux électroniques	21
E. Soutien de la pratique	22
Recommandations	23
Recommandations générales	23
Recommandations pour les patients sans médecin de famille	24
Recommandations pour les patients ayant un médecin de famille	25
Recommandations pour la référence des soins de première ligne aux soins spécialisés	25
Mot de la fin	27
Bibliographie	28

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne désirent remercier le Partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne, sous la direction de ses co-présidents, les Drs Tom Bailey BC et Lydia Hatcher NL. Les membres du partenariat sont notamment les Drs Robert Boulay NB, Shireen Mansouri NT, John Tracey ON et Ruth Wilson ON. Enfin, nous voulons remercier le Dr William Beilby de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM), Mme Eileen Patterson du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, et notre personnel : le Dr John Maxted et M. Eric Mang (CMFC) ainsi que M. Owen Adams et Mme Kelly Stevenson (AMC).

En 2007, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association médicale canadienne (AMC) ont formé un partenariat afin d'explorer les temps d'attente dans les soins médicaux de première ligne – le Partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne (PTASPL) CMFC-AMC. Le but du partenariat est de plaider la cause de l'accès aux soins de santé en temps opportun pour tous les Canadiens.

Les initiatives en vue d'améliorer les temps d'attente dans les soins de santé doivent être axées sur le patient. Bien que les données probantes disponibles suggèrent que la moitié du temps d'attente total s'écoule depuis la référence du médecin de famille jusqu'au moment où le patient est vu pour la première fois par le spécialiste consultant, la phase initiale du continuum du temps d'attente du patient se produit encore plus tôt – lorsque le patient prend rendez-vous avec son médecin de famille. Et pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille, l'attente est encore plus longue. La mesure de ces phases est inutile à moins de prendre en compte le continuum complet des temps d'attente du patient. Jusqu'ici, cela s'est rarement fait.

Voici les trois principales questions que nous abordons au sujet des temps d'attente en soins de première ligne :

- l'accès aux soins de première ligne pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille;
- l'accès aux soins de première ligne pour ceux qui ont un médecin de famille;
- la référence des soins de première ligne à des soins plus spécialisés.

Le PTASPL appuie la cible du CMFC voulant que 95 % des Canadiens de chaque collectivité aient un médecin de famille d'ici 2012. Il y a maintes façons d'atteindre ce but, notamment : 1. accroître le nombre de médecins de famille exerçant au Canada; et 2. augmenter la capacité des médecins de famille existants. Pour contribuer à régler le problème de l'offre, les facultés de médecine doivent trouver des façons innovatrices d'encourager un plus grand nombre d'étudiants en médecine à choisir la médecine familiale. Et il faut plus de possibilités de formation avec un nombre suffisant d'enseignants disponibles pour que les diplômés internationaux en médecine puissent s'intégrer à la population active des médecins de famille. En ce qui concerne l'augmentation de la capacité, de nombreux moyens pourraient éventuellement aider les médecins de famille à prendre des patients additionnels. Par exemple, les approches interprofessionnelles semblent prometteuses. Les efforts pour améliorer l'efficacité des pratiques seront aussi utiles, notamment l'attention portée au flux des patients.

Plusieurs modèles de prestation des soins de première ligne sont actifs au Canada, y compris divers arrangements de pratiques en collaboration, où différents prestataires de soins de santé travaillent ensemble. Jusqu'ici, rien ne permet de conclure que n'importe lequel de ces modèles en particulier réussit mieux que les autres à fournir un accès aux soins en temps opportun. Maintes études ont comparé divers modèles, chacune parvenant à des conclusions différentes. Pourtant, même s'il n'y a pas de recherche définitive sur le meilleur modèle, il y a une gamme d'approches innovatrices pour améliorer l'accès en temps opportun à des soins médicaux de première ligne de qualité. Il faut plus de recherche pour déterminer lequel ou lesquels modèles de soins de première ligne, s'ils sont mis en œuvre à grande échelle, peuvent améliorer l'accès pour les patients.

Nous devons chercher des solutions qui améliorent l'accès pour les patients par des moyens innovateurs de changer la pratique, et non en escomptant que les médecins de famille travaillent plus fort et plus longtemps. Une de ces méthodes est la Restructuration de la pratique clinique (RPC), qui a recours à des techniques efficaces accordant la priorité aux patients, et qui exige une gestion de l'information et des instruments de mesure efficaces, un soutien additionnel de la pratique, et l'aide d'experts de la gestion du changement. Pour mieux sensibiliser à la question, des possibilités de gestion de la pratique améliorée devraient être offertes durant l'éducation et la formation à la faculté de médecine, ainsi qu'au développement professionnel continu.

Étant donné le large spectre des maladies qui sont évaluées dans les soins de première ligne, les approches de la détermination de cibles des temps d'attente doivent être prises en consultation avec les médecins de famille et en gardant à l'esprit les lignes directrices cliniques. Le recours au jugement clinique doit être encouragé, si l'on convient de cibles appropriées.

Si l'on envisage le concept de la détermination de cibles, il exige un investissement important dans les infrastructures d'information pour faciliter la mesure et la surveillance. En outre, il faut reconnaître que peu importe la manière dont les cibles sont déterminées, les patients ne recevront pas tous des soins dans la période de temps la plus appropriée à leur situation particulière.

L'un des principaux problèmes des temps d'attente en soins de première ligne est d'établir des cibles pour l'accès en temps opportun à des soins plus spécialisés. La tâche peut être énorme, puisqu'il y a plus de soixante spécialités et surspécialités reconnues au Canada, et que chacune d'elles est responsable de traiter un certain nombre de problèmes d'abord présentés au médecin de famille. En raison des divers degrés de complexité des problèmes médicaux des patients, et des niveaux d'urgence, à l'heure actuelle, les données probantes ou le soutien informatique ne suffisent pas à établir des cibles de temps d'attente pour chaque affection ou maladie.

Lorsqu'un patient est adressé à des soins plus spécialisés, un effort concerté doit être déployé pour garder les voies de communication ouvertes le plus possible entre les médecins de famille et les spécialistes consultants. La communication optimale entre médecins est essentielle à l'amélioration du continuum des temps d'attente des patients.

Bien que l'accès en temps opportun aux médecins de famille et à d'autres spécialistes soit une préoccupation nationale, l'accès aux soins de santé peut être un problème encore plus criant en milieu rural. Toutes lignes directrices concernant les temps d'attente doivent aussi tenir compte des facteurs géographiques qui affectent l'accès.

Introduction

En 2007, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association médicale canadienne (AMC) ont formé un partenariat afin d'explorer les temps d'attente dans les soins médicaux de première ligne – le Partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne (PTASPL) CMFC-AMC. Le but du partenariat est de plaider la cause de l'accès aux soins de santé en temps opportun pour tous les Canadiens.

Le partenariat a publié son rapport intérimaire, ... *Et l'on attend toujours : étude sur les temps d'attente en soins primaires au Canada, en avril 2008*, afin de stimuler la discussion et l'entente sur les façons d'améliorer l'accès en temps opportun aux soins de première ligne, et des soins de première ligne aux soins plus spécialisés. Il s'attaquait à une longue série de questions auxquelles font face les médecins de famille dans un système de santé qui ignore largement les problèmes de temps d'attente des patients, et il a été très bien reçu par les membres de l'AMC, du CMFC et d'autres intervenants. Ce rapport final est une approche qui porte sur les recommandations et solutions qui relèvent spécialement des soins médicaux de première ligne.

Le premier rapport a identifié que la difficulté de mesurer les temps d'attente en soins de première ligne pour une foule de maladies et d'affections peut entraver le progrès de la recherche de solutions aux problèmes de temps d'attente que connaissent les médecins de famille. Le PTASPL croit que la condition préalable est la capacité de mesurer et de suivre les temps d'attente sur le continuum des soins aux patients, mais que cette capacité dans les soins de première ligne, de même qu'à des niveaux de soins plus spécialisés, est encore très limitée. Il faut aussi établir la priorité desquels points de repère ou cibles il faut atteindre sur le continuum des temps d'attente des patients : 1) pour trouver un médecin de famille; 2) pour consulter un médecin de famille; et 3) pour obtenir une intervention diagnostique ou pour voir un spécialiste consultant.

La difficulté de mesurer les temps d'attente en soins de première ligne pour une foule de maladies et d'affections peut entraver le progrès de la recherche de solutions aux problèmes de temps d'attente que connaissent les médecins de famille.

Méthodologie et portée du rapport

Méthodologie

Ce rapport offre l'occasion d'attirer l'attention sur des questions d'intérêt pour les médecins de famille et leurs patients qui attendent des soins – soit pour trouver un médecin de famille ou en consulter un, ou pour consulter un autre spécialiste. Le rapport reflète plusieurs sources de données, dont :

- l'opinion experte de médecins de famille chefs de file de la pratique et de la recherche;
- les résultats du Sondage national des médecins (SNM) de 2004 et 2007;
- la consultation d'intervenants.

Étant donné l'expertise offerte par le PTASPL représentant deux organisations médicales nationales qui plaident en faveur des patients des soins de première ligne et des ressources à l'appui de soins de qualité supérieure, les auteurs de ce rapport sont en bonne position pour utiliser leurs connaissances et leur compréhension afin de contribuer aux solutions et recommandations proposées.

Portée

Il est plus facile de définir ce qui s'inscrit à l'intérieur qu'à l'extérieur de la portée de ce rapport. Diverses influences importantes jouent sur les temps d'attente en soins de première ligne. Certaines excèdent la portée de cette discussion. Par exemple, le système de santé prône davantage de soins en collaboration, et bien que ce soit une partie de plus en plus importante de la pratique, l'influence qu'elle exerce sur les temps d'attente en soins de première ligne demeure à définir.

Il y a également des facilitateurs et des entraves à l'amélioration de l'accès aux soins, dont certains sont encore mal définis. Par exemple, l'endroit où un médecin exerce et l'influence de cet endroit, p. ex. la banlieue comparativement aux collectivités rurales, font une différence pour l'accès. L'emplacement des ressources selon des critères comme la rentabilité et le maintien des compétences exige plus d'attention. De même, les nouveaux modèles de soins de première ligne préconisent les incitatifs à la pratique différemment. Mais l'influence qu'ont ces nouveaux modèles sur l'accès aux soins en temps opportun est encore incertaine.

Enfin, de nombreux facteurs personnels affectent le choix des patients et la décision du médecin lorsqu'il s'agit de déterminer si l'accès est acceptable ou intolérable. Le risque joue un rôle important dans ces décisions, mais les risques ne sont pas tous mesurables. Des experts ont aussi suggéré que les listes d'attente ne sont pas toutes mauvaises. Ces questions exigent beaucoup plus d'analyse que ne le permet ce rapport.

Bref, les recommandations pour la future recherche seront nourries autant de ce que nous savons que de ce que nous ne savons pas encore.

Qu'est-ce que ça signifie?

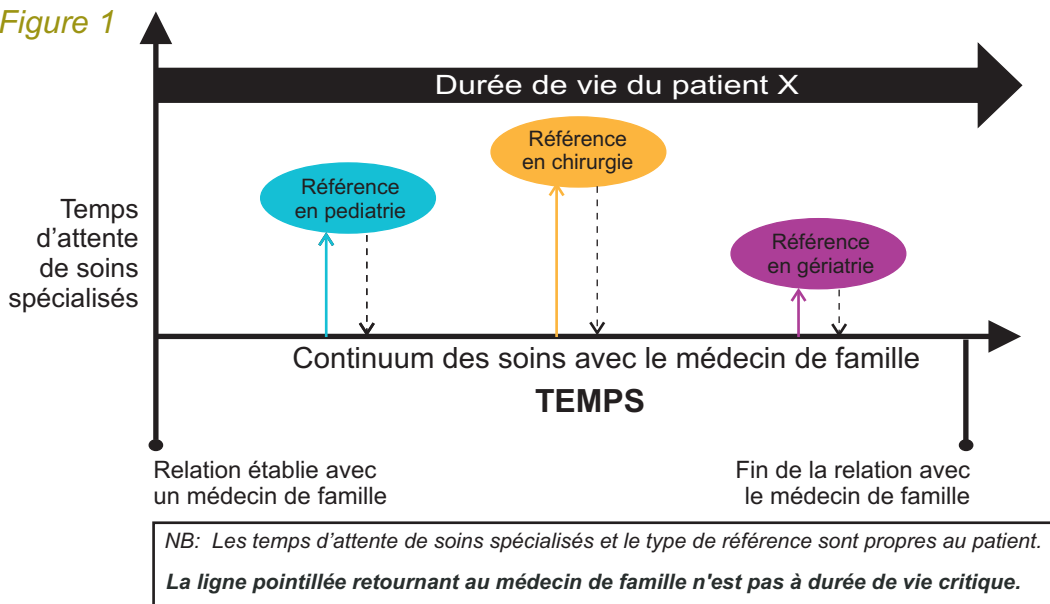
Soins de première ligne

Dans le premier rapport du PTASPL, les soins de première ligne étaient définis comme étant les soins et services médicaux de premier contact fournis par les médecins de famille et les omnipraticiens. Par contre, les soins de santé primaires étaient définis comme étant les déterminants plus généraux de la santé, incluant également la prestation des services de santé par d'autres professionnels. Dans la même veine, on reconnaissait dans ce rapport que « les soins primaires constituent l'assise du système de santé et les médecins de famille en sont l'épine dorsale autant que le premier point de contact pour la plupart des patients ». Les patients ont accès à un continuum de services médicaux en se présentant d'abord à leur médecin de famille, au niveau des soins de première ligne.

Les patients peuvent consulter plusieurs spécialistes pour divers problèmes; cependant, les médecins de famille des patients jouent un rôle important dans l'interaction avec les soins spécialisés, sur le continuum des soins de durée de vie.

Les gens peuvent nécessiter des soins spécialisés à divers moments de leur vie. Les patients peuvent consulter plusieurs spécialistes pour divers problèmes; cependant, les médecins de famille des patients jouent un rôle important dans l'interaction avec les soins spécialisés, sur le continuum des soins de durée de vie. (Figure 1)

Figure 1



Que signifie avoir un médecin de famille? Comme le mentionnent les quatre principes de la médecine familiale du CMFC, on peut dire qu'une personne a un médecin de famille lorsqu'elle a établi une relation patient-médecin qui lui procure des soins continus par des contacts répétés au long du cycle de vie, et dans laquelle le médecin devient un représentant du patient en l'adressant à d'autres spécialistes et à d'autres ressources de santé, le cas échéant. Bien que par le passé cette relation ait souvent été établie par contrat verbal, dans certains nouveaux modèles de pratique, les patients sont officiellement « fichés », c'est-à-dire qu'ils signent un engagement d'obtenir tous leurs soins non urgents du médecin ou d'une clinique en particulier.

Que signifie avoir un médecin de famille? Comme le mentionnent les quatre principes de la médecine familiale du CMFC, on peut dire qu'une personne a un médecin de famille lorsqu'elle a établi une relation patient-médecin qui lui procure des soins continus par des contacts répétés au long du cycle de vie et dans laquelle le médecin devient un représentant du patient en l'adressant à d'autres spécialistes et à d'autres ressources de santé, le cas échéant.

Que signifie ne pas avoir de médecin de famille? Les personnes sans médecin de famille sont celles qui n'ont pas établi de relation avec un médecin des soins de première ligne, lequel tient un dossier médical continu pour elles.

Les enquêtes à grande échelle qui recueillent des données sur l'utilisation des soins de santé dans la population générale ont été menées par Statistique Canada. Elles n'ont pas questionné spécifiquement à propos des « médecins de famille », mais plutôt d'un ou des « médecins réguliers ». Dans son Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007, Statistique Canada posait la simple question: «Avez-vous un médecin régulier?»¹ À l'échelle nationale, 85 % de la population âgée de 12 ans et plus disaient en avoir un. En 2008, le CMFC a commandé un sondage Harris/Décima qui a révélé que 86 % des répondants avaient un médecin de famille². Le CMFC a proposé comme objectif que 95 % des Canadiens de chaque collectivité aient un médecin de famille d'ici 2012. Certaines régions du pays s'approchent de cet objectif alors que d'autres en sont encore très loin.

Les personnes qui ont un médecin régulier sont plus enclines à déclarer une plus grande continuité de soins. Selon l'Enquête sur l'expérience des Canadiens avec les soins de santé primaires de 2007 de Statistique Canada, parmi les 86 % de la population déclarant avoir un médecin régulier, 95 % ont dit qu'ils seraient sûrement ou probablement pris en charge par le même médecin ou la même infirmière chaque fois qu'ils se rendaient au bureau du médecin. Par contre, sur les 10 % de la population sans médecin régulier mais qui ont un endroit habituel où obtenir des soins, seulement 31 % ont dit qu'ils verraient sûrement ou probablement le même médecin ou la même infirmière à chaque consultation³.

Que signifie ne pas avoir de médecin de famille? Les personnes sans médecin de famille sont celles qui n'ont pas établi de relation avec un médecin des soins de première ligne, lequel tient un dossier médical continu pour elles. On les nomme les patients seuls ou orphelins. Ils obtiennent des soins épisodiques dans des endroits comme les cliniques sans rendez-vous et les salles d'urgence (SU) des hôpitaux. Un rapport récent de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) a révélé qu'il y a un excès significatif des visites aux SU chez les personnes souffrant de maladies chroniques qui n'ont pas de médecin de famille⁴. Réduire le nombre de patients orphelins pourrait donc avoir un effet important sur le problème des SU congestionnées.

Sur les 4,1 millions estimés de Canadiens de 12 ans et plus qui ont indiqué ne pas avoir de médecin régulier dans l'ESCC de 2007, 78 % ont déclaré qu'ils avaient une certaine autre source de soins habituelle. Parmi ces personnes, la source de soins la plus souvent citée était les cliniques sans rendez-vous (64 %), suivie des salles d'urgence des hôpitaux (12 %), des centres de santé communautaires (10 %) et « autres » (14 %)⁵.

Le concept de la maison médicale

Pour ceux qui ont un médecin de famille, la documentation sur le concept de la « maison médicale » est en hausse aux États-Unis. En 2007, l'American Academy of Family Physicians et trois autres associations médicales ont adopté les « principes conjoints de la maison médicale axée sur les patients », notamment :

- chaque patient a son médecin personnel;
- la pratique médicale est dirigée par un médecin;
- une orientation de la personne intégrale;
- des soins coordonnés dans tous les éléments du système de santé;
- la qualité et la sécurité (p. ex., le soutien de résultats optimaux axés sur les patients);
- un meilleur accès aux soins (p. ex., une prise de rendez-vous ouverte);
- des mesures incitatives compensatoires appropriées⁸.

Le Commonwealth Fund a tenté d'évaluer la proportion des patients ayant une maison médicale dans leur enquête internationale sur les politiques de santé de 2007. Leur définition comprenait des patients qui ont « un médecin régulier ou un endroit très/assez facile à contacter par téléphone, qui connaît toujours/souvent les antécédents médicaux, et qui aide toujours/souvent à coordonner les soins (oui) ». Bien que 84 % des répondants canadiens de l'enquête aient déclaré avoir un médecin qu'ils consultent habituellement (concorde avec toutes les autres estimations d'enquêtes), un peu moins de un sur deux (48 %) étaient considérés avoir une maison médicale, selon la définition du Commonwealth Fund. Sur les sept pays sondés, les répondants de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie étaient les plus susceptibles d'être considérés avoir une maison médicale (61 % et 59 % respectivement)⁷.

Modèles de soins de première ligne

Il y a plusieurs modèles de prestation de soins de première ligne, et jusqu'ici, les données probantes ne distinguent pas de modèle en particulier comme étant meilleur que les autres. De nombreuses études ont comparé divers modèles de maintes façons différentes, chacune arrivant à des conclusions différentes. Par exemple, une étude comparative détaillée sur l'efficacité de production de quatre modèles de prestation de soins de première ligne en Ontario a conclu qu'aucun type de modèle ne domine et qu'il faut plus de future recherche⁸.

En outre, une autre étude comparant divers modèles de prestation de soins de première ligne en ce qui a trait à un certain nombre de variables, dont l'accès et la qualité, a tiré les mêmes conclusions. Elle a révélé que le modèle de pratique des médecins rémunérés à l'acte avait le meilleur classement en ce qui concerne l'accès et la réponse aux patients, alors que les centres de santé communautaires se classaient en premier pour l'efficacité, la productivité, la continuité et la qualité⁹.

Enfin, une autre étude qui comparait la satisfaction des patients dans les cliniques sans rendez-vous, les SU et les pratiques familiales a conclu qu'au chapitre des temps d'attente, les patients étaient les plus satisfaits dans les pratiques familiales¹⁰.

Bien qu'il n'y ait pas de recherche définitive sur les meilleurs modèles de prestation des soins de première ligne, ce rapport indique qu'il existe une gamme d'approches innovatrices pour améliorer l'accès en temps opportun à des soins médicaux de première ligne de qualité.

Accès en temps opportun

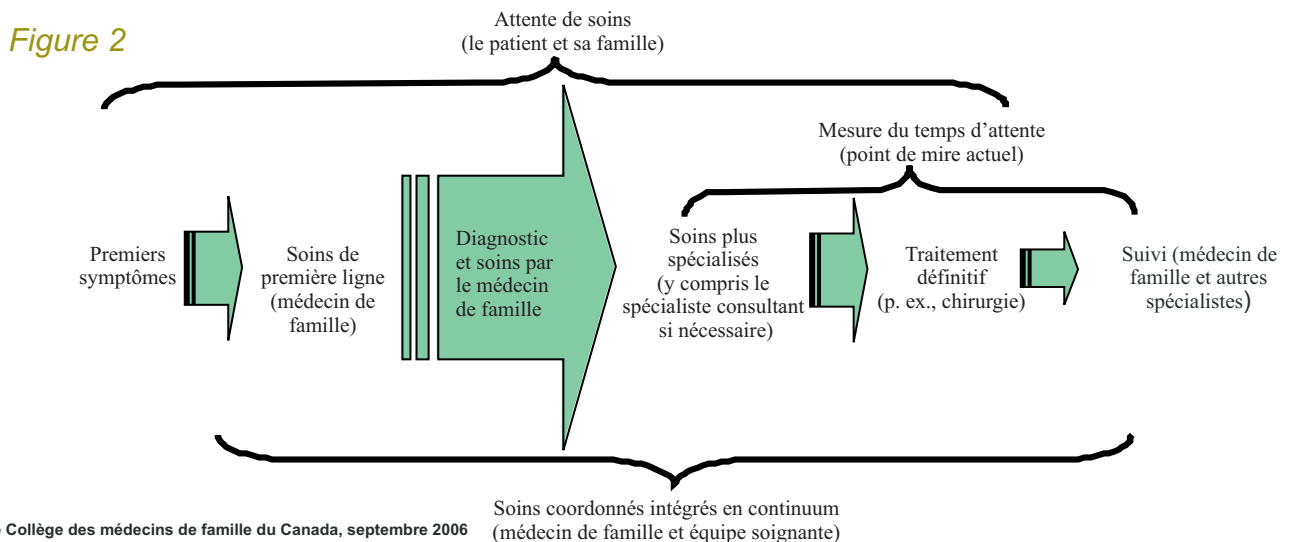
La question des temps d'attente a dominé l'ordre du jour des politiques de santé au Canada, particulièrement depuis l'accord de 2004 des premiers ministres. Précédemment, toutefois, dans leur accord de février 2003, qu'ils qualifiaient d'« engagement », les gouvernements ont accepté de développer des indicateurs communs et d'en rendre compte. Parmi les 40 indicateurs énumérés dans l'Accord de 2003, en plus de l'accès aux soins de première ligne (mesuré comme pourcentage de la population ayant un médecin de famille et le pourcentage des médecins acceptant de nouveaux patients), la liste comprenait sept indicateurs temps d'attente/volume, dont les suivants relevaient des soins de première ligne :

- la référence à des spécialistes pour le cancer (du poumon, de la prostate, du sein, colorectal), les maladies du cœur et les accidents cérébrovasculaires;
- les tests diagnostiques (IRM, TDM);
- le pourcentage de services/installations reliés à un système centralisé (provincial/régional) de gestion des listes d'attente pour certains types de cancer et de chirurgie, pour la référence aux spécialistes, pour les salles d'urgence et les tests diagnostiques¹¹.

Ces engagements ont toutefois été dépassés par l'Accord de 2004 qui demandait des points de repères fondés sur des données probantes pour cinq interventions, notamment le cancer, le cœur, l'imagerie diagnostique, les remplacements articulaires, et la restauration de la vue¹². Les points de repère nationaux ont été mis au point en décembre 2005, mais ils entrent en scène au moment où la décision concernant le traitement a été prise entre le spécialiste consultant et le patient¹³.

A. À la médecine familiale

Dans les discussions à propos du total des temps d'attente des patients pour des soins, ce qui est souvent négligé est le fait que le continuum des temps d'attente débute lorsqu'un patient a un problème médical. Cependant, la première partie du continuum qui peut être mesurée est celle où le patient prend son premier rendez-vous avec un médecin de famille. La figure 2 ci-dessous illustre le continuum complet des temps d'attente.



L'accès à un médecin de famille est une préoccupation majeure au pays. Lors d'une série de groupes de discussion menés par Ipsos-Reid dans tout le Canada en 2007, pour l'AMC, les questions ou préoccupations suivantes ont été soulevées par des patients :

- les gens cherchaient un médecin de famille depuis sept ans sans succès;
- les gens qui avaient un médecin de famille craignaient de le voir prendre sa retraite;
- les gens qui avaient un médecin de famille déclaraient de trois à quatre semaines d'attente pour avoir un rendez-vous¹⁴.

D'après le sondage de 2007 du Commonwealth Fund, le Canada a le taux le plus faible, et de loin, de rendez-vous le jour même avec un médecin. Parmi les répondants, 22 % ont dit pouvoir voir leur médecin le jour même, contre 30 % aux É.-U. et 41 % et plus dans les cinq autres pays. Le Canada avait aussi le taux le plus élevé de répondants (30 %) indiquant qu'il fallait six jours ou plus pour voir leur médecin, contrairement à 20 % pour l'Allemagne et les É.-U. et moins encore pour les quatre autres pays sondés⁷. Cependant, dans le Sondage national des médecins (SNM) de 2007, 65 % des médecins de famille indiquaient que leurs patients ayant des besoins urgents sont capables de les consulter dans la journée. Pour les cas non urgents, 41 % sont capables de voir leurs patients dans la semaine, et 66 % peuvent voir leurs patients non urgents en moins de quatre semaines¹⁵.

Dans le sondage de 2007 du Conseil canadien de la santé, sur les 26 % de répondants qui ont déclaré nécessiter des soins de routine ou continus, 45 % ont noté qu'ils devaient attendre trop longtemps pour obtenir un rendez-vous et 29 % ont dit qu'il était difficile d'en obtenir un¹⁶. En outre, selon le SNM de 2007, lorsqu'on a demandé aux autres spécialistes de coter l'accès de leurs patients aux médecins de famille, seulement 13 % lui ont attribué une cote très bonne ou excellente, alors que plus de la moitié (55 %) n'accordaient qu'une cote passable ou mauvaise.

Ce sondage a également révélé que 86 % des médecins de famille indiquaient avoir pris des arrangements avec leur patients pour des soins en dehors des heures de bureau normales. À la question de dresser la liste des arrangements pris, un tiers (33 %) ont dit prolonger leurs heures de bureau, plus d'un tiers (37 %) travaillent à une clinique ouverte après les heures ouvrables qui est dotée des membres de leur pratique, et 41 % incluaient les appels faits à une ligne de télésanté ouverte tous les jours 24 heures sur 24 comme option. Toutefois, plus de la moitié (52 %) incluaient se rendre à une SU comme étant un de ces arrangements¹⁵.

Les sondages mentionnés ci-dessus ont fait la preuve d'une disparité entre la perspective des patients et celle des médecins en ce qui concerne l'accès aux soins de première ligne. En outre, le Canada tire de l'arrière à ce chapitre, comparativement aux autres pays.

B. Aux soins spécialisés

L'étape suivante du continuum des temps d'attente est souvent négligée. Il s'agit du moment où un médecin de famille réfère le patient à des soins spécialisés. La recherche de l'Institut Fraser sur les temps d'attente des patients en tient compte, cependant. Selon leur sondage le plus récent, le temps d'attente moyen entre la référence du médecin de famille et la consultation d'un spécialiste est passé de 9,2 semaines en 2007 à 8,5 semaines en 2008¹⁷. Il est encourageant de voir un mouvement dans la bonne direction, mais il y a grandement place à l'amélioration. Selon le SNM de 2007, seulement un quart (24 %) des médecins de famille accordaient une cote très bonne ou excellente à l'accès des patients à d'autres spécialistes, tandis que plus du tiers (36 %) des médecins de famille y attribuaient une cote passable ou mauvaise¹⁵. Certains spécialistes ne prendront pas d'appels des médecins de famille – le seul mode de communication est par télécopie, ce qui rend difficile pour le médecin de famille de confirmer si le spécialiste consultant a reçu la référence et s'il y a donné suite.

Il faut tout tenter pour garder les voies de communication et d'accès ouvertes autant que faire se peut entre médecins de famille et spécialistes consultants, dans les deux sens. D'autres spécialistes ont dit avoir certaines difficultés à prendre des rendez-vous pour leurs patients avec leurs médecins de famille, après consultation et/ou traitement.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a défini un processus spécifique à suivre pour les médecins traitants, qui comprend les directives suivantes : quand un patient est adressé à un spécialiste consultant, le médecin de famille doit fournir suffisamment de renseignements cliniques pour que le consultant puisse adéquatement classer ses références par ordre de priorité. Le consultant doit aviser le médecin de famille du rendez-vous pris pour le patient. Si le choix du moment du rendez-vous ne semble pas raisonnable au médecin de famille, il devrait tenter d'obtenir un rendez-vous plus tôt. Si ce n'est pas possible, le médecin de famille devrait envisager des options de rechange à la recherche de soins spécialisés et en discuter avec le patient. Le patient devrait aussi être informé de ce à quoi s'attendre si son état changeait en attendant les soins spécialisés, et le cas échéant, quoi faire et qui consulter¹⁸.

L'ACPM a défini un processus spécifique à suivre pour les médecins traitants qui comprend les directives suivantes : quand un patient est adressé à un spécialiste consultant, le médecin de famille doit fournir suffisamment de renseignements cliniques pour que le consultant puisse adéquatement classer ses références par ordre de priorité.

Le Comité d'action sur la collaboration intraprofessionnelle (CACI) a été formé en 2006 par le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada afin de discuter de l'amélioration de l'intraprofessionnalisme et d'étudier des façons d'encourager les comportements souhaités qui amélioreront les relations intraprofessionnelles des médecins. Ce travail est essentiel pour assurer un continuum de soins uniforme entre médecins de famille et autres spécialistes. Des groupes de travail ont été mis sur pied pour se pencher sur l'amélioration des relations par l'éducation, la formation et la certification médicale, et dans la pratique, par des améliorations au processus de référence-consultation¹⁹.

Si une référence en temps opportun n'était pas disponible, les dernières directives de l'ACPM sur les temps d'attente, parues dans un feuillet d'information de septembre 2007, abordent la question de la responsabilité lorsque les ressources de soins de santé, comme les soins spécialisés, sont limitées. Le feuillet indique que les médecins peuvent être tenus de prodiguer des soins hors de leur champ d'expertise lorsque les ressources sont rares. Notant que les tribunaux n'ont pas encore abordé la question, il suggère : « Les tribunaux n'évalueront pas vos décisions d'après une norme de perfection. Vos décisions seront plutôt évaluées à la lumière de ce qu'un médecin raisonnable et prudent comme vous aurait décidé dans des circonstances semblables²⁰. » Néanmoins, étant donné que la décision de référer le patient implique que le médecin a déterminé que le problème dépasse la portée de sa pratique, la question du soutien au médecin qui prend charge de ce qui pourrait être de longues attentes pour des soins spécialisés doit être abordée.

Un autre obstacle à l'accès des patients en temps opportun aux soins spécialisés est que les médecins de famille n'ont pas tous les mêmes capacités de commander des tests diagnostiques de deuxième niveau. L'association canadienne des radiologistes (CAR) a élaboré des lignes directrices à suivre pour tous les médecins qui commandent des tests diagnostiques.

Néanmoins, certains médecins de famille n'ont pas l'autorisation de commander ces tests de deuxième niveau. Ces règles sont établies au niveau de la régie régionale de la santé (RRS) ou de l'hôpital, dans la plupart des administrations. Il y a au moins trois conséquences à l'incapacité d'un médecin de famille de commander des tests diagnostiques de deuxième niveau :

- le temps d'attente d'un patient pour des soins complets est prolongé parce que les tests doivent être commandés après ce qui peut être une longue attente pour passer aux soins spécialisés;
- le temps du médecin consultant est utilisé inefficacement parce qu'il doit commander les tests et rappeler le patient et/ou fixer un autre rendez-vous;
- le système de santé est surchargé parce que le test diagnostique peut fournir des renseignements au médecin de famille qui élimineraient le besoin de se référer à des soins spécialisés.

C. Accès en milieu rural et urbain

Bien que l'accès en temps opportun aux médecins de famille et le temps de la référence à d'autres spécialistes soient une préoccupation nationale, l'accès aux soins de santé est souvent considéré comme étant un problème plus aigu en milieu rural. Le SNM de 2007 a révélé que ce n'est pas le cas, en fait, que le contraire s'avère. Il y a très peu de différence dans les taux d'accès à un médecin de famille le jour même entre milieu urbain et milieu rural, et à l'égard d'autres spécialités, la différence entre médecins ruraux et médecins urbains est notable, 51 % des médecins ruraux affirmant que les rendez-vous urgents peuvent être pris le jour même, contrairement à seulement 37 % des médecins urbains.

Cependant, il y a une différence entre les milieux urbains et ruraux en ce qui concerne les facteurs qui accroissent la demande du temps d'un médecin. Par exemple, le SNM de 2007 a révélé qu'un manque de disponibilité d'autres spécialistes localement était un facteur plus significatif pour les médecins ruraux (65 %) qu'urbains (55 %), tout comme l'était le manque d'autres professionnels de la santé, ce qui préoccupait 66 % des médecins ruraux, comparativement à 54 % des médecins urbains. Ce sondage indique que les ressources humaines en santé préoccupent tous les médecins, surtout en milieu rural¹⁵.

Il faut souligner que les perceptions différentes des médecins ruraux et urbains au sujet de l'accès aux soins de leurs patients peuvent avoir un effet sur les résultats de sondage; le climat et la distance à parcourir pour obtenir des soins spécialisés, par exemple, affectent la perspective qu'a le médecin de famille rural sur la qualité de l'accès.

Le SNM de 2007 a révélé que l'accès aux diagnostics de routine et de pointe était coté de manière très semblable par les médecins ruraux et urbains de toutes spécialités, l'accès aux services de routine obtenant une cote supérieure à celle de l'accès aux services de pointe, à tous les égards. Lorsque la spécialité du médecin est prise en compte, les médecins de famille ruraux et urbains cotent l'accès aux diagnostics de routine plus haut que les autres spécialistes (très bon ou excellent – 48 % contre 37 %). L'inverse est vrai pour l'accès aux diagnostics de pointe, 15 % des médecins de famille le cotant très bon ou excellent, alors que 21 % des autres spécialistes lui ont accordé de telles cotes¹⁵.

Toutes lignes directrices concernant les temps d'attente pour les soins spécialisés doivent aussi prendre en compte les facteurs géographiques qui influent sur l'accès. La solution la plus souvent envisagée au problème de l'accès aux soins spécialisés en région rurale est d'accroître le nombre de services spécialisés dans la région; pour bien des spécialités, cependant, cela n'est peut-être pas faisable en raison du nombre insuffisant de patients résidant dans la région pour soutenir une charge de travail efficace.

Étapes suivantes – Trouver des solutions

A. Mesurer les temps d'attente en soins de première ligne

Quels temps d'attente devraient être mesurés? Comment peuvent-ils l'être? Même si la sélection des cinq domaines prioritaires mentionnés plus tôt a stimulé le progrès de la mesure de l'attente d'un traitement, une fois que le spécialiste consultant a été vu, comme l'a rapporté l'Institut Fraser pour les deux dernières années, à l'échelle nationale, la moitié du temps d'attente total, entre la référence d'un médecin de famille et un traitement, s'écoule de la référence du médecin de famille jusqu'au moment où le patient est vu par le spécialiste consultant. En 2008, l'Institut a estimé le temps d'attente total moyen de la référence au traitement à 17,3 semaines, et de ce nombre, l'attente de la référence à la consultation du spécialiste était estimée à 8,5 semaines – 49 % du total¹⁷.

Aux fins de ce rapport, une « cible » est définie comme étant une norme temporelle pour accéder aux soins.

Parmi les récentes initiatives provinciales/territoriales, il n'y a pas eu d'effort systématique en vue d'enregistrer le temps entre la référence du médecin de famille et la consultation spécialisée. Pour sa part, l'Alliance sur les temps d'attente lance un projet, au printemps de 2009, qui enregistrera le temps d'attente total réel de la référence initiale au traitement, dans un échantillon de spécialistes consultants et de leurs patients.

B. Déterminer des cibles

Aux fins de ce rapport, une « cible » est définie comme étant une norme temporelle de l'accès aux soins. Elle peut être graduée par l'urgence des soins nécessaires, et peut aussi être qualifiée par un pourcentage de seuil à atteindre. Par exemple, « 90 % des patients dont le besoin de soins est le moins urgent seront vus dans un mois au plus après la référence ».

À propos du concept de la détermination de cibles, il faut souligner deux points importants :

- avant de pouvoir établir toute cible raisonnable de temps d'attente, un investissement important dans une infrastructure d'information est nécessaire pour faciliter la mesure et la surveillance de l'accès aux médecins de première ligne, aux rendez-vous et à la référence à d'autres spécialistes;
- peu importe comment les cibles sont déterminées, même si elles sont atteintes, les patients ne recevront pas tous des soins dans la période de temps la plus appropriée à leur situation particulière.

Cibles de l'accès aux soins de première ligne

Il y a deux principales considérations dans ce rapport pour ce qui est de cibler les temps d'attente de l'accès aux soins de première ligne. Bien que d'autres administrations et chercheurs aient envisagé d'autres approches, p. ex., les temps d'attente de l'accès à un établissement de soins de première ligne, ce rapport porte sur les façons d'améliorer l'accès en temps opportun aux soins médicaux de première ligne pour les Canadiens qui ont un médecin de famille et pour ceux qui n'en ont pas – ainsi que l'accès en temps opportun aux services de soins spécialisés après la consultation de leur médecin de famille.

Trouver un médecin de famille

95 % des Canadiens de chaque collectivité devraient avoir leur propre médecin de famille d'ici 2012

Que faudrait-il pour atteindre la cible de 95 % des Canadiens de chaque collectivité qui auraient un médecin de famille d'ici 2012? On estime que 4,1 millions de Canadiens de 12 ans et plus n'ont pas de médecin de famille. Statistique Canada subdivise ces 4,1 millions entre ceux qui n'ont pas cherché de médecin de famille (2,4 millions) et ceux qui en ont cherché mais n'en ont pas trouvé (1,7 million)¹. Un sondage téléphonique mené par Harris/Décima en octobre et novembre 2008 a révélé que sur les 14 % de répondants qui n'ont pas de médecin de famille, 61 % n'en cherchaient pas pour eux-mêmes ou un membre de la famille, et 45 % de ceux-ci disaient ne pas en chercher un parce qu'ils vont plutôt à une clinique sans rendez-vous ou une SU, alors que l'autre moitié de ces personnes ne cherchaient pas parce qu'ils supposaient qu'il n'y avait pas de médecins de famille disponibles².

Il semble raisonnable que la population qui cherche un médecin de famille mais n'en trouve pas soit une cible prioritaire pour progresser vers l'objectif de 2012. Comme l'a préconisé et étudié le CMFC, cela peut entraîner la création de registres pour les patients orphelins des collectivités pancanadiennes. Plusieurs provinces et territoires ont offert des incitatifs dans leurs contrats avec les médecins afin qu'ils prennent des patients orphelins, et il serait utile d'en évaluer l'efficacité.

Une des façons d'accroître le nombre de médecins de famille exerçant au Canada est d'encourager plus d'étudiants en médecine à choisir la médecine familiale en les exposant tôt aux pratiques familiales et en leur obtenant un stage dans des pratiques qui sont empressées de démontrer les avantages de la pratique familiale aux étudiants en médecine. Le soutien des précepteurs et enseignants de la médecine familiale est également important. Il faut des incitatifs afin d'attirer plus de précepteurs, et des moyens devraient être créés afin de sensibiliser davantage les étudiants en médecine à ces possibilités partout au pays.

L'Ontario a déterminé comme cible de trouver un médecin de famille à 500 000 patients orphelins d'ici les trois prochaines années²¹. La province a déjà instauré un régime de mesures incitatives pour les patients de ses modèles de soins de première ligne, afin de recruter de nouveaux patients. Le plus répandu de ces modèles (c.-à-d. comptant le plus grand nombre de médecins participants) est le groupe Santé familiale (GSF), qui verse 100 \$ à chacun des 50 patients sans médecin de famille nouvellement inscrits par année, et une prime de 10 % aux patients de 65 à 74 ans, et de 20 % à ceux de 75 ans et plus. Un montant de 150 \$ est aussi versé pour inscrire des patients orphelins qui ont eu leur congé après une hospitalisation. À compter du 1^{er} avril 2009, un tarif de nouveau patient complexe/vulnérable de 350 \$ sera initié, dont les critères sont encore en cours d'élaboration.

Le Nouveau-Brunswick exécute un projet pilote qui est basé sur une prime de 150 \$, payable en plus de la rémunération à l'acte, en versements de 50 \$ par visite jusqu'au maximum. Au Yukon, les médecins de famille qui acceptent des patients orphelins sont payés 200 \$ de plus que le tarif de consultation initial.

Une autre option dont discutent présentement un certain nombre d'administrations consiste à permettre une intégration plus rapide des diplômés internationaux en médecine (DIM) compétents, en évaluant l'équivalence de la formation en médecine familiale et des programmes d'homologation d'autres pays. Afin d'accroître le nombre de médecins de famille qui sont formés pour dispenser des soins de qualité supérieure, le CMFC a récemment approuvé les initiatives suivantes :

- l'expansion de la voie alternative à la certification pour les MF actifs intéressés à la certification en médecine familiale (pratique admissible) et qui exercent depuis au moins cinq ans au Canada;
- accorder la certification aux médecins de famille qui sont titulaires de la certification de l'American Board of Family Medicine (ABFM), qui sont membres en règle de l'American Academy of Family Physicians et qui s'installent au Canada;
- évaluer d'autres formations post-doctorales et programmes de certification en médecine familiale dans des territoires hors du Canada afin d'examiner la possibilité d'accorder la réciprocité aux médecins de famille dont la formation et la certification sont équivalentes aux programmes de médecine familiale du Canada

L'accès aux médecins de famille

Pour ce qui est de cibler des approches du temps nécessaire pour obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille, il semblerait que les approches « fondées sur des données probantes » de notation des urgences ne seraient pas pratiques, parce qu'elles nécessitent une évaluation du patient. Il vaudrait peut-être la peine d'examiner la méthodologie utilisée par les lignes de téléphone provinciales en santé pour trier les patients, basée sur l'utilisation d'algorithmes structurés, et étudier si cela pourrait servir au bureau d'un médecin de soins de première ligne, afin de mieux estimer le niveau du besoin de chaque patient de voir leur médecin, et d'organiser l'horaire des consultations du médecin de manière plus efficace. À cette fin, il faudrait allouer plus de ressources (de personnel et de technologie) à la pratique du médecin de famille.

Vous voulez en savoir plus?

Patsy Smith, infirmière, examine « un programme de soutiens des médecins de famille et des infirmières de pratique familiale qui sont rémunérés à l'acte en Nouvelle-Écosse » : www.cfpc.ca/nursinginfamilypracticeTQVI (disponible en anglais seulement)

En envisageant des approches d'amélioration de l'accès aux patients ayant un médecin de famille, il faut chercher des solutions qui passent par l'efficacité accrue de la pratique, et non escompter que les médecins de famille travaillent plus longtemps.

Améliorer l'efficacité de la pratique peut se faire par une meilleure formation en gestion à la faculté de médecine et durant la résidence. Les programmes de formation médicale continue en la matière seront aussi bénéfiques. On devrait enseigner aux médecins comment gérer une pratique du point de vue tant du flux des patients que des finances. Afin de susciter l'intérêt des médecins pour cet aspect de la gestion d'une pratique médicale, il importe de les sensibiliser à tous les avantages d'une pratique bien gérée (p. ex., plus de temps consacré directement aux soins des patients, la capacité d'accroître le nombre de patients et une meilleure conciliation travail-vie personnelle).

Les nouvelles approches de la gestion de la pratique

Des progrès ont été réalisés pour améliorer l'accès aux soins de première ligne. Divers projets en cours ont déjà montré des améliorations à ce chapitre, notamment un certain nombre d'initiatives réussies en Colombie-Britannique, en Alberta et en Saskatchewan, qui comportent la mise en œuvre d'un système innovateur de gestion de la pratique du nom d'Accès avancé. L'expression Restructuration de la pratique clinique (RPC) est une description plus populaire du processus en question.

« Accès avancé désigne la restructuration des pratiques cliniques de sorte que les patients puissent voir un médecin ou un autre praticien des soins de première ligne à l'heure et la date qui leur conviennent. On croit souvent que le modèle d'accès avancé est un autre système de prise de rendez-vous, mais c'est en fait une approche exhaustive de la prestation de soins efficace aux patients²². »

L'objectif principal de la RPC est d'améliorer le flux des patients d'une pratique médicale, ce qui implique l'utilisation de techniques efficaces de gestion de la prise de rendez-vous qui produisent un ordre de priorités approprié des consultations des patients. La principale prémisse est que si la demande de rendez-vous des patients est généralement en équilibre avec la capacité du médecin de prendre des rendez-vous, il devrait être possible d'offrir aux patients un rendez-vous le jour même où ils téléphonent pour en obtenir un. Le défi est d'éliminer l'arriéré de travail et d'atteindre cet équilibre. Cela fait, le temps d'attente pour voir le médecin peut être radicalement réduit.

Les auteurs de ce concept ont déterminé six étapes à la mise en œuvre de la RPC :

1. mesurer et équilibrer l'offre et la demande;
2. éliminer l'arriéré de travail accumulé;
3. réduire le nombre de types de rendez-vous;
4. dresser un plan de secours (p. ex., saison de la grippe);
5. réduire et orienter la demande (p. ex., répondre aux questions par téléphone et par courriel);
6. accroître l'offre réelle en déléguant les tâches²³.

Vous voulez en savoir plus?

Le Dr Ernst Schuster, médecin de famille, présente l'accès avancé en pratique familiale au moyen des mesures d'amélioration de l'accès de l'Alberta (AIM) : www.cfpc.ca/advancedaccessTQVI (disponible en anglais seulement)

L'indicateur sentinelle qui sert à surveiller la RPC est ce qu'on appelle « le troisième prochain rendez-vous disponible » et il désigne le nombre moyen de jours écoulés entre l'appel du patient pour un rendez-vous avec un médecin et le troisième rendez-vous disponible.

Une autre technique répandue de prise de rendez-vous, souvent interprétée à tort comme étant l'accès avancé, est plus exactement nommée modèle du « créneau réservé », qui garde un bloc de temps ouvert chaque jour pour les patients qui téléphonent ce jour-là afin d'obtenir un rendez-vous urgent. Bien qu'il permette aux patients ayant un problème urgent de voir leur médecin de famille le jour même, il pourrait éventuellement allonger le temps d'attente des problèmes moins urgents, car il y a moins de périodes de rendez-vous qui peuvent être utilisées pour ces cas. Il s'agit néanmoins d'un pas dans la bonne direction et démontre que les médecins de famille mettent tout en œuvre pour régler le problème de l'accès aux soins de première ligne.

La RPC gagne du terrain en tant que méthode populaire pour améliorer l'efficacité de la pratique. La première pratique de groupe qui a adopté ce système en Saskatchewan a été en mesure de réduire son temps d'attente moyen de 17 jours à seulement deux²⁴. En plus de réduire les temps d'attente, bon nombre de pratiques de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan ont pu accroître le nombre de leurs patients à cause d'une meilleure efficacité. Ce modèle répond donc également à la préoccupation à l'égard du nombre élevé de Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille.

L'expérience du Royaume-Uni

Le R.-U. a adopté des cibles fixes pour les soins de première ligne, sans distinction de l'état présenté par le patient. Le plan d'amélioration de 2004 des services de santé nationaux (SSN) a déterminé une cible d'accès en 24/48 heures, qui garantirait aux patients britanniques la possibilité de voir un prestataire de soins de première ligne dans les 24 heures, et un omnipraticien dans les 48 heures²⁵. Le R.-U. a adopté depuis une approche incitative pour atteindre cette cible à l'aide d'un plan d'accès amélioré. D'abord mis en œuvre à titre volontaire en 2007, quelque 5 millions de sondages ont été envoyés aux patients de toute l'Angleterre, les interrogeant sur leur expérience récente d'accès à leur omnipraticien. Les résultats du sondage sont liés à un paiement de récompense qui comporte quatre éléments :

- un élément de récompense pour la cible de 48 heures;
- un élément de récompense pour la cible de réservation à l'avance;
- un élément de récompense pour la cible d'accès facile par téléphone;
- un élément de récompense pour la cible du professionnel de la santé préféré. .

Le montant du paiement pour chaque élément est lié au niveau de satisfaction déclaré par les patients²⁶.

Le sondage a maintenant été administré deux fois avec succès. En 2008, presque deux millions de réponses ont été reçues – un taux de réponse de 41 %. Les résultats clés du sondage de 2008 sont notamment :

- 87 % des patients ont déclaré être satisfaits de leur capacité de joindre le bureau de leur médecin par téléphone;
- 87 % des patients qui ont tenté d'obtenir un rendez-vous rapidement avec un omnipraticien ont dit y être parvenus en 48 heures;
- 77 % des patients qui voulaient réserver un rendez-vous à l'avance avec un médecin ont déclaré y être arrivés;
- 88 % des patients qui voulaient un rendez-vous avec un médecin en particulier au bureau de leur omnipraticien ont déclaré pouvoir le faire²⁷.

Tout genre de déclarations des patients sur l'accès nécessite une liste électronique à jour des patients. L'instrument de sondage utilisé au R.-U. est très simple et peut s'administrer en ligne. Il faut noter toutefois que le coût du sondage de 2007 a été estimé à £11 millions, bien que cela comprenne aussi le sondage sur les choix des patients²⁸.

Sans aucun doute, des approches moins complexes pourraient être élaborées en vue d'appliquer des incitatifs afin d'atteindre les cibles au Canada. Toutefois, cela impliquerait les types de soutien et de ressources offerts aux omnipraticiens du R.-U. En outre, il faudrait demander l'opinion du public et des patients avant d'adopter une approche quelconque de ciblage en soins de première ligne. Berta et ses collaborateurs l'ont souligné dans un sondage d'opinion publique sur l'importance de dix mesures du rendement des soins de première ligne. Ils ont observé que les facteurs les plus importants pour les patients étaient liés aux compétences et connaissances du médecin de famille, tandis que les indicateurs de l'accès étaient moins importants²⁹.

Cibles de l'accès aux soins spécialisés

L'un des principaux défis des temps d'attente en soins de première ligne consiste à établir des lignes directrices pour un accès en temps opportun aux soins spécialisés. Cela peut présenter un énorme problème, puisqu'il y a quelque 60 spécialités et surspécialités reconnues au Canada, et que chacune d'elles est responsable de traiter un certain nombre de problèmes présentés au médecin de famille. En raison du degré variable de complexité des problèmes médicaux d'un patient, un temps d'attente approprié serait difficile à définir selon une maladie ou affection en particulier. L'expérience nationale et internationale suggère l'existence de deux grandes approches :

- l'élaboration d'approches « spécifiques au problème de santé » de la détermination de cibles liées à l'évaluation clinique de l'urgence;
- l'adoption de cibles qui s'appliquent à tous les problèmes et qui s'écourtent progressivement à mesure qu'elles sont atteintes.

Depuis le début des années 1990, les SSN ont réalisé des progrès remarquables dans leur lutte aux temps d'attente par l'adoption de cibles qui ont graduellement raccourci. Tout a commencé lorsque la première charte des patients du R.-U. a été adoptée en 1991. Reflétant les longues listes d'attente de l'époque, elle incluait le droit « d'obtenir une garantie d'admission à un traitement à une date spécifique en moins de deux ans »³⁰. En 1995, une deuxième version de la charte des patients abaissait cette période à 18 mois, et à un an pour une intervention de pontage aorto-coronarien par greffe³¹. À la fin des années 1990, les SSN sont passés de la charte à une série de cadres nationaux des services pour des problèmes comme les maladies du cœur et le cancer. Ces cadres sont devenus des cibles écourtées. Par exemple, en 2001, la cible était un maximum d'un mois d'attente depuis le diagnostic jusqu'au premier traitement pour le cancer du sein, à la fin de 2001, et en 2005, cette cible s'appliquait à tous les cancers, en décembre 2005³². Le développement le plus récent a été l'engagement, pris en 2004, à ce qu'à la fin de 2008, aucun patient n'ait à attendre plus longtemps que 18 semaines entre la référence de l'omnipraticien et le traitement à l'hôpital³³. Le R.-U. est en voie d'atteindre cette cible, mais il faut souligner que cela s'est accompli grâce à une importante infusion de ressources, en plus de changements politiques comme une transition du financement global à une rémunération au rendement, qui rembourse les hôpitaux selon le nombre de patients traités. Il faut aussi préciser que les SSN sont un système beaucoup plus intégré que le système de santé canadien, et il serait plus difficile de définir la responsabilité d'atteindre des cibles de temps d'attente.

Le travail fait par le passé pour améliorer l'accès aux soins spécialisés

Au Canada, on considère que « l'étalon-or » de la détermination de cibles est l'œuvre de Naylor et ses collègues qui ont élaboré le classement des urgences pour les interventions de revascularisation coronarienne qui sont à la base du Cardiac Care Network (CCN) de l'Ontario. Cela s'est fait au moyen d'une version modifiée des techniques mises au point par la RAND Corporation dans les années 1980, pour élaborer les lignes directrices de la pertinence de diverses interventions. Dans le cadre de ce travail, un groupe de cardiologues et de chirurgiens cardiologues ont classé 438 présentations de cas fictives sur une échelle en sept points du maximum de temps d'attente acceptable pour une opération chirurgicale. Un modèle de régression a ensuite été utilisé pour déduire un système de cotation basé sur les coefficients de régression liés aux déterminants majeurs de l'urgence³⁴. Ce système a été mis en œuvre pour établir les priorités des listes d'attente par le CCN qui collabore aujourd'hui avec 18 centres de cardiologie en Ontario.

À la fin des années 1990, une approche semblable a été utilisée par le projet des Listes d'attente de l'Ouest canadien (LAOC) pour mettre au point des mécanismes de cotation des priorités pour la chirurgie des cataractes, la chirurgie générale, le remplacement de la hanche et du genou, les IRM et la santé mentale des enfants³⁵. Le mécanisme pour le remplacement de la hanche et du genou a été adapté à l'usage des médecins de famille pour déterminer la priorité des références à des chirurgiens orthopédistes, bien que jusqu'ici, il n'ait été utilisé que sur des cas simulés sur papier³⁶. Le Saskatchewan Surgical Network a appliqué l'approche des LAOC pour mettre au point des mécanismes de cotation dans 12 domaines d'interventions³⁷. Il est évident que ce serait une vaste entreprise que d'adopter tous ces mécanismes à l'usage des soins de première ligne, et d'en mettre au point pour les nombreux domaines qui n'ont pas encore été abordés. Jusqu'ici, les gouvernements se sont concentrés, majoritairement, sur leurs cinq priorités initiales. À l'automne de 2007, l'Alliance sur les temps d'attente a ajouté cinq nouveaux domaines de points de repère, dont les soins d'urgence, les soins psychiatriques, la chirurgie plastique, la gastro-entérologie et l'anesthésiologie (gestion de la douleur), et a demandé aux gouvernements de les adopter³⁸.

Une pratique de groupe en urologie en Saskatchewan a entamé un processus par lequel les médecins de famille traitants reçoivent un formulaire standard énumérant les tests nécessaires

Le comité des normes du programme d'imagerie diagnostique de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba a découvert que lorsque les médecins qui demandaient un test diagnostique fournissaient un délai d'exécution du test ainsi que des renseignements sur le problème de santé du patient, le processus d'établissement des priorités des demandes devenait plus traitable pour les radiologistes.

En Alberta et en Colombie-Britannique, certains médecins de famille ont signé des ententes de service avec d'autres spécialistes. Ces ententes définissent la part de travail des médecins de famille et d'autres spécialistes. Elles encouragent officiellement toutes les spécialités à travailler en collaboration et à cette fin, des réunions régulières sont organisées pour discuter des affaires pertinentes.

Le Manitoba a lancé récemment un projet pilote intitulé [Bridging Generalist and Specialist Care – The Right Door, The First Time](#) qui cherchera à réduire le temps d'attente entre la référence du médecin de famille et la consultation d'un spécialiste.

Initiatives récentes pour améliorer l'accès aux soins spécialisés

Comment pouvons-nous travailler à atteindre ces cibles? Il y a une variété d'initiatives en cours afin d'accélérer le processus de référence et de consultation. En 2006, le CMFC et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont dit que trois mesures pourraient améliorer le processus de référence et de consultation :

- « un guichet unique défini par les systèmes locaux de référence et de consultation;
- des gabarits de conseils pour la référence et la consultation;
- une entente entre les intervenants clés (organisations pertinentes d'OP-MF et autres organisations de spécialistes) au sujet des critères de référence et de consultation³⁹. »

À titre d'exemple, une pratique de groupe en urologie en Saskatchewan a entamé un processus par lequel les médecins de famille traitants reçoivent un formulaire standard énumérant les tests nécessaires. Ce processus a bien réussi à réduire le besoin de rendez-vous répétés. Cette pratique a aussi mis en œuvre une politique selon laquelle le patient est adressé au premier urologue disponible plutôt qu'à un médecin en particulier. Ce nouveau système de référence groupée a remarquablement réduit les temps d'attente des patients et a été extrêmement bien reçu par toutes les parties⁴⁰. En outre, d'autres spécialistes de cette province se sont montrés intéressés à instaurer un système semblable dans leurs pratiques.

Pour un autre exemple de façons simples de gagner en efficacité, le comité des normes du programme d'imagerie diagnostique de l'Office régional de la santé de Winnipeg au Manitoba a découvert que lorsque les médecins qui demandaient un test diagnostique fournissaient un délai d'exécution du test ainsi que des renseignements sur le problème de santé du patient, le processus d'établissement des priorités des demandes devenait plus traitable pour les radiologistes⁴¹.

En Alberta et en Colombie-Britannique, certains médecins de famille ont signé des ententes de service avec d'autres spécialistes. Ces ententes définissent la part de travail des médecins de famille et d'autres Elles encouragent officiellement toutes les spécialités à travailler en collaboration et à cette fin, des réunions régulières sont organisées pour discuter des affaires pertinentes.

Le Manitoba a lancé récemment un projet pilote intitulé *Bridging Generalist and Specialist Care – The Right Door, The First Time* qui cherchera à réduire le temps d'attente entre la référence du médecin de famille et la consultation d'un spécialiste.

- Ce projet pilote entend aborder des domaines prioritaires, notamment :
- la santé mentale : l'anxiété et la dépression;
- la prise en charge des douleurs au bas du dos;
- l'endoscopie gastro-intestinale inférieure;
- l'orthopédie : l'arthroplastie;
- la chirurgie plastique : le tunnel carpien, la reconstruction mammaire, la réduction mammaire et les lésions cutanées ;
- le cancer du poumon⁴²

L'un des objectifs de ce projet pilote est d'établir des délais garantis de la référence à la consultation d'un spécialiste dans les domaines spécifiques de la pratique et d'offrir des options de rechange aux patients qui peuvent excéder ces délais. Le logiciel de BGSC comprend des voies d'accès aux soins de première ligne et un processus de référence électronique qui permet aux médecins de transmettre électroniquement toute l'information d'aiguillage nécessaire, comme les investigations, les traitements et les résultats d'analyses des soins de première ligne aux cabinets d'autres spécialistes. Ceux-ci peuvent ensuite répondre aux références électroniquement, et aviser les cabinets des médecins de famille de l'acceptation de la référence, des dates et heures de rendez-vous et de toute autre information dans les jours qui suivent la réception de la demande d'aiguillage.

Vous voulez en savoir plus?

Mme Brie DeMone offre un aperçu du projet du gouvernement manitobain en vue d'améliorer la communication et la coordination entre les médecins de famille et les autres spécialistes. « Bridging General and Specialist Care » et le « Catalogue of Specialized Services ». www.cfpc.ca/BGSCTQVI (disponible en anglais seulement)

En janvier 2009, le Catalogue des services spécialisés (CSS) a été lancé sur Internet, lequel, selon le directeur provincial de l'accès aux soins, le Dr Luis Oppenheimer, est « comme un système d'entrée des commandes par catalogue. Si vous êtes un OP/MF et que vous cherchez un service, vous aurez en catalogue ceux qui offrent ce service, [...] une idée du temps d'attente ou de la capacité de ce service, [...] et une confirmation immédiate si votre demande est acceptée ». En procurant nettement aux médecins de famille et à leurs cabinets l'information sur « qui fait quoi », les références peuvent être acheminées avec exactitude au bon spécialiste et au bon moment, ce qui épargne temps et efforts aux médecins de famille, aux spécialistes et aux patients^{42,43}.

Une troisième initiative en cours au Manitoba, le Registre de l'accès des patients (PART), procurera aux autres spécialistes l'information clinique qu'il leur faut pour traiter la demande du patient. Les données démographiques du patient et les renseignements sur le prestataire des soins ainsi qu'un diagnostic et les interventions prévues seront disponibles grâce à ce mécanisme, qui documentera également plusieurs dates clés du temps d'attente, dont celle où la référence a été reçue, la date de la première consultation avec le spécialiste, et le moment où le patient est prêt pour le traitement. Lorsqu'il sera pleinement fonctionnel, le Registre saisira l'information sur tous les patients du Manitoba qui nécessitent une consultation médicale ou une chirurgie⁴⁴.

La Colombie-Britannique offre un programme de services complets en pratique familiale doté d'un vaste éventail de mesures incitatives compensatoires

L'entente récemment conclue en Nouvelle-Écosse comprend de nouvelles mesures incitatives compensatoires pour la prise en charge des maladies chroniques qui seront liées aux soins des maladies chroniques basés sur les lignes directrices comme le diabète, l'insuffisance cardiaque chronique et l'hypertension.

Étant donné le large spectre des maladies qui sont évaluées dans le cadre des soins de première ligne, toute approche de la détermination de cibles de temps d'attente doit se faire en consultation avec les médecins de famille et avec les lignes directrices cliniques en tête. Présentement, il n'y a tout simplement pas suffisamment d'information disponible pour établir des cibles de temps d'attente raisonnables. La capacité de mesurer et de surveiller l'accès avec précision à tous les points du continuum des soins exigera un investissement important dans l'infrastructure de l'information, et ce système doit être en place et utilisé efficacement avant de déterminer des cibles. Surtout, la mise en œuvre ne peut pas être efficace sans le soutien concerté de tous les gouvernements. Cette initiative en particulier fait du gouvernement du Manitoba un pionnier, et l'efficacité de son projet pilote sera étroitement surveillée.

C. Modes de rémunération

Depuis le début des années 1990, le mode de rémunération à l'acte (RA) comme unique mode d'honoraires pour les médecins de famille a connu un déclin régulier. En 1990, les résultats du sondage de l'AMC, le Questionnaire sur les effectifs médicaux (QEM), ont indiqué que 71 % des médecins de famille recevaient 90 % ou plus de leur revenu professionnel de la Ra⁴⁵. Les sondages QEM subséquents ont montré des diminutions successives et dans le SNM de 2007, un peu moins qu'un médecin de famille sur deux (48 %) déclarait recevoir 90 % ou plus de leur revenu de la Ra⁴⁵. Bien que la majorité des médecins continuent de recevoir un certain revenu de la RA, de plus en plus, elle est mêlée à d'autres modes de rémunération.

Un mode de rémunération mixte, le Réseau santé familial, est désormais offert en Ontario. Dans ce modèle, la capitation représente environ 65 % de la rémunération d'un médecin de famille. Le reste consiste dans la rémunération à l'acte et d'autres mesures incitatives et primes.

Dans les dix dernières années, la tendance internationale est à l'adoption de la « rémunération au rendement » (RR), dans laquelle une variété de mesures incitatives compensatoires est utilisée pour promouvoir certains comportements des médecins. Jusqu'ici, ces incitatifs ont surtout servi à stimuler l'amélioration du processus de la prestation des soins. Les premières formes de la RR portaient sur le dépistage et la prévention, mais plus récemment, elles se sont étendues à la prise en charge de maladies chroniques. La RR fonctionne généralement en attachant une prime à l'atteinte d'un objectif spécifique de rendement, dans la population des patients. Dans ses nouveaux modèles de soins de première ligne, l'Ontario offre des primes au dépistage et à la prévention du cancer, et à la prise en charge du diabète, ainsi que des mesures incitatives compensatoires à certaines activités, dont les soins palliatifs et les soins des patients souffrant de grave maladie mentale⁴⁶.

De même, la Colombie-Britannique offre un programme de services complets en pratique familiale doté d'un vaste éventail de mesures incitatives compensatoires⁴⁷. L'entente récemment conclue en Nouvelle-Écosse comprend de nouvelles mesures incitatives compensatoires pour la prise en charge des maladies chroniques qui seront liées aux soins des maladies chroniques basés sur les lignes directrices comme le diabète, l'insuffisance cardiaque chronique et l'hypertension⁴⁸.

Comme il a été mentionné, plusieurs administrations offrent aussi des mesures incitatives compensatoires pour obtenir de nouveaux patients. Sur le plan international, le R.-U. est allé plus loin en offrant une prime à l'atteinte des cibles d'accès en temps opportun telle que déclarée par les patients. Cependant, le R.-U. a aussi depuis longtemps un système d'établissement des horaires, et sa population est beaucoup moins dispersée géographiquement que celle du Canada. Néanmoins, il pourrait être intéressant d'évaluer le potentiel des mesures incitatives d'améliorer l'accès aux soins de première ligne et spécialisés au Canada.

D. Dossiers médicaux électroniques

Peu importe la façon dont une stratégie de temps d'attente puisse être mise en œuvre (p. ex., au niveau de la province, d'une région sanitaire, d'un hôpital), il sera essentiel d'être en mesure de saisir et de surveiller électroniquement les données de référence, en commençant par le médecin de famille. On peut voir au Tableau 1 ci-dessous que selon le Sondage national des médecins de 2007, les lacunes sont encore énormes à cet égard. Nationalement, presque deux médecins de famille sur trois (63 %) continuent d'utiliser des dossiers papier comme méthode de tenue de dossiers. Un médecin sur cinq (19 %) utilise une combinaison de dossiers électroniques et papier, tandis qu'un peu plus d'un sur dix (12 %) déclarent utiliser des dossiers électroniques plutôt que papier. Dans tout le pays, il y a plus qu'une variation du double entre ceux qui utilisent des dossiers papier, allant d'un faible 36% en Alberta à un fort 81 % à l'Île-du-Prince-Édouard et au Québec.

Table 1

Province/Terri-toire	Dossiers électroniques au lieu de papier (%)	Dos-siers papier (%)	Combinaison de dossiers papier et électroniques (%)
NL	9	46	36
PE	0	81	13
NS	11	59	25
NB	6	75	17
QC	2	81	13
ON	13	61	22
MB	24	56	14
SK	13	70	13
AB	33	36	26
BC	14	62	21
Terri-toires	**	**	**
CANADA	12	63	19

**Supprimé parce que basse fréquence de cellule (c.-à-d. n < 30) mais inclus au total national

Source : Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Sondage national des médecins, 2007, Q39.

À l'échelle internationale, le Commonwealth Fund a montré que le Canada était loin derrière les autres pays comparés en ce qui a trait à l'adoption des dossiers médicaux électroniques (DME). Dans son sondage de 2006 des médecins de soins primaires de sept pays, moins d'un sur quatre (23 %) répondants canadiens ont déclaré utiliser les DME à leur bureau, comparativement à neuf sur dix au R.-U., en Nouvelle-Zélande et aux Pays-Bas⁴⁹.

En plus des questions de temps d'attente pour les patients qui ont un médecin de famille, il y a également le problème de saisir l'information sur l'accès aux soins de première ligne pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille.

E. Soutien de la pratique

Les améliorations de l'accès aux médecins de famille peuvent aussi être apportées par l'ajout au soutien du personnel, qui comporte deux types :

1. le soutien de la pratique clinique (c.-à-d., une infirmière ou une secrétaire médicale pour le soin des patients);
2. le soutien de la pratique en matière de gestion du changement (ceux qui ont les connaissances de la restructuration de la pratique clinique pour aider les médecins à faire, surveiller et maintenir un changement).

Le programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique offre une formation et des mesures incitatives financières aux médecins de famille qui travaillent avec des secrétaires médicales, et dans un district sanitaire de la Nouvelle-Écosse, un projet est en cours dans lequel les médecins de famille peuvent obtenir un appui financier pour employer des infirmières de pratique familiale grâce à une rémunération à l'acte améliorée. À l'heure actuelle, toutefois, le déploiement d'envergure du personnel de soutien de la pratique est restreint par les règles de la rémunération à l'acte qui exigent que le médecin ait un contact direct avec chaque patient pour qui un service est facturé au régime d'assurance-santé de la province ou du territoire.

En ce qui concerne le soutien de la pratique en matière de gestion du changement, jusqu'ici, la restructuration de la pratique clinique (RPC) a été adoptée timidement dans le reste du pays, surtout en raison du manque de notoriété. Cependant, les expériences réussies de ce programme se font entendre dans le reste du pays, et sa popularité grandit. Par exemple, une nouvelle initiative d'accès avancé a été récemment instaurée au Manitoba par le ministère de la Santé. En Nouvelle-Écosse, une pratique qui a connu beaucoup de succès avec l'accès avancé est dirigée par les récipiendaires de 2008 des prix du prestataire de soins de santé de l'année du Cap Breton, Elaine Rankin et Steven MacDougall. Ils ont collaboré à un projet de recherche sur l'accès avancé depuis 2006. Quand le Dr MacDougall a eu dégagé la liste d'attente de ses patients, il a commencé à exploiter une pratique d'accès le jour même où les patients peuvent téléphoner le matin pour un rendez-vous le jour même. Aujourd'hui, le nombre de patients non urgents de sa pratique qui vont dans les salles d'urgence a diminué de 28 %⁵⁰. Au dire de ceux qui ont mis en œuvre la RPC, ils ne retourneraient jamais au modèle traditionnel où l'horaire des rendez-vous est rempli avant que commence la journée de travail.

La RPC n'est pas un outil à l'usage exclusif des pratiques familiales. La pratique de groupe en urologie de la Saskatchewan qui a introduit la notion des références groupées avec beaucoup de succès est également en processus de RPC depuis le début de 2007. Leur pratique commence maintenant à cueillir les fruits de leur travail qui se manifestent par des temps d'attente réduits pour les patients adressés à leur pratique. Le « champion » de cette entreprise, le Dr Visvanathan, a noté que la restructuration de la pratique clinique comporte l'amélioration de l'acheminement du travail, l'instauration de dossiers médicaux électroniques et l'emploi du personnel adéquat pour les tâches appropriées⁴⁰.

La mise en œuvre d'un système de gestion de la pratique plus efficace comme la RPC exige un engagement des médecins ainsi que des instruments de mesure et de gestion de l'information efficaces, un soutien additionnel de la pratique et l'aide d'experts en gestion du changement. L'expérience à ce jour suggère que ces efforts sont rentables pour ce qui est de l'accès amélioré pour les patients et de la capacité accrue de répondre aux besoins de rendez-vous des patients.

Recommandations

Trois questions principales devraient guider notre étude des temps d'attente en soins de première ligne :

- l'accès aux soins de première ligne pour ceux qui n'ont pas de médecin de famille;
- l'accès aux soins de première ligne pour ceux qui ont un médecin de famille;
- la référence des soins de première ligne à des soins plus spécialisés.

Des recommandations générales contribuent à aborder ces questions et d'autres sont plus spécifiques pour chacune. Ce rapport a fourni une information valable qui soutient les recommandations suivantes.

Recommandations générales

Comme il est mentionné dans l'introduction de ce rapport, il est difficile de mesurer les temps d'attente en soins de première ligne pour une foule de maladies et d'affections, et cette difficulté peut entraver le progrès de la recherche de solutions aux problèmes de temps d'attente que connaissent les médecins de famille. Le PTASPL croit que la capacité de mesurer et de suivre les temps d'attente sur le continuum complet des soins aux patients est d'une importance absolue, mais que cette capacité dans les soins de première ligne de même qu'à des niveaux de soins plus spécialisés est encore très limitée.

- 1) Le suivi, l'analyse et les améliorations des temps d'attente en soins de première ligne devraient être **axés sur les patients**, en tenant compte du continuum complet des temps d'attente que subissent les patients, depuis le moment où ils cherchent à obtenir des soins médicaux.
- 2) Il faut **plus de recherche et d'évaluation** pour analyser les temps d'attente en soins de première ligne en vue de traiter les inégalités et incohérences de l'accès aux patients d'une région à l'autre du Canada.
- 3) Il semble que les preuves s'accumulent et **suggèrent que la collaboration interprofessionnelle améliore l'accès aux soins en temps opportun**. Il faut beaucoup plus de recherche.
- 4) **La mesure des temps d'attente en soins de première ligne devrait être une priorité** pour les gouvernements canadiens, les régies de la santé et autres intervenants (p.ex., l'Institut canadien d'information sur la santé). Des données fiables qui représentent le temps d'attente total des patients devront être recueillies pour aider à la détermination de cibles des temps d'attente en soins de première ligne à l'avenir. Ces données doivent être validées et suivies aux fins d'une évaluation continue.

-
- 5) Avant de pouvoir déterminer et utiliser efficacement des cibles de temps d'attente raisonnables dans les soins de première ligne, des **infrastructures d'information (p. ex., des dossiers médicaux électroniques et des outils de communication)** doivent être adéquatement soutenues et installées. Les améliorations de la technologie de l'information et de l'apprentissage seront nécessaires dans la pratique familiale pour faciliter l'adoption et l'utilisation répandue des dossiers médicaux électroniques. Aucune mesure ni aucun suivi des temps d'attente en soins de première ligne ne peuvent s'exécuter efficacement sans l'appui financier du gouvernement pour des systèmes de communication électroniques au sein des pratiques médicales et entre elles. raisonnables dans les soins de première ligne, des **infrastructures d'information (p. ex., des dossiers médicaux électroniques et des outils de communication)** doivent être adéquatement soutenues et installées. Les améliorations de la technologie de l'information et de l'apprentissage seront nécessaires dans la pratique familiale pour faciliter l'adoption et l'utilisation répandue des dossiers médicaux électroniques. Aucune mesure ni aucun suivi des temps d'attente en soins de première ligne ne peuvent s'exécuter efficacement sans l'appui financier du gouvernement pour des systèmes de communication électroniques au sein des pratiques médicales et entre elles.
 - 6) Un certain nombre d'administrations recherchent d'importantes et **différentes façons d'améliorer l'accès en temps opportun** aux soins des patients, (p. ex., le système de catalogue et le registre du Manitoba, les ententes de service officielles en Alberta entre médecins traitants et consultants). Ces entreprises valables devraient être surveillées au niveau national pour y trouver des possibilités de mettre en œuvre des améliorations plus universelles des temps d'attente dans notre système de santé canadien.

Recommandations pour les patients sans médecin de famille

Le CMFC et l'AMC ont recommandé et soutenu plusieurs stratégies afin d'accroître l'offre de médecins de famille par l'éducation et la formation (p. ex., promotion de la médecine familiale auprès des étudiants et résidents en médecine, meilleur soutien des précepteurs et enseignants), de s'adapter aux modèles changeants de la pratique familiale (p. ex., soutiens de la collaboration interprofessionnelle), et d'élaborer des modèles de soins qui attireraient et maintiendraient en poste les médecins de famille (p. ex., les modes de rémunération mixte). Bien que ces recommandations ne soient pas répétées ici, il faut les prendre sérieusement en considération si l'on veut atteindre une population active adéquate de médecins de famille qui peut soutenir l'accès aux soins en temps opportun pour tous les Canadiens.

- 1) Le PTASPL croit que chaque Canadien devrait avoir un médecin de famille et soutient la position du CMFC selon laquelle tous les intervenants (p. ex., les gouvernements, facultés de médecine et organisations professionnelles) devraient collaborer à atteindre une **cible de 95 % de la population de chaque collectivité canadienne ayant un médecin de famille d'ici 2012**.
- 2) Des **registres de patients** devraient être élaborés et entretenus pour repérer les patients qui n'ont pas de médecin de famille et qui en cherchent un activement.

-
- 3) D'autres stratégies pourraient être plus complètement élaborées et soutenues pour **trouver des médecins de famille aux patients qui n'en ont pas**, (p. ex., le recours à des incitatifs accordés aux médecins pour accepter de nouveaux patients et à des mécanismes de gestion de la charge de travail et du flux des patients dans la pratique familiale).
 - 4) Les initiatives en cours pour **intégrer adéquatement les diplômés internationaux en médecine compétents et certifiés** à titre de médecins de famille dans

Recommandations pour les patients ayant un médecin de famille

- 1) Les médecins de famille qui ressentent le besoin d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun peuvent envisager des approches de **restructuration de la pratique clinique comme l'accès avancé**. Un soutien informatique devrait être en place pour les médecins de famille désireux d'adopter ces approches. La formation et l'apprentissage continu des nouveaux médecins de famille et de ceux qui exercent déjà devraient inclure l'enseignement du flux et de la structure de la pratique. Pour mieux aider les médecins à se servir de ces outils, il faut créer des sites Web contenant des listes de personnes qui ont réussi à améliorer le flux des patients dans leurs pratiques et qui sont disposées à en aider d'autres à atteindre ce but.
- 2) **L'éducation et la formation en gestion de la pratique** devraient être accrues en résidence afin d'enseigner aux nouveaux médecins de famille les méthodes de bureau efficaces et les économies du flux de la pratique qui améliorent l'accès aux soins en temps opportun pour les patients (p.ex., les outils de surveillance électronique).
- 3) Des mesures incitatives financières devraient être offertes pour **soutenir les rôles valables des secrétaires médicales et d'autres professionnels de la santé** dans la pratique familiale (p. ex., des infirmières de pratique familiale) pour un meilleur flux des patients et une utilisation plus efficace du temps du médecin. En outre, la rémunération du médecin de famille devrait indemniser les rencontres avec les patients autres qu'en personne, afin de soutenir les possibilités de plus en plus répandues de rencontres par électronique avec les patients et les membres de l'équipe soignante.

Recommandations pour la référence des soins de première ligne aux soins spécialisés

- 1) Toutes les recommandations visant l'accès en temps opportun aux soins plus spécialisés doivent **inclure le temps d'attente depuis la première consultation du médecin de famille** jusqu'à la référence et la consultation spécialisée.
- 2) D'après quatre ans d'expérience des points de repère dans cinq domaines d'intervention établis en 2004, nous ne croyons pas qu'il soit possible d'élaborer une vaste gamme de points de repère propres au problème de santé et fondés sur des données probantes pour l'accès aux consultations dans un avenir rapproché. Cependant, là où elles sont ou qu'elles seront offertes et où elles sont soutenues par une infrastructure suffisante, **les cibles de temps d'attente devraient servir de guides** à l'apport d'améliorations à l'accès aux soins en temps opportun. Néanmoins, les médecins de famille doivent continuer de se sentir libres d'user de leur jugement clinique dans l'intérêt supérieur du patient.

-
- 3) **De bonnes relations intraprofessionnelles entre les médecins de famille et les autres spécialistes** devraient être encouragées et soutenues dans le système de santé, afin d'améliorer les communications et la continuité des soins pour les patients. Les stratégies de soutien des bonnes relations devraient prendre en compte les recommandations faites par l'Association canadienne de protection médicale et par le Comité d'action sur la collaboration intraprofessionnelle, qui est soutenu par le CMFC et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, avec la participation de l'AMC.
 - 4) **Les mécanismes qui amélioreront l'opportunité du processus de référence-consultation** entre médecins devraient aussi être améliorés; cependant, tout développement de mécanismes du processus de référence-consultation **doit** être entrepris en collaboration avec les médecins de famille (p. ex., des cadres de référence-consultation qui identifient et soutiennent la disponibilité d'information appropriée et en temps opportun circulant entre les médecins traitants et consultants, la communication électronique des renseignements sur le patient entre médecins, et un meilleur soutien informatique de la communication électronique entre médecins et patients).
 - 5) Les médecins de famille devraient avoir **accès aux tests diagnostiques de routine et de pointe** pour leurs patients dans tous les cadres cliniques, à l'égal des autres spécialistes. Il ne devrait pas y avoir de différence dans les critères d'accès aux tests diagnostiques de pointe d'une région à l'autre. Tous les médecins sont censés observer les lignes directrices appropriées de l'utilisation des tests diagnostiques. Ces lignes directrices doivent être facilement accessibles et comprises par les médecins et les autres professionnels de la santé avec qui ils travaillent.
 - 6) Les lignes directrices ou cibles de l'accès en temps opportun des soins de première ligne aux soins spécialisés doivent tenir compte des **différences de milieux géographiques et de proximité des soins** qui sont caractéristiques des régions rurales et éloignées, contrairement aux milieux urbains et de banlieue.

Mot de la fin

Bien que l'Association médicale canadienne (AMC) et le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) représentent les médecins de tout le pays, il est reconnu que les patients sont au centre de nos soins médicaux. Toutes les solutions qui portent sur l'accès en temps opportun aux soins de santé doivent être axées sur les patients et sur le continuum complet des temps d'attente de nos patients.

Ce rapport fait état de nombreux défis mais aussi de maintes solutions aux temps d'attente en soins de première ligne. Il y a certes des obstacles, mais ils ne sont pas insurmontables. Bien des Canadiens se soucient de l'accès en temps opportun à leur médecin de famille, tandis que d'autres poursuivent la recherche, parfois vaine, d'un médecin de famille qui serait leur. Même ceux qui ont un médecin de famille attendent trop longtemps pour voir d'autres spécialistes. Par une volonté et un engagement politiques, on peut trouver des solutions à l'accès en temps opportun aux soins de santé, y compris celles qui touchent les soins médicaux de première ligne.

Le CMFC et l'AMC espèrent que les gouvernements, les prestataires de soins de santé et le public liront ce rapport et prendront ses recommandations en considération. Bien qu'elles ne constituent pas une liste exhaustive, le PTASPL croit que leur mise en œuvre relèvera bien des défis de la recherche de réponses à l'accès en temps plus opportun aux soins de santé.

Cette tâche ne relève pas seulement du CMFC et de l'AMC, tous les intervenants concernés doivent collaborer pour offrir aux Canadiens des temps d'attente plus acceptables pour les soins de santé.

Bibliographie

- ¹Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : 2007 questionnaire [en ligne][consulté le 20 nov. 2008]. http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/af-fdr.cgi?!=fra&loc=/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V1_F-fra.pdf
- ²Le Collège des médecins de famille du Canada. Résultats du sondage CMFC Décima. Toronto : Centre de recherche Décima, novembre 2008.
- ³Statistique Canada. Fréquence où le même médecin ou la même infirmière prend soin de vous à chaque visite de votre fournisseur de soins. Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires (ECE-SSP), 2007. totalisation spéciale.
- ⁴Glazier RH, Moineddin R, Agha MM, Zagorski B, Hall R, Manuel DG, et al. The impact of not having a primary care physician among people with chronic conditions. ICES investigative report. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2008 Jul.
- ⁵Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2007. Statistique Canada Le Quotidien [en ligne][consulté le 18 nov. 2008]. <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080618/dq080618a-fra.htm>
- ⁶American Academy of Family Physicians, American Academy of Pediatrics, American College of Physicians, American Osteopathic Association. Joint principles of the patient-centered medical home: March 2007. [Online] [Accessed 2008 Nov 19]. Available from: <http://www.medicalhomeinfo.org/Joint%20Statement.pdf>
- ⁷Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: Adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Aff 2007 Oct 31; 26(6):w717-34.
- ⁸Milliken O, Devlin RA, Barham V, Hogg W, Dahrouge S, Russell G. Comparative efficiency assessment of primary care models using data envelopment analysis. Ottawa: University of Ottawa; 2008 Mar.
- ⁹Lamarche PA, Beaulieu M-D, Pineault R, Contandriopoulos A-P, Denis J-L, Haggerty J. Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada. Ottawa: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS); nov. 2003.
- ¹⁰Hutchison B, Østbye T, Barnsley J, Stewart M, Mathews M, Campbell MK, et al. Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario walk-in clinic study. Can Med Assoc J 2003 Apr 15;168(8): 977-83.
- ¹¹Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes : accord des premiers ministres pour un renouvellement des soins de santé [en ligne] [consulté le 24 nov.]. http://www.scics.gc.ca/pdf/800039004_f.pdf
- ¹²Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes : Un plan décennal pour consolider les soins de santé. [en ligne] [consulté le 24 nov.]. http://www.scics.gc.ca/cinfo04/800042005_f.pdf
- ¹³Ministère de la Santé de l'Ontario. Les tout premiers repères permettront aux Canadiens de mesurer les progrès réalisés en vue de réduire les temps d'attente. [en ligne][consulté le 25 nov. 2008]. http://www.health.gov.on.ca/french/mediaf/news_releasesf/archivesf/nr_05f/nr_121205f.html
- ¹⁴Ipsos-Reid. Physicians today: Respect, reputation and role. Ottawa: Canadian Medical Association; 2007 Nov.
- ¹⁵Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Sondage national des médecins [en ligne] [consulté le 14 nov. 2008]. http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/2007nps-f.asp
- ¹⁶Conseil canadien de la santé : Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires 2007. [en ligne] [consulté le 25 nov 2008]. http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/phc/HCC%20PHC_Supplement_FR_FA2_WEB.pdf
- ¹⁷Esmail N, Hazel M, Walker M. Waiting your turn: Hospital waiting lists in Canada, 2008 report, 18th edition. Fraser Institute. [Online][Accessed 2008 Nov 18]. Available from: <http://www.fraserinstitute.org/researchandpublications/publications/6240.aspx>
- ¹⁸Association canadienne de protection médicale. Les temps d'attente - perspective de la responsabilité médicale. [en ligne] [consulté le 24 nov. 2008] https://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/submissions_papers/com_wait_times_2007-f.cfm
- ¹⁹Borsellino, M. 10 questions with...RCPSC president Dr. William Fitzgerald. The Medical Post. 2009 Jan 13. [Online][Accessed 2009 Feb 11]. Available from: http://www.medicalpost.com/news/article.jsp?content=20090113_092248_28936
- ²⁰Ross M. Ressources limitées en soins de santé : un équilibre précaire. Feuillet d'information IS0770E. Ottawa: Association canadienne de protection médicale; 2007. http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd04/docs/resource_files/infosheets/2007/pdf/com_is0770-f.pdf
- ²¹Ontario Medical Association, Ministry of Health and Long Term Care. Memorandum of agreement between: The OMA and the MOHLTC. 2008 Sep.
- ²²Manitoba Health. Advanced access initiative. [Online][Accessed 2009 Jan 16]. Available from: <http://www.gov.mb.ca/health/phc/advanced.html>
- ²³Murray N, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003;289(8):1035-40.

-
- ²⁴Bartok B. Experts offer 'CPR' for your practice: Saskatchewan's Advanced Access school revives struggling practices. Nat R Med 2008 Apr. [Online] [Accessed 2008 Nov 25];5(4):[3 screens]. Available from: http://www.nationalreviewofmedicine.com/issue/special_sections/2008/practice_management/5_your_practice02_4.html
- ²⁵Department of Health. Patients get booking 'guarantee' on NHS GP appointments. [Online][Accessed 2008 Nov 26]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Pressreleases/DH_4118856
- ²⁶Department of Health. GMS statement of financial entitlements. [Online][Accessed 2008 Nov 26]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Primarycare/Primarycarecontracting/GMS/DH_4133079
- ²⁷The Information Centre. GP patient survey. [Online][Accessed 2008 Nov 26]. Available from: <http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/gppatientsurvey2008/GP%20Patient%20Survey%20Access%20Summary%20Report%202007%2008.pdf>
- ²⁸Department of Health. FOI releases: GP patient survey. [Online][Accessed 2008 Nov 26]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/FreedomOfInformation/Freedomofinformationpublicationschemefeedback/FOIreleases/DH_072634
- ²⁹Berta W, Barnsley J, Brown A, Murray M. Le regard de l'autre : point de vue de la population sur les priorités en matière de rendement dans les soins primaires au Canada. Health Policy 2008;4(2):86-100.
- ³⁰British Medical Journal. Patients first. 1991 Nov 9;303:1153.
- ³¹Department of Health. The patient's charter & you. London: DOH; 1996 Nov.
- ³²Department of Health. The NHS cancer plan and the new NHS. [Online][Accessed 2008 Nov 26]. Available from: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4092531?IdcService=GET_FILE&dID=11779&Rendition=Web
- ³³Department of Health. About the programme – 18 weeks patient pathway. [Online][Accessed 2008 Nov 25]. Available from: <http://www.18weeks.nhs.uk/Content.aspx?path=/What-is-18-weeks/About-the-programme>
- ³⁴Naylor CD, Baigrie RS, Goldman BS, Basinski A. Assessment of priority for coronary bypass revascularization procedures. Lancet 1990 May 5; 335:1070-73.
- ³⁵Noseworthy TW, McGurran JJ, Hadorn DC, WCWL Steering Committee. Waiting for scheduled services in Canada: development of priority-setting scoring systems. J Eval Clin Pract 2002 Mar 22;9(1): 23-31.
- ³⁶De Coster C, McMillan S, Brant R, McGurran J, Noseworthy T, WCWL Primary Care Panel. The western Canada wait list project: development of a priority referral score for hip and knee arthroplasty. J Eval Clin Pract 2005 Sep 26;13(2007):192-7.
- ³⁷Saskatchewan Surgical Care Network. Patient assessment questionnaires, guides & urgency profiles for surgical procedures. [Online][Accessed 2008 Nov 25]. Available from: <http://www.sasksurgery.ca/ayn-tools-scoringguides.htm>
- ³⁸Alliance sur les temps d'attente. Des progrès s'imposent : nouveaux points de repère pour une réduction réelle des temps d'attente. Ottawa: Association médicale canadienne; 2007. http://www.waittimealliance.ca/images/Fall_2007/time_for_progress_f.pdf
- ³⁹Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Salon des médecins. 3 sept. 2008.
- ⁴⁰Association médicale canadienne. Conférence politique & négociation sur la santé nationale 2008. Actes, 18-19 oct. 2008; Ottawa.
- ⁴¹College of Physicians and Surgeons of Manitoba Newsletter. September 2005. [Online][Accessed 2008 Nov 24]. Available from: <http://www.cpsm-secure.com/newsletter/05-09.php>
- ⁴²DeMone, B. Improving Family Physician and Specialist Communication & Coordination: Bridging General and Specialist Care (BGSC) & the Catalogue of Specialized Services (CSS). Presented at Taming of the Queue VI; 2009 Mar 26; Ottawa. [Online][Accessed 2009 Oct 28]. Available from: <http://www.cfpc.ca/BGSCTQVI>
- ⁴³Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Salon des médecins. 6-7 sept. 2008.
- ⁴⁴Borsellino, M. Manitoba developing wait time measurement registry. The Medical Post. 2008 Dec 22. [Online][Accessed 2009 Jan 19]. Available from: http://www.medicalpost.com/news/article.jsp?content=20081222_111206_13308&s=1
- ⁴⁵Association médicale canadienne. Questionnaire sur les effectifs médicaux. 1990.
- ⁴⁶Primary care funding models in Ontario: new comprehensive care model available October 1, 2005. Ontario Medical Review 2005 Jul/Aug: 17-19.
- ⁴⁷Ministry of Health Services. Full service practice incentive program. [Online][Accessed 2008 Nov 27]. Available from: http://www.health.gov.bc.ca/phc/gpsc_incentive.html
- ⁴⁸Minister of Health, Medical Society of Nova Scotia. Physician services master agreement. 2008 Oct 29.
- ⁴⁹Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: Primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. Health Aff 2006 Nov 2; 25(2006): w555-71.
- ⁵⁰King N. Doctor, administrator, advocate recognized for work in health care. The Cape Breton Post. 2008 May 13. [Online][Accessed 2008 Nov 25]. Available from: <http://www.capebretonpost.com/index.cfm?sid=134095&sc=145>