



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada



LORSQUE LE DÉCOMPTE COMMENCE

Les temps d'attente dans les services de première ligne

Document de réflexion

Octobre 2006

Siège Social/National Office
2630 avenue Skymark Avenue
Mississauga, Ontario, L4W 5A4
1.800.387.6197
téléc. 905.629.0893
www.cfpc.ca



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

Le Collège des Médecins de Famille du Canada (CMFC) s'efforce d'améliorer la santé des Canadiens en:

- **Assurant les normes les plus élevées de formation, de certification et de maintien de la compétence pour les médecins de famille;**
- **Informant et en éduquant la population aux habitudes de vie saines;**
- **Soutenant la recherche, en diffusant les connaissances, et**
- **Protégeant les droits des Canadiens pour un accès à des soins de santé d'une grande qualité.**

Le CMFC, qui représente 17,800 médecins de famille répartis aux quatre coins du pays, est la voix collective de la médecine familiale au Canada. Ses membres endossent les quatre principes de la médecine familiale:

- **La relation médecin-patient est l'essence de tout ce que nous faisons.**
- **Le médecin de famille doit être un clinicien compétent.**
- **Le médecin de famille devrait être une ressource pour une population de patients.**
- **La médecine familiale est une discipline communautaire.**

Table des matières

Introduction.....	p.2
Ce qui se passe ailleurs – Expériences internationales.....	p.4
Ce qui se passe ici – Expériences canadiennes.....	p.7
Lorsque le décompte commence : Les défis de la mesure des temps d’attente dans les services de première ligne.....	p.11
Examiner de plus près les temps d’attente dans les services de première ligne.....	p.14
Commencer à établir des points de repère pour les temps d’attente dans les services de première ligne.....	p.17
Fixer des points de repère pour les temps d’attente dans les services de première ligne.....	p.22
Commentaires de conclusion.....	p.24
Annexe :	p.25

Pour toute demande concernant ce document, veuillez communiquer avec:

M. Eric Mang
Responsable des politiques de la santé
Le Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga, ON L4W 5A4
Tel.: (905) 629-0900 p.325; Téléc.: (905) 629-0893; Courriel: emang@cfpc.ca

M^{me} Jocelyne Cahill
Adjointe Administrative – Politiques de la santé
Le Collège des médecins de famille du Canada
2630, avenue Skymark
Mississauga, ON L4W 5A4
Tel.: (905) 629-0900 p.207; Téléc.: (905) 629-0893; Courriel: jcahill@cfpc.ca

La version intégrale de ce document est offerte dans le site Web du CMFC www.cfpc.ca dans les deux langues officielles

Lorsque le décompte commence

Les temps d'attente dans les services de première ligne

- Document de réflexion -

Introduction

Depuis de nombreuses années, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) défend les intérêts des Canadiennes et des Canadiens (ci-après, les Canadiens) relativement à un accès suffisant et en temps opportun à tous les aspects des soins de santé, par l'entremise de leur médecin de famille. Les positions prises par le Collège ont tenu compte des besoins des Canadiens en tant que patients qui font la queue pour recevoir des services dans tout le continuum de leurs soins de santé. Cela ne comprend pas seulement le temps d'attente entre la première visite chez un spécialiste consultant et les soins, la chirurgie ou le traitement donnés au patient en bout de ligne – mais aussi le temps entre la première visite du patient chez son médecin de famille et, lorsque nécessaire, une visite subséquente chez un consultant. Cela comprend aussi le temps qu'il faut à un Canadien qui n'a pas de médecin de famille pour en trouver un.

Alors que la plupart des recherches sur les temps d'attente ont analysé le temps écoulé entre la visite chez le spécialiste consultant et l'intervention ou le traitement, très peu se sont penchées sur le temps écoulé entre la première interaction entre le patient et les services de première ligne, c'est-à-dire la première visite à un médecin de famille pour un problème précis, jusqu'à la prestation de soins plus spécialisés par un spécialiste consultant si nécessaire. Il s'agit d'une période critique au cours de laquelle le patient et le médecin de famille attendent ensemble des conseils, des examens ou un traitement plus spécialisés. C'est un intervalle de temps dont il faut tenir compte lorsqu'on tente de déterminer des temps d'attente acceptables et sans risques pour les patients.

À quelques exceptions près, la recherche fondée sur les résultats est très insuffisante pour ce qui est des temps d'attente entre les visites aux médecins de famille et la consultation d'autres spécialistes médicaux. Alors que des rapports tels que ceux de la Wait Time Alliance et de l'Association des psychiatres du Canada permettent d'espérer, comme le permettent aussi quelques autres expériences internationales, il reste beaucoup plus de travail à faire si l'on veut comprendre les questions relatives aux temps d'attente des Canadiens dans les services de première ligne.

En étudiant cette question, on constate qu'il est extrêmement complexe de mesurer les temps d'attente dans les services de première ligne et qu'il faut évaluer de nombreuses interactions différentes entre les services de première ligne où les médecins de famille traitent leurs patients et les soins plus ultra-spécialisés dans d'autres secteurs du système de santé. Pour la plupart des patients, le temps qui passe dans l'attente de services plus hautement spécialisés s'écoule pendant qu'ils sont sous les soins de leur médecin de

famille ou encore, c'est un élément important des soins partagés entre leur médecin de famille et d'autres spécialistes consultants.

Les défis de la mesure des temps d'attente dans les services de première ligne

Lorsqu'on *commence à établir des points de repère pour fixer des temps d'attente dans les services de première ligne*, de nombreuses difficultés s'ajoutent à la complexité de la tâche, notamment :

- 1) Le nombre des Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille qui les aide à accéder aux soins de santé, résultat des pénuries de médecins.
- 2) Le manque d'études fondées sur les résultats cliniques et scientifiques concernant les temps d'attente pour le système de première ligne.
- 3) L'accent mis jusqu'à maintenant sur des données et de l'information qui sont surtout reliés aux cinq domaines définis par le gouvernement fédéral relativement à la gestion des temps d'attente.
- 4) L'attention accordée en particulier aux services hautement spécialisés pour la mesure des temps d'attente.
- 5) La difficulté à comprendre les temps d'attente les plus appropriés pour des personnes dans des états indifférenciés qu'on reçoit dans les services de première ligne.
- 6) Le besoin d'élaborer des lignes directrices cliniques afin de définir les critères diagnostiques à respecter pour qu'un patient en provenance des services de première ligne puisse être inscrit sur une liste d'attente qui garantit un traitement dans un délai précis.
- 7) Les préoccupations des professionnels de la santé, y compris les médecins de famille, quant à la responsabilité de respecter les points de repère en matière de temps d'attente, avec le risque d'accroître la tension qui existe déjà au sein du système de santé, en particulier en raison des pénuries de médecins.
- 8) La possibilité d'exacerber d'autres tensions d'ordre politique ou financier auxquelles seront confrontés les gouvernements et les autorités en matière de santé puisque la responsabilisation quant aux ressources du système de santé est définie de façon à essayer de respecter des listes beaucoup plus longues de points de repère en matière de temps d'attente.

Ce qui se passe ailleurs – Expériences internationales

Sur le plan international, on tente de plus en plus l'expérience de la gestion des temps d'attente dans les services de première ligne. La conclusion qu'on peut cependant tirer en recensant la documentation, c'est qu'il y a de nombreuses manières différentes d'aborder ce problème et qu'il faudra encore davantage de recherche pour déterminer comment mieux mesurer et gérer les temps d'attente dans les services de première ligne.

Pour tenter de réduire les temps d'attente pour les personnes voulant accéder aux soins de santé en Angleterre, le National Health Service (NHS) s'est attaché à garantir que 99 % de ses citoyens aient accès à un omnipraticien¹. En fait, en 2004, selon la norme concernant les points de référence en matière de temps d'attente fixée par le NHS, les patients devraient pouvoir rencontrer un professionnel de la santé primaire dans les 24 heures et un omnipraticien (médecin de famille), dans les 48 heures².

Le système de santé primaire du Canada ne paraît pas bien lorsqu'on compare l'accès des patients à des **rendez-vous le jour même** avec celui de cinq pays semblables (voir la *Figure I*). En 2004, on a reconnu le Canada comme le pays où le plus faible pourcentage de citoyens pouvait accéder à un médecin par un rendez-vous le jour même (27 %), en comparaison des États-Unis (33 %), du Royaume-Uni (41 %), de l'Australie (54 %) ou de la Nouvelle-Zélande (60 %). Aussi, les obstacles rencontrés par les patients voulant accéder aux soins de première ligne mais devant **attendre six jours ou plus** pour voir un médecin ont affiché le pourcentage le plus élevé au Canada (25 %), comparativement aux mêmes cinq pays : les États-Unis (19 %), le Royaume-Uni (13 %), l'Australie (7 %) et la Nouvelle-Zélande (2 %). Lorsque le Fonds du Commonwealth a élargi cette étude, en 2005, pour y inclure l'Allemagne et a examiné les temps d'attente de **quatre semaines ou plus** dans les services de première ligne avant de voir un « spécialiste », le Canada est arrivé avant-dernier, 57 % de ses citoyens attendant au moins aussi longtemps avant d'avoir accès à des soins spécialisés, devant les États-Unis (60 %). En comparaison, l'Australie affichait un taux de 46 %; le Royaume-Uni, de 40 %; l'Allemagne, de 23 %; et la Nouvelle-Zélande, de 22 %.

Si l'on considère que le Canada ne se classe qu'au 26^e rang sur 30 pays de l'OCDE quant au nombre de médecins disponibles pour soigner la population³, et que des résultats améliorés en matière de santé sont fortement reliés à un nombre plus élevé de médecins de premier recours⁴, il y a de bonnes raisons de croire que les problèmes d'accès aux soins (tels que soulignés ci-dessus) et de qualité des soins pourraient être résolus dans une large mesure en trouvant des solutions pour accroître le nombre de médecins de famille

¹ Présentation par D^r David Colin-Thomé : *Global Perspectives on Primary Care - Accelerating Primary Care Conference*, le 15 février 2006, Edmonton, Alberta, Canada.

² Peter Bower, Martin Rowland, John Campbell, Nicola Mead, *Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey*, *British Medical Journal*, février 2003; 326; 258.

³ Organisation de coopération et de développement économiques [OCDE] (2004), *Eco-Santé OCDE 2004 : Analyse comparative de 30 pays*, 3^e édition, CD-ROM, Paris.

⁴ Starfield, Barbara, Leiyu Shi, Atul Grover, James Macinko, *The Effects of Specialist Supply on Populations' Health: Assessing the Evidence*, *Health Affairs*, sur le web seulement, le 15 mars 2005.

au Canada. Il s'agit de questions que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent continuer à étudier en collaboration avec les intervenants compétents, y compris le CMFC.

Figure I : Pourcentage (%) de la population qui a accès à un médecin dans des délais d'attente définis, dans six pays développés

	Australie	Canada	Nouvelle-Zélande	Royaume-Uni	États-Unis	Allemagne
Rendez-vous le jour même pour voir un médecin	54	27	60	41	33	
Attente de 6 jours ou plus pour voir un médecin	7	25	2	13	19	
Attente de plus de 4 semaines pour voir un spécialiste	46	57	22	40	60	23

Sources d'information :

- 1) Fonds du Commonwealth 2004, *Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries* (accès à un médecin lorsque la personne est malade, ou qu'elle a besoin de soins médicaux le jour même ou après une attente de six jours ou plus)
- 2) Fonds du Commonwealth 2005, *2005 International Health Policy Survey* (accès à un spécialiste après plus de quatre semaines d'attente)

La Suède et la Norvège ont toutes deux adopté des approches uniques en matière de gestion des temps d'attente dans les services de première ligne. Leurs expériences ont été présentées au cours d'une conférence à Ottawa, en mars 2006, intitulée *Maîtriser les files d'attente III*. La Suède garantit un accès le jour même dans un centre de soins primaires (pas nécessairement à un médecin) et un accès à un médecin dans les sept jours. La garantie de la Suède comprend aussi un maximum de 90 jours d'attente pour rencontrer un spécialiste, et un autre maximum de 90 jours après la visite au spécialiste pour le début d'un traitement spécialisé (voir la **Figure II**). Cette approche linéaire visant à instaurer des garanties de temps d'attente pourrait stimuler une réflexion plus poussée concernant la façon dont les Canadiens abordent les problèmes des délais d'attente dans le système des soins primaires de ce pays.

Figure II : Garantie de la Suède relativement aux temps d'attente

0	7	90	90
Accès garanti à un centre local de soins primaires le jour même	Accès à une rencontre avec un médecin dans les sept jours	Maximum de 90 jours pour rencontrer un spécialiste	Début du traitement au plus tard 90 jours après la rencontre avec un spécialiste

Ce qui semble avoir le mieux fonctionné jusqu'à maintenant en Norvège, c'est l'introduction du choix des dispensateurs par les patients, c'est-à-dire le fait de donner aux patients les outils nécessaires pour décider où obtenir un traitement et pour leur permettre de choisir où aller et qui rencontrer. La régionalisation de la prestation des soins de santé dans le but de répartir les ressources de façon plus appropriée et le recours à des dispensateurs de soins de santé privés au sein du système financé par l'État ont été présentés comme deux autres solutions stratégiques qui ont aidé le système de santé de la Norvège à réduire les temps d'attente (voir la *Figure III*).

Figure III : Expérience de la Norvège

Leçon apprise	Effet obtenu**
1. Réglementer les droits des patients aux traitements – établir et réglementer des temps d'attente maximums	○
2. Accroître les dépenses (au sein du pays même) – utiliser plus d'argent / accroître la capacité	○
3. Acheter des services à l'étranger – attribuer des fonds additionnels pour des traitements à l'étranger	○
4. Instaurer un réel choix de dispensateurs par les patients – permettre aux patients de choisir où obtenir un traitement et leur donner les outils pour faire ces choix	●
5. Transformer le système de financement et les incitatifs – passer des budgets fixes à une prestation à l'acte pour les hôpitaux	●
6. Changer le modèle de gouvernance – régionalisation avec la capacité de déterminer où les besoins en soins de santé devraient être comblés	●
7. Intégrer des fournisseurs privés – permettre aux fournisseurs privés d'agir au sein du système hospitalier financé par l'État.	●

(** - les cercles noirs indiquent un meilleur résultat)

Source d'information pour les *Figures II* et *III* : Adapté d'une présentation par M^{me} Marit Vaagen : *Increasing Certainty – Learning from International Experience with Care Guarantees and Related Wait Time Policies*, Conférence Maîtriser les files d'attente III, le 31 mars 2006, Ottawa, Ontario, Canada.

Ce qui se passe ici – Expériences canadiennes

La documentation qui porte sur les expériences canadiennes concernant les temps d'attente dans les services de première ligne rapporte des problèmes semblables à ceux dont traite la documentation internationale. Le manque de cohérence dans les constatations et un éventail d'expériences permettent de tirer au moins une conclusion : il faut davantage de recherche fondée sur les résultats.

L'accès aux médecins de famille

En 2003, Statistique Canada rapportait que parmi les 3,6 millions de Canadiens sans médecin de famille, 1,2 million (5 %) n'arrivaient pas à en trouver un⁵. Trois sondages Décima effectués sur trois années, entre 2003 et 2005, ont rapporté un nombre encore plus élevé de Canadiens sans médecin de famille – 15 % ou approximativement 5 millions de Canadiens⁶. Bien que les sondages Décima ne demandaient pas combien de personnes avaient cherché un médecin de famille, on sait que de nombreux Canadiens qui aimeraient avoir un médecin de famille ne tentent même pas de chercher parce qu'ils savent déjà qu'ils ne réussiront pas à en trouver un. Les résidents de la plupart des collectivités savent rapidement si des médecins de famille ont un bureau « ouvert »; c'est-à-dire un bureau où l'on accepte de nouveaux patients. Dans de nombreux cas, les personnes qui n'ont pas de médecin de famille accèdent aux soins de première ligne par l'entremise d'une clinique communautaire sans rendez-vous ou du service des urgences d'un hôpital, qui prennent ainsi en charge les « patients orphelins ». C'est la triste réalité de la pénurie croissante de médecins de famille dont on a tellement parlé depuis les cinq à 10 dernières années.

Dans l'enquête de Statistique Canada de 2003, 86 % des Canadiens ont rapporté avoir accès à un médecin de famille permanent. Toutefois, même les patients ayant un médecin de famille avaient éprouvé certaines difficultés à accéder à des soins de première ligne. Dans une autre analyse effectuée par Sanmartin et Ross, on a rapporté que 15 % des Canadiens ayant un médecin de famille avaient dit avoir éprouvé des difficultés à accéder à des soins « de routine » et 23 %, à des soins « immédiats » pour des problèmes de santé mineurs⁷. On ne sera pas surpris que les Canadiens sans médecin de famille permanent étaient plus que deux fois plus susceptibles de rapporter des difficultés à avoir accès à des soins « de routine » que les Canadiens ayant un médecin de famille permanent. Chose intéressante, Sanmartin et Ross ont toutefois aussi rapporté que les répondants ayant un médecin de famille permanent étaient tout aussi susceptibles d'éprouver des difficultés à accéder à des soins « immédiats » que ceux qui n'en avaient pas. Love *et al.* (1999), Periera *et al.* (2003) et Mathews *et al.* (2003) en sont venus à des résultats semblables. Le

⁵ Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Enquête sur l'accès aux services de santé, 2003.

⁶ Sondages Décima, 2003-2005, exécutés à la demande du Collège des médecins de famille du Canada, 2003-2005.

⁷ Claudia Sanmartin et Nancy Ross, *Experiencing Difficulties Accessing First-Contact Health Services in Canada*, Politiques de santé, Vol. 1 N° 2, 2006.

manque de disponibilité d'un médecin et/ou d'un service a été donné comme principale difficulté empêchant l'accès à des soins « de routine » ou « immédiats ».

Ces constatations démontrent que même les Canadiens ayant un médecin de famille peuvent éprouver des difficultés à recevoir des soins en temps opportun. L'une des principales causes de cette situation, c'est que l'horaire des médecins de famille très occupés est bien chargé, et que les pénuries de médecins et les surcharges de clients font en sorte que les quelques médecins de famille disponibles doivent avoir recours au tri des patients et ne peuvent simplement pas voir tous les patients en temps opportun, comme eux-mêmes et leurs patients l'espéreraient.

Le CMFC prétend que chaque Canadien devrait avoir la possibilité de pouvoir compter sur un médecin de famille⁸. Avec leur propre médecin de famille, les Canadiens sont en mesure d'accéder plus facilement au système de santé et de mieux y circuler. Un sondage effectué par Décima en 2004 révélait que 88 % des Canadiens croyaient que le fait d'avoir un médecin de famille leur donnait davantage confiance en leurs chances de recevoir des soins appropriés et en temps opportun⁹. Les personnes qui ont un médecin de famille considèrent l'accès au système de santé et le système comme tel de façon beaucoup plus positive que celles qui n'ont pas de médecin de famille¹⁰.

Le Sondage national des médecins 2004 (SNM 2004) révélait que 60 % des médecins de famille praticiens voyaient peu de nouveaux patients ou n'en voyaient pas du tout¹¹. Ces médecins avaient fermé ou restreint leur pratique en raison soit du nombre excessif de patients (la demande) ou de changements dans leur mode de pratique (l'offre). Une étude plus récente, effectuée en 2006 par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, montrait que 11,4 % seulement des médecins de famille de l'Ontario disaient accepter de nouveaux patients, une baisse de 38,4 % par rapport à 2001. L'étude disait aussi que lorsqu'on tient compte du nombre de médecins de famille qui pratiquent une médecine familiale globale, le pourcentage de ceux qui disaient accepter des nouveaux patients baissait à 3,6 %¹².

L'accès préalable ou ouvert, qui facilite les rendez-vous le jour même, a été implanté dans des pratiques de soins primaires sur la scène internationale comme au Canada. L'un des éminents défenseurs de l'accès préalable en tant que moyen de réduire les temps d'attente pour les soins de première ligne est le Health Quality Council of Saskatchewan, sous la direction de D^r Ben Chan¹³. Le conseil préconise les rendez-vous le jour même en

⁸ *La médecine familiale au Canada - Une vision d'avenir*, Le Collège des médecins de famille du Canada Canada, novembre 2004.

⁹ Sondage Décima, exécuté à la demande du Collège des médecins de famille du Canada, septembre 2004.

¹⁰ *6^e Bulletin annuel de l'AMC sur l'état du système de santé*, Association médicale canadienne, août 2006.

¹¹ Sondage national des médecins 2004 (SNM 2004), recensement de tous les médecins au Canada, une collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Association médicale canadienne, avec l'appui de l'Institut canadien d'information sur la santé et de Santé Canada.

¹² L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, communiqué de presse, le 22 juin 2006.

¹³ *ABCs of Advanced Access*, Health Quality Council Review, été 2004, Health Quality Council of Saskatchewan.

plus des rendez-vous pris à l'avance pour les médecins de premier recours. Bien que tous les rendez-vous n'aient pas lieu ou n'ont pas à avoir lieu le jour même, les patients qui présentent des symptômes graves, semi-urgents ou non urgents pourraient bénéficier de la prise de rendez-vous avec accès préalable par leur médecin de famille (voir l'*Annexe* pour plus d'information sur les rendez-vous avec accès préalable ou ouverts).

L'accès à des services plus spécialisés

Certaines preuves permettent de croire que les Canadiens éprouvent beaucoup plus de difficultés à avoir accès en temps opportun à des services plus hautement spécialisés qu'aux services de première ligne. Les résultats d'une recherche d'enquête effectuée par Décima et publiée en août 2006 révélaient que plus de un ménage canadien sur trois avait essayé, sans y parvenir, d'accéder en temps opportun à au moins un service de santé au cours des trois mois précédents¹⁴. Sur les 3 000 Canadiens sondés, Décima a rapporté la proportion ayant attendu de façon déraisonnable :

- 45 % pour un rendez-vous avec un « spécialiste »;
- 30 % pour des tests diagnostiques;
- 20 % pour un rendez-vous avec un médecin de famille.

En 2005, 41 % des Canadiens affirmaient avoir dû attendre de un à trois mois pour voir un spécialiste¹⁵ et 12 % de plus avaient dû attendre plus de trois mois. De même, en 2005, 32 % des Canadiens avaient dû attendre de un à trois mois pour subir un test diagnostique¹⁶ et 11 % de plus avaient attendu plus que trois mois. Bien qu'on sache que les points de repère relatifs à l'attente dans les services de première ligne pour voir un spécialiste ou pour subir un test diagnostique demeurent inconnus à ce jour, on peut à tout le moins se préoccuper des plus de 10 % de Canadiens qui ont dû attendre plus de trois mois pour l'un ou l'autre en 2003 et en 2005 (voir la *Figure IV*).

¹⁴ Centre de recherche Décima, *Êtes-vous patient? (Bilan de l'attente en santé)*, le 23 août 2006.

¹⁵ On a défini le temps d'attente pour voir un « spécialiste » comme le temps écoulé entre le moment où les personnes et leur médecin ont décidé qu'elles devraient voir un spécialiste et la journée de la visite. Il s'agissait de visites visant à obtenir un diagnostic concernant une nouvelle maladie ou condition; cela ne comprenait pas les soins courants.

¹⁶ On a défini le temps d'attente pour un test « diagnostique » comme le temps écoulé entre le moment où les personnes et leur médecin décident de poursuivre l'examen et de demander un test et la journée du test. Les tests diagnostiques étaient une IRM, un tomodensitogramme ou une angiographie demandés par un médecin afin d'établir ou de confirmer un diagnostic (pas de rayons-x ou d'analyses sanguines).

Figure IV : Pourcentage des personnes qui ont reçu des soins définis à l'intérieur d'une période de temps précise

Temps d'attente...	Moins de 1 mois	De 1 à 3 mois	Plus de 3 mois
Visites à des spécialistes			
• 2003	48	41	11
• 2005	47	41	12
Tests diagnostiques			
• 2003	58	31	12
• 2005	57	32	11

Source d'information :

Statistique Canada, Division de la statistique de la santé, *Accès aux services de soins de santé au Canada*, de janvier à juin 2005, paru en janvier 2006, n° au catalogue 82-575-XIF2006002 (enquêtes autodéclarées auprès des patients).

Le SNM 2004 a confirmé que les patients devaient faire face non seulement à des obstacles pour accéder aux soins de première ligne mais aussi à d'autres obstacles considérables lorsque leur médecin de famille essayait de les orienter vers des soins plus spécialisés. Par exemple, 23 % des consultants ont dit ne pas avoir pu accueillir un patient ayant un problème médical urgent dans la semaine suivant l'aiguillage du patient par le médecin de famille et 27 % ont dit ne pas avoir pu recevoir un patient ayant un problème médical non urgent dans les trois mois suivant l'aiguillage. Plus particulièrement, 66 % des médecins de famille qui ont répondu au SNM 2004 ont qualifié d'acceptable à pauvre l'accès aux psychiatres et 48 % ont qualifié d'acceptable à pauvre l'accès à des chirurgiens orthopédistes. De tous les médecins qui ont répondu au SNM 2004 (les médecins de famille comme d'autres spécialistes), 54 % ont qualifié d'acceptable à pauvre l'accès à des services diagnostiques de pointe et 41 % ont qualifié d'acceptable à pauvre l'accès aux soins hospitaliers pour des interventions électives¹⁷. Ces constatations ont de graves conséquences quant à la gestion des temps d'attente et à l'établissement de points de repère et de garanties. Elles laissent aussi croire au besoin d'une meilleure orientation lorsqu'il s'agit de décider où mettre l'accent en matière de gestion du temps d'attente dans le continuum qui va des soins de première ligne aux soins plus spécialisés.

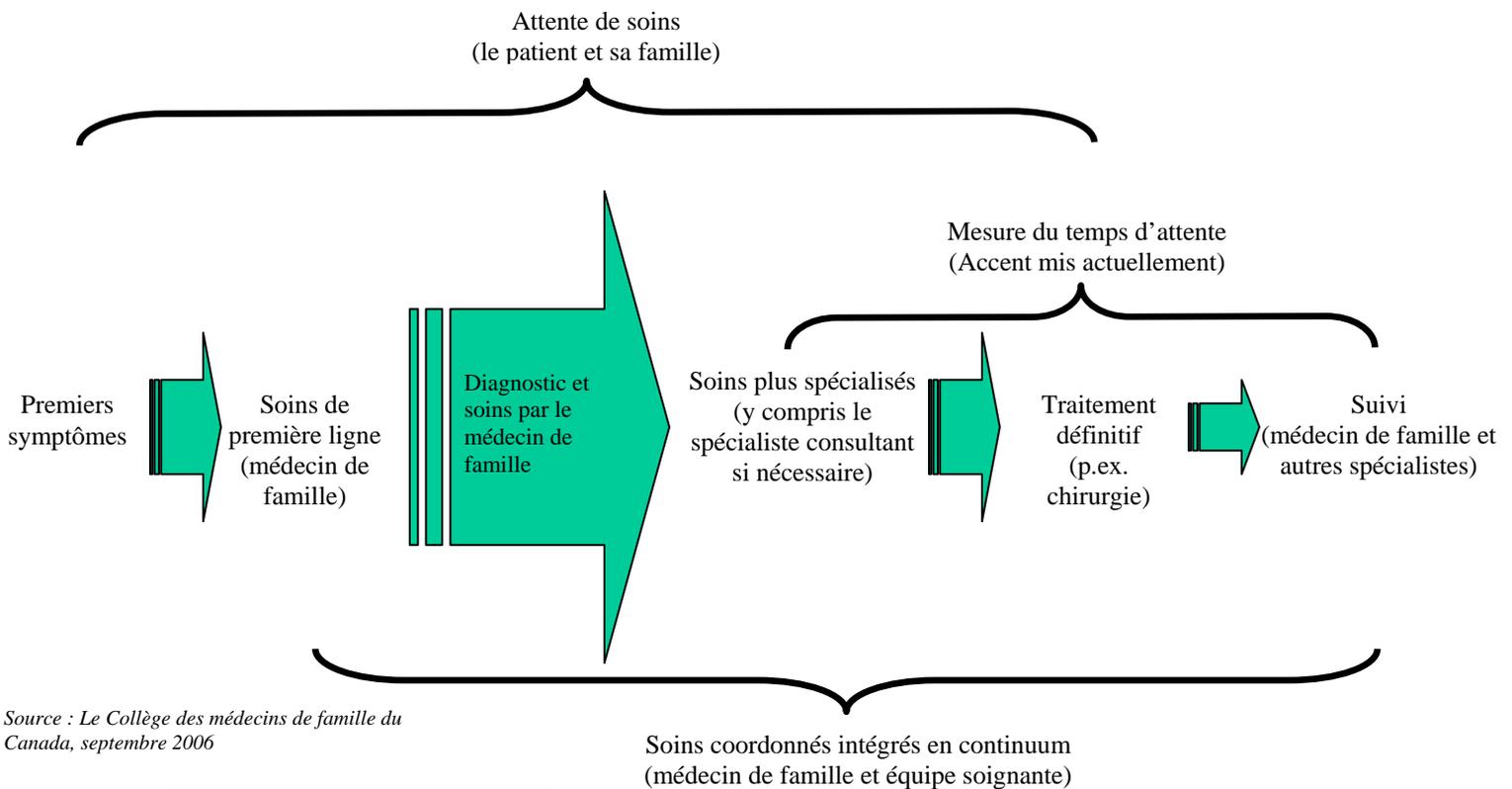
¹⁷ SNM 2004 (voir la note 11).

Lorsque le décompte commence :

Les défis de la mesure des temps d'attente dans les services de première ligne

Le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente (ATE) de l'Association médicale canadienne, publié en 2005, affirmait que les temps d'attente devraient être mesurés à partir du moment où apparaissent les symptômes jusqu'au traitement et à la guérison. Faisant référence au document de travail du CMFC sur les temps d'attente, le rapport de l'ATA concluait que pour la plupart des patients, la mesure du temps d'attente devrait comprendre l'ensemble et non une partie seulement du temps d'attente, du début à la fin des rapports entre le patient et le système de santé (voir la **Figure V**). Dans le document du CMFC de 2004 intitulé *La médecine familiale au Canada : Une vision d'avenir*, il est dit que : « La définition du temps d'attente devrait s'appliquer à partir du moment où un patient éprouve un problème et tente d'avoir accès à des soins, jusqu'au moment où il est vu par un médecin de famille, jusqu'à l'intervention du spécialiste et/ou de la spécialité et jusqu'au terme des soins définitifs¹⁸. » Le rapport de l'ATA corroborait cet énoncé en 2005 et soulignait que : « le temps commence à compter longtemps avant qu'un patient aboutisse dans le bureau d'un spécialiste¹⁹. »

Figure V : Se concentrer sur les temps d'attente



Source : Le Collège des médecins de famille du Canada, septembre 2006

¹⁸ La médecine familiale au Canada : Une vision d'avenir, p. 43.

¹⁹ *Il est grand temps d'agir!*, Rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente, août 2005, p. 68.

Pour de trop nombreux Canadiens, le décompte commence sans qu'ils aient l'avantage d'avoir un médecin de famille pour s'occuper d'eux et les aider à accéder aux soins dont ils ont besoin. Non seulement ont-ils plus de difficulté à accéder aux soins mais leur expérience dans le système de santé et la perception qu'ils ont de la qualité des soins sont moindres²⁰. Pour beaucoup de Canadiens, les temps d'attente pour accéder aux soins de première ligne sont directement liés au fait de trouver un médecin de famille.

Pour l'ATA, le temps d'attente du patient pour des soins spécialisés commence lorsque le patient reçoit un diagnostic différentiel de son médecin de famille ou omnipraticien : c'est-à-dire lorsque les « désirs » se transforment en « nécessités », et qu'il est décidé que le patient a besoin de subir des tests diagnostics ou une intervention spécialisée.

*... tiré de *Il est grand temps d'agir!* Rapport de l'ATA 2005*

En examinant de plus près les temps d'attente dans les services de première ligne, on découvre les défis uniques que présente la mesure du temps, du début à la fin. Quels points le système de santé devrait-il définir comme le commencement et la fin du temps d'attente d'un patient? Si l'on tient compte de la *totalité* de l'expérience du patient, le temps d'attente devrait alors commencer à l'apparition des symptômes et se terminer lorsque ces symptômes ont été éliminés. En termes pratiques, la fin est plus facile à définir, par exemple lorsque le traitement indiqué, comme la chirurgie ou une autre intervention, a été exécuté. Certains ont proposé que le point de départ des temps d'attente dans les services de première ligne soit le moment où le médecin de famille émet un diagnostic différentiel. Cette approche englobe l'éventail des problèmes médicaux tant différenciés que non différenciés rencontrés dans les services de première ligne. Par exemple, un patient qui éprouve de la fatigue (un problème non différencié) peut n'être fatigué qu'en raison d'une activité excessive – ou encore la fatigue du patient peut être le début d'une maladie grave, par exemple un ulcère gastroduodéal hémorragique (un problème plus différencié). La plupart reconnaîtront que le temps d'attente dans cet exemple est presque impossible à mesurer, à tout le moins jusqu'à ce que le diagnostic différentiel d'ulcère gastroduodéal hémorragique soit posé par le médecin de famille et serve de point de départ. Parce qu'un grand nombre de patients accèdent aux soins de première ligne dans des états non différenciés, sans diagnostic précis, la définition des temps d'attente dans les services de première ligne présente une plus grande difficulté que la mesure des temps d'attente après que les patients ont été aiguillés vers des soins plus spécialisés. Pour les patients qui n'ont pas de médecin de famille, ce problème est beaucoup plus grave.

À la suite de ce qui précède, on pourrait prétendre que le temps d'attente jusqu'au traitement définitif, dans le cas du patient qui souffre d'un ulcère gastroduodéal hémorragique, devrait tenir compte du temps écoulé depuis que le patient s'est présenté avec de la fatigue.

²⁰ 6^e Bulletin annuel de l'AMC sur l'état du système de santé, Association médicale canadienne, août 2006.

Quelle que soit la façon de définir le point de départ du temps d'attente, le niveau d'urgence est une question transversale qui ajoute à la complexité de la gestion des temps d'attente dans les services de première ligne. Les niveaux d'urgence s'appliquent lorsqu'il s'agit de rencontrer un médecin de famille aussi bien qu'un spécialiste consultant. Toutefois, l'interprétation du niveau d'urgence d'un problème diffère entre les patients et les médecins de famille, et entre les médecins de famille et les spécialistes consultants. Bien qu'une attente de plus de 24 heures pour voir un médecin soit souvent inappropriée dans le cas de patients en situation urgente ou relativement urgente, une attente de quatre à six semaines peut être acceptable pour la prise en charge d'une maladie chronique stable telle que le diabète. Par contre, pour le patient qui souffre de diabète et d'une complication aggravante telle qu'un ulcère diabétique qui se détériore, une attente de quatre à six semaines après l'aiguillage par le médecin de famille vers le spécialiste consultant approprié pour obtenir d'autres conseils peut s'avérer beaucoup trop longue.

Examiner de plus près les temps d'attente dans les services de première ligne

Bien que les cinq domaines médicaux (soins aux personnes atteintes de cancer, soins cardiaques, cataractes, remplacements de la hanche et du genou, et IRM/tomodensitogrammes) choisis par les gouvernements et par l'Alliance sur les temps d'attente soient tous très importants, beaucoup se disent fort préoccupés par la possibilité qu'on mette l'accent sur ces cinq domaines uniquement, et que cela soit trop restrictif et entraîne un détournement des ressources provenant d'autres domaines de soins, non inclus, au profit de ces cinq domaines. Par exemple, en septembre 2006, le gouvernement de l'Ontario annonçait un montant supplémentaire de 108 millions de dollars de financement pour réduire les temps d'attente, la moitié devant aller aux mêmes cinq domaines clés tandis que l'autre moitié devait soutenir d'autres programmes de réadaptation, le Système d'information sur les temps d'attente de l'Ontario et les collectivités locales qui essaient de réduire les temps d'attente. Ces annonces sont bienvenues mais elles laissent encore beaucoup d'incertitude quant à la concentration des efforts sur la gestion des temps d'attente dans les services de première ligne.

Quelques exemples de cas peuvent aider à expliquer les préoccupations mentionnées ci-dessus.

Il se peut qu'il ne faille pas autant de temps à des médecins de famille de nombreuses collectivités du Canada pour obtenir un rendez-vous en temps opportun avec un ophtalmologiste pour un patient qui a besoin d'une chirurgie de la cataracte qu'il ne leur en faudrait pour obtenir un tel rendez-vous dans le cas d'un patient qui a un œil rouge pathologique ne répondant pas au traitement. Avec les mesures incitatives du gouvernement en faveur du financement des interventions pour les cataractes, il se peut qu'il soit plus facile d'obtenir l'extraction de la cataracte dans un délai approprié dans certaines collectivités. Cet « effet de gonflement » est le résultat des ressources supplémentaires allouées à un domaine de soins, qui font en sorte qu'un autre domaine en souffre; bien sûr, ce problème est exacerbé lorsqu'il y a une pénurie de médecins. Cet exemple illustre aussi le problème des temps d'attente qui a trait à la mesure des temps d'attente dans les services de première ligne dans les cas d'états pour lesquels le diagnostic est moins différencié. Non seulement le rendez-vous pour le patient à l'œil rouge dont la situation est plus urgente pourrait être plus difficile à obtenir, mais la mesure du temps d'attente est un plus grand défi : il faut tout d'abord qu'un diagnostic précis ait été posé.

Dans certaines collectivités, il pourrait s'avérer plus facile de prendre un rendez-vous en temps opportun avec un chirurgien orthopédiste pour un patient souffrant d'arthrose qui a besoin d'un remplacement du genou que d'obtenir un rendez-vous en temps opportun pour un patient qui souffre continuellement d'une douleur au genou, auquel il faudrait faire subir une arthroscopie pour établir un diagnostic. Dans le premier cas, le patient a habituellement été suivi depuis un certain temps et le remplacement du genou

est maintenant considéré comme le traitement définitif pour l'aider à améliorer un état de plus en plus incapacitant. Puisque les incitatifs financiers penchent dans la balance du patient qui nécessite un remplacement du genou, le rendez-vous du patient qui souffre de douleurs au genou pourrait être plus difficile à fixer, même si son cas est plus urgent. Et en raison de l'incertitude du diagnostic, il est aussi plus difficile de mesurer le temps d'attente pour ce patient.

Dans ces scénarios, les temps d'attente dans les services de première ligne peuvent varier selon les différentes collectivités du Canada. Alors que certaines collectivités peuvent avoir d'excellentes ressources en matière d'accès aux soins de première ligne et aux soins plus spécialisés pour certaines maladies, d'autres peuvent ne pas pouvoir compter sur les mêmes ressources et être ainsi moins en mesure de répondre à la demande. Les temps d'attente liés aux soins de première ligne peuvent donc être influencés non seulement par l'incertitude du diagnostic et le niveau d'urgence, mais aussi par la disponibilité de ressources plus hautement spécialisées dans une collectivité donnée. Un autre aspect négligé de tous ces scénarios est le soutien continu que nécessite le patient dont l'état est surveillé et les complications médicales prises en charge par le médecin de famille le temps que dure l'attente jusqu'à la prochaine phase du traitement ou des soins.

En résumé, l'attente de soins se produit tout au long du continuum de soins au patient et le **point de départ** pour mesurer ce temps d'attente devrait tenir compte de l'ensemble du cheminement du patient dans le système de santé. Le point de départ est-il :

- a) Lorsque le patient ressent les symptômes et essaie de trouver un médecin de famille?
- b) Lorsque le patient rencontre le médecin de famille pour la première fois?
- c) Lorsque le médecin de famille fixe le moment des examens et/ou des interventions pour aider à poser un diagnostic (p. ex. rayons-x, ultrasons ou autres tests plus spécialisés tels que IRM ou tomodensitogrammes)?
- d) Lorsque les symptômes, les signes ou les analyses permettent au médecin de famille de poser un diagnostic différentiel?
- e) Lorsqu'un diagnostic définitif est posé par le médecin de famille, entraînant le début d'une prise en charge médicale sans aiguillage vers un spécialiste consultant?
OU
Lorsque le médecin de famille pose un diagnostic définitif, entraînant la décision d'aiguiller le patient vers un spécialiste consultant?
- f) Lorsque le patient a un rendez-vous avec le spécialiste consultant?
- g) Lorsque le patient rencontre le spécialiste consultant?
- h) Lorsque le spécialiste consultant fixe le moment d'un examen ou d'une intervention spécialisée afin de poser un diagnostic et/ou de déterminer un traitement à suivre?
- i) Lorsque le spécialiste consultant commence le traitement médical ou chirurgical du patient?

En outre, les **niveaux d'urgence** ont des répercussions sur chaque patient rencontré et sur la détermination de temps d'attente sécuritaires et appropriés. On peut définir les niveaux d'urgence comme suit²¹ :

- a) **Extrême urgence** – une situation qui présente un danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe;
- b) **Urgent** – une situation qui est instable, susceptible de se détériorer rapidement et d'entraîner une admission en urgence;
- c) **Semi-urgent** – une situation où l'on fait face à la douleur, à une dysfonction et à une incapacité, mais qui demeure stable et n'est pas susceptible de se détériorer rapidement au point à devenir une urgence;
- d) **Électif** (aussi appelé non urgent ou prévu et peut s'appliquer aux soins préventifs de même qu'à la gestion d'une maladie chronique) – une situation qui, bien que susceptible de comprendre de la douleur, une dysfonction ou une incapacité, est gérée de façon routinière, n'est pas susceptible de se détériorer rapidement et ne présente pas un danger immédiat pour la vie, un membre ou un organe.

²¹ Adapté de définitions tirées de *Il est grand temps d'agir!*, Alliance sur les temps d'attente, août 2005, p. 3.

Commencer à établir des points de repère pour les temps d'attente dans les services de première ligne

Bien qu'au Canada, le fait d'établir des points de repère en matière de temps d'attente dans les services de première ligne demeure un territoire relativement inexploré, certains rapports publiés récemment peuvent aider à donner une orientation aux composantes de base nécessaires à ce travail. Parmi ces rapports, mentionnons :

- a) le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA) – août 2005;
- b) le rapport de l'Association des psychiatres du Canada (APC) – mars 2006;
- c) le rapport du Fraser Institute – octobre 2005.

À la **Figure VI**, on a cerné certains points de repère pour fixer les temps d'attente dans les services de première ligne à partir des rapports de l'ATA et de l'APC. En examinant cette information, on entrevoit la possibilité d'élaborer davantage et d'obtenir un consensus sur les temps d'attente pour un éventail beaucoup plus vaste d'états pathologiques vus par les médecins de famille dans les services de première ligne. En utilisant cette information, on devrait pouvoir élaborer des points de repère pour fixer des temps d'attente dans les services de première ligne, contre-vérifiés en fonction des niveaux d'urgence.

Bien que les preuves soient importantes dans l'élaboration des points de repère pour fixer les temps d'attente, il importe aussi de se rappeler un énoncé tiré du rapport de l'ATA²² :

L'établissement de points de repère doit être fondé sur des données probantes mais non pas de façon déterministe.

Dans le contexte des temps d'attente dans les services de première ligne, cet énoncé rappelle que l'absence de résultats concrets pour fixer des points de repère relatifs à l'attente dans les services de première ligne ne devrait pas être un obstacle à l'établissement de points de repère raisonnables en ayant recours à l'expérience et à l'expertise de professionnels de la santé et de dirigeants d'organismes crédibles, y compris le CMFC – tout en reconnaissant le besoin de rester ouvert à la réévaluation de ces points de repère ouverts si des renseignements plus précis ou plus fiables devenaient disponibles.

²² *Il est grand temps d'agir!*, Rapport final de l'Alliance sur les temps d'attente, août 2005, Sommaire, p. 9.

Il faut poursuivre l'établissement de points de repère relatifs aux temps d'attente dans les services de première ligne afin d'accroître l'accès de tous les Canadiens au continuum des soins de santé de première ligne et des soins plus spécialisés.

L'application des points de repère relatifs aux temps d'attente dans le cas d'un patient individuel devrait être fondée sur les lignes directrices cliniques qui définissent les critères diagnostiques à respecter pour inscrire un patient sur une liste d'attente. L'utilisation de ces lignes directrices devrait être souple, ouvrant la voie au meilleur résultat et à l'opinion d'un expert dans chaque cas particulier. L'établissement de points de repère relatifs aux temps d'attente ne devrait pas exclure le recours au bon jugement clinique, et devrait respecter l'importante relation établie entre le patient et son propre médecin de famille.

Figure VI : Points de repère de l'ATA et de l'APC en matière de temps d'attente pour des services définis, selon les niveaux d'urgence

	Extrême urgence	Urgent	Semi-urgent	Non urgent ou électif
Radiologie (tomodensitogrammes et IRM)	Immédiat à 24 h	Dans les 7 jours		Dans les 30 jours
Médecine nucléaire <ul style="list-style-type: none"> • scintigraphie osseuse • TEP • imagerie cardiaque • densité osseuse 	Immédiat à 24 h Immédiat à 24 h Immédiat à 24 h	Dans les 7 jours Dans les 7 jours Dans les 3 jours		Dans les 30 jours Dans les 30 jours Dans les 14 jours Dans les 30 jours
Arthroplastie (arthroplastie de la hanche et du genou)	Immédiat à 24 h			Priorité 1 : dans les 30 jours Priorité 2 : dans les 90 jours Priorité 3 : consultation dans les 3 mois
Soins aux personnes atteintes de cancer (radiothérapie)	Immédiat à 24 h	Besoins individuels		Consultation dans les 10 jours ouvrables
Rétablissement de la vue (chirurgie de la cataracte)		Proportionnel au degré de gravité		
Services cardio-vasculaires <ul style="list-style-type: none"> • Aiguillage initial • Imagerie nucléaire • Services des insuffisances cardiaques • Électrophysiologie <ul style="list-style-type: none"> – Stimulateur cardiaque – Tests/ablation • Réadaptation 	Immédiat à 24 h 1 jour ouvrable Immédiat à 24 h Immédiat à 3 jours Immédiat	7 jours 3 jours ouvrables 14 jours 14 jours 14 jours 7 jours	4 semaines 4 semaines 30 jours	6 semaines 2 semaines 6 semaines 6 semaines 3 mois 30 jours
Maladie psychiatrique grave <ul style="list-style-type: none"> • Premier épisode psychotique • Manie • P-p trouble de l'humeur grave ou psychose • Dépression majeure 	Dans les 24 h Dans les 24 h Dans les 24 h Dans les 24 h	Dans la semaine Dans la semaine Dans la semaine Dans les 2 semaines		Dans les 2 semaines Dans les 2 semaines Dans les 4 semaines

Sources d'information (ne comprend que les temps d'attente qui sont habituellement amorcés par l'aiguillage effectué par le médecin de famille du patient) :

1) Adapté du rapport de l'Alliance sur les temps d'attente : *Il est grand temps d'agir!* (août 2005).

2) Adapté du rapport de l'Association des psychiatres du Canada : *Établissement de priorités sur les délais d'attente touchant les personnes souffrant d'une maladie mentale grave* (mars 2006)

Le rapport de l'APC définit les niveaux d'urgence comme suit :

- Extrême urgence – jugé approprié après évaluation
- Urgence – dans les 24 heures
- Calendrier de consultation – dans la semaine

Dans la **Figure VII**, les données du Fraser Institute ont servi à cerner les temps d'attente du renvoi à la consultation et au traitement pour certains domaines cliniques d'intérêt qui sont les mêmes pour les gouvernements du Canada et l'ATA. Ces données renforcent les préoccupations concernant les augmentations générales du temps d'attente dans les services de première ligne au Canada de 1993 à 2005, de même que certaines préoccupations concernant particulièrement les arthroplasties et la restauration de la vue. Les données laissent aussi croire que les temps d'attente ont été réduits dans certains secteurs, p. ex. la chirurgie cardio-vasculaire élective. Il n'y a aucune donnée dans ce rapport concernant les tests diagnostiques ou les maladies psychiatriques graves.

Figure VII : Médiane des temps d'attente (en semaines) entre l'aiguillage par le MF et un rendez-vous avec un spécialiste ou un traitement spécialisé, dans des services définis

Période d'attente ...	Pour un rendez-vous 1993	Pour un rendez-vous 2005	Pour un traitement 1993	Pour un traitement 2005
Dans l'ensemble	3,7	8,3	9,3	17,7
Radiologie ou médecine nucléaire (aucune donnée)				
Arthroplastie • Chirurgie orthopédique	8,1	14,7	19,5	40
Soins du cancer • Radio-oncologie	1,9	1,6	5,3	5,7
Restauration de la vue • Ophtalmologie	4,5	14,3	14,6	27,4
Services cardio-vasculaires • Chirurgie cardio-vasculaire • Chirurgie cardio-vasculaire (élective)	3,4	3,1	13,2	8,3
Maladie psychiatrique grave (aucune donnée)				

Source d'information :

Adapté du rapport du Fraser Institute, *Waiting Your Turn* (octobre 2005)

- Données tirées d'enquêtes canadiennes et de sources provinciales - 1993 à 2005
- Le tableau ne touche que les services qui sont semblables à ceux qui ont été utilisés dans les rapports de la ATA et de l'APS

Fixer des points de repère pour les temps d'attente dans les services de première ligne

Au cours des quelques dernières années, on a eu recours à de nombreuses stratégies pour tenter d'améliorer l'accès des patients et pour trouver des solutions aux problèmes des temps d'attente dans les services de soins de première ligne et de soins plus spécialisés. On a longuement traité de certaines de ces solutions dans les documents d'orientation des gouvernements ainsi que des services de santé et des organisations médicales, y compris le CMFC. Les recommandations de ces rapports devraient être mises en œuvre dès que possible. Par exemple, pour réagir aux pénuries de médecins de famille au Canada, on a recommandé qu'il y ait au moins 2 500 postes d'entrée en faculté de médecine au Canada d'ici 2008 et qu'on alloue à la médecine familiale un minimum de 45 % de tous les postes de 1^{re} année de formation postdoctorale²³.

Il faudra agir pour réduire les temps d'attente dans les services de première ligne. Le Collège des médecins de famille du Canada recommande ce qui suit :

- a) Que les points de repère dans les services de première ligne soient établis de façon à définir des temps d'attente acceptables selon les niveaux d'urgence, pour que les patients :
 - i) trouvent un médecin de famille;
 - ii) soient vus par leur propre médecin de famille;
 - iii) soient vus par les spécialistes consultants.
- b) Que des points de repère relatifs aux temps d'attente appropriés soient élaborés et établis pour les patients qui attendent de recevoir d'autres services dans les cinq domaines cliniques déjà déterminés par les gouvernements du Canada de même que dans d'autres domaines, outre les cinq déjà déterminés.
- c) Que les gouvernements fournissent le financement et les ressources nécessaires dans le système de santé canadien pour élaborer et établir des points de repère relatifs aux services de première ligne.
- d) Que le système de santé soutienne l'accès en temps opportun à des soins complets et uniformes dans le continuum des temps d'attente pour des soins de première ligne et pour des soins plus spécialisés.
- e) Que les gouvernements appuient les points de repère relatifs aux temps d'attente recommandés dans les rapports de la l'ATA et de l'APC, qui délimitent les temps qu'attendent des patients pour recevoir des soins, depuis l'aiguillage par le médecin de famille jusqu'aux soins plus spécialisés et à l'intervention ou au traitement définitifs.

²³ *La médecine familiale au Canada : Une vision d'avenir*, Le Collège des médecins de famille du Canada, novembre 2004.

- f) Qu'une infrastructure pancanadienne soit mise en place pour l'analyse et la planification de ressources humaines suffisantes pour répondre aux besoins des Canadiens en ce qui concerne l'accès aux soins en temps opportun.
- g) Qu'on remédie aussitôt que possible aux pénuries de médecins de famille et d'autres ressources humaines en santé au Canada.
- h) Qu'on élabore des modèles de soins interdisciplinaires qui valorisent les rôles et responsabilités uniques de chaque dispensateur de soins, et qui comprennent la préservation de la relation entre les patients et leur propre médecin de famille pour un accès en temps opportun à tous les aspects des soins.
- i) Que les étudiants en médecine et les résidents dans toutes les spécialités, y compris la médecine familiale, bénéficient d'un enseignement et d'une formation qui proposent des modèles de rôles et démontrent l'importance de plaider pour que les patients puissent accéder à tous les niveaux de soins en respectant les points de repère fixés en matière de temps d'attente.
- j) Qu'on explore des façons nouvelles ou améliorées de fixer les rendez-vous des patients qui doivent accéder aux services de première ligne et aux médecins de famille, p. ex. les rendez-vous avec accès préalable ou ouverts dans les pratiques familiales (voir l'*Annexe*).
- k) Qu'on mette sur pied une alliance sur les temps d'attente dans les services de première ligne, dirigée par le CMFC et l'AMC, afin d'étudier, d'élaborer et de recommander des points de repère en matière de temps d'attente dans les services de première ligne, qui garantissent le meilleur accès possible à un spectre complet de soins de santé pour tous les Canadiens.

Conclusion

Ce document illustre le besoin de réduire les temps d'attente dans les services de première ligne tout en tenant compte des défis associés à la réalisation de cet objectif. Pour progresser dans l'établissement de points de repère en matière de temps d'attente dans les services de première ligne, il faudra reconnaître la complexité des soins, qui a des répercussions sur les temps d'attente dans les services de première ligne comme dans les services plus spécialisés. Le rôle essentiel de la relation entre le patient et son médecin de famille devrait être préservé et renforcé par toute stratégie utilisée pour déterminer les points de repère en matière de temps d'attente.

L'établissement de points de repère pour les temps d'attente ne devrait pas exclure le recours au jugement clinique et devrait respecter l'importante relation qui existe entre le patient et son médecin de famille.

Le Collège des médecins de famille du Canada croit que chaque Canadien devrait avoir la possibilité d'avoir son propre médecin de famille. Pour qu'il y ait des temps d'attente acceptables dans les services de première ligne, il faut trouver des solutions aux problèmes de ressources humaines, d'enseignement et de formation. Le fait de garantir des ressources humaines suffisantes en médecine familiale contribuera en soi au respect des points de repère en matière de temps d'attente dans les services de première ligne pour les Canadiens qui cherchent un médecin de famille ou dont l'accès à leur propre médecin de famille est retardé par les pénuries que connaissent de nombreuses collectivités.

Les temps d'attente dans les services de première ligne sont complexes et exigent qu'on tienne compte d'une variété de facteurs déterminants, dont les attentes des patients, les ressources du système de santé (y compris les ressources humaines, l'équipement et les installations), et les degrés d'urgence. Pour mesurer les temps d'attente dans les services de première ligne et accepter des points de repère en matière de temps d'attente dans ces services, il faudra un consensus entre un vaste éventail d'intervenants, y compris les patients et les dispensateurs, en particulier les médecins de famille qui font face chaque jour au défi d'accéder aux services de soins de santé pour leurs patients. Le Collège des médecins de famille du Canada croit qu'il faudrait établir des points de repère en matière de temps d'attente pour répondre aux attentes de tous relativement à l'accès à la fois aux soins de première ligne et aux soins plus spécialisés. Les gouvernements et les autres intervenants clés doivent respecter ces points de repère et en assumer la responsabilité afin que les Canadiens puissent recevoir les soins les plus adéquats, en temps opportun.

Annexe :

Les rendez-vous avec accès préalable ou ouverts – Une solution particulière en matière de gestion du temps

Si l'on tient compte des problèmes qu'on a décrits concernant les temps d'attente dans les services de première ligne, la **prise de rendez-vous avec accès préalable ou ouverts** devient une solution de plus en plus importante pour les patients qui commencent à chercher des services.

Les six éléments d'un accès amélioré, tels que définis par D^r Mark Murray, médecin aux États-Unis, sont :

- équilibrer l'offre et la demande;
- réduire les arriérés;
- réduire la variété des types de rendez-vous;
- élaborer des plans d'urgence pour les circonstances inhabituelles;
- travailler à adapter les profils des demandes;
- accroître la disponibilité des ressources pour éviter les goulots d'étranglement.

Le principe de base de l'accès préalable est défini comme la prise de rendez-vous pour le jour même. Toutefois, l'accès préalable n'est pas viable si la demande de rendez-vous des patients est constamment plus élevée que la capacité du médecin à offrir des rendez-vous²⁴.

Une étude parue dans BMC Family Practice révélait que : « Les rendez-vous pour des soins de santé pourraient être catégorisés comme *urgents*, à *voir rapidement* et *électifs*. Les rendez-vous *urgents* sont habituellement perçus comme des demandes de consultation le jour même. La catégorie à *voir rapidement* concernerait des problèmes qui nécessitent des soins dans les deux ou trois jours afin de prévenir l'aggravation ou la prolongation des symptômes. Enfin, les rendez-vous de routine ou *électifs* conviennent aux personnes qui privilégient une fenêtre de temps convenue plutôt que d'autres facteurs²⁵ ». L'étude poursuit en soulignant que l'accès préalable « élimine les catégories de rendez-vous et le travail demandé par la négociation de l'urgence en traitant presque toutes les demandes le jour où elles surviennent. » Mais l'étude avertit : « Un virage trop radical en faveur de l'accès est susceptible de se produire au prix d'une continuité réduite et d'une diminution des autres services, tels que le tri et la gestion des maladies chroniques. »

Une autre étude, qui portait sur les rendez-vous qu'on peut prendre à l'avance par rapport aux rendez-vous impossibles à prévoir (accès préalable), a découvert que davantage de patients ayant des rendez-vous prévisibles avaient vu le médecin de leur

²⁴ Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K, *Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model*. Journal of the American Medical Association (JAMA), février 2003; 289(8) : 1042-6.

²⁵ Wendy Jones *et al.*, *Measuring access to primary care appointments: a review of methods*, BMC Family Practice, le 7 juillet 2003, 4:8.

choix et que les « patients pouvaient choisir eux-mêmes, et avec autant de satisfaction, le type de rendez-vous qu'ils préféraient, selon leurs propres préférences ou besoins du moment²⁶. »

La Allina Medical Clinic (AMC) à Minneapolis/St. Paul a adopté la prise de rendez-vous ouverts (ou avec accès préalable) en 1999 et découvert que davantage de patients voyaient ainsi leur propre médecin. Lorsque l'AMC a adopté l'accès préalable, les préposés aux rendez-vous et les médecins ont renforcé les appariements patient-médecin lorsque les patients appelaient au bureau. Lorsque les patients ont constaté que l'accès préalable ne les empêchait pas d'être vus rapidement, ils ont commencé à demander à voir leur propre médecin²⁷. »

Si l'on considère que le patient choisit le rendez-vous qu'il préfère, cela n'aide pas à corriger la perception qu'a le patient de ce qu'il pourrait considérer comme étant urgent ou électif. Par exemple, un patient pourrait préférer un rendez-vous urgent parce qu'il croit avoir un urgent besoin de soins ou simplement parce qu'il espère voir plus rapidement son médecin de famille.

Le concept de l'accès préalable, c'est de faire tout le travail du jour le jour même. En sollicitant un accès préalable, dit D^r Murray : la rigidité du système diminue parce qu'on n'a pas à suspendre ou geler des rendez-vous pour protéger les rendez-vous le jour même, bien qu'un patient qui demande un rendez-vous non urgent puisse voir le médecin le jour même²⁸. »

Une évaluation effectuée dans des bureaux d'omnipraticiens au Royaume-Uni a révélé, comme on pouvait s'y attendre, que presque 95 % des patients se disaient satisfaits de pouvoir obtenir un rendez-vous le jour même avec un médecin. Seuls 5 % avaient dû attendre plus longtemps que cinq jours²⁹. Une analyse de cette étude en médecine générale indiquait que : « les normes de satisfaction concernant l'accès étaient des rendez-vous le lendemain, une attente de 6 à 10 minutes avant le début des consultations, et des rencontres avec le même omnipraticien à plusieurs occasions. »

Un certain nombre de pays ont étudié l'accès préalable comme système visant à réduire les temps d'attente des patients dans les services de soins de première ligne et à réduire les goulots d'étranglement en faisant le travail du jour le jour même. Deux études de cas réalisées en Australie sont présentées ci-dessous, qui décrivent l'accès préalable dans deux types de pratique.

²⁶ Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL. *Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners*, British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners, mai 2004; 54(502) : 367-9.

²⁷ C. Dennis, O'Hare et John Corlett, *The Outcomes of Open-access Scheduling*, American Academy of Family Physicians (téléchargé à partir du site web de Family Practice Management, à www.aafamilyphysician.org/familyphysician), 2004.

²⁸ Mark Murray, *Waiting for Healthcare: Physician offices can dramatically reduce how long patients wait for appointments*, Postgraduate Medicine Online, février 2003; 113(2).

²⁹ Bower *et al.* Pour un exemplaire de l'enquête, voir : www.gpas.co.uk

Études de cas³⁰ :

A. Cabinet de groupe (2003)

Lieu :

Koorringal Medical Centre, Wagga, NSW (population : 56 000 habitants)

Personnel :

Quatre omnipraticiens à temps plein, un omnipraticien 0,6 ETP et 6,5 ETP personnel administratif ETP

Situation :

- Découragement chez le personnel;
- Attentes pour des rendez-vous de routine pouvant atteindre 55 jours;
- Multitude de types de rendez-vous tels que de brèves rencontres d'urgence et des rendez-vous pris en ligne;
- Jusqu'à 120 rendez-vous perdus chaque mois parce que les patients ne se rendaient pas (NRP). Le personnel pensait que les NRP se produisaient parce que les clients prenaient leurs rendez-vous trop à l'avance et les oubliaient ou décidaient qu'ils n'avaient pas besoin de voir un médecin.

En choisissant l'accès préalable :

- Réduction des NRP à environ 20 par mois, libérant jusqu'à 100 rendez-vous par mois;
- Les médecins voyaient les patients plus tôt et étaient plus en mesure d'intervenir avant que l'état de santé ne se détériore;
- Capacité de pratique libérée;
- Moins de temps consacré à trier les patients, à leur expliquer le manque de disponibilité et à chercher du temps libre pour des rendez-vous.

B. Pratique individuelle

Lieu :

Cootamundra, NSW (population : 7 500)

Personnel :

Un anesthésiste omnipraticien, une infirmière/personnel administratif et 0,75 ETP réceptionniste/personnel administratif

Situation :

- Le médecin prenait toujours du retard et ses rendez-vous étaient complets deux à trois semaines à l'avance;

³⁰ Andrew W. Knight, John Padgett, Barbara George et M.R. Dato, *Reduced Waiting Times for the GP: Two Examples of 'Advanced Access' in Australia*, Medical Journal of Australia, juillet 2005; 183(2) : 101-3.

- Chaque journée débutait avec une période de temps réservée aux rendez-vous urgents, mais puisque la plupart de la journée était réservée, on insérait de force d'autres rendez-vous d'urgence;
- Le personnel triait les patients urgents, ce qui faisait en sorte que moins de patients urgents obtenaient un rendez-vous au moment désiré;
- Si des patients se présentaient nécessitant une attention d'urgence, le médecin devait travailler plus tard, souvent jusqu'à 20 h au lieu de 17 h.

En choisissant l'accès préalable :

- Au départ, le personnel a prolongé ses heures de travail afin de faire tenir tous les patients dans une journée;
- Mais le bureau s'est adapté et les patients ont compris qu'ils n'avaient pas à prendre rendez-vous des semaines à l'avance;
- La clinique n'offrait plus que des rendez-vous le jour même et, au moment de l'étude, elle le faisait toujours après 8 mois;
- Les NPS ont diminué, passant de 10 à moins de un par mois;
- On a pu accroître les soins aux malades chroniques.

Personnes-ressources

D^{re} Louise Nasmith, présidente (mandat prenant fin le 4 novembre 2006)

D^r Tom Bailey, président (mandat débutant le 4 novembre 2006)

D^r Calvin Gutkin, directeur général et chef de la direction

D^r John Maxted, directeur général associé, Politiques publiques et de la santé

M. Eric Mang, responsable des politiques de la santé

M^{me} Jayne Johnston, Responsable des communications

Le Collège des médecins de famille du Canada

2630, avenue Skymark

Mississauga (Ontario) L4W 5A4

Appels locaux : 905-629-0900

Ligne sans frais : 1-800-387-6197

Télécopieur : 905-629-0893

Courriel : info@cfpc.ca