

L'implication des médecins de famille auprès des malades hospitalisés

Un document de discussion préparé par
Le Collège des médecins de famille du Canada

Octobre 2003



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

2630, avenue Skymark Avenue
Mississauga, Ontario L4W 5A4

1-800-387-6197

fax: 905-629-0893

www.cfpc.ca

Le Collège des médecins de famille du Canada

ÉNONCÉ DE MISSION

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC) EST UN ORGANISME NATIONAL CONSTITUÉ DE MÉDECINS DE FAMILLE DONT L'ADHÉSION EST VOLONTAIRE ET QUI IMPOSE À SES MEMBRES DE PARFAIRE LEUR FORMATION MÉDICALE SUR UNE BASE CONTINUE.

LE COLLÈGE S'EFFORCE D'AMÉLIORER LA SANTÉ DES CANADIENS EN ENCOURAGEANT L'EXCELLENCE DES NORMES ÉDUCATIVES TOUCHANT LA FORMATION ET L'EXERCICE DE LA MÉDECINE FAMILIALE, EN CONTRIBUANT À SENSIBILISER LA POPULATION AUX HABITUDES DE VIE SAINES, EN FAVORISANT L'ACCÈS IMMÉDIAT AUX SERVICES DISPENSÉS PAR LES MÉDECINS DE FAMILLE, EN STIMULANT LA RECHERCHE ET EN DISSÉMINANT LES CONNAISSANCES ENTOURANT LA MÉDECINE FAMILIALE.

OBJECTIFS DU CMFC

ÉTANT LA VOIX DE LA MÉDECINE FAMILIALE AU CANADA, LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA :

- OBJECTIF 1 : MET TOUT EN ŒUVRE POUR QUE LA POPULATION CANADIENNE REÇOIVE DES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ**
- OBJECTIF 2 : SOUTIENT SES MEMBRES DANS LA PRESTATION DE SOINS DE GRANDE QUALITÉ EN MISANT SUR LA FORMATION, LA RECHERCHE ET LA PROMOTION DE L'EXCELLENCE DANS L'EXERCICE DE LA MÉDECINE FAMILIALE**
- OBJECTIF 3 : S'ASSURE QUE LE RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE EST BIEN COMPRIS ET VALORISÉ**

LES QUATRE PRINCIPES DE LA MÉDECINE FAMILIALE

- **LE MÉDECIN DE FAMILLE DOIT ÊTRE UN CLINICIEN COMPÉTENT ET HABILE**
- **LA RELATION MÉDECIN-PATIENT EST L'ESSENCE DU RÔLE DU MÉDECIN DE FAMILLE**
- **LA MÉDECINE FAMILIALE EST UNE DISCIPLINE COMMUNAUTAIRE**
- **LE MÉDECIN DE FAMILLE EST UNE RESSOURCE POUR UNE POPULATION DÉFINIE DE PATIENTS**

Remerciements

Le CMFC désire remercier les personnes suivantes pour leur contribution à ce projet.

Ex-comité du CMFC sur la politique des soins de santé :

D^r Jean De Serres, D^r James Deacon, D^r Michael Howlett, D^r Alan Katz, D^r Jan McIntosh, D^{re} Denise Elliott, D^r Richard MacLachlan, D^r Preston Smith

Personnel du CMFC:

D^r Calvin Gutkin, directeur général et chef de la direction
D^r John Maxted, directeur du Service des politiques de la santé et des communications
D^r Claude Renaud, ex-directeur des Affaires professionnelles
M^{me} Christine Wackermann, responsable des politiques de la santé
M^{me} Jocelyne Cahill, adjointe administrative, Service des politiques de la santé
M^{me} Lynn Dunikowski, directrice des Services bibliothécaires
M^{me} Inese Grava-Gubins, directrice de la Recherche
M^{me} Sarah Scott, coordonnatrice du Projet Janus

Consultant : D^r Ben Chan

Le CMFC veut également remercier les médecins de famille qui ont bien voulu consacrer de leur temps pour partager leur expérience et leurs connaissances des hôpitaux et des systèmes de soins de santé de leur localité. Plusieurs de nos membres et autres chefs de file du domaine des soins de santé ont accepté de réviser les versions de ce document dans ses différentes étapes d'élaboration. La liste comprend notamment :

les D^{rs} June Bergman, Johanne Blais, Roberto Boudreault, Jamie Boyd, Claire Cameron, David Clarkson, David Crookston, Helen Cuddihy, Martin Dawes, Richard Denton, Danielle Grenier, Bing Guthrie, Pat Heard, Carol Herbert, Brian Hennen, Jérôme-Olivier Jutras, Peter Kapusta, Nick Kates, Diane Kelsall, Naznin Lalani, François Lehmann, Francine Lemire, Peter MacKean, Donna Manca, Bob Miller, Louise Nasmith, Peter Newbery, Peter Norton, Alain Pavilanis, Larry Reynolds, Gordon Riddle, Rick Spooner, Jim Thorsteinson, Wendy Tink, Patricia Vann, Rob Wedel, Ronald Wexler, Ruth Wilson, Richard Woodhouse et M^{me} Sharon Sholzberg-Gray

Table des matières

| | |
|--|----|
| Résumé | 1 |
| Recommandations | 4 |
| 1.0 Le contexte | 7 |
| 1.1 Ce document de discussion | 8 |
| 1.2 Recension de la littérature | 9 |
| 2.0 Discussion des défis | 12 |
| 2.1 Rôle des médecins de famille dans les soins aux malades hospitalisés | 12 |
| 2.2 Privilèges hospitaliers pour les médecins de famille | 13 |
| 2.3 Respect de la part des autres membres du personnel médical | 14 |
| 2.4 Charge de travail et épuisement professionnel | 15 |
| 2.5 Restructuration des hôpitaux | 17 |
| 2.6 Rémunération pour les soins intrahospitaliers | 17 |
| 2.7 Acquisition des compétences hospitalières | 19 |
| 2.8 Le modèle hospitaliste | 21 |
| 3.0 L'objectif: implication du MF dans les soins intrahospitaliers | 24 |
| 3.1 Continuité des soins | 24 |
| 3.2 Coordination des soins | 24 |
| 3.3 Utilisation efficace des ressources | 25 |
| 3.4 Défense des intérêts des patients | 26 |
| 3.5 Accès aux spécialistes | 26 |
| 3.6 Maintien des compétences | 26 |
| 3.7 Un environnement stimulant | 27 |
| 4.0 Conclusion: La valeur des médecins de famille dans les hôpitaux | 28 |
| Recommandations | 30 |
| Annexe A: Données du sondage national 2001 auprès des MF | 33 |
| Annexe B: Grille de questions pour les entrevues semi-structurées | 39 |
| Références | 40 |

Résumé

Historique

Ce document de discussion a été rédigé pour les médecins de famille, les professionnels de la santé avec qui ils travaillent, les administrateurs et les gestionnaires des centres hospitaliers, les dirigeants des facultés de médecine, les patients auxquels les médecins de famille dispensent leurs soins, ainsi que les autres publics intéressés par la valeur et l'importance des médecins de famille exerçant dans les divers environnements reliés aux soins de santé. De façon plus spécifique, ce document discute de l'impact de notre système canadien des soins de santé sur les soins intrahospitaliers dispensés par les médecins de famille (MF) et décrit les expériences vécues par les MF impliqués dans ce type de soins. Les recommandations visent l'amélioration des soins intrahospitaliers dispensés aux patients et à définir des rôles appropriés pour leurs médecins de famille.

Les sondages auprès de la population continuent d'exprimer la grande estime des Canadiens pour la qualité des soins dispensés par les médecins de famille. Selon Statistique Canada, 92 % des Canadiens sont d'avis que la qualité des soins reçus de leur médecin de famille personnel va de bonne à excellente.¹ Dans un sondage Decima commandé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) à l'automne 2002 afin d'explorer l'opinion de la population concernant les pénuries de MF, plus de 80 % des Canadiens ont mentionné que la qualité des soins reçus de leurs médecins de famille était bonne ou excellente.² Néanmoins, avec l'évolution de la pratique familiale communautaire et les rôles changeants des médecins de famille et des hôpitaux dans notre système canadien de soins de santé, les médecins de famille sont confrontés à des défis de plus en plus importants pour dispenser des soins à leurs malades hospitalisés. Nombreux sont les médecins de famille qui se demandent s'ils devraient maintenir leur implication et dans quelle mesure cette implication est importante pour la continuité et la coordination des soins traditionnellement dispensés à leurs patients.

Le système canadien de soins de santé a subi des changements importants au cours des dernières décennies, en particulier à cause de la restructuration, de la régionalisation, des changements dans la démographie des médecins et des populations de patients, ainsi que des progrès de la technologie. En préparation de ce document, le CMFC a commandé une étude pour examiner la situation actuelle des médecins de famille impliqués dans les soins intrahospitaliers. Cette étude a permis d'effectuer une recension exhaustive de la littérature et des entrevues semi-structurées auprès de 27 informateurs-clés provenant des quatre coins du pays. Un groupe de réflexion impliquant 40 médecins a été mobilisé dans une communauté de l'Ontario. L'étude avait pour but de déterminer les raisons qui incitent les médecins de famille à délaisser les soins intrahospitaliers. Ce document de discussion présente les résultats de l'étude, ainsi qu'une liste de recommandations en réponse aux problèmes identifiés.

Le défi

Les médecins de famille ont toujours joué un rôle actif dans la prise en charge des malades hospitalisés. Leurs rôles ont varié allant de celui du médecin totalement responsable des soins à celui d'assumer les soins conjointement avec les spécialistes et jusqu'à celui d'effectuer des visites de courtoisie dans le but de contribuer à la coordination en offrant un soutien à leurs patients.

¹ Statistique Canada. Accès aux services de santé au Canada, 2001. Ottawa, mai 2002

² Decima Express National Telephone Omnibus Survey, octobre 2002. Commandé par le Collège des médecins de famille du Canada.

Le sondage national 2001 du CMFC auprès des médecins de famille (SNMF 2001)³ a identifié que 34,5 % des MF dispensaient des soins à leurs malades hospitalisés dans les unités de soins et dans les départements hospitaliers. En moyenne, les répondants ont indiqué consacrer 7,3 heures par semaine aux soins intrahospitaliers. Les variations sont considérables d'une région à l'autre du pays. Par exemple, les médecins de famille des petites villes (51 %) et des régions rurales (54 %) étaient beaucoup plus susceptibles de dispenser des soins intrahospitaliers que les MF exerçant dans les villes (16 %) et dans les banlieues (26 %). L'âge fut également un facteur. L'implication dans les soins intrahospitaliers s'est avérée inversement proportionnelle à l'âge, autant dans le nombre de MF offrant ce type de soins que dans le nombre des heures consacrées. Le SNMF 2001 indique que les MF de moins de 35 ans sont plus susceptibles de s'impliquer dans les soins intrahospitaliers. Ils sont également davantage susceptibles d'avoir choisi les soins intrahospitaliers ou la médecine d'urgence comme principal contexte de pratique.⁴

L'implication des MF dans les soins intrahospitaliers demeure encore très importante pour les patients. Dans un éditorial du *Médecin de famille canadien* (MFC), le directeur général et chef de la direction du Collège des médecins de famille du Canada, le Dr Calvin Gutkin, a écrit :

« Pour les malades hospitalisés, on ne peut sous-estimer l'importance d'avoir des médecins de famille compétents et bien informés qui dispensent leurs soins au lit du malade, qui coordonnent les services des autres professionnels de la santé, qui voient à la défense des intérêts de leurs patients et qui s'assurent que tous les intervenants hospitaliers comprennent les malades comme des personnes ayant un passé important et un rôle continu et significatif au sein de leurs familles et de leurs communautés. »⁵

Le patient « orphelin », c'est-à-dire le malade hospitalisé dans un établissement où son médecin de famille attitré n'est pas disponible pour lui prodiguer des soins, constitue une charge supplémentaire pour les MF qui continuent de s'impliquer dans les soins intrahospitaliers. Pour de nombreux MF, la principale raison de poursuivre leur implication dans les soins hospitaliers est la satisfaction qu'ils retirent de prendre en charge leurs propres patients dans tout le continuum des soins et, ainsi, de répondre aux attentes des patients qui leur demandent d'assumer ce rôle. Les patients orphelins qui ne font pas partie de leur pratique de soins continus contribuent à baisser ce niveau de satisfaction. Il peut en résulter un cercle vicieux. Parce que les médecins de famille abandonnent le travail en milieu hospitalier à cause de la lourde charge de travail générée par ces patients, cette charge est donc transférée à leurs collègues qui maintiennent leurs privilèges. Ces derniers, à cause de la pression trop forte qui en résulte, considèrent à leur tour abandonner la pratique hospitalière.

Le maintien de son implication dans les soins intrahospitaliers pose d'autres défis au MF. Notre étude révèle qu'au cours des dernières années un nombre important de MF ont réduit leur participation aux soins hospitaliers. La pression exercée par la prise en charge des patients des autres médecins combinée à une rémunération inadéquate, sans compter les problèmes d'accessibilité aux services des consultants, incitent un nombre croissant de MF à délaisser les hôpitaux. L'implication du médecin de famille auprès des malades hospitalisés favorise la continuité et la coordination des soins.

³ Base de données du sondage national 2001 du CMFC auprès des médecins de famille (données pondérées). Composante du projet JANUS, Collège des médecins de famille du Canada, Mississauga ON, 2001.

⁴ Temps moyen à l'exclusion de 3 % des MF qui ont identifié les soins intrahospitaliers comme étant leur principal contexte de pratique.

⁵ Gutkin C. Signes vitaux. *Le médecin de famille canadien* 1999(45):2248.

Elle offre également d'autres avantages autant pour le patient que pour le médecin, notamment :

- ❖ Accroît le potentiel de résultats positifs pour le patient
- ❖ Renforce le pouvoir des patients et des familles à surmonter les situations difficiles
- ❖ Utilise les ressources plus efficacement, p. ex. en évitant la répétition inutile des tests déjà effectués
- ❖ Les médecins de famille sont en meilleure position pour défendre les intérêts de leurs patients
- ❖ Possibilité de développer des stratégies appropriées de prestation des soins où les MF font partie de l'équipe de soins composée des spécialistes et des autres professionnels de la santé
- ❖ Opportunités de décider de la justesse des consultations
- ❖ Opportunités pour le médecin de famille de faire profiter sa communauté des connaissances et des habiletés acquises dans le milieu hospitalier
- ❖ L'environnement de l'hôpital ainsi que les relations avec les spécialistes et les autres collègues contribuent à la stimulation professionnelle et à la satisfaction ressentie.

Par ailleurs, voici quelques raisons mentionnées par les MF pour justifier leur retrait des hôpitaux :

- ❖ Accès limité aux privilèges hospitaliers
- ❖ Accès limité aux lits des centres hospitaliers
- ❖ Impact de la restructuration et de la régionalisation des hôpitaux
- ❖ Augmentation de la charge de travail en cabinet; donc moins de temps disponible pour une implication hospitalière
- ❖ Augmentation de l'acuité et de la complexité des problèmes des patients, autant dans la communauté qu'à l'hôpital
- ❖ Augmentation de la charge en milieu hospitalier surajoutée aux patients orphelins
- ❖ Sentiment d'être indésirable et non respecté dans certains contextes hospitaliers
- ❖ Rémunération insuffisante pour le travail en milieu hospitalier
- ❖ Frustration d'avoir à prendre en charge un nombre croissant de patients orphelins
- ❖ Habiletés nécessaires pour traiter les pathologies de plus en plus complexes des patients hospitalisés

Le SNMF 2001⁶ fait écho de certaines de ces préoccupations. Seulement 45,5 % des répondants ont exprimé être satisfaits de leur relation avec le milieu hospitalier alors que 22,2 % se sont dits neutres et 32,3 % ont indiqué un certain degré d'insatisfaction.

À la lumière de ces résultats et des difficultés exprimées, notre système de soins de santé est confronté aux défis posés par le retrait graduel des médecins de famille des soins intrahospitaliers. Il faut trouver les solutions appropriées aux raisons invoquées par les médecins de famille pour justifier leur retrait des soins hospitaliers. On devrait appuyer et soutenir le rôle des médecins de famille dans les soins aux malades hospitalisés et le reconnaître comme une contribution valable et importante au système canadien des soins de santé.

⁶ Base de données du sondage national 2001 du CMFC auprès des médecins de famille (données pondérées). Composante du projet JANUS, Collège des médecins de famille du Canada. Mississauga, Ontario, Canada, 2001.

Recommandations

1. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :
 - A. Tout malade hospitalisé devrait avoir son médecin de famille qui participe, dans la mesure du possible, aux soins dispensés à l'hôpital.
 - B. Les hôpitaux devraient maintenir des liens de communication appropriés avec les médecins de famille oeuvrant dans la communauté, notamment par des avis signifiés dès l'admission et le congé de leurs malades hospitalisés accompagnés de notes d'évolution décrivant les progrès.
2. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :
 - A. Tous les hôpitaux, dans leur attribution de privilèges, devraient disposer de critères qui reconnaissent et soutiennent le rôle du médecin de famille dans la prestation des soins à ses malades hospitalisés.
 - B. On devrait permettre et encourager les médecins de famille à demander des privilèges de membre du personnel médical de tout hôpital dans leur communauté, ce qui leur permettra de jouer un rôle approprié dans la prestation des soins à leurs patients hospitalisés.
 - C. Les médecins de famille devraient être représentés dans l'élaboration des politiques hospitalières qui affectent leurs patients.
3. Les médecins de famille devraient s'organiser en réseau ou en groupes de taille appropriée permettant de partager les responsabilités et la charge de travail qu'implique la prise en charge des malades hospitalisés.
4. On devrait offrir aux médecins de famille une rémunération et des mesures incitatives adéquates pour toutes les responsabilités hospitalières afin d'assurer leur implication continue dans les soins intrahospitaliers.
5. Toutes les facultés de médecine devraient accroître le rôle des médecins de famille dans les hôpitaux en s'assurant que tous les étudiants en médecine, les résidents de médecine familiale et les résidents des spécialités sont exposés aux modèles de rôle des médecins de famille.
6. Comme critère pour l'obtention d'un agrément complet, tous les programmes de résidence en médecine familiale devraient inclure un stage de formation dans des hôpitaux où des médecins de famille agissent comme modèles de rôle.
7. Les critères d'agrément du CMFC devraient exiger que tous les programmes de médecine familiale offrent aux résidents de médecine familiale l'occasion d'acquérir les habiletés en soins aigus requises pour s'impliquer dans les soins intrahospitaliers, autant en milieu rural qu'urbain.

8. Les facultés de médecine et les départements universitaires de médecine familiale devraient offrir une formation en compétences avancées et des programmes approuvés de FMC/DPC dans des domaines reliés aux soins intrahospitaliers pour les résidents de médecine familiale et les praticiens de la médecine familiale.
9. Lorsque les hospitalistes deviennent nécessaires:
 - A. Les hôpitaux devraient encourager activement et inciter les médecins de famille à maintenir leurs privilèges et à soigner leurs propres patients hospitalisés.
 - B. On devrait encourager les médecins de famille qui choisissent d'exercer comme hospitalistes à exercer dans la communauté et à oeuvrer comme hospitalistes en fonction de leur temps de pratique disponible.
 - C. On devrait encourager et inciter les hospitalistes et les médecins de famille de la communauté à être membres des équipes soignantes multidisciplinaires.
 - D. On devrait analyser la possibilité de créer un poste qui assumerait le rôle de coordonnateur hospitalier et dont la responsabilité serait d'assurer une liaison appropriée entre les médecins de famille de la communauté et les hospitalistes.
 - E. Les hospitalistes devraient agir comme ressource pour la FMC/DPC des médecins de famille désireux de parfaire leur formation dans les soins intrahospitaliers.
10. Dès leur congé de l'hôpital, les patients devraient avoir leurs propres médecins de famille qui prennent la relève. S'ils n'ont pas de médecin de famille, on devrait les encourager et les soutenir dans leurs démarches pour identifier un médecin de famille qui prendra charge des soins continus.
11. On devrait considérer les soins intrahospitaliers comme partie intégrante du continuum des soins, lequel comprend les soins dispensés en cabinet, les soins à domicile, ainsi que les soins de réadaptation et de longue durée dispensés par des équipes multidisciplinaires dirigées par des médecins de famille qui assument un rôle clé dans les soins.
12. On devrait accroître la recherche, autant qualitative que quantitative, pour évaluer l'implication des médecins de famille dans les soins intrahospitaliers au Canada.
13. Le CMFC devrait promouvoir l'importance de l'implication des médecins de famille dans les soins intrahospitaliers auprès de la population, des hôpitaux, des facultés de médecine, des gouvernements et de tous les autres intervenants dans le système canadien de soins de santé.

1.0 Le contexte

Ce document de discussion examine en profondeur le rôle du médecin de famille dans les soins intrahospitaliers, l'évolution de ce rôle et les sentiments des membres de la communauté des médecins de famille concernant le développement de ce rôle.

Au Canada, les médecins de famille (MF) constituent le premier point d'accès au système de soins de première ligne. Ils jouent un rôle essentiel dans le maintien de la continuité et de la coordination des soins. Les principes de la médecine familiale sont centrés sur la relation médecin-patient, sur les habiletés des médecins de famille compétents à dispenser des soins continus et sur la ressource qu'ils constituent pour leurs patients et la communauté. Lorsque les malades sont hospitalisés et reçoivent leur congé, ces principes s'appliquent. Le MF doit s'assurer que les soins nécessités par l'état de son malade soient déjà identifiés avant son hospitalisation, que les soins intrahospitaliers quotidiens soient dispensés, que les consultations et les demandes pour d'autres services pendant l'hospitalisation soient effectuées et que le plan de traitement défini soit appliqué après le congé de l'hôpital.

Traditionnellement, les MF de toutes les régions du Canada ont joué un rôle actif dans la prise en charge de leurs patients hospitalisés. On observe toutefois une inquiétude croissante entourant la diminution du nombre des MF impliqués dans les soins hospitaliers. Cette situation a été rapportée dans les médias ^{7, 8, 9, 10}. Le document de réflexion du Collège ontarien des médecins de famille, *Where Have All the Doctors Gone*¹¹, décrit la situation en Ontario et les options pour renverser cette tendance. L'Association médicale de l'Ontario (AMO) a mis sur pied un comité consultatif pour explorer ce problème et, en 2001, l'AMO et le gouvernement de l'Ontario ont mis en application un plan spécial de rémunération alternative pour la prestation de services de garde à l'hôpital, y compris les services dispensés par les MF. De plus, le *Réseau Santé familiale de l'Ontario (RSFO)*¹² offre des incitatifs financiers à ceux qui conservent la responsabilité intrahospitalière de leurs propres patients. D'autres provinces ont également mis en place des mesures incitatives pour encourager les MF à maintenir leurs privilèges hospitaliers. La Nouvelle-Écosse, par exemple, a négocié une augmentation importante de la rémunération des médecins pour les visites faites à l'hôpital.

Ces rapports et ces nouvelles stratégies coïncident avec une période de débats et de changements importants dans les politiques de santé au Canada. Les hôpitaux ferment, réduisent leurs effectifs ou fusionnent; il en résulte une compétition accrue pour les lits hospitaliers et des ressources de plus en plus rares. Les effectifs médicaux sont mis à rude épreuve et on s'inquiète du vieillissement de la population des médecins,^{13, 14} des pénuries chroniques dans les régions rurales et certaines régions urbaines,¹⁵ et des attentes variables concernant la charge de travail.¹⁶

⁷ Milne C. The hospitalist revolution. *Medical Post* 2002;38(19), p. 31, 33

⁸ Blackwell T. Family doctors shun hospital duties, medical groups say. *Ottawa Citizen* 7 sept. 1999; A3

⁹ Foss K. 'Orphan patients' pose medical dilemma. *The Globe and Mail* 30 août 1999; A1

¹⁰ Langley A. Three MDs leave city hospital. *Niagara Falls Review* 13 sept. 1999; A1

¹¹ Collège ontarien des médecins de famille. *Where have all the doctors gone?* Toronto ON: 1999

¹² Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Réseau Santé familiale de l'Ontario. *Votre réseau santé familiale, votre médecin et vous*. Toronto ON: 2002

¹³ Thurber AD, Busing N. Decreasing supply of family physicians and general practitioners: serious implications for the future. *Le médecin de famille canadien* 1999;45:2084-2089

¹⁴ Chan B et al. Patterns of practice among older physicians in Ontario. *J Assoc Med Can* 1998;159(9):1101-1106

¹⁵ Chan B, Anderson GM. Trends in physician fee-for-service billing patterns. In: *Patterns of Health Care in Ontario. The ICES Practice Atlas*. 2nd edition. Ottawa ON: Association médicale canadienne, 1996;247-264

Les analystes politiques se demandent si les médecins sont suffisamment nombreux pour répondre aux besoins actuels et futurs.^{17,18,19,20,21} On se préoccupe également du déclin de l'intérêt pour la médecine familiale comme choix de carrière.²² Ces changements pourraient avoir un impact sur la disponibilité des MF désireux de s'impliquer dans la prestation des soins intrahospitaliers.

Parallèlement à ces changements, la réforme des soins de première ligne s'installe lentement dans la plupart des provinces. Cette réforme a suscité un intérêt accru pour le développement de nouveaux modèles de soins qui mettent l'accent sur la coordination et l'intégration des soins et qui assurent une rémunération plus équitable aux médecins qui s'impliquent dans ces tâches. Le rôle des MF dans les soins intrahospitaliers sera sans doute un élément important du débat entourant l'évolution de ces réformes.

1.1 Ce document de discussion

Le thème principal du présent document de discussion est le rôle des MF dans la prise en charge des malades hospitalisés. La discussion tient également compte des rôles des MF dans la prestation de soins hospitaliers spécialisés, par exemple l'urgence, l'anesthésie, la chirurgie et l'obstétrique, mais ces rôles sont relégués au second plan. Le terme médecin de famille et son acronyme MF réfère à tous les omnipraticiens, praticiens généraux et médecins de famille. Le terme malade hospitalisé réfère à tout patient admis dans un lit d'hôpital pour y recevoir des soins.

En préparation de ce document de discussion, nous avons effectué :

- A. Des recensions de la littérature.
- B. Un sondage et des entrevues avec des médecins des quatre coins du pays, y compris des MF de toutes les régions, des spécialistes consultants et des représentants des autres organisations.²³
- C. Une entrevue avec un groupe de réflexion de 40 MF; la plupart dispensaient des soins intrahospitaliers pour une collectivité de l'Ontario d'environ 74,000 résidents.

Nous avons analysé les rôles présentement assumés par les médecins de famille dans la prestation des soins à leurs malades hospitalisés, l'évolution changeante de ces rôles, ainsi que la perception de la communauté des médecins de famille quant à l'orientation vers laquelle ces rôles devraient évoluer.

Les cinq principales questions posées à nos participants étaient les suivantes :

- A. Quel est le rôle actuel des MF dans la prestation des soins intrahospitaliers?
- B. Quels sont, présentement, les différents modèles d'implication des MF dans les hôpitaux?
- C. De quelles preuves disposons-nous pour soutenir les différents modèles d'implication

¹⁶ Base de données du sondage national 2001 du CMFC auprès des médecins de famille (données pondérées). Dans le cadre du projet JANUS, Collège des médecins de famille du Canada. Mississauga, Ontario, Canada, 2001.

¹⁷ Thurber AD, Busing N. Decreasing supply of family physicians and general practitioners: serious implications for the future. *Le médecin de famille canadien* 1999;45:2084-2089

¹⁸ Forum médical canadien. Groupe de travail 1. Physician workforce supply in Canada. Nov. 1999

¹⁹ Forum médical canadien. Groupe de travail 2. A human resource strategy for physicians in Canada. Literature Review and Gap Analysis. Dec. 2002

²⁰ Dauphinee WD. Medical workforce policy making in Canada: Are we creating more problems for the future? *Clin Invest Med* 1996;19(4):286-91.

²¹ Ryten E. Physician workforce and education planning in Canada: has the pendulum swung too far? *J Assoc Med Can* 1995;152(9):1395-8.

²² Rosser W. The decline of family medicine as a career choice. *J Assoc Med Can.*2002;166:1419-1420

²³ Dans ce document, le mot « participant » réfère aux individus qui ont fait l'objet d'une entrevue (b) ou qui ont participé au groupe de réflexion (c).

- des MF dans la prestation des soins intrahospitaliers?
- D. Quels sont les obstacles et les mesures incitatives qui encouragent ou qui découragent les MF à participer aux soins intrahospitaliers?
 - E. Quelles stratégies le CMFC devrait-il investiguer concernant l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers?

1.2 Recension de la littérature

En préparation à ce document, le CMFC a procédé à des recensions exhaustives de la littérature avec des résultats limités. Considérant l'immensité de la littérature et de la recherche dans d'autres aspects des soins de santé, on constate la pauvreté de la recherche sur le rôle du médecin de famille canadien dans les soins intrahospitaliers. Plus récemment, des recensions de la littérature ont révélé une abondance de recherche sur le rôle des hospitalistes dans les centres hospitaliers américains. De nombreux articles présentaient des comparaisons de coûts entre les soins intrahospitaliers dispensés par les hospitalistes et les médecins de famille. Une proportion importante de la recherche était de nature quantitative; il semble que la recherche qualitative soit déficiente.

Afin de mieux comprendre les activités des médecins de famille canadiens et de disposer d'une base de données appropriée à l'appui de l'évaluation des effectifs en termes de médecins de famille, le CMFC a créé le projet Janus en 1996. Ce projet comprend une étude exhaustive de tous les MF/omnipraticiens des quatre coins du Canada grâce au « Sondage national 2001 du CMFC auprès des médecins de famille » (SNMF)²⁴, avec une dernière édition du sondage effectuée par le CMFC en 2001. Le questionnaire de ce sondage a été posté à 28,340 MF/omnipraticiens de toutes les régions du Canada; le taux de réponse fut de 51,2 %. Ce sondage a analysé les différents aspects des modes de pratique utilisés en médecine familiale et a révélé que 34,5 % des MF sont impliqués dans la prestation de soins intrahospitaliers. Dans ce dernier groupe, 3,3 % ont indiqué que les soins aux malades hospitalisés constituaient leur principal contexte de pratique. En moyenne, les répondants qui participaient aux soins intrahospitaliers consacraient 7,3 heures par semaine à ce type de soins. Dans les petites villes et les régions rurales et éloignées, les MF consacraient 7,36 heures par semaine, comparativement à 7,05 heures pour les médecins des régions urbaines, des centres-villes et des banlieues. Les tableaux de l'Annexe A résument les données pertinentes du SNMF 2001 concernant les soins intrahospitaliers dispensés par les médecins de famille.

Le SNMF 2001 indiquait que, même si le pourcentage global des MF ayant consacré du temps aux soins intrahospitaliers est demeuré relativement constant depuis le sondage précédent effectué en 1997²⁵, l'âge des MF impliqués dans les soins intrahospitaliers et leur niveau d'implication sont probablement en train de changer. Un nombre considérable de jeunes médecins ont fait le choix de consacrer la majeure partie de leur temps de pratique aux soins intrahospitaliers ou à la médecine d'urgence, se spécialisant en quelque sorte dans ce type de soins.

²⁴ Base de données du sondage national 2001 du CMFC auprès des médecins de famille (données pondérées). Dans le cadre du projet JANUS, le Collège des médecins de famille du Canada. Mississauga, Ontario, Canada, 2001.

²⁵ Le Collège des médecins de famille du Canada. *Sondage national auprès des médecins de famille: Rapport sommaire*. Mississauga ON, octobre 1998.

Une étude ontarienne,²⁶ s'inspirant des données de facturation des médecins, a également révélé une baisse du pourcentage des MF impliqués dans les soins intrahospitaliers. Le pourcentage de MF actifs qui ont effectué au moins 50 visites par année à l'hôpital est passé de 63 % en 1991-92 à 52 % en 1997-98. Les données du SNMF 2001 sont encore plus alarmantes : seulement 29 % des répondants de l'Ontario ont indiqué dispenser des soins intrahospitaliers à leurs patients.

Il est de tradition que les MF jouent un rôle très actif dans la prestation hospitalière des services obstétricaux, chirurgicaux, anesthésiques et les soins d'urgence partout au Canada. En 1995, Chiasson and Roy²⁷ ont examiné les rôles des MF dans la dispensation des services chirurgicaux et anesthésiques dans 101 hôpitaux des régions rurales de l'Ouest canadien. Des 56 hôpitaux qui offraient des services chirurgicaux, 80 % avaient des MF qui dispensaient certains services chirurgicaux, alors que 23 % dépendaient entièrement des MF ayant des degrés variables de formation chirurgicale pour assurer la prestation des services chirurgicaux. Près des deux tiers des hôpitaux dépendaient entièrement des MF ayant une formation supplémentaire en anesthésie pour assurer leurs services anesthésiques.

En 1995, Freeman²⁸ a analysé les soins hospitaliers dispensés par 51 MF ayant des privilèges hospitaliers dans un grand centre hospitalier communautaire d'enseignement de Toronto (North York General Hospital). Il les a questionnés sur leur participation aux soins obstétricaux, aux soins d'urgence, aux soins spécialisés (clinique pour adolescents, clinique de médecine sportive, clinique des fractures, hôpital à domicile), aux soins de soutien, à l'assistance opératoire, à l'enseignement de la médecine familiale, aux cliniques ouvertes après les heures régulières et aux comités hospitaliers. Tous sauf neuf des 35 répondants étaient impliqués dans au moins une activité hospitalière. La satisfaction retirée de ces activités hospitalières et le dévouement envers ce type de prestation des soins ont fortement influencé ceux qui ont fait le choix de participer. Le mode de vie et les considérations entourant la pratique ont influencé ceux qui ont fait le choix de ne pas participer aux activités étudiées. Aucune preuve n'indique que les jeunes médecins de famille étaient moins impliqués dans les soins intrahospitaliers que leurs collègues plus âgés. Les jeunes femmes MF étaient aussi impliquées que leurs collègues de sexe masculin. Le SNMF 2001 corrobore ces résultats.

Dans une autre étude, Rourke²⁹ a comparé les services médicaux dispensés en 1995 dans 60 hôpitaux ruraux à ceux dispensés en 1988. Il a constaté un déclin de 23 % dans le nombre de MF offrant des services obstétricaux et un déclin de 20 % dans le nombre de MF offrant des services d'anesthésie. Par contre, le nombre de médecins impliqués dans la couverture des soins d'urgence est demeuré stable. Par comparaison, le SNMF 2001 indique que le pourcentage de MF offrant des services obstétricaux a connu une diminution, passant de 20,3 % en 1997 à 11,4 % en 2001.

²⁶ Chan B. *Supply of physicians' services in Ontario. Atlas Reports: uses of health services*. Toronto ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1999.

²⁷ Chiasson PM, Roy PD. Role of the general practitioner in the delivery of surgical and anesthesia services in rural western Canada. *J Assoc Med Can* 1995;153:1447-52.

²⁸ Freeman R, Rachlis V, Franssen E. Young family physicians support hospital-based activities. *Le médecin de famille canadien* 1995;41:211-20.

²⁹ Rourke, J. Trends in small hospital medical services in Ontario. *Le médecin de famille canadien* 1998; 44:2107-2112

En Ontario, les MF ont diminué graduellement leur implication dans les activités hospitalières de soins aigus comme l'obstétrique, l'anesthésie et les soins d'urgence.³⁰ De 1991-92 à 1997-98, la proportion des MF offrant des services obstétricaux est passée de 24 % à 15 %. Au cours de la même période, les services anesthésiques offerts par les MF ont diminué de 4 % à 3 % et les services d'urgence de 16 % à 15 %. De plus en plus de médecins font le choix d'exercer exclusivement à leur cabinet et de ne plus s'impliquer dans les soins intrahospitaliers, ni dans aucun des services mentionnés ci-dessus. Le pourcentage des médecins qui se limitent à la pratique en cabinet est passé de 9 % à 14 %.

Pimlott et ses collègues³¹ ont effectué un sondage auprès de 511 diplômés de médecine familiale en 1996. De ce groupe, 110 avaient été exposés aux soins intrahospitaliers dans un centre de soins tertiaires disposant d'une unité intrahospitalière de pratique familiale; par contre 401 avaient été formés dans des hôpitaux ne disposant pas de lits dédiés à la pratique familiale. Les auteurs ont constaté que les résidents exposés à des soins intrahospitaliers dispensés dans une unité de soins dédiée à la pratique familiale étaient plus susceptibles d'offrir ce type de soins dans le cadre de leur pratique, comparativement à leurs collègues formés dans d'autres hôpitaux. Ces MF ont également exprimé que ce type de formation les avait mieux préparés que leurs collègues à s'impliquer dans les soins intrahospitaliers.

Paterson et ses collaborateurs³² ont comparé les résultats d'enquêtes transversales faites par entrevues en 1977 à des questionnaires à remplir soi-même distribués en 1997 afin de déterminer dans quelle mesure les activités hospitalières et les attitudes envers les hôpitaux ont changé chez les membres d'un département de médecine familiale en milieu urbain. Les taux de réponses furent de 98,9 % (1977) et de 75 % (1997) chez les membres du département de médecine familiale du St Joseph's Hospital à Hamilton. L'étude a démontré que, autant en 1977 qu'en 1997, les soins aux patients et la formation médicale continue demeuraient les raisons principales de s'impliquer dans les soins intrahospitaliers. En 1997 toutefois, on constatait une diminution de trois heures par semaine du temps total consacré aux activités hospitalières, et qu'on avait moins souvent recours à l'hôpital pour certaines interventions et rencontres, ainsi que pour l'enseignement. En 1997, les MF assumaient également moins de responsabilités pour les soins intrahospitaliers. Malgré les changements observés dans les perceptions entourant le travail hospitalier au cours des années, la plupart des répondants continuaient de désirer et de percevoir un besoin de maintenir leur implication dans les soins intrahospitaliers.

³⁰ Chan B. *Supply of physicians' services in Ontario. Atlas Reports: uses of health services*. Toronto ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1999.

³¹ Pimlott N, Holzapfel S, Cummings S. Short report: Does training in family proactive inpatient service affect practice after graduation? *Le médecin de famille canadien* 2001;47:983-985.

³² Paterson MJ, Allega R, Shea PE. Role of family physicians in hospitals: did it change between 1977 and 1997? *Le médecin de famille canadien* 2001;47 :971-80.

2.0 Discussion des défis

2.1 Rôle des médecins de famille dans les soins aux malades hospitalisés

Les participants au sondage ont décrit une vaste gamme d'activités intrahospitalières. Dans la plupart des régions rurales, les MF assument la responsabilité principale de la supervision de tous les aspects des soins cliniques. Dans les contextes urbains où les MF dispensent des soins intrahospitaliers, les MF peuvent continuer d'assumer cette responsabilité principale et, comme tel, dispenser tous les soins intrahospitaliers, obtenir une consultation spécialisée ponctuelle lorsque des spécialistes sont disponibles, ou traiter conjointement leurs patients avec des spécialistes. À l'inverse, d'autres médecins visitent leurs patients hospitalisés pour offrir leur soutien et s'assurer que la prestation des services est adéquate, même s'ils ne sont pas directement impliqués dans la prise en charge quotidienne de leurs patients.

Dans certains petits centres, les MF partagent leurs responsabilités avec d'autres MF concernant les soins intrahospitaliers. Par exemple, l'organisation peut varier en fonction de leurs domaines d'intérêt et/ou d'expertise. Dans un groupe qui assume des services de garde, un médecin peut s'impliquer dans l'unité de soins intensifs alors qu'un autre se chargera de l'obstétrique ou des soins palliatifs. Dans les centres d'enseignement, certains MF deviennent des associés cliniques, par exemple comme assistants des spécialistes en oncologie pour assurer la prestation quotidienne des soins intrahospitaliers.

Nos discussions, avec les participants au sondage et autres MF qui ont offert une grande richesse de commentaires pour ce document de discussion, font ressortir l'importance du rôle du médecin de famille pour assurer la coordination et la continuité des soins intrahospitaliers. La valeur de la contribution des médecins de famille dans les soins continus et la prise en charge des besoins de santé des patients, avant, pendant et après l'hospitalisation, est d'une grande importance et a été la source de plusieurs des recommandations de ce rapport.

Dans certains hôpitaux, notamment dans les grands centres urbains, les MF ne sont pas systématiquement informés de l'admission ou du congé de leurs patients. Cette situation se présente le plus souvent dans les cas où le MF n'a pas d'affiliation hospitalière. Par contre, même s'il détient des privilèges hospitaliers, il arrive occasionnellement que le MF ne soit pas avisé, surtout lorsque le patient est hospitalisé directement sous les soins d'un consultant. Le problème devient plus compliqué ces dernières années à cause de la tendance des établissements de soins aigus à autoriser précocement les congés. Le document de discussion du CMFC intitulé *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile*³³ a permis de mieux comprendre les préoccupations des médecins de famille entourant la rupture des communications qui se produit lorsque leurs patients reçoivent leur congé pour retourner dans la communauté. Dans les hôpitaux où l'on retrouve un coordonnateur désigné pour les admissions et les congés et dont la tâche est d'assurer une transition en douceur entre l'hôpital et la communauté, les MF ont, de

³³ Collège des médecins de famille du Canada. *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile*, Décembre 2000;8.

façon générale, mentionné l'absence ou le peu de problèmes à être informés des transferts hospitaliers.

On a demandé aux participants à l'étude s'ils étaient d'avis que l'arrivée des nouvelles technologies de l'information entraînerait pour les MF la mise en place de nouveaux modèles d'implication dans les soins intrahospitaliers. Certains ont émis l'hypothèse que les futurs réseaux électroniques pourraient faciliter les communications, par exemple la notification des admissions, des investigations et des congés, et pourraient également faciliter la communication avec les patients, les consultants et le personnel infirmier. Par ailleurs, on a également mentionné que ces modèles ne pourraient jamais remplacer le MF qui dispense des soins au chevet du malade.

- Recommandations:**
- 1. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :**
 - A. Tout malade hospitalisé devrait avoir son médecin de famille qui participe, dans la mesure du possible, aux soins dispensés à l'hôpital.**
 - B. Les hôpitaux devraient maintenir des liens de communication appropriés avec les médecins de famille œuvrant dans la communauté, notamment par des avis signifiés dès l'admission et le congé de leurs malades hospitalisés accompagnés de notes d'évolution décrivant les progrès .**

2.2 Privilèges hospitaliers pour les médecins de famille

Dans de nombreux grands centres hospitaliers universitaires, les MF ne détiennent pas de privilèges d'admission et la prestation des soins est assurée uniquement par des spécialistes. Il existe par contre des hôpitaux d'enseignement qui disposent d'unités pour hospitalisation en médecine familiale ou des programmes d'hospitalistes en médecine familiale, par exemple celui mis sur pied par la *Calgary Health Authority*. Toutefois, le nombre des lits hospitaliers disponibles pour les MF est souvent limité et soumis à la compétition avec les autres spécialités qui ont également souffert d'une réduction du nombre de lits ces dernières années. Cette situation comporte de nombreux inconvénients. Souvent le médecin de famille connaît bien toutes les facettes de la santé de son patient, qu'elles soient physiques, émotionnelles ou sociales. Lorsqu'on ignore ces informations, le patient est à risque de perdre un allié médical important dans la défense de ses intérêts.

Dans les hôpitaux communautaires, la situation varie grandement. Certains ne limitent pas l'accès aux privilèges pour les MF, et même les encouragent. Dans d'autres, par contre, on retrouve une limite au nombre de MF autorisés à détenir des privilèges hospitaliers. Le Dr Brian Hennen a bien décrit ce scénario dans un éditorial du *Médecin de famille canadien* :

« La présence d'un grand nombre de médecins de famille membres du personnel médical d'un hôpital a parfois été considérée difficile à gérer en termes de maintien de la qualité et du respect des normes. Certains établissements ont commencé à limiter le nombre de médecins de famille détenant des privilèges. Dans les communautés où l'on retrouve plus d'un hôpital, l'attribution de privilèges de membre actif rend souvent impossible l'obtention de privilèges d'hospitalisation dans un autre établissement. Le nombre de lits mis à la disposition des médecins de famille vient également contrôler l'attribution des privilèges.³⁴

Sauf si le MF est également chirurgien, l'implication des MF est habituellement limitée lorsque les patients sont hospitalisés dans les services chirurgicaux. Dans les unités chirurgicales, par exemple les unités de soins intensifs ou cardiaques, le MF prodigue souvent des soins de soutien et peut jouer un rôle important pour aider le patient à interpréter les résultats et à prendre des décisions éclairées face aux options thérapeutiques. Le MF peut également assumer la responsabilité principale des soins pendant la convalescence suite aux interventions médicales ou chirurgicales.

Recommandations:

2. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :

- A. Tous les hôpitaux, dans leur attribution de privilèges, devraient disposer de critères qui reconnaissent et soutiennent le rôle du médecin de famille dans la prestation des soins à ses malades hospitalisés.**
- B. On devrait permettre et encourager les médecins de famille à demander des privilèges de membre du personnel médical de tout hôpital dans leur communauté, ce qui leur permettra de jouer un rôle approprié dans la prestation des soins à leurs patients hospitalisés.**
- C. Les médecins de famille devraient être représentés dans l'élaboration des politiques hospitalières qui affectent leurs patients.**

2.3 Respect de la part des autres membres du personnel médical

Les participants ont exprimé des divergences d'opinion concernant le respect témoigné par les autres membres du personnel médical et ses conséquences sur la décision d'abandonner ses privilèges hospitaliers. Certains répondants sont d'avis que les MF ont de bonnes relations avec les spécialistes et que ceci ne constituait pas un élément clé de l'abandon des hôpitaux par les MF. D'autres ont insisté sur le fait que les consultants sont très respectueux des MF dans les communautés rurales où la compétition pour l'accès à des lits hospitaliers est plutôt faible et où on insiste moins sur un engagement universitaire ou hospitalier à temps plein.

³⁴ Hennen B. Family physician hospital privileges. New approach. *Le médecin de famille canadien* 1995;41:970.

Afin de maintenir et d'encourager la participation aux soins intrahospitaliers, les participants au sondage ont indiqué avoir besoin :

- ❖ de se sentir bien accueillis dans les hôpitaux
- ❖ d'être appréciés pour la qualité des soins qu'ils dispensent
- ❖ d'être respectés pour leur contribution aux soins des patients
- ❖ d'être reconnus comme membres à part entière de l'équipe de soins hospitaliers
- ❖ d'être informés des changements dans les politiques et les protocoles hospitaliers
- ❖ de contribuer à l'efficacité des communications avec les autres membres du personnel médical et de l'équipe hospitalière
- ❖ de savoir qu'il existe un système approprié de soutien par des consultants en dehors des heures régulières et pendant les fins de semaine auquel on peut avoir recours de temps à autre.

2.4 Charge de travail et épuisement professionnel

Quels que soient les contextes de pratique au Canada, la charge de travail et l'épuisement professionnel sont des facteurs importants qui motivent les MF à délaisser le travail hospitalier. Le maintien d'un équilibre entre la charge de travail et le mode de vie personnel est un élément essentiel dans la prévention de l'épuisement professionnel. Dans le SNMF 2001, seulement 27,6 % des répondants étaient satisfaits de l'équilibre qu'ils avaient réussi à atteindre dans le partage de leur temps entre leur vie personnelle et leurs engagements professionnels; 41,3 % souhaitaient disposer de plus de temps avec leur famille, 41,5 % désiraient avoir plus de temps pour eux-mêmes et seulement 0,5 % manifestaient le désir d'avoir plus de temps à consacrer à leur carrière.

Plusieurs facteurs contribuent à alourdir la charge de travail des médecins dans les hôpitaux. La pénurie actuelle de médecins, ainsi que le vieillissement des effectifs médicaux au Canada,³⁵ ont contribué à accroître le volume des patients assignés aux médecins qui dispensent des soins intrahospitaliers. De plus, la tendance à réduire la durée des séjours hospitaliers et à autoriser les congés précoces a eu pour conséquence que les MF doivent maintenant prendre soin d'un plus grand nombre de malades hospitalisés pour des problèmes aigus. Ces facteurs ont également contribué à accroître la charge de travail en pratique familiale, avec le résultat que certains MF ont abandonné leurs privilèges hospitaliers, laissant à leurs associés la prestation des soins à leurs malades hospitalisés. Les MF qui persistent à maintenir leurs privilèges se retrouvent avec des volumes de patients plus importants et moins prévisibles. En retour, cette augmentation du nombre des patients influence la quantité de travail administratif à effectuer pour les malades hospitalisés avec sa conséquence de diminuer le temps disponible pour vaquer aux autres aspects de la pratique familiale.

³⁵ Buske, Lynda. The greying of Canada's medical workforce continues. *J Assoc Med Can* : 2000;163:876-a

Dans de nombreux hôpitaux, l'attribution de privilèges aux MF est conditionnelle à leur implication dans les soins aux patients orphelins. Ce sont des patients qui sont hospitalisés alors que leur médecin de famille personnel n'est pas disponible pour leur prodiguer des soins, habituellement parce qu'il n'a pas de privilèges hospitaliers. Les histoires médicales et sociales des patients orphelins sont souvent très compliquées et leur prise en charge exige beaucoup de temps. Même si, pour les MF, ce type de patients augmente le volume de patients hospitalisés, ces patients orphelins génèrent plus d'appels entre le cabinet et l'hôpital, ce qui entraîne des perturbations dans le débit de patients au cabinet. Pour de nombreux médecins de famille, la raison principale de poursuivre leur implication hospitalière est la satisfaction qu'ils éprouvent à prendre en charge leurs propres patients dans tout le processus de la continuité des soins. Ils n'éprouvent pas cette satisfaction avec les patients orphelins.

La charge additionnelle de travail que représentent les patients orphelins crée un cercle vicieux. Puisque les MF abandonnent l'hôpital à cause de la surcharge de travail générée par les patients orphelins, cette surcharge se retrouve sur les épaules des collègues qui maintiennent leurs privilèges. Ces derniers, qui sont encore membres du personnel médical hospitalier, voient souvent augmenter leur charge de travail, ce qui les amène, à leur tour, à considérer abandonner leurs rôles hospitaliers

Les demandes d'être présent à de multiples endroits en même temps sont un autre élément qui contribue au stress associé à la charge de travail chez les MF. Avec le transfert d'une partie des soins aigus vers la communauté, les patients dans la communauté présentent des problèmes de santé plus complexes et il est plus difficile de les hospitaliser à cause du manque de lits. Les cliniques sans rendez-vous reçoivent également une plus forte proportion des problèmes mineurs et simples rencontrés en médecine familiale, ce qui ajoute encore aux contraintes du travail en cabinet. Lorsque les MF doivent prendre en charge dans la communauté un plus grand volume de patients avec des problèmes plus compliqués, il leur reste donc moins d'énergie pour le travail hospitalier, lequel doit souvent être effectué avant ou après les heures de bureau.

L'une des solutions proposées a été la formation de groupes de MF. Bien que cette forme de pratique existe depuis de nombreuses années, le concept de réseaux de pratique familiale, maintenant appliqué dans plusieurs régions du pays, pourrait soutenir davantage cette stratégie. L'un des modèles populaires est celui où les médecins de famille sont responsables de leurs propres patients pendant les heures ouvrables du lundi au vendredi avec un mécanisme de transfert d'appel à un médecin de garde les soirs et les fins de semaine.

Recommandation:

- 3. Les médecins de famille devraient s'organiser en réseaux ou en groupes de taille appropriée permettant de partager les responsabilités et la charge de travail qu'implique la prise en charge des malades hospitalisés.**

2.5 Restructuration des hôpitaux

L'impact de la restructuration des hôpitaux sur les rôles et les responsabilités des MF est mixte. Dans un hôpital général, la restructuration entraîne souvent une réduction du nombre total des lits disponibles; les différents services médicaux doivent alors négocier entre eux l'assignation des lits résiduels. La restructuration des hôpitaux a augmenté la compétition pour l'obtention des lits et, dans certains hôpitaux, pourrait avoir précipité la sortie des MF. Cette situation est particulièrement vraie dans les grands centres de soins tertiaires et dans les hôpitaux d'enseignement. Par contre, cette problématique n'est pas habituelle dans les hôpitaux où les MF sont les intervenants médicaux les plus responsables et dispensent leurs soins seuls ou en collaboration avec des consultants.

La restructuration des hôpitaux et les coupures budgétaires ont réduit le nombre et la disponibilité des postes d'infirmières bien au fait des informations qui peuvent éclairer le médecin concernant les progrès de ses patients hospitalisés.

Il en est résulté des sentiments de frustration suite aux difficultés d'obtenir les renseignements nécessaires à une bonne qualité des soins. Dans les cas où le personnel infirmier et les autres services ont subi des coupures drastiques, les MF sont moins confiants que la qualité des soins reçus par leurs patients correspond aux soins anticipés. Dans ces situations, les MF jugent nécessaire d'effectuer plus d'une visite par jour pour s'assurer que leurs patients reçoivent les soins prévus.

Suite à la fermeture d'un centre hospitalier, les privilèges de membre du personnel médical pour les membres du département de médecine familiale peuvent être transférés à d'autres établissements situés plus loin. Ceci peut contribuer à décourager les MF à maintenir des privilèges hospitaliers de membre actif. Par contre, dans d'autres circonstances, la restructuration des hôpitaux peut simplifier les soins. C'est le cas dans les communautés où de multiples établissements situés à l'intérieur d'une petite région sont fusionnés, avec le résultat que les médecins peuvent maintenant hospitaliser leurs patients dans un seul établissement.

2.6 Rémunération pour les soins intrahospitaliers

La plupart des participants avaient l'impression que la rémunération était l'une des raisons principales incitant les MF à délaisser les activités hospitalières. Dans certaines régions, la grille tarifaire pour les visites aux malades hospitalisés procure une rémunération insuffisante si l'on considère le temps investi par les MF dans les hôpitaux, et contribue à appauvrir la valeur attribuée à leurs services par le système de soins de santé. En Ontario, par exemple, la visite du malade hospitalisé est de seulement 17,30 \$ (ministère de la Santé de l'Ontario, 2002).

Des répondants ont mentionné d'autres éléments dissuasifs importants sur le plan financier qui incitent les MF à ne plus s'impliquer dans les soins intrahospitaliers. Par exemple, les tâches administratives peuvent imposer un lourd fardeau sur les MF œuvrant à l'hôpital. Parmi ces tâches, notons l'obligation de participer aux travaux des comités et la tenue de dossiers détaillés pour lesquelles aucune rémunération n'est prévue en compensation de la diminution du temps consacré à la pratique.

On peut également exiger des médecins impliqués dans les soins intrahospitaliers qu'ils assument des dépenses supplémentaires, p. ex. l'appartenance au Conseil des médecins et les frais de stationnement. Ces coûts s'ajoutent aux frais d'administration de la pratique et réduisent davantage le revenu net généré par les visites aux malades hospitalisés.

En 1994, le CMFC recommandait un modèle de financement mixte pour la rémunération des médecins. On y retrouvait des mesures incitatives favorisant la promotion de la qualité, de la disponibilité et de la globalité des soins.³⁶ Il est toutefois intéressant de noter que les stratégies précises touchant la rémunération des médecins et l'amélioration de la qualité des soins reposent sur les négociations entre les associations médicales provinciales et les gouvernements. Le cadre de l'entente récente entre l'Association médicale de l'Ontario et le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'inspire d'un modèle de financement mixte.

En 1999, la Nouvelle-Écosse a commencé à chercher une solution au problème de rémunération en augmentant le tarif des visites à l'hôpital à 13,5 unités (24,84 \$). Heureusement, les grilles tarifaires de plusieurs provinces reconnaissent maintenant le temps supplémentaire consacré par les MF aux soins intrahospitaliers en offrant des mesures incitatives ou des bonus afin de compenser pour des activités comme l'admission ou les visites après les heures régulières.

Jusqu'à maintenant, ces mesures incitatives ne semblent pas avoir réussi à ramener les MF dans les hôpitaux, mais on s'attend à ce qu'elles réduisent la probabilité de voir les MF faire le choix d'abandonner leurs privilèges hospitaliers et qu'elles incitent les nouveaux résidents à intégrer les soins hospitaliers dans leur pratique.

Plusieurs provinces ont appliqué des approches alternatives à la rémunération pour s'assurer que les MF demeurent actifs dans les hôpitaux. Au Nouveau-Brunswick, on exige de tous les nouveaux médecins qu'ils détiennent des privilèges hospitaliers accordés par l'une des corporations hospitalières régionales avant de se voir attribuer un numéro de facturation. L'impact de cette politique, c'est-à-dire la rémunération conditionnelle à la détention de privilèges hospitaliers, fait en sorte que tous les nouveaux médecins dispensent des services hospitaliers. Au Québec, tous les médecins doivent, au cours des dix premières années de pratique, consacrer une partie de leurs temps à des activités comme la couverture de l'urgence, la pratique hospitalière, ou exercer dans un centre local de services communautaires (CLSC), sinon, ils se voient imposer des pénalités financières. Les participants québécois aux entrevues avaient l'impression que de telles politiques peuvent inciter à œuvrer dans les hôpitaux, mais ils ont également mentionné qu'elles n'étaient pas populaires auprès des médecins qui les perçoivent comme des mesures coercitives. Le Réseau Santé famille de l'Ontario (RSFO), un modèle que l'on implante présentement dans plusieurs localités de l'Ontario, encourage les MF à participer aux soins intrahospitaliers et reconnaît leur implication en leur accordant une prime annuelle de 5 000 \$.

³⁶ Le Collège des médecins de famille du Canada. *Proposition du CMFC pour un mécanisme mixte de rémunération*, février 1994

Recommandation: 4. On devrait offrir aux médecins de famille une rémunération et des mesures incitatives adéquates pour toutes les responsabilités hospitalières afin d'assurer leur implication continue dans les soins intrahospitaliers.

2.7 Acquisition des compétences hospitalières

De façon générale, les MF canadiens sont suffisamment bien formés au cours de leur programme de résidence pour prendre en charge adéquatement les soins intrahospitaliers, y compris les décisions de référer pour des soins spécialisés. Leur réticence à s'impliquer dans la médecine hospitalière peut parfois être attribuable à un manque de confiance dans leurs habiletés professionnelles. Certains ont également mentionné que l'environnement très technique du milieu hospitalier, ainsi que les attitudes de certains médecins, administrateurs et autres personnels de l'hôpital, peuvent parfois être intimidantes.

Les critères d'agrément du CMFC pour les programmes de formation spécifient la durée minimale et le type de formation préparatoire à la pratique familiale, incluant les soins intrahospitaliers.³⁷ Des participants au sondage ont exprimé l'opinion que le CMFC devrait définir les compétences de base et établir une liste des affections médicales qu'un MF devrait être en mesure de prendre en charge. D'autres ont mentionné que les lignes directrices du CMFC étaient déjà suffisamment spécifiques et que tout raffinement supplémentaire des lignes directrices entraînerait une situation de microgestion des programmes d'enseignement. D'autres se sont dits préoccupés par le manque d'occasions pour les résidents d'acquérir des habiletés techniques, particulièrement dans les grands centres urbains d'enseignement où la compétition avec les résidents des spécialités est intense. Des groupes de travail du CMFC étudient présentement le curriculum de base et l'acquisition des habiletés techniques par les résidents de médecine familiale.

Le CMFC est préoccupé par l'absence, dans de nombreux hôpitaux, de modèles de rôle en pratique familiale. Des étudiants en médecine et des résidents, autant dans les programmes de médecine familiale que dans les programmes des spécialités, terminent leur formation sans avoir jamais vu un médecin de famille traiter ses propres malades hospitalisés. Cette situation est particulièrement vraie lorsque, par exemple, l'exposition de l'étudiant ou du résident à la médecine hospitalière se déroule en majeure partie dans les centres d'enseignement où sont dispensés des soins tertiaires. De telles expériences contribuent à renforcer l'opinion du nouveau diplômé à l'effet que le médecin de famille n'a pas sa place dans un hôpital.

³⁷ Le Collège des médecins de famille du Canada. *Critères pour l'agrément des programmes de résidence*, 2000.

Pour accroître leur exposition aux modèles de rôle des MF dans les hôpitaux, les étudiants en médecine et les résidents doivent passer suffisamment de temps à œuvrer avec des MF dans des hôpitaux communautaires de plus petite taille et non dédiés à l'enseignement. En plus de reconnaître les rôles importants des FM dans les hôpitaux d'enseignement, les établissements universitaires doivent également soutenir et reconnaître la contribution des MF qui enseignent aux étudiants en médecine et aux résidents dans des contextes non universitaires. Voici quelques moyens pour faciliter la réalisation cet objectif : offrir une formation complémentaire aux MF enseignants, une assistance financière pour le développement professionnel continu et une couverture adéquate par des remplaçants lorsqu'il faut s'absenter de la pratique. Ces mesures incitatives favoriseraient la compréhension et le respect pour les rôles hospitaliers des médecins de famille.

Les stages dans les départements hospitaliers de médecine familiale peuvent également exposer les résidents aux désavantages de la pratique hospitalière. Par exemple, les résidents de pratique familiale laissés à eux-mêmes pour s'occuper d'un grand nombre de cas difficiles de patients orphelins vivent l'une des expériences les plus stressantes et les moins attirantes de la pratique hospitalière. Ceci peut donc, par inadvertance, décourager les résidents à maintenir une pratique hospitalière au terme de leur formation.

Recommandations:

- 5. Toutes les facultés de médecine devraient accroître le rôle des médecins de famille dans les hôpitaux en s'assurant que tous les étudiants en médecine, les résidents de médecine familiale et les résidents des spécialités sont exposés aux modèles de rôle des médecins de famille.**
- 6. Comme critère pour l'obtention d'un agrément complet, tous les programmes de résidence en médecine familiale devraient inclure un stage de formation dans des hôpitaux où des médecins de famille agissent comme modèles de rôle.**
- 7. Les critères d'agrément du CMFC devraient exiger que tous les programmes de médecine familiale offrent aux résidents de médecine familiale l'occasion d'acquérir les habiletés en soins aigus requises pour s'impliquer dans les soins intrahospitaliers, autant en milieu rural qu'urbain.**
- 8. Les facultés de médecine et les départements universitaires de médecine familiale devraient offrir une formation en compétences avancées et des programmes approuvés de FMC/DPC dans des domaines reliés aux soins intrahospitaliers pour les résidents de médecine familiale et les praticiens de la médecine familiale.**

2.8 Le modèle hospitaliste

Dans de nombreux centres aux États-Unis (Chapman, 1998) et dans plusieurs centres au Canada, on a de plus en plus recours au modèle hospitaliste. Aux États-Unis, l'*Agency for Health Care Policy Research* (AHCPR, 1999) a défini les hospitalistes comme « un groupe de spécialistes en médecine hospitalière qui prennent la relève du médecin de première ligne ou du médecin oeuvrant à la clinique externe (ayant une responsabilité du patient) lorsque celui-ci est hospitalisé. »³⁸ Au Canada, c'est plutôt un mélange de médecins de famille et de spécialistes qui forment les hospitalistes. On constate que de nombreux programmes hospitalistes ont été élaborés pour répondre aux besoins d'un nombre croissant de patients orphelins.

Des participants provenant de divers contextes canadiens ont dit observer un exode général des MF qui abandonnent les soins hospitaliers. Au *Royal Alexandra Hospital* à Edmonton, le nombre de MF impliqués dans une pratique hospitalière active a baissé de plus de 50 % ces dernières années. Le *Calgary Regional Hospital* et le *Winnipeg Hospital Authority* ont tous deux connu une forte réduction de leurs effectifs de MF actifs et ont instauré des modèles hospitalistes pour combler le vide. Au *Grand River Hospital* à Kitchener, Ontario, entre 1996 et 1998, les MF abandonnaient leurs privilèges hospitaliers, non pas un à la fois mais en grand nombre dans le cadre de leur participation aux groupes de garde dans la communauté, entraînant ainsi une augmentation considérable des patients « sans médecin » qui étaient hospitalisés sans MF identifié comme membre du personnel. L'administration de l'hôpital et le Conseil consultatif des médecins ont commencé à explorer la possibilité d'avoir recours à un service de garde hospitalière 24 heures par jour, sept jours par semaine, qui serait assuré par les MF membres du département de médecine familiale. Ce modèle de soins pour les patients hospitalisés était semblable à celui que l'on retrouve maintenant dans de nombreux hôpitaux, en misant sur les MF exerçant déjà dans la communauté.

Lors de la Conférence *Insight* tenue en juin 2001 à Toronto, plusieurs hôpitaux ont présenté les aspects particuliers de leur modèle hospitaliste : *William Osler Health Care* à Brampton, Ontario; *Calgary Regional Health Authority*, Calgary, Alberta; *Timmins and District Hospital*, Timmins, Ontario; *Halton Health Care Services*, Oakville, Ontario; *St. Thomas-Elgin General Hospital*, St. Thomas, Ontario; et *Hotel-Dieu Grace Hospital*, Windsor, Ontario.

L'impact du modèle hospitaliste sur la prestation des soins et sur le rôle des MF dans les hôpitaux nécessite des études plus approfondies. Certaines données indiquent que les hôpitaux confrontés à une série de démissions des MF à cause de la problématique des patients orphelins n'ont pas connu d'autres démissions après l'introduction d'un modèle hospitaliste. On fait toutefois observer que les MF ayant démissionné ne sont pas revenus au sein du personnel hospitalier.

Les établissements canadiens qui ont adopté le modèle hospitaliste offrent certaines perspectives sur le niveau de rémunération nécessaire pour attirer les médecins à la pratique hospitalière. Typiquement, ces hôpitaux paient entre 300 \$ et 500 \$ pour une couverture de 24 heures ou un bonus variant de 50 à 100 \$ par patient en supplément de la facturation régulière au régime provincial d'assurance pour les visites quotidiennes à l'hôpital. Ces fonds proviennent souvent du budget global de l'hôpital et constituent, pour les hospitalistes, un supplément à la rémunération à l'acte.

³⁸Agency for Health Care Policy Research Newsletter, March 1999.

La *Calgary Regional Hospital Authority* utilise des modèles hospitalistes différents pour ses hôpitaux du centre-ville et ses hôpitaux communautaires. La mise en application de ces modèles a réussi à freiner l'exode des MF qui délaissaient les soins aigus. Les MF sont impliqués dans le développement et la mise en œuvre des deux modèles. Dans le modèle communautaire (deux sites), les MF en pratique privée s'engagent pour des quarts de travail de 12 heures, suivent leurs patients hospitalisés, reviennent à leur pratique communautaire en appliquant les habiletés acquises et continuent d'assurer le suivi de leurs patients. Ces MF sont bien appréciés, travaillent comme membres d'une équipe et vont même jusqu'à développer des normes communes pour les soins intrahospitaliers. Ce modèle semble particulièrement prometteur pour préserver les principes de la médecine familiale. Le programme hospitaliste de Calgary offre une formation médicale continue et, selon les coordonnateurs du programme, rajeunit la pratique familiale dans cette région. Un tel exemple illustre bien que l'une des méthodes proactives et productrices visant à solutionner le problème des patients orphelins est d'impliquer les MF dans la recherche de solutions pour améliorer les soins intrahospitaliers.

Plusieurs médecins de famille ont également soumis des commentaires positifs concernant les initiatives entreprises par des médecins de famille, agissant comme hospitalistes à tour de rôle, qui ont contribué à résoudre certaines situations difficiles dans leurs hôpitaux communautaires. Dans de telles circonstances, la clé essentielle du succès est une coordination et des lignes de communication claires entre l'hospitaliste et le médecin de famille personnel du patient pendant l'hospitalisation et au moment du congé afin d'assurer une bonne continuité des soins.

Selon une recension de la littérature, l'approche hospitaliste offre certains avantages potentiels, notamment :

- ❖ des temps de réaction plus rapides aux résultats des tests et aux changements dans l'état du patient
- ❖ une meilleure utilisation de l'hôpital
- ❖ des décisions prises en temps plus opportun
- ❖ une amélioration de la capacité de prendre en charge des problèmes médicaux complexes.

Cette approche comporte également des faiblesses :

- ❖ une interruption de la continuité des soins
- ❖ une absence du médecin de famille personnel comme défenseur de ses intérêts
- ❖ une opportunité manquée pour les MF praticiens d'améliorer leurs connaissances médicales
- ❖ séparation entre la médecine familiale et le rôle d'hospitaliste
- ❖ augmentation de la charge de travail pour les FM attirés dont on s'attend à ce que l'implication dans les activités hospitalières les mobilise à temps plein dans le contexte hospitalier
- ❖ un impact négatif sur les budgets hospitaliers.

Le CMFC reconnaît que les hôpitaux sont contraints de trouver des solutions efficaces à la pénurie aiguë de MF impliqués dans les soins intrahospitaliers. On s'inquiète toutefois de l'impact du modèle hospitaliste sur la disponibilité d'un nombre suffisant de MF pour la prise en charge des patients dans la communauté. Cette situation est particulièrement vraie, autant dans les régions urbaines que rurales, dans un contexte où les communautés des quatre coins du Canada sont aux prises avec des pénuries graves de MF disponibles.

Plusieurs communautés ont réussi à intégrer, à temps plein et à temps partiel, des MF dans des équipes multidisciplinaires pour soutenir le modèle hospitaliste, préservant ainsi la coordination et la continuité des soins dispensés aux patients, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital. Lorsqu'un centre hospitalier décide d'instaurer un modèle hospitaliste pour atténuer une situation critique, il est essentiel que ces facteurs soient au centre de la planification et que les hospitalistes soient soutenus et intégrés dans une équipe multidisciplinaire où l'on retrouve des médecins de famille exerçant dans la communauté. Dans certains modèles qui ont connu du succès, on a eu recours à un coordonnateur désigné pour faciliter la communication entre les hospitalistes et les MF.

Recommandations:

9. Lorsque les hospitalistes deviennent nécessaires :
 - A. Les hôpitaux devraient encourager activement et inciter les médecins de famille à maintenir leurs privilèges et à soigner leurs propres patients hospitalisés.
 - B. On devrait encourager les médecins de famille qui choisissent d'exercer comme hospitalistes à exercer dans la communauté et à œuvrer comme hospitalistes en fonction de leur temps de pratique disponible.
 - C. On devrait encourager et inciter les hospitalistes et les médecins de famille de la communauté à être membres des équipes soignantes multidisciplinaires.
 - D. On devrait analyser la possibilité de créer un poste qui assumerait le rôle de coordonnateur hospitalier et dont la responsabilité serait d'assurer une liaison appropriée entre les médecins de famille de la communauté et les hospitalistes.
 - E. Les hospitalistes devraient agir comme ressource pour la FMC/DPC des médecins de famille désireux de parfaire leur formation dans les soins intrahospitaliers.

3.0 L'objectif : Implication du MF dans les soins hospitaliers

3.1 Continuité des soins

Les participants au sondage ont signalé que leur implication dans les soins intrahospitaliers comportait plusieurs avantages pour eux-mêmes et pour leurs patients.

La continuité des soins est l'un des principaux avantages résultant de l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers. Le MF qui voit régulièrement son patient au cabinet connaît ses antécédents médicaux, les résultats des examens déjà effectués et ses réactions aux divers traitements. La participation aux soins hospitaliers devient particulièrement importante au moment de la planification du congé. La connaissance que possède le médecin de famille du réseau de soutien social, familial et communautaire du patient facilite l'identification des ressources à mobiliser lorsque le patient retourne dans sa communauté. De plus, lorsqu'on connaît le déroulement du dossier d'hospitalisation, il est plus facile d'assurer les soins après le congé de l'hôpital.

Il existe une abondante littérature à l'appui de la notion voulant que la continuité des soins améliore les résultats. La plupart des Canadiens sont d'avis qu'il est important d'être traité par un médecin qui les connaît bien (Decima 1993). Les patients sont davantage satisfaits lorsqu'ils voient le même médecin à chaque visite (Weyrauch, 1996). De plus, une relation à long terme avec le même MF réduit parfois la probabilité d'une hospitalisation (Weiss, 1996).

Dans un éditorial du *Médecin de famille canadien*, Calam et Thornsteinson ont résumé les avantages de l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers (mai 2001).

« Notre conviction à l'égard de la valeur de la continuité des soins, que ce soit à l'hôpital ou dans la communauté, est alimentée par des données probantes sur la continuité des soins dans d'autres milieux. Il s'agit, entre autres, de meilleures relations entre le patient et le dispensateur ainsi que d'un degré plus élevé de satisfaction, d'une moins grande utilisation des ressources et d'une meilleure conformité aux recommandations médicales. Il existe aussi de solides preuves démontrant des avantages financiers pour les hôpitaux lorsque les médecins de famille en pratique et en formation participent aux soins. »³⁹

3.2 Coordination des soins

La coordination des soins est étroitement liée à la continuité des soins. Dans un environnement de plus en plus multidisciplinaire, les MF jouent un rôle clé pour gérer les références et les demandes de consultation faites à une variété d'intervenants en soins de santé. Lorsque le MF n'est pas impliqué dans les soins intrahospitaliers, les patients risquent de se retrouver sous les soins d'autres intervenants qui dupliqueront des services déjà dispensés avant l'hospitalisation. Il en résulte alors une utilisation accrue et parfois inutile des ressources hospitalières, ce qui contribue à augmenter de façon significative les coûts des services intrahospitaliers.

³⁹ Calam B, Thornsteinson J. Les soins hospitaliers par les médecins de famille : un exode ou un bien-fondé. *Le médecin de famille canadien* 2001;47:934-7.

Le rôle du MF dans la coordination des soins dépasse la seule prestation des services et comprend la coordination de l'information partagée entre le patient et sa famille, entre la famille et les dispensateurs de soins, ainsi qu'entre les patients, leurs familles et les administrateurs de l'hôpital. Le MF peut également faciliter la planification du congé et les visites de suivi avec les intervenants hospitaliers. Le fait d'avoir un intervenant qui supervise les soins avant, pendant et après l'hospitalisation améliore l'issue espérée et la qualité de l'expérience hospitalière globale vécue par les patients et leurs familles.

3.3 Utilisation efficace des ressources

Puisque les MF connaissent les antécédents du patient, son profil médicamenteux, ses allergies médicamenteuses, les investigations et les consultations faites antérieurement, ils se retrouvent en position idéale pour gérer efficacement l'utilisation faite par le patient des ressources hospitalières et celles des soins de santé. Ils sont en mesure d'éviter la duplication des investigations de laboratoire, de l'imagerie diagnostique et des consultations. À cause de sa connaissance détaillée de l'état du patient, le MF peut aider les autres professionnels de la santé à épargner temps et effort dans l'élaboration de plans diagnostiques et thérapeutiques appropriés à ses patients.

Globalement, la capacité du MF à maintenir la continuité des soins, à gérer la coordination des soins et à améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources de santé se traduit par une amélioration de la rentabilité des modèles de soins. Cette approche méthodique aux soins facilite le cheminement des patients dans le continuum des soins et améliore le processus décisionnel. Quant aux patients qui n'ont pas ou qui ne peuvent trouver un MF dans la communauté, ils constituent un défi pour les ressources de soins et on devrait les encourager, lorsque c'est possible, à se trouver un médecin de famille pour superviser la coordination et la continuité des soins que nécessite leur état.

La reconnaissance de l'importance centrale du MF dans le système de soins de santé et sa valeur dans les soins intrahospitaliers pourrait être l'une des clés à la disposition des législateurs gouvernementaux et des conseillers en politiques de soins de santé pour réaliser l'atteinte des objectifs économiques.

Recommandations:

- 10. Dès leur congé de l'hôpital, les patients devraient avoir leurs propres médecins de famille qui prennent la relève. S'ils n'ont pas de médecin de famille, on devrait les encourager et les soutenir dans leurs démarches pour identifier un médecin de famille qui prendra charge des soins continus.**
- 11. On devrait considérer les soins intrahospitaliers comme partie intégrante du continuum des soins, lequel comprend les soins dispensés en cabinet, les soins à domicile, ainsi que les soins de réadaptation et de longue durée dispensés par des équipes multidisciplinaires dirigées par des médecins de famille qui assument un rôle clé dans les soins.**

3.4 Défenses des intérêts des patients

Avec la restructuration des hôpitaux et des soins qui deviennent de plus en plus complexes, sans compter les progrès de la technologie, on assiste au danger croissant de fragmentation des soins et d'un besoin accru de défendre les intérêts des patients. L'un des rôles importants dévolus aux MF est de voir au respect des droits du patient et d'intervenir en son nom lors des discussions avec les consultants médicaux, les autres dispensateurs de soins de santé, les administrateurs et les agences gouvernementales. Même si les MF ont traditionnellement assumé ce rôle, cette responsabilité revêt maintenant une importance particulière et un nouveau sens pour les malades hospitalisés.

Dans son rapport publié en 1990 sur le *Rôle du médecin de famille dans les hôpitaux*, le Collège des médecins de famille du Canada décrivait ainsi le rôle du médecin de famille dans la défense des intérêts des patients :

« Le médecin de famille implique les patients dans la prise de décision, les conseille sur les risques et les avantages, interprète les résultats et les recommandations des consultants, protège l'autonomie des patients et les aide lorsque les décisions éthiques sont difficiles. »⁴⁰

En conformité avec les principes de la médecine familiale qui insistent sur la valeur du médecin de famille comme ressource pour ses patients, le rôle du MF pour intervenir au nom de ses patients hospitalisés est devenu plus important que jamais. Le MF est en position idéale pour comprendre les désirs de ses patients et ceux de sa famille ou des autres soignants concernant la planification des soins intrahospitaliers et particulièrement les décisions de fin de vie.

3.5 Accès aux spécialistes

Son implication dans les soins intrahospitaliers encourage le MF à développer de meilleures relations avec ses collègues médecins, y compris les spécialistes. Ainsi, par des discussions informelles pendant la tournée des malades hospitalisés ou lors des sessions plus officielles de FMC/DPC, le MF apprend souvent des modalités de soins nouvelles ou différentes qu'il peut ensuite appliquer à ses patients et à sa pratique. Ce type d'interaction améliore la prise en charge des patients et l'issue des soins.

3.6 Maintien des compétences

La prise en charge de malades hospitalisés porteurs de pathologies plus aiguës aide les MF à développer et à maintenir leurs compétences et leurs habiletés médicales dans des domaines d'intérêt qui sont pertinents à leur pratique. Puisque les patients sont transférés de plus en plus rapidement des hôpitaux vers la communauté et qu'on demande aux MF de prendre en charge de grands malades sans avoir à leur disposition le même niveau de soutien de la part des consultants que l'on retrouve dans les hôpitaux, il est particulièrement important que les MF profitent des occasions de maintenir leurs habiletés dans le domaine des soins aigus.

En retour, le médecin de famille possède les connaissances et les habiletés pour partager avec le spécialiste œuvrant à l'hôpital sa compréhension et son appréciation de la prise en charge communautaire des patients souffrant de maladies aiguës et chroniques. On devrait encourager les hôpitaux à intensifier ces interactions en facilitant les opportunités de formation médicale continue, d'utilisation des ressources administratives et d'amélioration de la qualité.

⁴⁰ Crookston D. Le rôle du médecin de famille dans les hôpitaux. Dans : *Le médecin de famille comme dispensateur de soins de première ligne*. Mississauga, ON. Le Collège des médecins de famille du Canada, 1993;33-40.

3.7 Un environnement stimulant

Les praticiens exerçant en solo et dont la pratique se déroule exclusivement en cabinet sont à risque plus élevé de souffrir d'isolement professionnel, alors que la participation aux soins hospitaliers ajoute à la satisfaction que procure la pratique familiale. Relever le défi de la médecine hospitalière ajoute à l'estime de soi du médecin. Travailler en collaboration dans un environnement multidisciplinaire où l'on est fréquemment exposé à des patients hospitalisés pour des pathologies aiguës procure une satisfaction intellectuelle et contribue à accroître la confiance en soi et à favoriser le respect entre les professionnels de la santé. Le milieu hospitalier est un contexte idéal pour la croissance et le développement professionnels.

4.0 Conclusion: La valeur des médecins de famille dans les hôpitaux

Les sondages auprès de la population continuent de démontrer que les Canadiens tiennent en grande estime la qualité des soins dispensés par les médecins de famille. Le rapport 2001 de Statistique Canada *Accès aux services de santé au Canada* mentionnait que 80 % des Canadiens préféreraient passer par leur médecin de famille pour avoir accès aux soins et que 92 % étaient d'avis que la qualité des soins dispensés par leur médecin de famille personnel était bonne ou excellente.⁴¹ Dans un sondage Decima commandé par le CMFC à l'automne 2002 afin d'explorer les perceptions de la population au sujet de la pénurie des MF, plus de 80 % des Canadiens ont coté la qualité des soins dispensés par leur médecin de famille dans la catégorie bonne à excellente.⁴²

Les patients ont exprimé leur préférence. Ils souhaitent voir leurs MF personnels s'impliquer dans la prestation des soins. Cette implication est particulièrement importante lorsqu'ils se retrouvent dans un environnement peu familier comme celui d'un hôpital. Dans un tel contexte, ils sont confrontés à de nombreuses options de soins, la plupart trop complexes pour être comprises par le patient moyen. Les patients veulent voir leur propre MF coordonner les soins, les aider à prendre les décisions concernant ces soins et, lorsque nécessaire, défendre leurs intérêts.

Dans un éditorial dans le *Médecin de famille canadien* (octobre 1999), le Dr Calvin Gutkin écrivait :

« Notre système de soins de santé devrait soutenir fortement les médecins de famille formés adéquatement et œuvrant en collaboration avec les spécialistes consultants dans la prestation des soins à leurs malades hospitalisés. Les Canadiens méritent d'avoir accès à des professionnels des soins de santé qui les connaissent bien – leurs médecins de famille – et de les voir à leur chevet lorsqu'ils sont hospitalisés dans les hôpitaux canadiens. »⁴³

L'un des meilleurs exemples de la valeur et de l'importance des MF est leur implication dans la continuité et la coordination des soins dispensés à leurs malades hospitalisés. On retrouve une efficacité maximale de cette application lorsque le MF combine sa pratique communautaire en cabinet à une pratique hospitalière pour ses patients hospitalisés. Les médecins de famille canadiens interviewés en préparation à ce document de travail ont clairement identifié d'autres valeurs, par exemple un accès plus facile à des soins spécialisés et la possibilité d'éviter des investigations inutiles. Les MF en reconnaissent également les avantages pour leur propre satisfaction professionnelle, la collégialité, leurs connaissances et leurs habiletés. Les hôpitaux et les régies régionales de la santé en profitent grâce à une meilleure utilisation des ressources limitées, à une accessibilité plus appropriée aux dispensateurs de soins et à une plus grande satisfaction des patients.

S'il est vrai qu'on peut réaliser de tels avantages avec l'implication des MF dans les hôpitaux, pourquoi alors observe-t-on cette diminution du nombre des MF impliqués dans les soins intrahospitaliers? Il est clair que les MF sont confrontés à de nombreux défis dans notre système canadien de soins hospitaliers, notamment et non le moindre, est l'obtention d'un niveau de rémunération pour les visites aux malades hospitalisés comparable à celui des visites en cabinet. Malgré le fait qu'une formation en médecine familiale comprenant les soins intrahospitaliers semble répondre aux besoins des expériences de carrière de nos participants, les MF ont

⁴¹ Statistique Canada. Accès aux services de santé au Canada, 2001. Ottawa, mai 2002

également besoin du soutien professionnel que procurent le respect et la reconnaissance des collègues spécialisés.

Après une longue journée de travail où les pressions et le stress sont à leur comble, c'est la combinaison d'avoir dispensé des soins de bonne qualité et d'avoir des relations dans un esprit de collégialité qui engendre la satisfaction professionnelle.

Les solutions aux défis auxquels sont confrontés les médecins de famille, les hôpitaux et les patients impliquent de multiples facteurs. On ne pourra solutionner ces défis du jour au lendemain. Notre système doit tout d'abord trouver une solution au problème primordial de la pénurie des effectifs médicaux qui a un impact majeur sur l'organisation des modes de pratique, autant chez les spécialistes que chez les MF.

Les MF exerçant dans la communauté devraient-ils maintenir leur implication dans les soins hospitaliers ou devraient-ils abandonner cette tâche et la remettre aux spécialistes? Dans nos entrevues, il s'est dégagé un consensus presque unanime à l'effet que la pratique familiale devrait inclure les soins intrahospitaliers. On reconnaît toutefois que diverses pressions sur les hôpitaux ont accéléré le développement d'autres modèles, p. ex. le recours à des hospitalistes; l'idéal serait d'intégrer les hospitalistes et les MF dans des équipes multidisciplinaires impliquées dans les soins. Comme nous l'avons déjà mentionné ailleurs, peu de recherches évaluent l'importance des MF dans les soins hospitaliers. Les dirigeants du système de santé, les politiciens et les décideurs devraient disposer de plus d'informations sur les avantages qualitatifs et quantitatifs associés à l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers.

Certaines des recommandations du présent document suggèrent un renforcement des vieux modèles de soins intrahospitaliers dispensés par les MF. D'autres ouvrent la voie à de nouvelles approches. Ce qui est clairement identifié, c'est que les changements actuels dans le système de soins de santé menacent d'exclure complètement les MF des hôpitaux, ce qui n'est pas nécessairement dans les meilleurs intérêts des patients. On devrait encourager les MF à intégrer les soins intrahospitaliers et d'en faire une composante importante de leur pratique. Pour les malades, c'est un avantage important d'avoir leur médecin de famille à leur chevet.

Recommandations:

- 12. On devrait accroître la recherche, autant qualitative que quantitative, pour évaluer l'implication des médecins de famille dans les soins intrahospitaliers au Canada.**
- 13. Le CMFC devrait promouvoir l'importance de l'implication des médecins de famille dans les soins intrahospitaliers auprès de la population, des hôpitaux, des facultés de médecine, des gouvernements et de tous les autres intervenants dans le système canadien de soins de santé.**

⁴² Sondage Decima, octobre 2002

⁴³ Gutkin C. Les médecins de famille et les hôpitaux. *Signes vitaux, Le Médecin de famille canadien*, 1999;45:2470.

Recommandations

1. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :
 - A. Tout malade hospitalisé devrait avoir son médecin de famille qui participe, dans la mesure du possible, aux soins dispensés à l'hôpital.
 - B. Les hôpitaux devraient maintenir des liens de communication appropriés avec les médecins de famille oeuvrant dans la communauté, notamment par des avis signifiés dès l'admission et le congé de leurs malades hospitalisés accompagnés de notes d'évolution décrivant les progrès.
2. Afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins :
 - A. Tous les hôpitaux, dans leur attribution de privilèges, devraient disposer de critères qui reconnaissent et soutiennent le rôle du médecin de famille dans la prestation des soins à ses malades hospitalisés.
 - B. On devrait permettre et encourager les médecins de famille à demander des privilèges de membre du personnel médical de tout hôpital dans leur communauté, ce qui leur permettra de jouer un rôle approprié dans la prestation des soins à leurs patients hospitalisés.
 - C. Les médecins de famille devraient être représentés dans l'élaboration des politiques hospitalières qui affectent leurs patients.
3. Les médecins de famille devraient s'organiser en réseau ou en groupes de taille appropriée permettant de partager les responsabilités et la charge de travail qu'implique la prise en charge des malades hospitalisés.
4. On devrait offrir aux médecins de famille une rémunération et des mesures incitatives adéquates pour toutes les responsabilités hospitalières afin d'assurer leur implication continue dans les soins intrahospitaliers.
5. Toutes les facultés de médecine devraient accroître le rôle des médecins de famille dans les hôpitaux en s'assurant que tous les étudiants en médecine, les résidents de médecine familiale et les résidents des spécialités sont exposés aux modèles de rôle des médecins de famille.
6. Comme critère pour l'obtention d'un agrément complet, tous les programmes de résidence en médecine familiale devraient inclure un stage de formation dans des hôpitaux où des médecins de famille agissent comme modèles de rôle.
7. Les critères d'agrément du CMFC devraient exiger que tous les programmes de médecine familiale offrent aux résidents de médecine familiale l'occasion d'acquérir les habiletés en soins aigus requises pour s'impliquer dans les soins intrahospitaliers, autant en milieu rural qu'urbain.

8. Les facultés de médecine et les départements universitaires de médecine familiale devraient offrir une formation en compétences avancées et des programmes approuvés de FMC/DPC dans des domaines reliés aux soins intrahospitaliers pour les résidents de médecine familiale et les praticiens de la médecine familiale.
9. Lorsque les hospitalistes deviennent nécessaires:
 - A. Les hôpitaux devraient encourager activement et inciter les médecins de famille à maintenir leurs privilèges et à soigner leurs propres patients hospitalisés.
 - B. On devrait encourager les médecins de famille qui choisissent d'exercer comme hospitalistes à exercer dans la communauté et à oeuvrer comme hospitalistes en fonction de leur temps de pratique disponible.
 - C. On devrait encourager et inciter les hospitalistes et les médecins de famille de la communauté à être membres des équipes soignantes multidisciplinaires.
 - D. On devrait analyser la possibilité de créer un poste qui assumerait le rôle de coordonnateur hospitalier et dont la responsabilité serait d'assurer une liaison appropriée entre les médecins de famille de la communauté et les hospitalistes.
 - E. Les hospitalistes devraient agir comme ressource pour la FMC/DPC des médecins de famille désireux de parfaire leur formation dans les soins intrahospitaliers.
10. Dès leur congé de l'hôpital, les patients devraient avoir leurs propres médecins de famille qui prennent la relève. S'ils n'ont pas de médecin de famille, on devrait les encourager et les soutenir dans leurs démarches pour identifier un médecin de famille qui prendra charge des soins continus.
11. On devrait considérer les soins intrahospitaliers comme partie intégrante du continuum des soins, lequel comprend les soins dispensés en cabinet, les soins à domicile, ainsi que les soins de réadaptation et de longue durée dispensés par des équipes multidisciplinaires dirigées par des médecins de famille qui assument un rôle clé dans les soins.
12. On devrait accroître la recherche, autant qualitative que quantitative, pour évaluer l'implication des médecins de famille dans les soins intrahospitaliers au Canada.
13. Le CMFC devrait promouvoir l'importance de l'implication des médecins de famille dans les soins intrahospitaliers auprès de la population, des hôpitaux, des facultés de médecine, des gouvernements et de tous les autres intervenants dans le système canadien de soins de santé.

Tableau 1

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés/par province

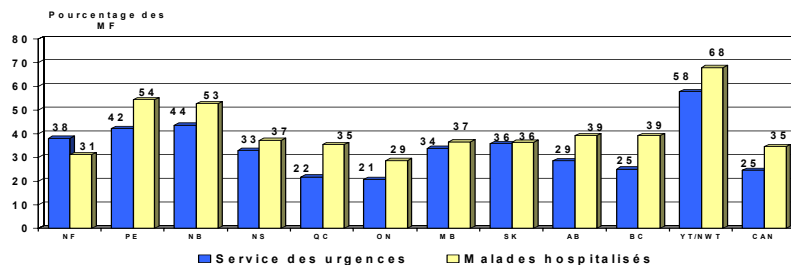


Tableau 2

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / principal contexte de pratique / par province

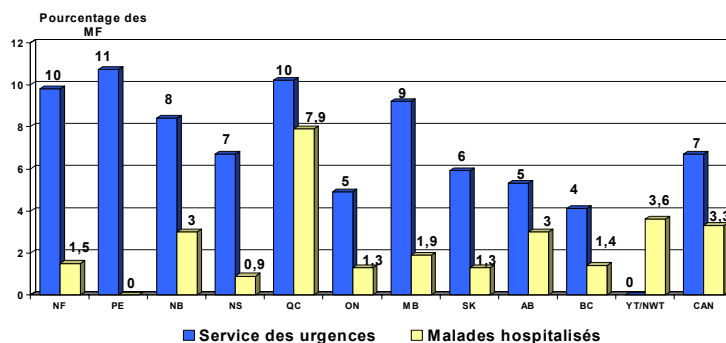


Tableau 3

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / par âge

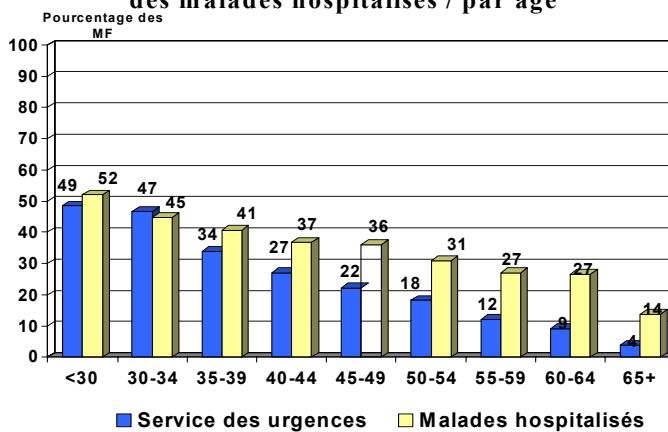


Tableau 4

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / principal contexte de pratique / par âge

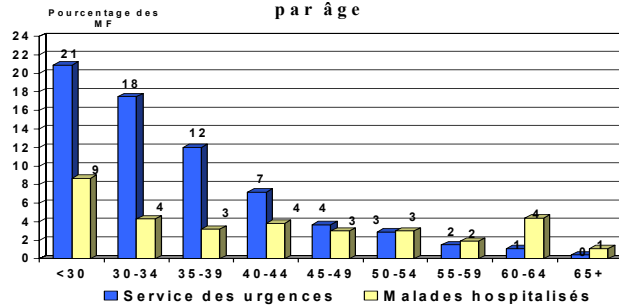


Tableau 5

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / par sexe

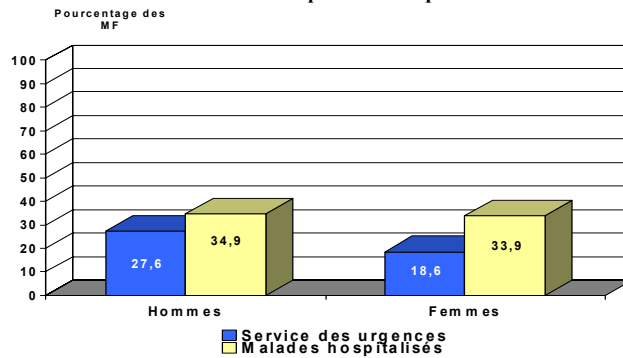
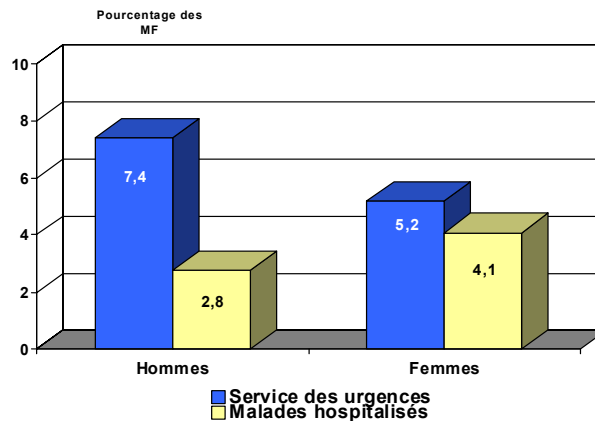


Tableau 6

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / principal contexte de pratique / par sexe



Données du sondage national 2001 auprès des médecins de famille

Tableau 7

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / selon la population de base desservie

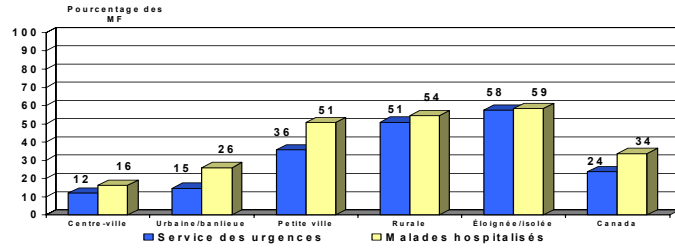


Tableau 8

Implication des MF dans les services d'urgence et auprès des malades hospitalisés / principal contexte de pratique / selon la population de base desservie

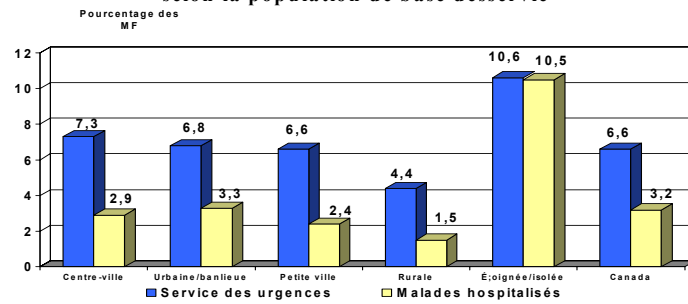
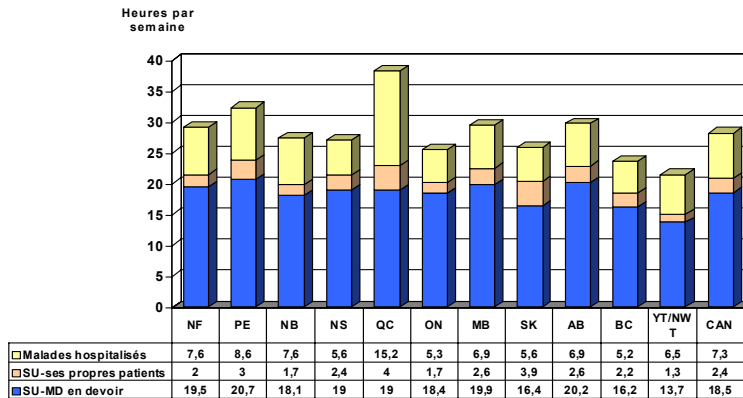


Tableau 9

Moyenne hebdomadaire des heures régulières consacrées aux divers contextes hospitaliers / par province



Données du sondage national 2001 auprès des médecins de famille

Tableau 10

Moyenne hebdomadaire des heures régulières consacrées aux divers contextes hospitaliers / par cohortes d'âge

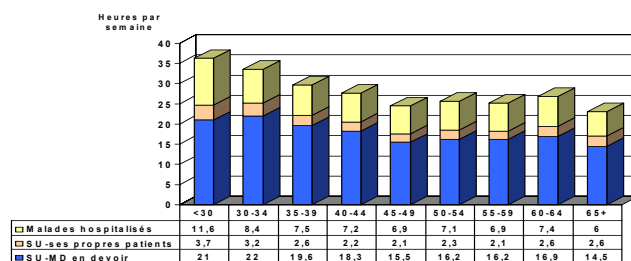


Tableau 11

Moyenne hebdomadaire des heures régulières consacrées aux divers contextes hospitaliers / par population de base desservie

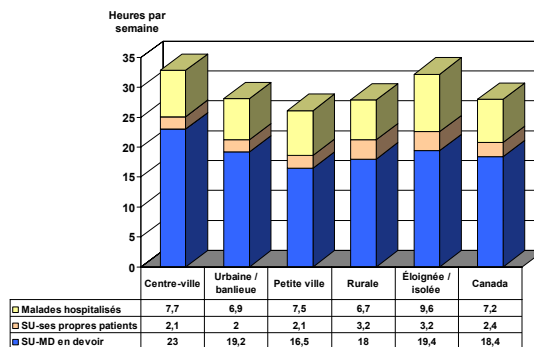
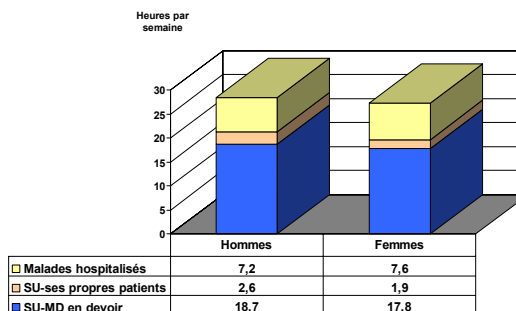


Tableau 12

Moyenne hebdomadaire des heures régulières consacrées aux divers contextes hospitaliers / par sexe



Données du sondage national 2001 auprès des médecins de famille

Tableau 13

Taux de satisfaction des MF envers leurs relations avec l'hôpital

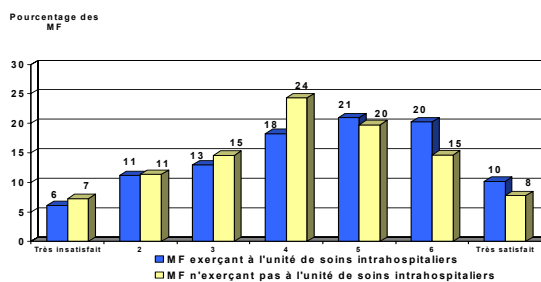


Tableau 14

Pourcentage des MF qui coordonnent les soins de patients réguliers et/ou autres / par principal contexte de pratique

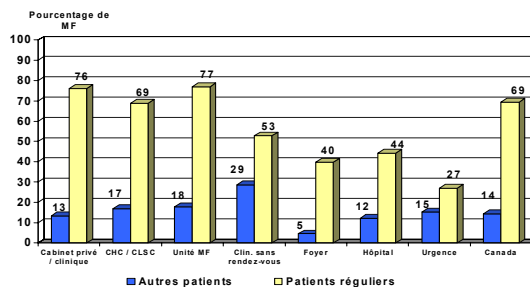
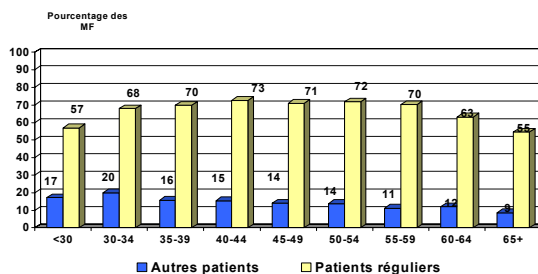


Tableau 15

Pourcentage des MF qui coordonnent les soins de patients réguliers et/ou autres / par cohortes d'âge



Annexe B: Grille de questions pour les entrevues semi-structurées

Cette grille a servi de guide uniquement. Différentes sections de la grille pouvaient faire l'objet d'une exploration plus détaillée selon l'expérience et la perspective de la personne interviewée. Aucune restriction n'était imposée aux questions de la grille si la personne interviewée désirait apporter un complément d'information.

Questions

1. Dans quel contexte de pratique exercez-vous?
- 2A. Dans votre contexte de pratique, quelle est l'étendue des rôles des MF impliqués dans les soins aux malades hospitalisés dans les établissements de soins aigus?
- 2B. Quel est l'avantage de l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers?
- 2C. Quels sont les désavantages de l'implication des MF dans les soins hospitaliers?
- 2D. Quelles sont les limites de l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers?
- 3A. Quels sont les obstacles à l'implication des MF dans les soins intrahospitaliers?

À poser d'abord comme questions ouvertes, puis donner les indices suivants :

- ❖ financiers (demander le coût de la participation locale aux soins hospitaliers C002)
 - ❖ stationnement, coût du maintien des privilèges
 - ❖ aucune économie d'échelle (p. ex. visiter deux patients)
 - ❖ coût relié à l'opportunité de voir des malades hospitalisés
 - ❖ accès aux privilèges d'hospitalisation
 - ❖ qualifications
 - ❖ exigences reliées à l'implication comme membre actif (p. ex. travail en comité)
 - ❖ formation déficiente
 - ❖ mode de vie
 - ❖ manque de confiance à œuvrer dans un environnement de haute technologie
 - ❖ épuisement professionnel
 - ❖ restructuration des hôpitaux
 - ❖ perception d'une hostilité avec les autres membres du personnel médical
- 3B. Les médecins de famille veulent-ils jouer un rôle plus actif mais ne le peuvent pas, ou plutôt ne sont-ils pas intéressés par ce rôle?
 4. Existe-t-il des nouveaux modèles favorisant la participation des MF?

À poser d'abord comme questions ouvertes, puis donner les indices suivants:

- ❖ hospitalist model
 - ❖ quasi-specializations
 - ❖ impact of information technology (e.g., smart cards with electronic health record, instantaneous information transfer between the offices of FPs and other care providers)
5. Quel niveau de participation aux soins dispensés par les médecins de famille le CMFC devrait-il encourager?

Références

1. Agency for Health Care Policy Research. Bulletin de nouvelles. Mars 1999.
2. Bagley B. The hospitalist movement and family practice – An uneasy fit. *J Fam Pract* 2002;51(12):1028-1029
3. Bellet P, Whitaker R. Evaluation of a Pediatric Hospitalist Service: Impact on length of stay and hospital charges. *Pediatrics* 2000;105:478-484
4. Blackwell T. Family doctors shun hospital duties, medical groups say. *Ottawa Citizen*, 7 septembre 1999;A3.
5. Brown RG. Hospitalist concept: another dangerous trend. *Am Fam Physician* 1998;58(2);339-42.
6. Calam B, Thornsteinson J. Les soins hospitaliers par les médecins de famille: un exode ou un bien-fondé. *Le médecin de famille canadien* 2001;47:934-7.
7. Forum médical canadien. Groupe de travail sur les effectifs médicaux au Canada. Novembre 1999
8. Forum médical canadien. Groupe de travail Deux : A human resource strategy for physicians in Canada. Literature Review and Gap Analysis. Décembre 2002
9. Chan B. *Supply of physicians' services in Ontario. Atlas Reports: uses of health services*. Toronto ON: Institute for Clinical Evaluative Sciences, 1999.
10. Chan B, Anderson GM. Trends in physician fee-for-service billing patterns. In: *Patterns of Health Care in Ontario. The ICES Practice Atlas*. 2nd edition. Ottawa, ON. Association médicale canadienne, 1996;247-64.
11. Chan B, Anderson GM, Theriault ME. Patterns of practice among older physicians in Ontario. *J Assoc Med Can* 1998;159(9):1101-6.
12. Chapman RW. The hospitalist: implications for family practice. *Fam Med* 1998;30(7):517-8.
13. Chiasson PM, Roy PD. Role of the general practitioner in the delivery of surgical and anesthesia services in rural western Canada. *J Assoc Méd Can* 1995;153:1447-52.
14. Collège des médecins de famille du Canada. *Les soins de première ligne et la médecine familiale au Canada. Une ordonnance de renouvellement*. Mississauga ON. Octobre 2000.
15. Collège des médecins de famille du Canada. *Proposition du CMFC pour un mécanisme mixte de rémunération*. Mississauga ON. Février 1994.
16. Collège des médecins de famille du Canada. *Livre vert : un document de discussion sur la réforme des soins de première ligne au Canada*. Mississauga ON. Septembre 1995.
17. Collège des médecins de famille du Canada. *Diffusion initiale des données du Sondage national 2001 sur les effectifs des médecins de famille*. Mississauga ON. Octobre 2001.
18. Collège des médecins de famille du Canada. *Sondage national auprès des médecins de famille : Rapport sommaire*. Mississauga ON. Octobre 1998.
19. Collège des médecins de famille du Canada. *Critères pour l'agrément des programmes de résidence – 2000*. Mississauga ON, 2000.
20. Collège des médecins de famille du Canada. *Le médecin de famille et les soins de première ligne*. Mississauga ON. Juillet 1990.

21. Collège des médecins de famille du Canada *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile. Un document de discussion.* Mississauga ON. Décembre 2000.
22. Dauphinee WD. Medical workforce policy making in Canada: Are we creating more problems for the future? *Clin Invest Med* 1996;19(4):286-91.
23. Decima Research. *Un rapport de recherche Decima au Collège des médecins de famille du Canada.* Juin 1993; Tableau 8, page 23.
24. Decima Express National Telephone Omnibus Survey. October 2002. Commandé par le Collège des médecins de famille du Canada.
25. Diamond HS. Effect of full time faculty hospitalists on efficiency. *Ann Intern Med* 1998;129:197-203.
26. Donaldson MS, Yordy KD, Lohr KN, Vanselow NA. *Primary care: America's health in a new era.* Washington, DC: Institute of Medicine, 1996;32.
27. Foss K. 'Orphan patients' pose medical dilemma. *The Globe and Mail*, August 30, 1999;A1.
28. Freeman R, Rachlis V, Franssen E. Young family physicians support hospital-based activities. *Le médecin de famille canadien* 1995;41:211-20.
29. Gutkin C. Les médecins de famille et les hôpitaux. *Le médecin de famille canadien* 1999;45:2470.
30. Hennen B. Family physician hospital privileges. New approach. *Le médecin de famille canadien* 1995;41:970.
31. Henry, LA. What the hospitalist movement means to family physicians. *Fam Pract Management* 1998;5(10):54-62.
32. Insight Conference Reports. *Hospital/physician partnership: solving the problem of in-patient care.* Toronto ON, June 2001.
33. Kimball HR, Young PR. A statement on the generalist physician from the American Boards of Family Practice and Internal Medicine. *JAMA* 1994;271(4):315-6.
34. Langley A. Three MDs leave city hospital. *Niagara Falls Review*, September 13, 1999;A1.
35. McLachlan RA. *The role of the family physician in an urban teaching hospital.* Mississauga ON: Collège des médecins de famille du Canada. Novembre 1991.
36. Medical Society of Nova Scotia. President's letter. March 29, 1999.
37. Milne C. The hospitalist revolution. *Medical Post.* 2002; 38(19), p.31, 33.
38. Morasch LJ. A survival guide in the era of the hospitalist. *Hosp Pract (Off Ed)*.1998 Aug 15;33(8):123-4,127.
39. Collège ontarien des médecins de famille. *Where have all the doctors gone?* Toronto ON: 1999.
40. Collège ontarien des médecins de famille. *Family medicine in the 21st century: a prescription for excellence in health care.* Toronto ON: June 14, 1999;3.
41. Ministère de la Santé et ses Soins de longue durée de l'Ontario. *Schedule of benefits: physician services under the health insurance act.* Toronto ON: 1999;A1.
42. Palmer HC et al. The effect of a hospitalist service with nurse discharge planner on patient care in an academic teaching hospital. *Am J Med.* 2001;111:627-632.

43. Paterson MJ, Allega R, Shea PE. Role of family physicians in hospitals: did it change between 1977 and 1997? *Le médecin de famille canadien* 2001;47:971-80.
44. Pimlott N, Holzapfel S, Cummings S. Short report: Does training in a family proactive inpatient service affect practice after graduation? *Le médecin de famille canadien* 2001;47:983-985.
45. Rifkin W et al. Comparison of process and outcomes of pneumonia care between hospitalists and community-based primary care physicians. *Mayo Clin Proc.*2002;77:1053-1058.
46. Rosser W. The decline of family medicine as a career choice. *J Assoc Med Can:*2002;166:1419-1420
47. Rosser, W, Kasperski J. Argument for blended funding. *Le médecin de famille canadien* 2002; 48:236-237.
48. Rourke, J. Trends in small hospital medical services in Ontario. *Le médecin de famille canadien* 1998; 44:2107-2112
49. Ryten E. Physician workforce and education planning in Canada: has the pendulum swung too far? *J Assoc Méd Can* 1995;152(9);1395-8.
50. Simon et al. Communication problems for patients hospitalized with chest pain. *J Gen Int Med* 1998;13:836-8.
51. Smith P et al. Primary care family physicians and 2 hospitalist models: Comparison of outcomes, processes, and costs.*J Fam Pract* 2002; vol 51-12:1021-1027
52. Starfield B. *Primary care: concept, evaluation and policy*. New York, NY: Oxford University Press, 1992.
53. Statistics Canada. Access to Health Care Services in Canada, 2001. Ottawa: May 2002
54. Talbot T et al. Canadians without regular medical doctors: who are they? *Le médecin de famille canadien* 2001;47 :58-64.
55. Thurber AD, Busing N. Decreasing supply of family physicians and general practitioners: serious implications for the future. *Le médecin de famille canadien* 1999;45:2084-9.
56. Wachter R. An introduction to the hospitalist model. *Annals of Internal Med.* 1999;130(4):338-342.
57. Wachter R, Pantilat S. The “Continuity Visit”and the hospital model of care. *Am J Med.* 2001. Vol 111(9B):40S-42S
58. Wachter R, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA.* 2002; Vol 287-4:487-494
59. Weiss, Blustein. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the cost and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12)1742-1747.
60. Weyrauch. Does continuity of care increase patient satisfaction? *J Am Board Fam Pract* 1996;9(1);31-6.

Pour toute demande concernant ce document, veuillez communiquer avec :

M^{me} Christine Wackermann
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: cw@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

ISBN: I-896014-61-5