



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada



SOINS DE PREMIÈRE LIGNE et MÉDECINE FAMILIALE au CANADA UNE ORDONNANCE DE RENOUVELLEMENT

Document de prise de position

Octobre 2000

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



**The College of
Family Physicians
of Canada**

**Le Collège des
médecins de famille
du Canada**

**LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC)
S'EFFORCE D'AMÉLIORER LA SANTÉ DES CANADIENS EN :**

- **ASSURANT LES NORMES LES PLUS ÉLEVÉES DE FORMATION, DE CERTIFICATION ET DE MAINTIEN DE LA COMPÉTENCE POUR LES MÉDECINS DE FAMILLE;**
- **INFORMANT ET EN ÉDUQUANT LA POPULATION AUX HABITUDES DE VIE SAINES;**
- **SOUTENANT LA RECHERCHE, EN DIFFUSANT LES CONNAISSANCES, ET**
- **PROTÉGEANT LES DROITS DES CANADIENS POUR UN ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ D'UNE GRANDE QUALITÉ.**

LE CMFC, QUI REPRÉSENTE 15 000 MÉDECINS DE FAMILLE RÉPARTIS AUX QUATRE COINS DU PAYS, EST LA VOIX COLLECTIVE DE LA MÉDECINE FAMILIALE AU CANADA. SES MEMBRES ENDOSSENT LES QUATRE PRINCIPES DE LA MÉDECINE FAMILIALE :

- **LA RELATION MÉDECIN-PATIENT EST L'ESSENCE DE TOUT CE QUE NOUS FAISONS**
- **LE MÉDECIN DE FAMILLE DOIT ÊTRE UN CLINICIEN COMPÉTENT**
- **LE MÉDECIN DE FAMILLE DEVRAIT ÊTRE UNE RESSOURCE POUR UNE POPULATION DE PATIENTS**
- **LA MÉDECINE FAMILIALE EST UNE DISCIPLINE COMMUNAUTAIRE**

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	3
HISTORIQUE.....	4
STRATÉGIES ET RECOMMANDATIONS.....	8
(A) CRÉER LE MODÈLE : LE RÉSEAU DE PRATIQUE FAMILIALE (RPF)	
1.LE RÉSEAU DE PRATIQUE FAMILIALE	8
2.LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES ET LA PRATIQUE EN COLLABORATION..	10
3.LE CHOIX DU PATIENT.....	11
4.LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS EN SANTÉ	12
RÉSUMÉ DES AVANTAGES.....	14
RECOMMANDATIONS.....	16
(B) SOUTENIR LE MODÈLE : LES RESSOURCES NÉCESSAIRES.....	17
1.LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	17
2.LA FORMATION POUR LA PRATIQUE DE DEMAIN.....	18
3.LA RECHERCHE.....	21
4.LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN DE FAMILLE.....	21
5.LE FINANCEMENT PUBLIC/PRIVÉ.....	22
6.LES COMMUNICATIONS ET LA COLLABORATION CONTINUES.....	23
RECOMMANDATIONS.....	24
CONCLUSION.....	27
ANNEXE 1.....	28
ANNEXE 2.....	29

-INTRODUCTION-

Cette *Ordonnance de renouvellement* est un « document évolutif ». Il fait partie intégrante d'un processus qui a évolué au fil des années où le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et ses sections provinciales se sont impliqués dans l'élaboration de politiques entourant la réforme des soins de première ligne.

En 1995, le Livre vert du CMFC : *Gérer le changement : le modèle de pratique de groupe en médecine familiale*, a été la première réaction d'un organisme médical à la proposition fédérale/provinciale/territoriale visant à réformer les soins de première ligne au Canada. Par la suite, le CMFC a participé activement à la *Consultation nationale sur les soins de première ligne* qui était une composante de la consultation du Premier ministre auprès des Canadiens sur les soins de première ligne. Entre 1996 et aujourd'hui, le CMFC a produit des documents de réflexion avec mise à jour annuelle sur le renouvellement des soins de première ligne.

En mai 2000, le CMFC a organisé un sommet important sur l'avenir de la médecine familiale et des soins de première ligne au Canada. Ont participé à cette conférence plus de 70 représentants d'organismes nationaux et internationaux de soins de santé et d'organisations médicales, des médecins de famille, des représentants des spécialités médicales et chirurgicales, du public, des sciences infirmières, des facultés de médecine, des étudiants, des résidents, des Ordres des médecins et du gouvernement fédéral. Le consensus dégagé par les participants à ce sommet a contribué de façon importante à l'élaboration de cette « *Ordonnance de renouvellement* ».

En plus de son implication au niveau national, le CMFC a également participé, par le biais de ses sections provinciales, aux délibérations provinciales touchant les soins de première ligne. Notons particulièrement les travaux du Collège ontarien des médecins de famille (COMF) qui a assumé un rôle de premier plan dans les discussions touchant le renouvellement des soins de première ligne en Ontario et qui a élaboré une série d'importants documents de prise de position sur ce sujet (voir Annexe 1).

Lors de leur rencontre de septembre 2000, les Premiers ministres ont accepté de collaborer dans plusieurs dossiers prioritaires pour le renouvellement du système de santé. Leur communiqué a identifié de nombreux objectifs mis de l'avant et endossés par le CMFC depuis longtemps.

Dans le présent document, *Soins de première ligne et médecine familiale au Canada*, le CMFC présente un modèle de prestation des services de première ligne par les médecins de famille, les infirmière et les autres intervenants du domaine de la santé, et offre des stratégies et des recommandations à la fois pour créer et pour soutenir ce modèle. Nous espérons que ce document suscitera une réaction du gouvernement et de nos partenaires des soins de santé des quatre coins du Canada, et qu'il en résultera une réalisation de la vision que nous partageons tous.

- HISTORIQUE -

Lorsque les gouvernements et les planificateurs du monde entier se mettent à la recherche d'un modèle de soins de santé à émuler, ils reviennent invariablement au modèle canadien. Les Canadiens apprécient également leur système de santé. Historiquement, le régime canadien d'assurance-maladie a toujours obtenu l'une des cotes mondiales les plus élevées en termes de satisfaction des usagers.

L'une des principales raisons de ce succès canadien a sans aucun doute été l'implication des professionnels de première ligne, y compris les médecins de famille. Les services de première ligne dispensés par les médecins de famille et le personnel infirmier constituent une importante contribution à la qualité et à la rentabilité du système. Le Canada reconnaît cette relation depuis longtemps, et les Canadiens en ont profité parce que la médecine familiale a été développée et valorisée comme une composante vitale des soins de santé.

Aujourd'hui, presque tous les pays qui disposent d'un bon système public de soins de santé ont une forte composante de soins de première ligne coordonnée par des médecins de famille. C'est le cas par exemple au Royaume-Uni, en France, aux Pays-Bas, en Finlande, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Même aux États-Unis où les spécialistes sont traditionnellement beaucoup plus nombreux que les médecins de première ligne, on observe présentement un intérêt marqué à recruter des médecins de famille, particulièrement au Canada.

Pourquoi les médecins de famille jouent-ils un rôle de plus en plus important dans les systèmes de santé de ces pays? Parce que, à l'instar du Canada, d'autres nations ont reconnu que les soins médicaux de première ligne constituent l'un des meilleurs investissements que l'on peut faire dans les soins de santé et que la clé du succès d'un système de soins de première ligne repose sur une équipe de médecins de famille bien formés.

Une quantité innombrable d'études ont démontré que les médecins de famille dispensent le type de soins de santé que les planificateurs et les décideurs politiques recherchent et dont les patients ont besoin. Centrée sur les patients et dédiée à la prestation de soins continus et globaux, la discipline de médecine familiale adopte les mêmes principes que recherchent les systèmes de soins de santé à travers le monde.

Au Canada, les médecins de famille fournissent les services suivants : le diagnostic et le traitement des maladies, la protection et la promotion de la santé, la coordination des soins, la défense des intérêts des patients, des soins tant en cabinet qu'à l'hôpital, à domicile, dans les foyers de soins infirmiers et dans les établissements communautaires. Ils offrent non seulement des services médicaux de première ligne, mais également une proportion importante de soins de niveau secondaire et tertiaire dans toutes les communautés, particulièrement dans les régions rurales et éloignées.

Malgré cette situation et malgré le fait que le modèle canadien de médecine familiale fasse l'envie de nombreux pays, on constate qu'au cours des dernières années, nos gouvernements ont perdu de vue les nombreux avantages et les forces que représentent les médecins de famille dans le système canadien de soins de santé.

Au cours de la dernière décennie, malheureusement, de nombreuses politiques à la grandeur du Canada ont eu l'effet de saper le rôle important des médecins de famille et des autres intervenants en soins de première ligne, ainsi que le moral des effectifs essentiels aux soins de santé.

Par exemple, la décision de réduire le secteur hospitalier a, dans de nombreux cas, été appliquée sans augmentation correspondante des ressources pour soutenir les activités des médecins de famille et des infirmières dans la communauté. Il en est résulté un nombre croissant de patients qui se retrouvent dans la communauté avec des besoins davantage aigus et complexes.

Pour répondre à cette demande accrue, nous aurions eu besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille. À l'inverse, depuis 1993, la baisse des inscriptions dans les facultés de médecine et du nombre de poste de résidence dans les programmes postdoctoraux de médecine familiale fait que le Canada connaît une *baisse annuelle* de 285 dans le nombre des médecins de famille, ce qui représente une perte cumulative de plus de 1 900 médecins de famille pour notre système (Thurber, Busing (*Le médecin de famille canadien*, septembre 1999)).

Pour compliquer davantage ces problèmes d'effectifs, un grand nombre de médecins de famille ont choisi, pendant les années 1990, de s'installer ou de déménager leurs pratiques aux États-Unis, et un grand nombre d'autres ont décidé de prendre leur retraite. Présentement, on s'attend à une augmentation du taux des médecins qui prendront leur retraite, puisque les médecins qui ont établi leur pratique dans les années 1960 ont atteint le stade final de leur carrière.

Le résultat cumulatif de toutes ces tendances, politiques et décisions gouvernementales est une érosion constante du nombre des médecins de famille dans ce pays.

Cette pénurie de médecins est maintenant une réalité ressentie dans les communautés de toutes les régions du Canada, et elle est particulièrement vive dans les régions rurales. Le problème que pose cette pénurie ne se limite pas aux régions rurales. Aujourd'hui, de nombreuses personnes qui vivent dans les régions les plus peuplées expriment leur difficulté à avoir accès à un médecin de famille.

Cette pénurie impose un fardeau énorme sur les effectifs en place. Selon le Sondage national 1997 du CMFC sur les effectifs médicaux en médecine familiale, les médecins de famille travaillent en moyenne 70 heures par semaine lorsqu'on additionne les rendez-vous au cabinet, les responsabilités hospitalières et les services de garde en dehors des heures régulières.

Malgré les nombreuses heures de travail, nombreux sont les médecins qui se retrouvent à la limite de leurs capacités de soigner les patients, les forçant ainsi soit à fermer leur pratique aux nouveaux patients, soit à limiter la gamme des services offerts, p. ex. pas de soins aux patients hospitalisés, abandon des soins palliatifs et de l'obstétrique, etc.

Certains médecins de famille, particulièrement dans les communautés urbaines, limitent leur pratique à certains domaines précis comme la médecine sportive, la santé au travail ou la psychothérapie. Dans les communautés rurales ou éloignées, les médecins de famille sont confrontés aux mêmes pressions mais ne peuvent habituellement pas fermer ou limiter l'étendue de leur pratique. Malheureusement, il arrive souvent que la seule option est de quitter la communauté.

Comme nous l'avons déjà mentionné, nombreux sont les médecins de famille qui sont déménagés aux États-Unis ou dans d'autres pays. D'autres ont totalement délaissé la médecine. Le sondage 1997 du CMFC sur les effectifs médicaux en médecine familiale mentionne que 31 % des médecins de famille prévoient quitter ou apporter des modifications majeures à leur pratique au cours des deux prochaines années. Le sondage 1998 effectué par Angus Reid et l'Association médicale de l'Alberta a identifié que 51 % des médecins albertains étaient insatisfaits de leur carrière médicale et que 29 % envisageaient quitter la province.

Comment ces changements ont-ils affecté les soins aux patients? Dans toutes les communautés canadiennes, les gens se plaignent de la difficulté de trouver un médecin de famille. Plus de 50 % des médecins de famille qui ont participé au sondage 1997 du CMFC ont rapporté que les patients trouvaient difficile d'avoir accès à des soins médicaux. Considérant les problèmes actuels causés par la pénurie des effectifs médicaux, par la surcharge vécue par de nombreux médecins de famille et par l'insuffisance du nombre de nouveaux médecins de famille pour combler les écarts grandissants, l'accessibilité aux services pourrait même se détériorer davantage dans l'avenir. Il est clair que les médecins de famille ne sont pas assez nombreux et que les effectifs dont nous disposons présentement sont insuffisants pour assurer une répartition équitable dans tout le pays.

Aujourd'hui, les patients sont plus inquiets que jamais que le système les laisse tomber. Ils sont confrontés à des délais, des temps d'attente et à des services d'urgence débordés. On observe un nombre croissant de patients qui décident d'aller dans des centres américains pour diagnostic et traitement. On observe également un nombre croissant de services médicaux pris en charge par le système privé.

« Il existe une perception, autant chez les intervenants que dans le public, d'une détérioration de l'accès aux services de base ». (Forum national de la santé. La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, Volume 2. Ottawa, 1997.)

Pour ajouter à la complexité du tableau, les récents diplômés des facultés de médecine, inquiets de l'absence de soutien accordé aux médecins de famille dans notre système, ne sont plus aussi nombreux qu'auparavant à choisir de faire carrière en médecine familiale. Entre 1995 et 2000, le pourcentage des diplômés choisissant la médecine familiale comme

premier choix de carrière est passé de 40 % à 29 %. L'objectif national voulant que 50 % des praticiens du pays soient des médecins de famille risque d'être compromis si cette tendance se poursuit.

En réponse à ces nombreux problèmes et défis pressants, le CMFC a élaboré cette *Ordonnance de renouvellement*. Il s'agit d'une vision nouvelle des soins de première ligne et de la médecine familiale au Canada, et on y retrouve des stratégies innovatrices et des recommandations pour revitaliser notre système de soins de santé. Notre modèle propose des rôles et des relations pour les médecins de famille, les infirmières et les autres professionnels de la santé qui pourraient fournir à tous les Canadiens un accès approprié et amélioré aux services de soins de première ligne.

Le CMFC préconise un « renouvellement » plutôt qu'une réforme. Notre système actuel, malgré le besoin de remise en état, fait encore l'envie du monde. Nous devons bâtir sur nos forces et non pas détruire ce qui a si bien servi les Canadiens pendant si longtemps.

À titre de dispensateurs et de coordonnateurs des soins et de défenseurs des intérêts des patients et de la population dans le domaine de la santé, les médecins de famille sont des atouts importants dans le système canadien d'assurance-maladie. Le succès du renouvellement du système canadien de santé repose sur le renforcement plutôt que sur la réduction du rôle des médecins de famille du Canada.

Comme le mentionne D^{re} Carolyn Bennett dans son livre *Kill or Cure – How Canadians Can Remake their Health Care System* (Harper Canada, 2000) – « Le Collège des médecins de famille du Canada compte présentement 15 000 membres... ils constituent une base sur laquelle on peut bâtir le système réformé. Ils font partie de la solution. »

C'est dans cet état d'esprit que nous avons élaboré *Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement*.

- STRATÉGIES ET RECOMMANDATIONS -

L'ordonnance de renouvellement du CMFC propose des stratégies et des recommandations sur deux fronts : (A) **Créer un modèle pour la prestation des soins de première ligne dans le futur : le réseau de pratique familiale (RPF)**; et (B) **Soutenir le modèle : les ressources nécessaires.**

(A) CRÉER LE MODÈLE : LE RÉSEAU DE PRATIQUE FAMILIALE (RPF)

1. LE RÉSEAU DE PRATIQUE FAMILIALE (RPF)

L'un des éléments clés de la réussite du renouvellement des soins de première ligne sera la capacité des médecins de famille de travailler ensemble plus efficacement pour mieux dispenser des services à leurs patients.

Certains ont suggéré une expansion du modèle de centre de santé communautaire (CSC) – dont le personnel composé de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé pourrait réaliser cet objectif.

Le CMFC est d'avis que les CSC continueront de représenter le modèle de choix pour de nombreux médecins et patients, mais les variables sont trop différentes d'une communauté à l'autre (p. ex. géographie, ressources médicales et infirmières, démographie des patients et de la population, besoins spéciaux) pour présumer qu'un modèle sera approprié dans toutes les situations. Nous nous opposons donc vigoureusement à toute tentative de forcer ou d'obliger les médecins de famille à œuvrer dans des CSC. La réalité veut qu'au Canada, la plupart des médecins de famille favorisent encore une forme de pratique privée indépendante et on devrait les soutenir pour qu'ils puissent poursuivre dans cette voie.

Comme l'ont mentionné les Premiers ministres en septembre 2000, l'un des objectifs clés de notre système de santé est d'assurer à tous les Canadiens une accessibilité en temps opportun à des services de santé appropriés, intégrés et efficaces. L'un des objectifs particuliers est de réduire la surutilisation des services d'urgence des hôpitaux afin de prévenir la surcharge des effectifs et d'éviter l'utilisation inappropriée et coûteuse des ressources limitées.

Le CMFC propose un modèle de prestation des soins de première ligne qui répondrait aux buts et objectifs décrits par les ministres. Nous proposons la mise en oeuvre des **Réseaux de pratique familiale (RPF)** partout au Canada.

Ce modèle encourage les médecins de famille des quatre coins du Canada à former des groupes réels ou virtuels qui exercent dans le même édifice ou dans des endroits différents mais qui sont reliés l'un à l'autre pour faciliter le transfert des informations et le partage des responsabilités cliniques. Là où ce sera possible, cette liaison devrait être soutenue par la mise en place de systèmes qui font appel à la technologie de l'information et des communications.

Les RPF faciliteraient la prestation de soins **continus et globaux** par les médecins de famille et les autres professionnels de la santé. Certains médecins de famille offrirait une vaste gamme de services alors que d'autres offrirait leur expertise dans des domaines d'intérêt spécial. Les patients profiteraient de l'avantage d'avoir des médecins de famille appartenant à un RPF qui réfèrent l'un à l'autre lorsque nécessaire pour faciliter l'accès à une gamme complète de services.

Le nombre de médecins et des autres professionnels de la santé oeuvrant dans chacun des RPF serait déterminé par des facteurs comme l'emplacement géographique et la démographie de la population de patients à desservir.

Dans un contexte où les médecins de famille et les autres professionnels de la santé travaillent ensemble dans un contexte d'équipes intégrées, les RPF seraient en mesure de répondre aux besoins des patients dans une gamme définie de services de soins de première ligne 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par année – y compris la garde après les heures régulières qui sera partagée entre les médecins et les infirmières de chaque RPF.

Bien qu'il reste encore des modalités à préciser pour définir l'étendue des services à offrir, un bon point de départ serait la « liste des fonctions obligatoires pour les soins de première ligne » présentée en 1996 par le Comité ontarien de coordination sur les relations entre la communauté et les centres universitaires des sciences de la santé (PCCCAR) (voir Annexe 2).

Les médecins de famille exerçant dans les RPF continueraient d'être le point d'entrée du système de soins médicaux, en assurant aux patients l'accessibilité et la coordination de tous les services médicaux requis, y compris les soins en cabinet, à l'hôpital, à domicile et dans les autres établissements communautaires. Dans les RPF, le rôle et les responsabilités des infirmières seraient très importants et à la hauteur de leurs connaissances et de leurs compétences telles que définies par l'étendue de la pratique infirmière.

On encouragerait les patients à recevoir de leur RPF tous leurs soins médicaux de première ligne non urgents. S'ils obtiennent ailleurs un accès aux soins, il n'y aurait pas de pénalité financière pour les patients, les médecins de famille ou le RPF. On ne devrait pas encourager les cliniques sans rendez-vous, indépendantes et sans affiliation avec des cliniques offrant des soins continus et globaux, à faire partie du système de soins de santé.

Il est important de disposer d'un dossier centralisé pour chacun des patients. Le patient demeure propriétaire de son dossier mais le maintien de celui-ci est assuré par le médecin de famille et le RPF. Ce dossier devrait accompagner le patient dans tout son cheminement dans le système de soins de santé.

Les RPF ne devraient pas se voir imposer de mandat mais on devrait plutôt leur offrir et leur permettre une croissance et une expansion basées sur le choix des patients et des médecins. Puisque plus de 50 % de tous les médecins de famille exercent déjà dans des groupes d'au moins trois praticiens, nous sommes d'avis qu'avec les encouragements et le soutien appropriés, les RPF pourraient devenir le modèle organisationnel de choix pour tous les médecins de famille du Canada.

2. LES ÉQUIPES INTERDISCIPLINAIRES ET LA PRATIQUE EN COLLABORATION

Selon le modèle des RPF, les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les infirmières, les sages-femmes et les autres professionnels de la santé devraient œuvrer dans des équipes interdisciplinaires intégrées.

Bien que ce soit déjà le cas dans plusieurs pratiques familiales canadiennes, le CMFC recommande que cette approche soit davantage encouragée et soutenue à la faveur de soins globaux et intégrés dont nos patients auront de plus en plus besoin dans le futur. Il est essentiel, pour la prestation de soins de grande qualité, de travailler dans une équipe qui regroupe une vaste gamme de professionnels de la santé et où la préoccupation première est le patient.

La gamme des soins requis par les patients leur sera fournie par les médecins de famille en collaboration avec les infirmières praticiennes, les infirmières et les autres professionnels de la santé intégrés dans les RPF. Quant au nombre de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, d'infirmières et autre personnel requis pour former un RPF, il variera d'une pratique à l'autre en fonction de l'emplacement géographique et de la démographie de la population à desservir. En plus des infirmières praticiennes, des infirmières et des sages-femmes, d'autres professions pourraient également s'intégrer aux équipes, notamment les diététiciennes, les travailleurs sociaux, les psychologues, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les pharmaciens.

Bien que le rôle spécifique de chaque intervenant puisse varier d'un RPF à l'autre, de façon générale les médecins de famille assumeront la responsabilité et un rôle de leadership dans la prestation et la coordination des soins médicaux, et les infirmières assumeront la prestation et la coordination des services de soins infirmiers.

L'approche d'une pratique de collaboration basée sur des rôles de soutien mutuel pour les médecins et les infirmières faciliterait la prestation d'une gamme complète de services de soins de première ligne dans le cadre des RPF. Comme l'ont décrit Way, Jones et Busing dans leur article *Collaboration in Primary Care – Family Doctors and Nurse Practitioners Delivering Shared Care* (mai 2000) « La pratique de collaboration implique des relations de travail et des méthodes de travail qui respectent et utilisent complètement les contributions de tous les intervenants impliqués ». Leur article mentionne également que dans une pratique de collaboration, « les infirmières dispensent des soins infirmiers et les médecins dispensent des soins médicaux. »

Dans certaines parties du Canada, il est accepté que des infirmières possédant une formation avancée, p. ex. des infirmières praticiennes ou des infirmières autorisées à élargir leur pratique, peuvent maintenant effectuer certains actes antérieurement réservés aux médecins. De façon générale, les infirmières ne sont pas autorisées à poser des gestes médicaux de façon indépendante. Le CMFC appuie les rôles élargis pour les infirmières disposant d'une formation avancée, mais il maintient que toutes les personnes autorisées à poser des diagnostics et à prescrire des traitements au Canada devraient satisfaire aux mêmes normes d'éducation et de formation.

Il sera important que les gouvernements assurent un soutien financier approprié pour maintenir les équipes interdisciplinaires. Présentement, ce sont habituellement les médecins de famille qui assurent à même leur propre rémunération la rémunération des infirmières oeuvrant en cabinet. Il en est donc résulté que de nombreuses pratiques privées ont éprouvé des difficultés à assurer le maintien d'infirmières dans leur personnel professionnel. La poursuite d'une telle approche éliminera vraisemblablement l'inclusion des infirmières comme intervenants clés dans les RPF. Le CMFC favorise donc l'approche qu'un financement gouvernemental soit offert comme option de rémunération pour les infirmières, les infirmières praticiennes et les autres professionnels de la santé oeuvrant dans les RPF.

Pour encourager le maintien de la compétence, le gouvernement devrait également soutenir les programmes de formation professionnelle continue pour les médecins de famille et les autres membres de l'équipe oeuvrant dans un RPF.

Le CMFC recommande également que chaque intervenant oeuvrant dans les équipes des RPF soit imputable de sa propre pratique professionnelle et qu'il soit responsable de sa propre couverture d'assurance-responsabilité professionnelle.

3. LE CHOIX DU PATIENT

On devrait encourager tous les Canadiens à choisir un médecin de famille, oeuvrant préférentiellement dans un RPF. Les patients devraient avoir le droit de changer de médecin de famille, d'infirmière et de RPF. Lorsque les patients transfèrent leurs

soins à d'autres médecins de famille ou à un autre RPF, leurs dossiers de santé devraient également les suivre.

On devrait élaborer des programmes pour aider les patients à bien comprendre leur responsabilité de rechercher, dans la mesure du possible, leurs services de soins de première ligne auprès de leur propre médecin de famille et RPF. On ne devrait pas imposer de pénalité financière aux patients, aux médecins de famille ou aux RPF lorsque les patients ont accès à des soins dispensés en dehors de leur propre RPF.

La problématique de l'enregistrement ou de l'inscription des patients fait l'objet de débats depuis un certain temps. Le CMFC reconnaît que, malgré certains avantages potentiels en termes organisationnels et de résultats sur la santé que pourrait procurer l'inscription des patients, ce mécanisme ne fonctionnera que s'il est fortement endossé par les patients et les médecins. Nous sommes d'avis que l'enregistrement ou l'inscription officielle des patients ne devrait pas être une obligation mais une option que pourraient adopter les pratiques.

4. LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS EN SANTÉ

Le système canadien de soins de santé a été lent à prendre conscience des gains potentiels et de la puissance des nouvelles technologies de l'information et des communications.

Il est à espérer que l'emphase sur les technologies de l'information en santé mise de l'avant lors de la rencontre des Premiers ministres et des ministres de la Santé cet automne marquera le début d'un soutien grandement accru pour l'introduction et l'expansion de cette importante ressource.

Afin de stimuler l'utilisation de la technologie de l'information dans la pratique médicale, le CMFC, le Collège royal des médecins et chirurgiens, la banque Scotia, et WebMD Canada ont récemment lancé le « Réseau canadien des médecins » (*The Canadian Doctors Network (CDN)*). Cette initiative fournira aux médecins de famille, aux membres des spécialités médicales et chirurgicales et aux patients une accessibilité sécuritaire à une information en ligne dans les domaines de la médecine et de la santé, y compris des outils de courrier électronique pour communiquer et transférer des données, poursuivre sa formation continue et partager son expertise. Finalement, nous nous attendons à ce que le CDN facilite la création et la gestion des dossiers de santé électroniques pour tous les Canadiens.

Parce qu'il sera l'un des portails Internet les plus avancés dans le domaine des soins de santé, le CDN offrira au Canada l'occasion d'accélérer la formation et de soutenir le fonctionnement des RPF et ouvrira la porte à des avantages futurs, tant pour les patients que pour le système de soins de santé, notamment :

- * améliorer les communications médecin-patient et les consultations, y compris les consultations à distance.
- * faciliter les liens entre les médecins et les autres dispensateurs de soins de santé, les pharmacies, les hôpitaux, les laboratoires et les autres services diagnostiques.
- * accéder immédiatement et en toute sécurité aux dossiers de santé des patients, (y compris l'information touchant les médicaments) dans des contextes cliniques comme les services d'urgence.
- * donner aux patients un accès à l'information concernant leur MF/RPF (p. ex. via le site Web de la pratique), ainsi qu'à d'autres renseignements et à du matériel éducatif dans le domaine de la santé.
- * raccourcir les temps d'attente pour les rendez-vous.

Le CMFC reconnaît qu'il reste encore beaucoup à faire pour en arriver à cette vision des technologies de l'information en santé, y compris le développement de normes pour assurer la compatibilité entre les réseaux d'information dans le domaine de la santé et trouver une solution aux problèmes reliés au consentement, au respect de la vie privée, à la sécurité et à la confidentialité des informations personnelles touchant la santé.

Nous invitons les gouvernements et toutes les organisations canadiennes impliquées dans la santé et les soins médicaux à se joindre à nous et à nos partenaires pour accélérer le développement du réseau canadien des médecins.

(A) CRÉER LE MODÈLE : LE RÉSEAU DE PRATIQUE FAMILIALE (RPF)

RÉSUMÉ DES AVANTAGES

I. BÂTIR SUR LES FORCES

Le modèle des RPF trouve son expansion dans les structures actuelles de la pratique, s'inspire de la relation médecin-patient existante, offre des soins continus et globaux aux patients via un réseau de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé, évite de perturber les patients et de bouleverser le système et, s'il est introduit comme composante d'une stratégie bien soutenue et volontaire, permet de capitaliser sur le pouvoir de la motivation des individus qui font le choix d'y participer.

II. AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ POUR LES PATIENTS

Les équipes de professionnels des soins de santé oeuvrant dans les RPF seront davantage en mesure de répondre aux besoins des patients dans le cadre de services définis de soins de première ligne 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par année.

III. ASSURER LA GLOBALITÉ ET LA CONTINUITÉ DES SOINS

En se basant sur les compétences et les connaissances des équipes des médecins de famille et des autres professionnels de la santé, les RPF peuvent offrir des services de soins de première ligne globaux et continus aux patients tout au long de leur vie.

IV. AMÉLIORER LA RENTABILITÉ

Les RPF contribueront à réduire la duplication et les inefficacités des services de santé, notamment la surutilisation coûteuse des services d'urgence des hôpitaux.

Les RPF faciliteront la coordination des soins.

V. AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS ET FACILITER L'INTÉGRATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Les RPF assure la prestation et la coordination, par des professionnels de la santé très compétents et travaillant ensemble dans des équipes intégrées, d'une gamme définie de services que nécessitent les patients.

Les RPF assurent aux patients une accessibilité aux services dispensés par leurs médecins de famille et les autres professionnels de la santé dans les cabinets, à domicile, dans les hôpitaux et autres établissements communautaires.

Les RPF soutiennent et facilitent l'intégration des soins dispensés par les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé, tout en reconnaissant et en respectant chaque individu pour ses connaissances et ses compétences dans leur discipline respective.

VI. PERMETTRE L'UTILISATION OPTIMALE DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION EN SANTÉ ET DES COMMUNICATIONS

Le modèle RPF facilite l'adoption rapide et l'évaluation continue de la nouvelle technologie.

VII. SOUTENIR LES COMMUNAUTÉS RURALES ET ÉLOIGNÉES

La disponibilité d'équipes de professionnels de la santé qui partagent la responsabilité des soins de première ligne facilitera le recrutement et la rétention des médecins de famille et des autres dispensateurs de soins dans les régions mal desservies.

L'introduction de la technologie de l'information et des communications améliorera grandement les soins aux patients et aidera à répondre aux besoins de formation professionnelle continue des médecins et des autres professionnels de la santé du milieu rural.

VIII. RÉPONDRE AUX BESOINS PROFESSIONNELS ET PERSONNELS DES MÉDECINS DE FAMILLE ET DES AUTRES DISPENSATEURS DE SOINS

Les RPF offrent plus de flexibilité dans l'organisation du travail, ce qui peut avoir comme résultat une amélioration de la santé personnelle et familiale des médecins de famille et des autres membres de l'équipe.

Les RPF peuvent accommoder les médecins de famille dont les champs de pratique sont plus spécialisés, ce qui leur permet de s'impliquer dans certains domaines d'intérêt tout en faisant partie d'une équipe qui dispense des soins continus et globaux.

(A) CRÉER LE MODÈLE : LE RÉSEAU DE PRATIQUE FAMILIALE (RPF)

RECOMMANDATIONS

- A1** Tous les Canadiens devraient avoir accès à un médecin de famille de leur choix, préférablement un médecin qui fait partie d'un RPF.
- A2** On devrait encourager et soutenir les médecins de famille, les infirmières et les autres professionnels de la santé au Canada à rejoindre les RPF.
- A3** Chaque RPF devrait comprendre des équipes interdisciplinaires et intégrées.
- A4** Les RPF devraient servir de point d'entrée à tous les Canadiens pour les services de pratique familiale de première ligne.
- A5** Les RPF devraient dispenser aux patients des soins continus et globaux tout au long de leur vie.
- A6** Les RPF devraient être prêts à répondre aux besoins des patients dans une gamme définie de services de soins de première ligne 24 heures par jour, 7 jours par semaine et 365 jours par année. Les responsabilités de la garde après les heures régulières devraient être partagées par les médecins de famille et les infirmières qui font partie de l'équipe du RPF.
- A7** On ne devrait pas imposer de pénalité financière aux patients, aux médecins de famille ou aux RPF lorsque les patients recherchent des soins dispensés en dehors de leur propre RPF.
- A8** On devrait décourager les cliniques sans rendez-vous indépendantes et non affiliées à des pratiques de soins continus en cabinet.
- A9** Le gouvernement devrait offrir l'option de financer directement la rémunération des infirmières, des infirmières praticiennes, des sages-femmes et des autres professionnels de la santé oeuvrant dans les RPF.
- A10** Le gouvernement devrait soutenir financièrement les RPF pour l'acquisition et le maintien des systèmes informatiques d'information et de communications.
- A11** Les patients devraient être les propriétaires de leur dossier de santé mais le dossier devrait être conservé par le médecin de famille. Lorsque le patient change de médecin de famille ou de RPF, son dossier de santé doit le suivre.
- A12** L'enregistrement ou l'inscription officielle des patients ne devrait pas être une obligation mais une option que pourraient adopter les pratiques.

(B) SOUTIEN DU MODÈLE : RESSOURCES NÉCESSAIRES

Comme société, il faut garantir aux Canadiens d'aujourd'hui et de demain l'accès à des soins de première ligne d'une grande qualité.

Le soutien de ce modèle exigera une volonté ferme d'assurer :

- les ressources humaines nécessaires à la prestation des services;
- la formation des futurs intervenants;
- la recherche nécessaire pour évaluer les résultats;
- la rémunération et les stratégies de financement pour soutenir toutes les composantes du système, et
- la collaboration et les communications entre tous les intervenants impliqués.

1. LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Il existe un besoin urgent au Canada d'accroître de façon importante le nombre de médecins formés en médecine familiale. Comme nous l'avons déjà décrit, la pénurie de médecins est maintenant devenue un problème pressant dans de nombreuses communautés. Présentement, le Canada produit environ 285 médecins de famille *de moins* comparativement au début des années 1990.

Le CMFC se réjouit du fait que certaines provinces ont augmenté légèrement leurs inscriptions dans les facultés de médecine, mais il faut faire davantage. Conformément aux recommandations du Forum médical canadien (FMC), nous appuyons une augmentation immédiate des inscriptions dans les facultés de médecine à au moins 2 000 postes par année (1 500 en septembre 1999).

Nous proposons également que le nombre de postes de résidence en médecine familiale soient augmentés à 50 % du total de tous les postes de première année de résidence disponibles au Canada (présentement 38 %).

Même si l'augmentation du nombre de postes offerts à de jeunes Canadiens de débiter et de compléter leur formation médicale au Canada doit être une priorité, nous reconnaissons que les avantages de cette stratégie ne se manifesteront pas avant au moins 6 à 10 ans.

Le CMFC appuie la mise en oeuvre de programmes visant à identifier et à contribuer à la formation des médecins provenant d'autres pays afin de les aider à devenir certifiés (CCMF) et médecins de famille dûment autorisés à exercer au Canada pour nous aider à répondre aux besoins immédiats vécus par les patients désireux d'avoir accès à des médecins de famille.

Tout en accueillant ceux qui ont été éduqués et formés dans d'autres pays comme des collègues appréciés dans le système canadien de soins de santé, nous croyons que tous les médecins doivent s'attendre à satisfaire aux mêmes exigences rigoureuses avant de se voir octroyer la certification ou le permis d'exercice.

Nous continuerons également d'encourager les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les Ordres des médecins à collaborer vers une standardisation de leurs politiques et protocoles pour l'octroi de permis d'exercice aux nouveaux médecins et aux médecins dépanneurs ou remplaçants afin de simplifier le processus et de réduire la confusion actuelle entre les différentes juridictions du Canada.

Le CMFC s'inquiète également de la pénurie grave des effectifs chez les autres professionnels de la santé, particulièrement chez les infirmières. À noter qu'en 1999, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada projetait une pénurie de plus de 50 000 infirmières autorisées en 2010. Nous encourageons et donnons notre appui à une augmentation immédiate des inscriptions dans les facultés de sciences infirmières comme composante essentielle du renouvellement des soins de première ligne au Canada.

En septembre 2000, les Premiers ministres ont promis de « centrer leurs efforts sur les effectifs de médecins, d'infirmières et des autres personnels impliqués dans les soins de santé de sorte que les Canadiens, quel que soit l'endroit où ils vivent, puissent avoir accès en temps raisonnablement opportun à des services appropriés de soins de santé ». Nous nous réjouissons de leur déclaration et espérons qu'elle se traduira par des actions concrètes.

2. LA FORMATION POUR LA PRATIQUE DE DEMAIN

Formation de base

Pour assurer la présence d'effectifs viables de praticiens (médecins, infirmières et autres professionnels de la santé), le Canada doit fournir la possibilité d'éduquer et de former un nombre adéquat de jeunes Canadiens pour répondre aux besoins présents et futurs de notre société. Ceci nécessitera non seulement une augmentation du nombre de postes de formation mais également un engagement continu pour s'assurer que la formation offerte répond à ces besoins.

Les seize (16) départements universitaires canadiens de médecine familiale et le CMFC sont impliqués depuis longtemps à la réalisation de cet objectif et poursuivront leur collaboration pour clarifier davantage et définir les connaissances et les compétences de base qui devraient être des composantes obligatoires dans tous les programmes de résidence en médecine familiale. La série de services en soins de première ligne obligatoires (élaborée par PCCCAR) peut servir comme l'un des modèles pour élaborer plus à fond le cursus de base du programme de résidence en médecine familiale (voir Annexe 2).

Les critères du CMFC pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale devraient inclure l'exigence que tous les résidents soient formés de façon à élaborer leurs compétences dans un cadre défini de connaissances et d'aptitudes de base.

De la même façon, le CMFC doit maintenir son engagement de s'assurer que l'octroi de la certification en médecine familiale (CCMF) comporte l'exigence pour les médecins de démontrer leur compétence dans l'ensemble défini des connaissances et des compétences de base de la pratique familiale.

Au terme de leur formation dans un programme de résidence, les médecins de famille décident habituellement quels services ils dispenseront (ou ne dispenseront pas) en se basant sur leurs compétences, leurs intérêts et leurs besoins, ainsi que sur les besoins de la population de patients qu'ils desserviront. Même s'il faut encourager et soutenir chaque médecin de famille à dispenser une gamme de services aussi large que possible, il se pourrait que des écarts existent dans les pratiques individuelles des médecins. Afin de combler ces écarts et assurer aux patients une accessibilité à une gamme de services de soins de première ligne la plus vaste et la plus globale possible, les médecins de famille devraient exercer en collaboration avec d'autres, par exemple dans le cadre des RPF.

Acquisition de compétences supplémentaires

Même si les compétences de base doivent faire partie des programmes de deux ans de résidence en médecine familiale, chaque résident devrait également avoir la chance d'acquérir des compétences additionnelles pour répondre aux besoins de communautés ou de populations spécifiques (p. ex. milieu rural, centre-ville, autochtones). Le résident pourrait acquérir ces compétences additionnelles dans le cadre des stages électifs du programme de deux ans de résidence en médecine familiale ou dans le cadre de programmes optionnels de 3^e année (R3).

Présentement, au moins 40 % des résidents qui terminent leur programme de deux ans en médecine familiale manifestent un intérêt pour une formation supplémentaire mais le nombre de postes de R3 disponibles peut accommoder seulement 10 % d'entre eux. Le CMFC lance donc un appel pour que le nombre total de postes de R3 soit immédiatement multiplié par quatre afin de répondre aux besoins autant des médecins nouvellement diplômés que des populations à desservir.

On devrait également avoir accès à un nombre accru de postes pour l'acquisition d'habiletés supplémentaires afin d'accueillir les diplômés internationaux de médecine et les médecins de famille praticiens qui désirent acquérir une formation supplémentaire. On pourrait offrir ces postes pour des durées variables en fonction de l'expérience antérieure et de la compétence de chaque individu.

Les postes pour les résidents de médecine familiale qui vont directement de R2 à R3 devraient être protégés (c.-à-d. séparés des postes mis à la disposition des diplômés internationaux et des candidats qui effectuent une réentrée).

Formation pour la pratique rurale

Au cours des dernières années, le CMFC a clairement exprimé sa position en appuyant la nécessité d'une plus grande exposition à la pratique des communautés rurales et éloignées pour tous les étudiants en médecine et pour tous les résidents de médecine familiale. Il faut modifier les critères d'admission dans les facultés de médecine pour encourager et accueillir davantage de candidats provenant des communautés rurales, éloignées ou de celles ayant des besoins spéciaux. Les médecins de famille, notamment ceux des régions rurales, devraient avoir un rôle accru comme chargés de cours, superviseurs et mentors pour les étudiants en médecine de niveau prédoctoral.

Il faut encourager un modèle de rôle plus avantageux et transmettre des messages positifs aux étudiants des niveaux prédoctoral et postdoctoral concernant la pratique familiale, particulièrement la pratique rurale. Tous les programmes devraient offrir des stages de formation en médecine rurale suite aux recommandations du document de prise de position du CMFC en mai 1999 *Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale : vision et recommandations pour le nouveau millénaire*.

Formation intégrée

Le CMFC accorde son appui aux modèles intégrés d'éducation et de formation pour tous les professionnels de la santé (médecins de famille, spécialistes, infirmières autorisées, etc.). Nous sommes d'avis que les programmes offrant des expériences partagées pendant la formation prédoctorale et postdoctorale permettront aux candidats qui se destinent aux différentes professions de la santé d'apprendre à travailler ensemble et d'améliorer leur compréhension des rôles de chacun.

Financement et soutien

Une meilleure formation pour un nombre accru d'étudiants en médecine et en sciences infirmières, de résidents aux études postdoctorales, de diplômés internationaux, de médecins en réentrée, et autres, sera possible seulement si les départements universitaires, les hôpitaux, les enseignants et les chercheurs de médecine et des sciences infirmières disposent des ressources de soutien et d'un financement adéquat.

Ne pas tenir compte ou nier ce soutien mettra gravement en péril la probabilité que le Canada soit en mesure de résoudre ses problèmes présents et futurs de ressources humaines en santé.

3. LA RECHERCHE

La recherche en pratique familiale et en soins de première ligne constitue l'une des composantes les plus importantes de la discipline de médecine familiale.

La viabilité d'un système de soins de première ligne de grande qualité ne pourra se réaliser sans un engagement dans la recherche continue. On devrait entreprendre des études afin de mesurer l'impact des RPF et des différents modèles de pratique médicale sur les soins et les résultats pour le système de santé.

La médecine familiale, comme discipline universitaire et ressource communautaire disposant de médecins de famille qui exercent aux quatre coins du pays, est dans une situation idéale pour mener ces initiatives de recherche. La mise sur pied de systèmes utilisant la technologie de l'information et de communications au sein des RPF faciliterait grandement les activités de recherche.

Le CMFC et les 16 départements universitaires de médecine familiale ont pris l'engagement de jouer un rôle de leadership dans l'avenir des soins de première ligne et la recherche en médecine familiale au Canada.

4. LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN DE FAMILLE

Les pressions accrues sur les médecins de famille pour « combler les vides » et dispenser un nombre croissant de services, dont certains sont d'une complexité croissante, sont des conséquences directes des changements qui surviennent dans le système de soins de santé (réduction de la taille des hôpitaux, régionalisation, pénurie de ressources humaines en santé, vieillissement de la population, soins de plus en plus complexes, etc.).

En même temps, toutefois, on remarque l'absence d'éléments incitant les médecins de famille à assumer cette charge de travail additionnelle. De fait, nombreux sont les gouvernements qui, au cours de la dernière décennie, ont plutôt mis en place des facteurs de dissuasion, par exemple les plafonds et les pénalités financières sur les revenus des médecins.

Nous espérons que l'entente fédérale/provinciale/territoriale intervenue en septembre 2000 marquera la fin de ce type d'approches et le début d'une ère nouvelle qui permettra de mieux identifier les besoins des patients et le rôle des médecins de famille. Cette reconnaissance doit inclure une rémunération appropriée pour leurs services, ainsi que des programmes visant à atténuer le problème de l'équilibre entre les exigences de la pratique et la vie personnelle.

Si vous voulons assurer aux Canadiens des effectifs adéquats pour l'avenir en termes de médecins de famille, il est essentiel que ceux-ci reçoivent une compensation adéquate pour les nombreux rôles qu'ils jouent et pour les services rendus. On doit y retrouver une incitation à dispenser des soins dans les hôpitaux, les domiciles et les établissements communautaires, des soins obstétricaux, des soins palliatifs, l'anesthésie, le travail au service des urgences, ainsi que les autres services exigeants. De plus, le médecin de famille doit être soutenu pour son rôle dans la prévention et la promotion de la santé, ainsi que dans l'enseignement et la recherche.

Quant au modèle de rémunération, le CMFC préconise la flexibilité et le choix. En février 2000, nous avons fait valoir ce point dans une lettre ouverte au ministre fédéral de la Santé, l'Honorable Allan Rock, dans laquelle nous nous opposons fortement à la suggestion que tous les médecins de famille du Canada soient assujettis au salariat; nous avons plutôt insisté et appuyé l'idée que chaque médecin et chaque communauté conserve le droit de choisir la stratégie de rémunération qui leur convient le mieux.

On observe de grandes variations entre les patients et leurs besoins; cette diversité doit se refléter dans la compensation pour les services médicaux rendus. Il y a déjà plusieurs années, le CMFC avait mis de l'avant une formule de financement mixte qui tenait compte de cette flexibilité. Ce mécanisme permet une gamme d'options de rémunération (p. ex. rémunération à l'acte, salariat, tarif horaire, et/ou capitation) que l'on peut appliquer individuellement ou en combinaison.

Quel que soit le mécanisme de rémunération, l'objectif est de s'assurer que les patients reçoivent des soins de santé de la plus grande qualité possible. Ceci nécessitera la motivation des effectifs de professionnels de la santé. Nous devons nous assurer que les médecins de famille, les infirmières et les autres membres de l'équipe de soins de première ligne soient bien rémunérés et qu'on leur offre les incitations appropriées pour les soutenir dans la vaste gamme des services offerts.

5. LE FINANCEMENT PUBLIC / PRIVÉ

Le CMFC donne son appui à un système public comportant un seul payeur pour financer les services jugés médicalement nécessaires. Nous appuyons également que les services de soins à domicile médicalement nécessaires et les médicaments essentiels soient financés par le système public dans le cadre de notre programme national d'assurance-maladie.

Nous reconnaissons toutefois que le financement public doit être maintenu à des niveaux appropriés si l'on veut que les Canadiens soient protégés contre la nécessité d'avoir à payer privément pour de tels services.

Il faut rassurer les patients qu'ils n'auront pas à payer directement pour des services jugés médicalement nécessaires même si ces services sont dispensés par le secteur privé. Lorsque le secteur privé est impliqué dans la prestation de services, les intervenants et les établissements devraient être soumis aux mêmes normes que celles exigées du secteur public. Les gouvernements, en collaboration avec les collèges et associations professionnelles, ont la responsabilité d'établir un processus de surveillance et de discipline qui s'appliquera au secteur privé.

Les rôles et les relations entre les secteurs privé et public dans la prestation des services de santé et des soins médicaux doivent continuellement faire l'objet d'études. Cette recherche doit aussi englober les effets de la prestation des services par le secteur privé sur les patients, les dispensateurs, les gouvernements et les autres intervenants.

Comme société, nous sommes confrontés à d'importants défis. L'une des difficultés est d'en arriver à un consensus sur la définition des services « médicalement nécessaires ».

6. LES COMMUNICATIONS ET LA COLLABORATION CONTINUES :

Plusieurs des concepts mis de l'avant dans le modèle de RPF devront faire l'objet de délibérations, de communications et d'études plus poussées à mesure qu'ils seront discutés et mis en application, notamment :

- le soutien nécessaire pour établir et soutenir le modèle;
- les rôles et les relations entre les infirmières et les autres professionnels de la santé au sein des RPF;
- les études à effectuer pour mesurer les avantages et les inconvénients de l'inscription officielle des patients;
- les études pour mesurer l'impact des RPF sur les soins aux patients et les résultats sur le système de santé;
- les stratégies pour assurer l'imputabilité des dispensateurs, des patients et des gouvernements.

La collaboration entre tous les intervenants clés – médecins, infirmières, patients, autres dispensateurs de soins de santé et gouvernements – sera essentielle pour le succès ultime de cette vision.

(B) SOUTENIR LE MODÈLE : LES RESSOURCES NÉCESSAIRES

RECOMMANDATIONS

- B1** On devrait augmenter immédiatement le nombre des inscriptions dans toutes les facultés de médecine canadiennes comme élément de solution pour la pénurie aiguë de praticiens.
- B2** On devrait augmenter immédiatement le nombre de postes de résidence en médecine familiale comme élément de solution pour la pénurie aiguë de médecins de famille praticiens.
- B3** On devrait augmenter immédiatement les cohortes dans d'autres programmes de formation comme élément de solution aux pénuries d'effectifs dans les spécialités médicales et chirurgicales, en sciences infirmières et chez les autres professionnels de la santé.
- B4** Le CMFC et les départements universitaires de médecine familiale devraient maintenir leur engagement et s'assurer qu'un ensemble clairement défini de connaissances et de compétences de base fassent obligatoirement partie du cursus du programme de résidence de deux ans en médecine familiale pour tous les résidents.
- B5** Les critères du CMFC pour l'agrément des programmes de résidence en médecine familiale devraient inclure l'exigence que tous les résidents soient formés de façon à élaborer leurs compétences dans un cadre défini de connaissances et d'aptitudes de base.
- B6** Le CMFC doit prendre l'engagement de s'assurer que l'octroi de la certification en médecine familiale (CCMF) comporte l'exigence que les médecins aient démontré leurs compétences dans un ensemble défini de connaissances et de compétences de base.
- B7** On devrait disposer de postes pour un supplément de formation afin que les résidents de médecine familiale, les diplômés internationaux et les praticiens puissent acquérir des « compétences supplémentaires » en pratique familiale.
- B8** Tous les programmes universitaires de formation prédoctorale et de résidence devraient offrir des stages de formation en pratique rurale conformes au document de prise de position du CMFC publié en mai 1999 : *Formation postdoctorale pour la pratique familiale rurale : vision et recommandations pour le nouveau millénaire.*

- B9** On devrait introduire et soutenir des programmes intégrés d'éducation et de formation pour les médecins et les professionnels de la santé afin d'assurer le partage d'expériences entre les diverses disciplines.
- B10** Il faut s'engager dans la recherche en soins de première ligne et en pratique familiale afin de soutenir le système.
- B11** Il faut obtenir des ressources de soutien et un financement adéquats pour les départements universitaires, les hôpitaux et les enseignants (de médecine et des sciences infirmières) impliqués dans la formation des médecins de famille, des infirmières et des autres professionnels de la santé.
- B12** Les médecins de famille doivent recevoir une compensation appropriée pour l'augmentation du nombre et de la complexité des services rendus, y compris des encouragements pour la prestation de services dont ont besoin les patients de tout le pays : soins d'urgence, soins intrahospitaliers, soins palliatifs, accouchements, services dispensés aux communautés rurales, éloignées et autres populations ayant des besoins spéciaux, visites à domicile et services préventifs de santé.
- B13** Les médecins de famille devraient être rétribués selon le mécanisme de rémunération qui correspond le mieux aux besoins des professionnels, de la pratique et des patients.
- B14** Les infirmières et les autres membres de l'équipe de soins de santé doivent recevoir une rémunération appropriée.
- B15** Comme nation, nous devons définir les services médicalement nécessaires et s'assurer que le financement public soit toujours en mesure de soutenir la prestation de ces services à tous les Canadiens.
- B16** Là où certains services sont fournis par le secteur privé, les gouvernements doivent s'assurer que tous les services jugés médicalement nécessaires soient financés par le public et que les gouvernements, les associations et collèges professionnels mettent sur pied des mécanismes de surveillance et disciplinaires qui garantiront que les fournisseurs et établissements privés respecteront la qualité et les normes de soins.
- B17** On devrait effectuer des études pour mesurer l'impact des RPF et des modes de pratique des médecins sur les soins dispensés aux patients et sur les résultats pour le système de santé.
- B18** Il faut développer des stratégies pour assurer l'imputabilité des fournisseurs, des patients et des gouvernements.

B19 Il doit y avoir une collaboration continue entre les représentants de la médecine familiale, des spécialités médicales et chirurgicales, des sciences infirmières, des autres professions de la santé, des patients et des gouvernements concernant le modèle des RPF afin de : (a) discuter des questions encore sans réponse concernant leur création et leur viabilité, et (b) l'évaluation de leur impact continu.

- CONCLUSION -

Le CMFC, ses 10 sections provinciales et ses 15 000 membres praticiens de la médecine familiale répartis aux quatre coins du pays, qui représentent la voix de la médecine familiale au Canada, ont pris l'engagement d'améliorer la santé et les soins de santé de tous les Canadiens. Cet engagement, les médecins de famille le manifestent chaque jour par des gestes concrets – dans les facultés de médecine, par la recherche et dans le vécu quotidien de leur pratique.

Les médecins de famille du Canada sont fiers du système de soins de santé canadien et sont d'avis qu'il faut bâtir sur ses forces. Malgré les défis à surmonter pour l'améliorer et le renouveler, nous sommes prêts à collaborer avec les gouvernements et tous les autres intervenants à ce processus de renouvellement.

Nous croyons que *Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement* présente des stratégies et des recommandations pour la création et le soutien d'un modèle de soins qui répondra aux besoins de tous les Canadiens.

Personnes-ressources :

D^r Peter Newbery, président

D^r Don Gelhorn, président désigné

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

D^r Claude Renaud, directeur des affaires professionnelles

M^{me} Leslie Challis, agente de communications et des relations avec les médias

1-800-387-6197

Télec. : 905-629-0893

www.cfpc.ca

Le Collège des médecins de famille du Canada

The College of Family Physicians of Canada

Octobre 2000

ANNEXE 1

Liste partielle des articles sur la réforme/le renouvellement des soins de première ligne rédigés par le Collège ontarien des médecins de famille (COMF)

Bringing the Pieces Together: Planning for the Future - mars 1995

Bringing the Pieces Together: Beginning the Process - mars 1995

Family Medicine in the 21st Century – A Prescription for Excellence in Health Care – Visioning the Future, Listening to Reality – novembre 1999

Family Medicine in the 21st Century – A Prescription for Excellence in Health Care - juin 1999

Where Have Our Family Doctors Gone: #1 A Brief History of the Family Physicians Shortage in Ontario - 1999

Where Have Our Family Doctors Gone: #2 Reversing the Trend - 1999

Where Have Our Family Doctors Gone: #3 Hospitals without Family Physicians - 1999

Where Have Our Family Doctors Gone: #4 The Future is Now! - septembre 1999

Family Medicine in the 21st Century – Implementation Strategies - mars 2000

Mental Health Reform Initiatives – Implementation Strategies for the New Millennium
- mars 2000

Implementation Strategies: “Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care” - mai 2000

Implementation Strategies: Protecting Trust in the Patient-Physician Relationship
- juin 2000

Implementation Strategies: “Too Many Hours, Too Much Stress, Too Little Respect”
- juillet 2000

ANNEXE 2

COMITÉ COORDONNATEUR PROVINCIAL DES RELATIONS ENTRE LES COLLECTIVITÉS ET LES CENTRES HOSPITALIERS (PCCCAR), 1996 (PROVINCIAL COORDINATING COMMITTEE ON COMMUNITY AND ACADEMIC HEALTH SCIENCE CENTRE RELATIONS)

Ensemble commun de fonctions obligatoires

1. Évaluation de l'état de santé
2. Prévention de la maladie et promotion de la santé basées sur des données cliniques probantes
3. Interventions appropriées pour les maladies épisodiques et les blessures
4. Soins de première ligne dans le domaine de la reproduction
5. Détection précoce, traitement initial et continu des maladies chroniques
6. Soins pour la majorité des maladies (en collaboration avec les spécialistes au besoin)
7. Éducation et soutien pour l'autonomie des patients
8. Soutien aux soins hospitaliers et aux soins de longue durée à domicile
9. Organisation d'un système de réponse 24 heures/jour et 7 jours/semaine
10. Service de coordination et de consultation
11. Maintien d'un dossier de santé complet pour chacun des patients inscrits dans l'organisation des soins de santé de première ligne
12. Défense des intérêts des patients
13. Soins de première ligne en santé mentale et counselling psychosocial
14. Coordination et accès à la réadaptation
15. Soutien aux personnes atteintes d'une maladie terminale