



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

ASSOCIATION
MÉDICALE
CANADIENNE



CANADIAN
MEDICAL
ASSOCIATION

...Et l'on attend toujours

Étude sur les temps d'attente en soins primaires au Canada

Avril 2008

Document de discussion

**Le Partenariat sur les temps d'attente en soins
primaires**

Le Partenariat sur les temps d'attente en soins
primaires

a été créé en 2007 par

le Collège des médecins de famille du Canada
et
l'Association médicale canadienne.

Il est chargé d'étudier les enjeux complexes des
temps d'attente en soins primaires et d'établir des
points de repère factuels pour assurer un accès en
temps opportun aux soins médicaux primaires au
Canada.

Table des matières

Sommaire	v
1. Introduction.....	1
2. Soins médicaux primaires – Vitaux pour le patient	3
3. Soins primaires – L’expérience du Royaume-Uni.....	5
4. Le continuum des temps d’attente.....	7
4.1 Accès aux soins – Sans médecin de famille.....	7
4.2 Accès aux soins – Avec un médecin de famille.....	10
4.3 Accès aux soins – Aux services très spécialisés et aux spécialistes-conseils	13
5. Temps d’attente en soins primaires – Surveillance du continuum complet des soins..	16
5.1 Mesure du continuum complet des soins	16
5.2 La gestion des temps d’attente en soins primaires – Le défi	17
5.3 Gestion de l’urgence des soins	18
5.4 Pertinence et responsabilité	19
6. La possibilité de mesurer les temps d’attente en soins primaires	21
Conclusion.....	23
Annexe A	24
Partenariat sur les temps d’attente en soins primaires	24
Annexe B	25
Accès à un médecin de famille	25
Annexe C.....	26
Modèles <i>Advanced Access</i> et <i>Open Access</i>	26
Références.....	31

Remerciements

Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne remercient le Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires et ses coprésidents, le D^r Tom Bailey (C.-B.) et le D^r Lydia Hatcher (T.-N.-L.). Sont membres du partenariat les D^{rs} Robert Boulay (N.-B.), Shireen Mansouri (T.N.-O.), John Tracey (Ont.) et Ruth Wilson (Ont.). Nous voulons aussi souligner la contribution du D^r Donald Pugsley (N.-É.). Enfin, nous tenons à remercier notre personnel : le D^r John Maxted et M. Eric Mang (CMFC) et M. Owen Adams M^{me} Kelly Stevenson (AMC).

Sommaire

L'accès aux soins est un des problèmes les plus chauds auxquels fait face le système de santé du Canada. Afin d'offrir un accès aux soins en temps opportun, plusieurs gouvernements fédéraux ainsi que leurs homologues provinciaux et territoriaux se sont engagés dans des stratégies sur les temps d'attente, qui comportent un fonds pour la réduction des temps d'attente afin d'aider à atteindre les modèles et les garanties en matière de temps d'attente. Ils sont également allés plus loin en mettant sur pied des registres des temps d'attente afin que les patients puissent s'inscrire sur une liste et avoir un suivi pendant la période où ils attendent une intervention chirurgicale ou diagnostique précise. Toutefois, la question se pose toujours : l'accès aux soins de santé s'améliore-t-il pour les Canadiens?

Pour contribuer à ces discussions, le Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires (PTASP) est chargé d'analyser plus à fond les temps d'attente en soins primaires et de se pencher sur l'établissement de points de repère factuels ou d'objectifs portant sur l'accès opportun aux soins primaires. Premier de deux rapports attendus du PTASP, le présent document vise à «scruter» plus en profondeur les temps d'attente en soins primaires afin de stimuler la discussion et de trouver un terrain d'entente sur la façon d'améliorer l'accès opportun *aux* soins primaires et *des* soins primaires aux soins plus spécialisés. Cet exercice devrait aboutir à un autre document attendu en 2008, qui définira plus précisément les temps d'attente en soins primaires.

Pour améliorer l'accès aux soins de santé dans tout le Canada de même que dans ses régions, les objectifs et les points de repère significatifs pour les temps d'attente doivent être pancanadiens, inclure les soins primaires et tenir compte de la géographie du Canada et des caractéristiques particulières de son système de santé.

Peu de gens contesteront le rôle vital que joue le médecin de famille pour les patients qui ont besoin d'avoir accès aux soins de santé. Ce rôle comprend les soins à l'intérieur du système de soins de santé primaires et bien au-delà de celui-ci. En négligeant l'importance des soins primaires et le rôle du médecin de famille, le système ne tient pas compte du temps d'attente complet vécu par les patients. Jusqu'à maintenant, peu de gouvernements et de régions de la santé ont cherché une façon de mesurer l'expérience complète des temps d'attente. En effet, la plupart des mesures se prennent non pas à partir du rendez-vous avec le médecin de famille, mais à partir de la rencontre avec le spécialiste-conseil.

La mesure des temps d'attente en soins primaires pose des défis importants à chacun des trois principaux points de contact entre le patient et le médecin :

- i) Trouver un médecin de famille
- ii) Obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille
- iii) Être référé au besoin par le médecin de famille pour des investigations ou des consultations plus spécialisées

Les Canadiens se sont prononcés par une majorité écrasante en faveur de l'accès à leur propre médecin de famille, mais environ cinq millions d'entre eux n'en ont pas. Au cours des dernières années, on a élaboré des stratégies, dont un grand nombre sont en cours d'application, pour rétablir le contact entre chaque Canadien et son médecin de famille. Ces efforts contribuent à une expansion souhaitée de la capacité d'instruire et de former des médecins de famille, ainsi qu'à l'élaboration de modèles de soins qui pourraient devenir intéressants pour les médecins de famille. Il faut cependant fixer un objectif pour garantir que tous les Canadiens ont un accès approprié à un médecin de famille et, par la suite, au reste du système de santé au besoin.

Puisque de moins en moins de médecins de famille acceptent de nouveaux patients et compte tenu de l'explosion du nombre des baby-boomers qui pourraient gonfler les besoins en soins de santé, l'accès en temps opportun à son propre médecin de famille pourrait poser un défi. Étant donné la rareté des médecins de famille et la charge de travail quotidienne de beaucoup d'entre eux, l'accès aux soins pourrait être difficile même pour les Canadiens qui ont un médecin de famille.

Amélioration de l'accès pour les patients

Soins complets continus : Le caractère continu et complet des soins aux patients constitue un élément important de la médecine familiale et est hautement valorisé par les patients et par les médecins de famille eux-mêmes.

Soins en collaboration : Les médecins de famille peuvent être plus en mesure d'offrir un accès aux soins en temps opportun lorsqu'ils collaborent avec d'autres professionnels de la santé.

Systèmes de prise de rendez-vous le jour même : On a démontré dans certains contextes que la prise de rendez-vous le jour même (selon les modèles Advanced Access ou Open Access) améliorent l'accès en établissant un équilibre entre l'offre et la demande; en réduisant les arriérés; en réduisant la variété des types de rendez-vous; en permettant d'établir des plans d'urgence en cas de circonstances exceptionnelles; en cherchant à rajuster les profils de la demande; en augmentant la disponibilité de ressources rares.

Accès après les heures ouvrables : La majorité des médecins de famille offrent des soins après les heures normales, mais les modèles de médecine familiale changent pour tenir compte des besoins urgents des patients sans entraîner l'obligation onéreuse de présence fréquente ou continue après les heures normales. À cette fin, on aborde les soins par la concertation entre les médecins de famille, entre les cabinets, ou en mettant à contribution d'autres professionnels comme les infirmières.

Services de diagnostic : Les temps d'attente allongent malheureusement dans certaines communautés parce que l'on rationne l'accès aux examens diagnostiques avancés pour réduire les dépenses, alors qu'en fait cette restriction peut obliger les patients à attendre dans de multiples files. L'accès aux services diagnostiques avancés devrait être factuel et non restreint en fonction d'un contrôle des coûts.

Rémunération : Il faudrait étudier des modèles de rémunération comme moyen d'encourager les médecins de famille à offrir un meilleur accès aux patients. De nouveaux modèles comportant un financement mixte, des incitatifs et des primes afin d'appuyer les soins continus et complets et d'autres services constituent un point de départ essentiel pour s'attaquer aux lacunes.

Possibilité de mesure des temps d'attente en soins primaires

Il ne faut pas oublier le rôle du jugement clinique lorsqu'on essaie d'améliorer l'accès aux soins en temps opportun. Il faut, par exemple, accorder de l'attention aux problèmes non différenciés – parfois de toute urgence – même s'ils ne correspondent pas aux critères d'inscription des patients sur les listes d'attente. Il faut établir un équilibre approprié entre les meilleures données probantes et l'expérience médicale afin de garantir une souplesse dans la gestion des temps d'attente pour les patients. Il faut se rappeler que la gestion du temps ne vise pas simplement à inscrire des patients sur des listes d'attente que l'on peut mesurer. Elle vise à garantir l'accès aux soins en temps opportun.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a lancé récemment un avertissement. Elle a relevé les problèmes médicolégaux que pourrait poser l'établissement de points de repère pour les temps

d'attente. La gestion des temps d'attente devrait viser non pas à jeter un blâme, mais plutôt à mesurer, à fixer des objectifs ou des points de repère et, ce faisant, à apporter des améliorations qui permettent d'accélérer l'accès aux soins pour les patients dans le système de santé.

Compte tenu de ces facteurs et d'autres encore, il est possible à court et à long terme de garantir aux patients un accès plus opportun aux soins primaires en se penchant sur trois domaines de mesure :

- *Données* : Pour s'attaquer aux temps d'attente en soins primaires, il faut d'abord pouvoir mesurer et effectuer un suivi des temps d'attente dans le continuum du soin du patient.
- *Points de repère ou cibles* : Parce que la mesure des temps d'attente en soins primaires est une procédure complexe, il faut aussi s'entendre sur les points de repère ou cibles qu'il faut atteindre dans le continuum du temps d'attente du patient.
- *Garanties* : Les garanties de délai d'attente constituent une autre étape de l'évolution d'un système de santé qui offre un accès plus opportun aux soins. Une garantie fait plus qu'énoncer un point de repère : elle garantit qu'il sera atteint et prévoit des recours possibles en cas de non-respect du point de repère.

1. Introduction

L'accès aux soins est un des problèmes les plus chauds auxquels fait face le système de santé du Canada. Afin d'offrir un accès aux soins en temps opportun, plusieurs gouvernements fédéraux ainsi que leurs homologues provinciaux et territoriaux se sont engagés dans des stratégies sur les temps d'attente, qui comportent un fonds pour la réduction des temps d'attente afin d'aider à atteindre les modèles et les garanties en matière de temps d'attente. Ils sont également allés plus loin en mettant sur pied des registres des temps d'attente afin que les patients puissent s'inscrire sur une liste et avoir un suivi pendant la période où ils attendent une intervention chirurgicale ou diagnostique précise. Toutefois, la question se pose toujours : l'accès aux soins de santé s'améliore-t-il pour les Canadiens?

En 2007, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association médicale canadienne (AMC) ont créé un partenariat pour étudier les temps d'attente dans les soins médicaux primaires – le Partenariat du CMFC et de l'AMC sur les temps d'attente en soins primaires (PTASP). Ce partenariat conjugue les ressources de deux des organisations médicales nationales du Canada afin d'étudier l'envergure des enjeux reliés aux temps d'attente en soins primaires. Le Partenariat vise en fin de compte à représenter les Canadiens qui veulent avoir accès aux soins en temps opportun, ce qui inclut notamment le délai pour trouver un médecin de famille, pour consulter son médecin de famille et pour être vu par un spécialiste-conseil.

Dirigée par l'AMC, l'*Alliance sur les temps d'attente* (ATA) a présenté des recommandations audacieuses et concrètes au sujet des points de repère sur les temps d'attente. En réponse aux cinq domaines cliniques (soins cardiaques, soin du cancer, chirurgie de la cataracte, arthroplastie de la hanche ou du genou et imagerie diagnostique, c'est-à-dire IRM et TDM) sur lesquels se concentraient les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT), l'ATA a publié son rapport *Il est grand temps d'agir!*, qui contient des recommandations portant sur un accès plus opportun dans ces cinq domaines (août 2005). Dans ce document et aussi depuis, l'ATA reconnaît qu'il faut élargir la mesure qui définit les temps d'attente afin d'y inclure d'autres aspects des soins et de tenir compte de l'expérience complète des temps d'attente vécue par les patients¹.

En décembre 2005, le CMFC a publié son *Énoncé de position sur les temps d'attente*, où il affirme clairement que : «Des points de repère sur les temps d'attente devraient être définis pour le temps dont les gens ont besoin afin de trouver/identifier un médecin de famille personnel afin d'assurer leurs soins continus, pour les rendez-vous avec un médecin de famille dans le cas d'un problème spécifique et pour les rendez-vous pour investigation ou consultation avec d'autres spécialistes tel que prescrit par les médecins de famille au nom de leurs patients.²»

En novembre 2006, le CMFC a publié son document de discussion intitulé *Lorsque le décompte commence – Les temps d'attente dans les services de première ligne*. Dans ce document, le Conseil recommandait que l'on commence à mesurer les temps d'attente au moment où un patient cherche d'abord à obtenir des soins de son médecin de famille en le consultant afin d'obtenir des soins plus spécialisés au besoin. En préconisant l'amélioration de l'accès aux soins, le CMFC favorise fermement une approche plus générale qui tient compte : 1) de toute l'expérience des temps d'attente appelée «continuum des temps d'attente» et 2) d'autres domaines cliniques en plus des cinq sur lesquels les gouvernements se concentrent depuis quelque temps.

En mai 2007, l'*Alliance sur les temps d'attente* annonçait qu'elle augmentait le nombre de ses membres pour y inclure la Société canadienne des anesthésiologistes, l'Association canadienne des médecins d'urgence, l'Association canadienne de gastroentérologie, l'Association des psychiatres du Canada et la Société canadienne des chirurgiens plasticiens. On s'attend à ce que ces membres plus nombreux attirent

l'attention sur des domaines cliniques qui s'ajouteront aux «cinq» d'origine et à ce qu'ils abordent un pourcentage plus important du continuum des temps d'attente.

Beaucoup d'autres organisations et chefs de file du secteur de la santé ont affirmé qu'il fallait inclure les soins primaires dans la mesure des temps d'attente et élargir les domaines cliniques à l'étude. Au cours de la *Conférence fédérale-provinciale-territoriale sur l'accès aux soins de santé en temps opportun* de février 2007, le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, l'honorable George Abbott, a affirmé fermement qu'il fallait inclure les soins primaires dans la mesure des temps d'attente et que les ignorer pouvait compromettre l'atteinte des points de repère en matière de temps d'attente. Plus tard en avril 2007, au cours de la conférence *Maîtriser les files d'attente IV*, le premier ministre Stephen Harper a annoncé que tous les gouvernements provinciaux/territoriaux avaient établi des garanties précises de temps d'attente et le ministre fédéral de la Santé, l'honorable Tony Clement, a par la suite fait allusion publiquement au fait que le gouvernement fédéral appuyait les temps d'attente dans les soins primaires. Dans son communiqué le plus récent sur les temps d'attente, le Conseil canadien de la santé a déclaré qu'«à moins d'une amélioration de l'accès aux soins de santé qui ne font pas l'objet des garanties, ces garanties ne suffiront pas à répondre aux attentes des Canadiens.³» En juillet 2007, un groupe international de chercheurs, dont fait partie le médecin canadien Jack V. Tu de l'Institut de recherche en services de santé, a publié une étude sur les stratégies relatives aux temps d'attente dans cinq pays industrialisés pour lesquelles il a mis en lumière plusieurs répercussions stratégiques clés, la première étant la nécessité d'étendre «la mesure des temps d'attente pour y inclure des aspects de l'attente à compter du moment de la référence jusqu'au traitement... afin de mieux refléter les expériences réelles vécues par les patients et d'indiquer où se trouvent les problèmes critiques.⁴»

Pour contribuer à ces discussions, le Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires (PTASP) est chargé d'analyser plus à fond les temps d'attente en soins primaires et de se pencher sur l'établissement de points de repère factuels ou d'objectifs portant sur l'accès opportun aux soins primaires. Premier de deux rapports attendus du PTASP, le présent document vise à «scruter» plus en profondeur les temps d'attente en soins primaires afin de stimuler la discussion et de trouver un terrain d'entente sur la façon d'améliorer l'accès opportun *aux* soins primaires et *des* soins primaires aux soins plus spécialisés. Cet exercice devrait aboutir à un autre document attendu en 2008, qui définira plus précisément les temps d'attente en soins primaires.

2. Soins médicaux primaires – Vitaux pour le patient

Dans le contexte du présent document, l'expression **soins primaires** signifie les soins et services médicaux de premier contact fournis par les médecins de famille et les omnipraticiens, tandis que les **soins de santé primaires** tiennent compte des déterminants plus généraux de la santé et incluent également la prestation des services de santé par d'autres professionnels. On peut aussi définir les soins primaires comme «le 'foyer médical' d'un patient, qui assure idéalement la continuité et la coordination des soins de santé... les soins primaires visent à fournir au patient un vaste éventail de soins autant préventifs que curatifs, pendant une période donnée, et à coordonner tous les soins que le patient reçoit.⁵»

Peu de gens contesteront le rôle vital que joue le médecin de famille pour les patients qui ont besoin d'avoir accès aux soins de santé. Ce rôle comprend les soins à

En négligeant l'importance des soins primaires et le rôle du médecin de famille, le système ne tient pas compte du temps d'attente complet vécu par les patients.

l'intérieur du système de soins de santé primaires et bien au-delà de celui-ci. En négligeant l'importance des soins primaires et le rôle du médecin de famille, le système ne tient pas compte du temps d'attente complet vécu par les patients. Jusqu'à maintenant, peu de gouvernements et de régies de la santé ont cherché une façon de mesurer l'expérience complète des temps d'attente. En effet, la plupart des mesures se prennent non pas à partir du rendez-vous avec

le médecin de famille, mais à partir de la rencontre avec le spécialiste-conseil.

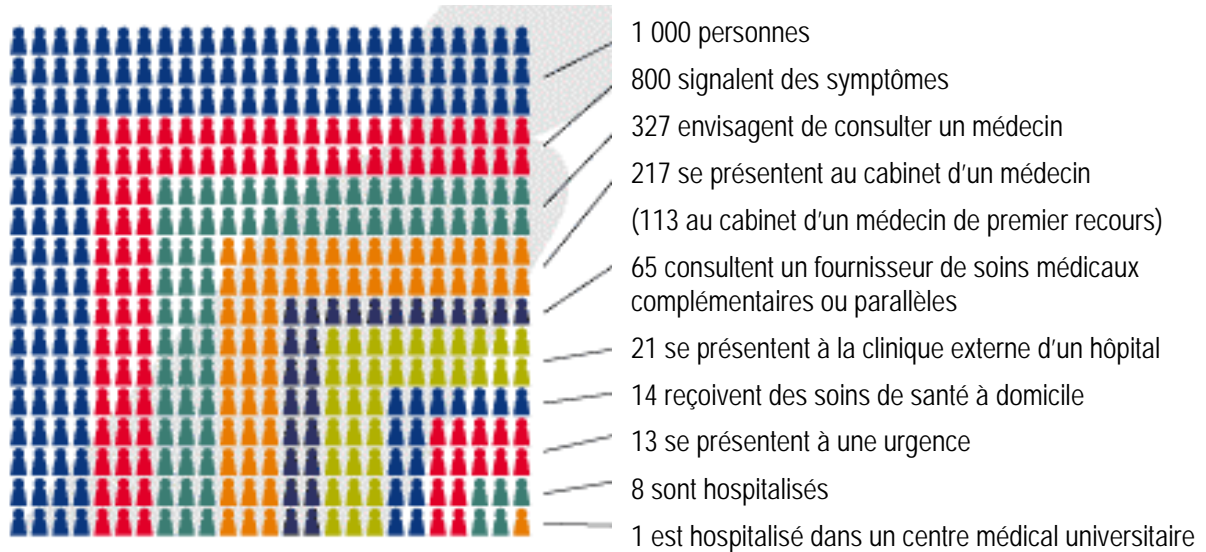
Les soins primaires constituent l'assise du système de santé et les médecins de famille en sont l'épine dorsale autant que le premier point de contact pour la plupart des patients. Lorsqu'un patient a accès au système de santé par l'intermédiaire de son médecin de famille, celui-ci peut dresser une liste de diagnostics différentiels pour poser rapidement un diagnostic final après examens ou investigations appropriés*. Dans le cas de la majorité des patients, c'est le médecin de famille qui pose le diagnostic final et il n'est pas nécessaire de référer le patient ailleurs. (Voir Figure 1.) Lorsqu'il faut poser un diagnostic compliqué qui nécessite des examens ou des traitements plus spécialisés, il peut toutefois être nécessaire de référer le patient pour qu'il subisse des tests avancés ou consulte d'autres spécialistes. Les patients canadiens ont toujours eu en haute estime le rôle de leur médecin de famille, qui les aide à s'y retrouver dans tous les niveaux du système de santé. Le système est en fait structuré de façon à garantir que les patients ont accès à un continuum de services médicaux en se présentant d'abord à leur médecin de famille au niveau des soins primaires.

Dans sa recherche reconnue sur la scène internationale, le D^r Barbara Starfield a démontré qu'un solide système de soins primaires produit de meilleurs résultats pour la santé et réduit les coûts⁶. Dans leur communication la plus récente, Starfield, Macinko et Shi ont démontré que l'ajout d'un médecin de famille pour 10 000 habitants réduit en moyenne de 5,3 % la mortalité et a un effet positif sur 49 personnes pour 100 000 en un an⁷. Starfield et al ont aussi démontré qu'il y a un lien positif entre l'offre de médecins de premier recours et l'amélioration de la santé des populations sur trois plans : i) amélioration de la prévention primaire pour traiter de problèmes comme le tabagisme et l'obésité; ii) détection plus rapide de maladies comme le cancer; iii) amélioration de l'efficacité du système parce que «des médecins de famille plus nombreux réduisent les taux d'hospitalisation pour des problèmes qui devraient être évitables ou détectés rapidement par de bons soins primaires (y compris le diabète sucré ou la pneumonie chez les enfants et l'insuffisance cardiaque globale, l'hypertension, la pneumonie et le diabète sucré chez les adultes)⁷.»

* Les diagnostics différentiels sont les diagnostics dont le médecin de famille tient compte pour un patient. Ils figurent sur une liste parce qu'ils constituent des problèmes qui produisent des constatations semblables. On pose le diagnostic final en déterminant le problème qui s'applique au patient en fonction de ses antécédents, de ses examens et des données cliniques.

Figure 1

Utilisation des services de santé par 1 000 personnes par mois aux États-Unis



Note : Chaque case représente un sous-groupe de la grande case de 1000 personnes, mais pas nécessairement un sous-groupe de la case précédente dans le tableau.

Réimprimé avec l'autorisation du «Monitor» de septembre 2001, Family Practice Management. Droit d'auteur © 2001 American Academy of Family Physicians. Tous droits réservés[†].

[†] Cité dans «Family Practice Management», American Academy of Family Physicians, septembre 2001. La nouvelle étude met à jour une étude réalisée en 1961 par White, Williams et Greenberg [*The Ecology of Medical Care*. N Engl J Med. 1961;265:885-892] et montre que même si l'organisation et le financement des soins de santé ont beaucoup changé, l'utilisation est demeurée remarquablement constante au cours des 40 dernières années.» Disponible à <http://www.aafp.org/fpm/20010900/monitor.html>; Internet; consulté le 13 juin 2007.

3. Soins primaires – L'expérience du Royaume-Uni

Beaucoup considèrent le R.-U. comme un chef de file mondial dans la prestation des soins primaires, car 95 % des contacts entre les patients et le National Health System (NHS) se produisent dans le secteur des soins primaires⁸. Dans une étude réalisée par Starfield et Shi et évaluant 13 pays sur le plan du développement des soins primaires, le R.-U. a reçu la plus haute note, soit 29 sur 30. Le Canada s'est classé en milieu de peloton avec 17,5 et les États-Unis ont obtenu une note de 5,5, ce que l'on considère comme un niveau «faible» de soins primaires⁹. Dans leurs conclusions finales sur les stratégies internationales relatives aux temps d'attente, Willcox et al laissent entendre que : «...l'Angleterre a produit l'amélioration la plus soutenue, reliée à des augmentations importantes du financement, des objectifs ambitieux pour les temps d'attente et un système dynamique de gestion du rendement.⁴» Lorsqu'on essaie d'améliorer l'accès aux soins primaires, il faut établir un équilibre entre la poussée exercée vers les points de repère pour les temps d'attente, d'une part, et des normes rigoureuses et la qualité des soins, de l'autre.

Chaque citoyen britannique a un accès garanti à un professionnel des soins primaires en moins d'un jour ouvrable et à un omnipraticien (OP) dans les 48 heures ou deux jours ouvrables. Selon la définition du Department of Health des NHS, OP s'entend de «**n'importe quel** omnipraticien. Il ne s'agit pas d'un OP désigné nommément, ni nécessairement d'un OP du cabinet inscrit, mais on s'attend à ce que ce soit un omnipraticien d'accès commode et facile pour les patients.» Un professionnel des soins primaires consiste en «n'importe quel professionnel des soins de santé, **ce qui inclut les OP**, les infirmières praticiennes, les membres des professions paramédicales, d'autres membres du personnel de soins de santé qui sont membres de la pratique ou de l'équipe locale élargie de soins primaires, comme un pharmacien communautaire, par exemple... qui est d'accès commode et facile pour les patients.¹⁰»

Le Department of Health a évalué récemment le rendement en fonction de l'objectif de 48 heures en chargeant Ipsos-MORI de sonder plus de cinq millions de patients de cabinets d'OP de l'Angleterre. Les questionnaires diffusés en 2007 ont produit 2,3 millions de réponses et révélé que 86 % des personnes qui avaient essayé d'avoir rapidement un rendez-vous chez un omnipraticien ont déclaré pouvoir l'obtenir dans les 48 heures. Dans 43 % des cabinets d'OP, 90 % et plus des patients ont déclaré pouvoir avoir accès à un médecin dans les deux jours¹¹.

Il convient de signaler que cette garantie n'a pas été sans poser ses défis. À la suite d'une étude en 2004, le Royal College of General Practitioners et la NHS Alliance ont exigé «des indicateurs [cibles] plus sophistiqués qui tiennent compte de la complexité de la prestation des soins primaires.¹²»

Lorsqu'on analyse un modèle comme le «24/48» du R.-U., il est prudent de signaler que la structure du NHS et celle du système de santé du Canada diffèrent. Par exemple, l'existence des fiduciaires de soins primaires (FSP) au R.-U. est un facteur considéré comme un outil essentiel à la réduction des temps d'attente en soins primaires. Selon le Department of Health, «les fiduciaires de soins primaires sont le pivot de la modernisation du NHS et comptent pour 80 % du budget total du NHS... Elles collaborent avec d'autres organisations de santé et de services sociaux, ainsi qu'avec les autorités locales, pour assurer qu'on répond aux besoins de la communauté.¹³»

Les FSP sont des entités importantes dont on a ramené le nombre de 303 en 2005 à 152 actuellement. On estime que chaque FSP compte en moyenne quelque 330 000 patients¹⁴. Les FSP relèvent aussi de la Commission des soins de santé chargée d'évaluer le rendement à la fois du NHS et des organisations indépendantes de soins de santé et d'en faire rapport. Dans sa vérification annuelle de la santé de 2006-2007, la Commission a signalé que 121 des 152 FSP avaient atteint l'objectif national que constitue l'accès en 48 heures à un OP, tandis que 20 ne l'avaient pas tout à fait atteint et que 11 n'y étaient pas

parvenues. De même, 120 FSP avaient atteint l'objectif national que constitue l'accès à un professionnel des soins de santé primaires dans les 24 heures¹⁵. On ne sait pas s'il est possible de déterminer le pourcentage des patients qui décident de consulter leur OP dans les 48 heures plutôt qu'un autre fournisseur de soins primaires dans les 24 heures.

Il y a une distinction importante entre les soins primaires au R.-U. et au Canada. En effet, en vertu du contrat de services médicaux généraux, les OP en Angleterre peuvent, depuis avril 2004, se désengager de l'obligation de fournir des soins en dehors des heures normales en renonçant en moyenne à 6000 £ par année. La FSP locale se charge alors du service aux patients de l'OP en dehors des heures normales. À la suite d'un examen effectué en 2007, le Comité des comptes publics de la Chambre des communes signale qu'on a de plus en plus recours aux infirmières et à d'autres professionnels de la santé pour collaborer avec les OP à la prestation de services en dehors des heures normales¹⁶.

Le R.-U. a bénéficié en général de plus de flexibilité pour permettre le recours à des infirmières et à d'autres professionnels de la santé en soins primaires, car la médecine générale est financée par la formule de la capitation depuis des années. On a bonifié récemment cette formule par un investissement dans le régime de soins primaires effectué en 2001 afin de payer des améliorations comme l'expansion de l'éventail des compétences spécialisées de l'équipe de soins primaires¹⁷.

Même si on peut considérer que le R.-U. a amélioré à certains égards l'accès aux soins primaires, y compris certains des bienfaits qui en découlent, le système est toujours en pleine évolution compte tenu des caractéristiques particulières propres au National Health System.

Des objectifs et des points de repère réels pour les temps d'attente doivent être pancanadiens et inclure les soins primaires, tenir compte de la géographie du Canada et des caractéristiques particulières de son système de santé.

Une autre distinction est à faire entre le Canada et le R.U. : le NHS est assujéti à la Directive européenne sur le temps de travail, qui limite la semaine de travail à un maximum de 48 heures (actuellement 56 heures pour les médecins en formation)¹⁸. On ne sait pas si l'effet que la Directive sur le temps de travail a sur l'accès aux soins a été rigoureusement évalué.

L'espace, la distance et la densité démographique posent des défis particuliers pour l'accès aux soins de santé, y compris aux soins primaires. Le Canada compte la moitié de la population du Royaume-Uni (R.-U.), mais il est 40 fois plus vaste sur le plan géographique[‡]. Dans certaines régions du Canada, le médecin de famille le plus proche peut se trouver à des centaines de kilomètres. Pour ajouter à cette particularité, chaque province, territoire et région du Canada a souvent son propre système décentralisé pour garantir l'accès aux services de santé par différentes stratégies de financement et de responsabilisation. La géographie du Canada et son système de santé décentralisé continueront de poser, autant aux patients qu'aux fournisseurs, des défis particuliers sur le plan de l'accès opportun aux soins de santé par l'entremise des services de soins primaires.

Si l'on veut améliorer l'accès aux soins de santé tant d'un bout à l'autre du Canada que dans ses régions, des objectifs et des points de repère réels pour les temps d'attente doivent être pancanadiens, inclure les soins primaires et tenir compte de la géographie du Canada et des caractéristique particulières de son système de santé.

[‡] Wikipedia Canada : 9 970 610 km carrés; R.-U. : 242 900 km carrés.

4. Le continuum des temps d'attente

4.1 Accès aux soins – Sans médecin de famille

4.1.1 Contexte

Des sondages effectués par le Centre de recherche Décima et Statistique Canada en 2005 ont révélé qu'environ 14 à 15 % des Canadiens n'avaient pas de médecin de famille. Il s'agit là de chiffres nationaux et les pourcentages varient entre les régions et les communautés. Des données régionales tirées de l'Enquête de 2005 de Statistique Canada ont indiqué, par exemple, que 24 % des Québécois n'avaient pas de médecin de famille, contre 5 % seulement des Néo-Écossais. (*Voir Annexe B.*) Des données probantes indiquent toutefois que ces moyennes varient considérablement même à l'intérieur des provinces qui semblent plus proches des niveaux acceptables.

En fait, des données tirées des enquêtes de 2006 ont révélé que 17 % des Canadiens, soit environ cinq millions de personnes, n'avaient pas accès aux soins de santé par l'intermédiaire de leur médecin de famille¹⁹. Les Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille pour gérer et coordonner leurs soins sont souvent qualifiés de patients «orphelins». Beaucoup de ces patients comptent sur des soins épisodiques reçus à l'urgence de l'hôpital ou dans des cliniques communautaires sans rendez-vous. Dans ces circonstances, l'accès aux soins et leur coordination demeurent souvent désarticulés et posent souvent de nombreux défis pour les patients sans contact.

4.1.2 Valorisation des médecins de famille

Dans une étude réalisée en 2006 et fondée sur des données de 2003, Sanmartin et Ross ont signalé que les Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille sont plus que deux fois plus susceptibles de déclarer avoir de la difficulté à accéder à des soins de santé de routine que ceux qui en ont un²⁰.

Le Centre de recherche Décima a constaté qu'en 2004, une majorité écrasante de Canadiens (88 %) étaient d'avis que le fait d'avoir un médecin de famille leur donnait davantage confiance en leur capacité d'avoir accès à des soins appropriés et en temps opportun. D'autres études ont confirmé que la majorité des Canadiens cherchent à avoir accès aux soins par l'entremise de leur médecin de famille²¹.

Une étude plus récente (2005) a révélé que lorsqu'on tient compte de tous les aspects de leurs soins de santé, 66 % des Canadiens sont d'avis que leur médecin de famille est la personne la plus importante pour eux-mêmes et leur famille et 17 % mentionnent d'autres médecins spécialistes²².

4.1.3 Garantir l'accès à un médecin de famille

Les Canadiens se sont prononcés par une majorité écrasante en faveur de l'accès à leur propre médecin de famille, mais environ cinq millions d'entre eux n'en ont pas. Au cours des dernières années, on a élaboré des stratégies, dont un grand nombre sont en cours d'application, pour rétablir le contact entre chaque Canadien et son médecin de famille. Ces efforts contribuent à une expansion souhaitée de la capacité d'instruire et de former des médecins de famille, ainsi qu'à l'élaboration de modèles de soins qui pourraient devenir intéressants pour les médecins de famille. Il faut cependant fixer un objectif pour garantir que tous les Canadiens ont un accès approprié à un médecin de famille et, par la suite, au reste du système de santé au besoin.

Les Canadiens qui n'ont pas de médecin de famille n'en cherchent pas tous nécessairement un. Or, selon la même enquête menée en 2006¹⁹, environ 40 % de ceux qui n'avaient pas de médecin de famille en cherchaient un mais ne pouvaient en trouver. Cependant, ce pourcentage est probablement encore plus élevé parce que des données expérientielles provenant de nombreux Canadiens continuent de confirmer que beaucoup ne se donnent même pas la peine de chercher parce qu'ils savent qu'il n'y a pas de médecin de famille ou de «pratique ouverte» dans leur communauté. En fait, beaucoup de médecins de famille communautaires ont déjà dépassé leur capacité de service et c'est pourquoi des pratiques n'accueillent pas de nouveaux patients.

Compte tenu de ces facteurs, le Partenariat pour les temps d'attente en soins primaires appuie l'objectif proposé à l'origine par le CMFC, soit que 95 % des Canadiens de chaque communauté aient un médecin de famille d'ici à 2012. Ce chiffre constitue une ordonnance afin d'améliorer l'accès aux soins et les résultats pour la santé des populations à l'échelon national, ainsi que dans chaque province, région et communauté. Les données de 2006 indiquent que certaines régions du pays ont presque atteint cet objectif tandis que d'autres en sont encore loin.

On a traité de stratégies qui aideraient à atteindre un tel objectif dans d'autres documents, y compris le document stratégique du CMFC intitulé *La médecine familiale au Canada – Une vision d'avenir* (2004). La possibilité d'augmenter le pourcentage de la population canadienne qui a un médecin de famille intéresse considérablement les cinq millions de Canadiens qui n'en ont pas ou ceux dont le médecin de famille pourrait envisager des changements à sa pratique, c'est-à-dire de prendre sa retraite, de réduire sa clientèle ou de se spécialiser davantage.

La majorité des médecins de famille ont malheureusement atteint leur capacité maximale de patients, comme en témoigne le nombre à la baisse de cabinets de médecine familiale qui acceptent de nouveaux patients. Le Sondage national auprès des médecins (SNM) a révélé qu'il y avait proportionnellement moins de médecins de famille qui acceptaient de nouveaux patients au Canada en 2004 qu'en 2001 – 20,2 % contre 23,7 % respectivement²³. Conjugué à ce facteur, il y a aussi le fait que, comme beaucoup d'autres membres de la population active canadienne, les médecins approchent de l'âge de la retraite. Ils avaient en moyenne 48 ans en 2004. À mesure qu'ils partent à la retraite ou ralentissent, davantage de patients pourraient se retrouver «orphelins», ce qui posera d'autres défis sur le plan de l'accès opportun aux médecins de famille qui pratiquent toujours. Les patients orphelins sont souvent des personnes âgées qui ont des problèmes complexes nécessitant des consultations plus longues, qui sont ainsi plus difficiles à accueillir dans des pratiques déjà très achalandées, ce qui alourdit cette préoccupation.

Est-il possible pour les médecins de famille qui doivent déjà relever le défi posé par une pratique affichant complet d'accepter plus de patients sans alourdir le risque d'épuisement professionnel? On attache certes une grande valeur à une relation engagée entre un patient et son propre médecin de famille, mais en pratique, des changements en cours visent à assurer qu'**un** médecin de famille est toujours disponible pour les patients, même en cas d'urgence plus grande. Il se peut que ce ne soit pas toujours le médecin de famille du patient qui répond, mais celui qui le fait devrait avoir des liens avec la pratique. À mesure que le système de santé devient plus complexe et que la médecine familiale et les modèles de soins de santé évoluent, les défis posés par la pratique indépendante et des possibilités intéressantes de collaborer à la prestation des soins de santé suscitent davantage d'intérêt à l'égard des soins intraprofessionnels partagés entre médecins de famille.

Les médecins de famille et les planificateurs des systèmes de santé de communautés d'un bout à l'autre du Canada mettent en œuvre ou envisagent de nombreuses stratégies qui visent à accroître la capacité des pratiques, y compris les suivantes :

- Médecins de famille travaillant en groupes ou en réseaux avec d'autres médecins de famille.
- Adoption des technologies de l'information dans la pratique afin de rendre plus efficient l'accès à l'information sur les patients. En 2004, 14 % seulement des médecins de famille du Canada utilisaient des dossiers médicaux électroniques, comparativement à 29 % aux États-Unis, 64 % en Australie, 87 % aux Pays-Bas et 100 % en Nouvelle-Zélande²⁴. Au R.-U., l'ordinateur fait partie intégrante de la médecine générale et presque tous les OP l'utilisent en soins cliniques²⁵. Il convient toutefois de signaler que le gouvernement encourage l'adoption de nouvelles technologies au R.-U. en l'appuyant continuellement par du financement et des incitatifs.
- Adoption de modèles de prise de rendez-vous des patients, par exemple Advanced Access. (*Voir l'Annexe C.*)
- Optimisation des ressources humaines en santé dans le contexte d'équipes interprofessionnelles (médecins de famille, infirmières en médecine familiale, infirmières praticiennes et autres professionnels de la santé).
- Gestion partagée du soin des maladies chroniques comportant des soins en collaboration stratégiques fournis par des médecins de famille et des spécialistes- conseils.

4.1.4 Les DFME et l'autosuffisance

L'intégration des diplômés de facultés de médecine étrangères (DFME) dans le système de santé a toujours fait partie de la stratégie des ressources humaines du secteur de la santé (RHS) au Canada. Environ 23 % des médecins actifs au Canada ont reçu leur formation à l'étranger²⁶. On attache une grande valeur à ces médecins, qui garantissent l'accès aux soins de santé pour beaucoup de Canadiens qui, sans eux, n'auraient pas de médecin de famille.

Un bon mélange de diplômés de facultés de médecine étrangères et nationales est certes sain pour n'importe quel pays, mais la planification des RHS au Canada dépend maintenant trop des DFME pour résoudre l'accès aux problèmes de soins que la pénurie de médecins cause aux Canadiens. Le CMFC et l'AMC appuient les politiques et les stratégies de RHS qui garantissent le juste nombre et la bonne composition des effectifs de diplômés de facultés de médecine canadiennes (DFMC) et de DFME. Pour parvenir à l'autosuffisance, il faudra s'engager en permanence à augmenter le nombre d'étudiants formés dans les facultés de médecine canadiennes.

La réduction de 10 % de l'inscription dans les facultés de médecine canadiennes recommandée par la Conférence des ministres de la Santé tenue à Banff en 1992 et mise en œuvre par la suite d'un bout à l'autre du Canada a contribué énormément à notre problème actuel en augmentant la pénurie de médecins. Heureusement, après que le Groupe de travail Un du Forum médical national sur les effectifs médicaux se soit penché de nouveau sur la recommandation en 1999-2000, les gouvernements ont appuyé des augmentations du nombre des inscriptions dans les facultés de médecine. D'un plancher de 1577 après Banff, le nombre des postes d'entrée avait atteint 2460 en 2006²⁷. Selon les données de l'OCDE, le Canada comptait en 2003 5,3 diplômés en médecine pour 100 000 habitants – total le plus faible des 25 pays sondés²⁸.

La planification des RHS au Canada doit constituer un exercice continu qui suit la croissance et le vieillissement de la population, ainsi que la complexité croissante des soins médicaux. Les planificateurs doivent être déterminés à garantir que nous formons le bon nombre de médecins dans les facultés de médecine canadiennes et que nous offrons des possibilités d'ajouter le bon nombre de DFME à l'effectif total des médecins. Nous devons certes continuer de viser une plus grande autosuffisance, mais les DFME continueront de jouer un rôle important comme médecins estimés par notre système de santé.

4.2 Accès aux soins – Avec un médecin de famille

4.2.1 Accès à un système de soins primaires soumis au stress

Puisque de moins en moins de médecins de famille acceptent de nouveaux patients et compte tenu de l'explosion du nombre des baby-boomers qui pourraient gonfler les besoins en soins de santé, l'accès en temps opportun à son propre médecin de famille pourrait poser un défi. Étant donné la rareté des médecins de famille et la charge de travail quotidienne de beaucoup d'entre eux, l'accès aux soins pourrait être difficile même pour les Canadiens qui ont un médecin de famille. Sanmartin et Ross ont certes constaté que ceux qui n'ont pas de médecin de famille avaient plus de difficulté à avoir accès aux soins de routine, mais ils ont également découvert que ceux qui ont un médecin de famille régulier courent autant de risques d'avoir de la difficulté à avoir accès à des soins «immédiats» que ceux qui n'en ont pas²⁹. Si l'on veut que les Canadiens reçoivent des soins en temps opportun, l'accès aux médecins de famille doit aussi être opportun.

4.2.2 Maintien et amélioration de l'accès aux soins primaires pour les patients

Les sections qui suivent décrivent des éléments importants qui ont trait à la pratique de la médecine familiale :

4.2.2.1 Soins continus complets

La continuité et l'intégralité du soin des patients sont des éléments importants de la médecine familiale et autant les patients que les médecins de famille y attachent une grande valeur. Dans le contexte des soins primaires, la continuité peut être vue comme «la relation entre un médecin et un patient qui dépasse des épisodes précis de maladie ou de morbidité³⁰». On peut définir les soins complets comme une situation où un seul médecin (ou une seule pratique) traite l'éventail complet des problèmes de santé d'un patient pendant une période prolongée. Les concepts sont intégrés dans les quatre principes de la médecine familiale du CMFC³¹.

Le CMFC et l'AMC appuient l'objectif selon lequel chaque Canadien devrait avoir son propre médecin de famille.

Afin d'aider à prodiguer des soins complets continus, les patients devront peut-être accepter d'être vus en certaines occasions par des membres différents d'un groupe de médecins, ce qui comprend leur propre médecin de famille, mais aussi d'autres médecins de famille qui font partie du groupe ou du réseau. Il faudrait appuyer solidement les médecins de famille pour qu'ils dispensent des soins complets.

Au cours des dernières décennies, de plus en plus de médecins de famille ont adopté des modèles où ils collaborent les uns avec les autres pour fournir des soins continus et complets. Le virage de la pratique indépendante vers la pratique collective constitue le principal signe de cette tendance. Depuis 2007, 51 % des médecins de famille sont membres d'une pratique collective, 24 % d'une pratique interprofessionnelle (c.-à-d. avec d'autres professionnels de la santé qui ont leur propre ensemble de cas) et 23 % pratiquent seuls³². Les modèles de salariat comme les centres de santé communautaires existent depuis un certain temps dans plusieurs régions. Les innovations plus récentes comprennent les Équipes Santé familiale en Ontario, qui comprennent des équipes interdisciplinaires de médecins de famille et d'autres prestataires³³, et les réseaux de soins primaires de l'Alberta, qui permettent aux médecins de famille de travailler de plus près avec d'autres médecins de famille et d'autres professionnels de la santé³⁴.

4.2.2.2 Soins en collaboration

Les médecins de famille pourraient être plus en mesure d'offrir davantage d'accès aux soins en temps opportun lorsqu'ils collaborent avec d'autres professionnels de la santé. La composition appropriée des effectifs en nombre et en diversité est propre à chaque patient et communauté : tout dépend de la clientèle de la pratique et de ses besoins, de la disponibilité des ressources humaines de la santé dans la communauté et, dans beaucoup de cas, de l'emplacement géographique de la communauté même. Là où l'on offre des soins en collaboration, il est extrêmement important que les fournisseurs comprennent et respectent leurs rôles respectifs afin de s'assurer que les patients peuvent avoir accès au fournisseur le plus approprié et que le médecin de famille demeure le clinicien chargé de leurs soins médicaux.

La facilité avec laquelle on peut s'y retrouver dans le système de santé a des répercussions sur l'accès aux soins primaires et à d'autres niveaux de soins. Plusieurs nouveaux modèles commencent à faire leur apparition au Canada, comme les Équipes Santé familiale en Ontario et l'Initiative de l'Alberta sur les soins primaires, notamment.

La prestation de soins intraprofessionnels entre médecins de famille eux-mêmes ou entre médecins de famille et médecins spécialistes-conseils est tout aussi importante pour les patients – et, dans certains cas, plus importante – que les soins interprofessionnels que se partagent les médecins et d'autres fournisseurs. Le CMFC et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont reconnu que :

«Des modèles en collaboration sont en développement dans un effort pour améliorer les soins et la prise en charge efficace des patients, non seulement entre les médecins et les autres professionnels de la santé, mais aussi entre les médecins de famille et les autres spécialistes. La tâche d'examiner les résultats pour les patients, ainsi que la satisfaction du prestataire et du patient concernant ces nouveaux modèles d'exercice, ne fait que commencer³⁵.»

4.2.2.3 Modèles de prise de rendez-vous Open Access et Advanced Access

On a démontré que les modèles Open Access et Advanced Access définis par le D^r Mark Murray, qui permettent la prise de rendez-vous le jour même, améliorent l'accès dans certains contextes en :

- établissant un équilibre entre l'offre et la demande;
- réduisant les arriérés;
- réduisant la variété des types de rendez-vous;
- permettant d'établir des plans d'urgence en cas de circonstances exceptionnelles;
- contribuant à rajuster les profils de la demande;
- augmentant la disponibilité de ressources rares.

Certains cabinets de médecine familiale mettent en œuvre des modèles d'accès en temps opportun dans la prise de rendez-vous des patients. Le Conseil de la qualité des soins de la Saskatchewan encourage les rendez-vous le jour même en plus des rendez-vous pris d'avance³⁶. L'Initiative de l'Alberta sur les soins primaires signale que l'accès le jour même fait partie d'un virage vers un nouveau paradigme de l'accès aux soins de santé³⁷. L'Annexe C présente un résumé des publications sur l'expérience du modèle Advanced Access. On signale que ce modèle pose une hypothèse critique, soit qu'il y a un équilibre général entre la demande et l'offre de rendez-vous. C'est pourquoi il importera de veiller à ce qu'il y ait équilibre entre la demande et la capacité du médecin de fournir un nombre précis d'heures de service. La «Charte des soins de santé primaires» de la Colombie-Britannique signale que «l'instauration de modèles de prise de rendez-vous le jour même (de type Advanced Access ou Open Access), permettront d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires... Les équipes du Programme d'aide à la pratique en

déploiement en C.-B. offrent aux médecins de famille des trousse de changement qui appuient l'adoption de la prise de rendez-vous selon le modèle Advanced Access afin d'améliorer l'accès aux services le jour même.³⁸»

4.2.2.4 Accès après les heures normales

Le SNM indique qu'environ 69 % des médecins de famille ont fourni des services de garde en 2004³⁹. Le SNM a aussi constaté que dans le cas des soins en dehors des heures normales, un médecin de garde remplaçant était disponible pour les patients de 53 % des médecins de famille sondés. En Saskatchewan, 82 % des médecins, un sommet national, ont déclaré que le médecin remplaçant était disponible.

La majorité des médecins de famille offrent des soins après les heures normales, mais les modèles de médecine familiale changent pour tenir compte des besoins urgents des patients sans entraîner l'obligation onéreuse de présence fréquente ou continue après les heures normales. À cette fin, on aborde les soins par la concertation entre les médecins de famille, entre les cabinets, ou en mettant à contribution d'autres professionnels comme les infirmières.

Les patients préfèrent certes voir leur propre médecin de famille après les heures normales, ou en voir un qui a des liens avec le cabinet de leur médecin de famille, mais de plus en plus de preuves indiquent que les infirmières peuvent filtrer et aiguiller efficacement les patients qui veulent consulter au cours de ces périodes. Des initiatives comme la télésanté donnent accès aux soins après les heures normales dans les communautés urbaines, éloignées et rurales.

4.2.2.5 Services de diagnostic

Selon Statistique Canada, 58 % des patients en 2003 ont attendu moins d'un mois pour se soumettre à certains tests diagnostiques, un sur trois a attendu d'un à trois mois tandis que 12 % ont déclaré des attentes de plus de trois mois^{§, 40}. Ce rapport signalait aussi que «malgré certains écarts entre les provinces quant à la proportion de personnes qui ont attendu plus de trois mois, aucun des taux provinciaux ne différait de façon significative du taux national. [Cependant]... environ une personne sur cinq qui a attendu avant d'obtenir un test diagnostique a indiqué que la durée de l'attente était inacceptable.» Les obstacles incluaient un délai trop long pour subir des tests, un délai trop long pour obtenir un rendez-vous, ainsi que la difficulté à en obtenir un.

L'ATA a recommandé un point de repère de quatre semaines pour avoir accès à des examens diagnostiques avancés comme l'IRM et la TDM. Selon un autre rapport récent de l'ATA, l'attente demeure longue pour obtenir ces services même si l'on a investi considérablement dans l'imagerie diagnostique depuis quatre ans⁴¹.

La responsabilité du soin des patients repose en grande partie sur les épaules du médecin de famille et n'oblige pas à référer le patient à des soins plus spécialisés. Dans certains contextes, les médecins de famille ne peuvent toutefois avoir accès à certains examens diagnostiques – souvent comme moyen de contrôler les coûts. Il s'ensuit que les patients peuvent attendre dans de multiples files. Si un médecin de famille avait un meilleur accès aux services diagnostiques avancés, les références à d'autres spécialistes pourraient être plus rapides – ou leur nombre pourrait diminuer. En réalité, des patients sont référés à des spécialistes-conseils simplement à cause de la longueur de l'attente ou du manque d'accès aux services diagnostiques.

[§] Les examens diagnostiques comprennent les IRM, TDM et angiographies non urgentes – et non les radiographies et les analyses sanguines.

Les temps d'attente allongent malheureusement dans certaines communautés parce que l'on rationne l'accès aux examens diagnostiques avancés pour réduire les dépenses, alors qu'en fait cette restriction peut obliger les patients à attendre dans de multiples files. L'accès aux services diagnostiques avancés devrait être factuel et non restreint comme moyen de contrôler les coûts.

4.2.2.6 Rémunération

Avant 2004, plus de la moitié des médecins de famille du Canada tiraient plus de 90 % de leurs revenus de la rémunération à l'acte³⁹. Si on leur en donne le choix, 75 % des médecins de famille préféreraient toutefois un système de paiements mixtes^{**}. Il faudrait étudier les modèles de rémunération comme moyen d'encourager les médecins de famille à offrir un meilleur accès au patient. De nouveaux modèles comportant un financement mixte, des incitatifs et des primes afin d'appuyer les soins continus et complets et d'autres services constituent un point de départ essentiel pour s'attaquer aux lacunes. On pourrait surmonter certains des obstacles à l'amélioration de l'accès aux soins primaires par les moyens suivants :

- Modes de rémunération à incitatifs
- Modifications de la rémunération pour les services indirects^{††} fournis aux patients par les médecins de famille et d'autres spécialistes
- Modes de rémunération qui favorisent les soins en collaboration ainsi que l'intégralité.

4.3 Accès aux soins – Aux services très spécialisés et aux spécialistes-conseils

4.3.1 Au-delà des «Cinq»

D'un bout à l'autre du Canada, la plupart des mesures des temps d'attente portent avant tout sur le temps écoulé entre le moment où un patient consulte un spécialiste qui n'est pas un médecin de famille, par exemple un cardiologue, et celui où il reçoit le traitement, par exemple une chirurgie cardiaque. Même si elle est importante, cette période d'attente ne représente pas tout ce qu'un patient a vécu comme temps d'attente.

La plupart des mesures des temps d'attente ont en outre été limitées aux domaines cliniques déterminés à l'origine par le gouvernement – qui sont tous des domaines très spécialisés – et même là, à des interventions très précises dans ces cinq domaines. Les temps d'attente qu'ils connaissent face à un éventail beaucoup plus large de problèmes médicaux préoccupent bien entendu les patients – tout comme leurs médecins de famille.

Selon le sondage réalisé par le Centre de recherche Décima en 2006, environ la moitié des médecins de famille ont déclaré que la période pendant laquelle leurs patients doivent attendre pour obtenir une consultation était excessivement longue, ce qui en faisait leur plus grande source de frustration⁴². Les cinq principaux domaines cliniques où les médecins de famille vivaient cette frustration étaient l'orthopédie, la neurologie, la psychiatrie, la gastroentérologie et la dermatologie. Le volet suivant du travail de l'ATA porte avant tout sur certains de ces domaines cliniques, mais il en existe encore beaucoup d'autres pour lesquels il faut étudier les temps d'attente. Le besoin de concentrer les efforts sur les éléments des temps

^{**} La rémunération mixte saisit les cas où les médecins ont été rémunérés de deux ou trois façons dont aucune ne représente 90 % et plus de la rémunération.

^{††} Les services indirects sont les services fournis en dehors du contact patient-médecin en personne comme les consultations téléphoniques qui ne sont pas rémunérées.

d'attente qui existent dans le domaine des soins primaires et de la médecine familiale joue un rôle crucial dans tous les problèmes médicaux à l'étude. On n'en a pas tenu compte jusqu'à maintenant.

4.3.2 Dilemme – Jusqu'où après les Cinq?

Présentement, la plupart des points de repère qu'on a établis pour les temps d'attente portent sur des interventions ou des examens diagnostiques précis dans les cinq domaines définis à l'origine. Afin d'étendre la mesure des temps d'attente aux soins primaires, il faudrait tenir compte de temps d'attente qui comprennent un éventail beaucoup plus étendu de diagnostics et d'interventions diagnostiques. Comme on reconnaît les nombreux problèmes que les médecins de famille prennent en charge en pratique, le dilemme consiste à en déterminer le nombre, la nature et le stade de la différenciation au niveau du diagnostic – étant donné que l'un des rôles clés des soins primaires consiste à faire passer le patient de l'étape des symptômes non différenciés à celle d'un diagnostic bien différencié.

Dans quels domaines cliniques a-t-on le plus besoin de points de repère sur les temps d'attente? Comment mesurer les interventions en soins primaires? À partir des sondages réalisés en 2006 par le CMFC et Décima, on a déterminé que les domaines cliniques suivants sont prioritaires à la fois pour les patients et pour les médecins de famille qui essaient d'avoir accès à des services et des consultations beaucoup plus spécialisés :

- Cardiologie
- Dermatologie
- Gastroentérologie
- Gynécologie
- Neurologie
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Orthopédie
- Pédiatrie
- Psychiatrie
- Rhumatologie

La liste est longue et en fait, il y a probablement beaucoup d'autres domaines cliniques dont on pourrait tenir compte, ce qui invite à penser que les indicateurs des temps d'attente doivent être appliqués à des **groupes de diagnostics** plus généralisés, ainsi qu'à des diagnostics particuliers auxquels on les a appliqués jusqu'à maintenant. Les indicateurs des temps d'attente devraient aussi continuer de respecter le point de vue du patient et celui du fournisseur pendant l'attente du stade suivant des soins.

Les patients qui ont des problèmes en soins primaires, y compris des symptômes non différenciés, ont besoin et méritent d'être vus rapidement. Cette attente pourrait être fondée sur le niveau de l'urgence – et non sur le domaine clinique particulier au problème. Par exemple, les patients qui ont un problème urgent doivent pouvoir obtenir une consultation dans les 12 à 24 heures, tandis que ceux dont le cas n'est pas urgent pourraient en obtenir une dans les 48 à 72 heures. Sur le plan de l'accès, il faudrait mettre l'accent sur l'accès **aux** soins primaires (c.-à-d. au médecin de famille) ou **à partir** des soins primaires (c.-à-d. aux consultations et services plus spécialisés). Dans le cas des références, il devrait y avoir un nombre limité mais à la hausse de problèmes pour lesquels on établit des points de repère relatifs à la période pendant laquelle un patient doit attendre pour être inscrit sur une liste d'attente (c.-à-d. pour que le décompte commence). Le patient devrait satisfaire à des critères normalisés (établis par les médecins de famille et d'autres spécialistes). Quand il satisfait aux critères, le décompte commence. S'il faut accorder le crédit du temps écoulé avant la confirmation du diagnostic – il faudrait donc reculer le début du décompte. Par

exemple, si un chirurgien général confirme qu'une chirurgie de la vésicule biliaire s'impose, mais que le médecin de famille a reçu un rapport d'échographie indiquant la présence de calculs chez un patient symptomatique plusieurs semaines avant la consultation, il faudrait considérer que le décompte commence lorsque le médecin de famille a étudié le rapport d'échographie et demandé la consultation.

5. Temps d'attente en soins primaires – Surveillance du continuum complet des soins

5.1 Mesure du continuum complet des soins

La mesure des temps d'attente au Canada couvre aujourd'hui principalement la période écoulée entre le moment où un patient consulte un spécialiste et celui où le spécialiste administre le traitement définitif. En mesurant ainsi les temps d'attente, on ne tient pas compte du temps d'attente complet vécu par le patient.

Tout au long du voyage dans le continuum des soins, il existe plusieurs étapes au cours desquelles un patient peut vivre des périodes d'attente importantes (*Figure 2*) :

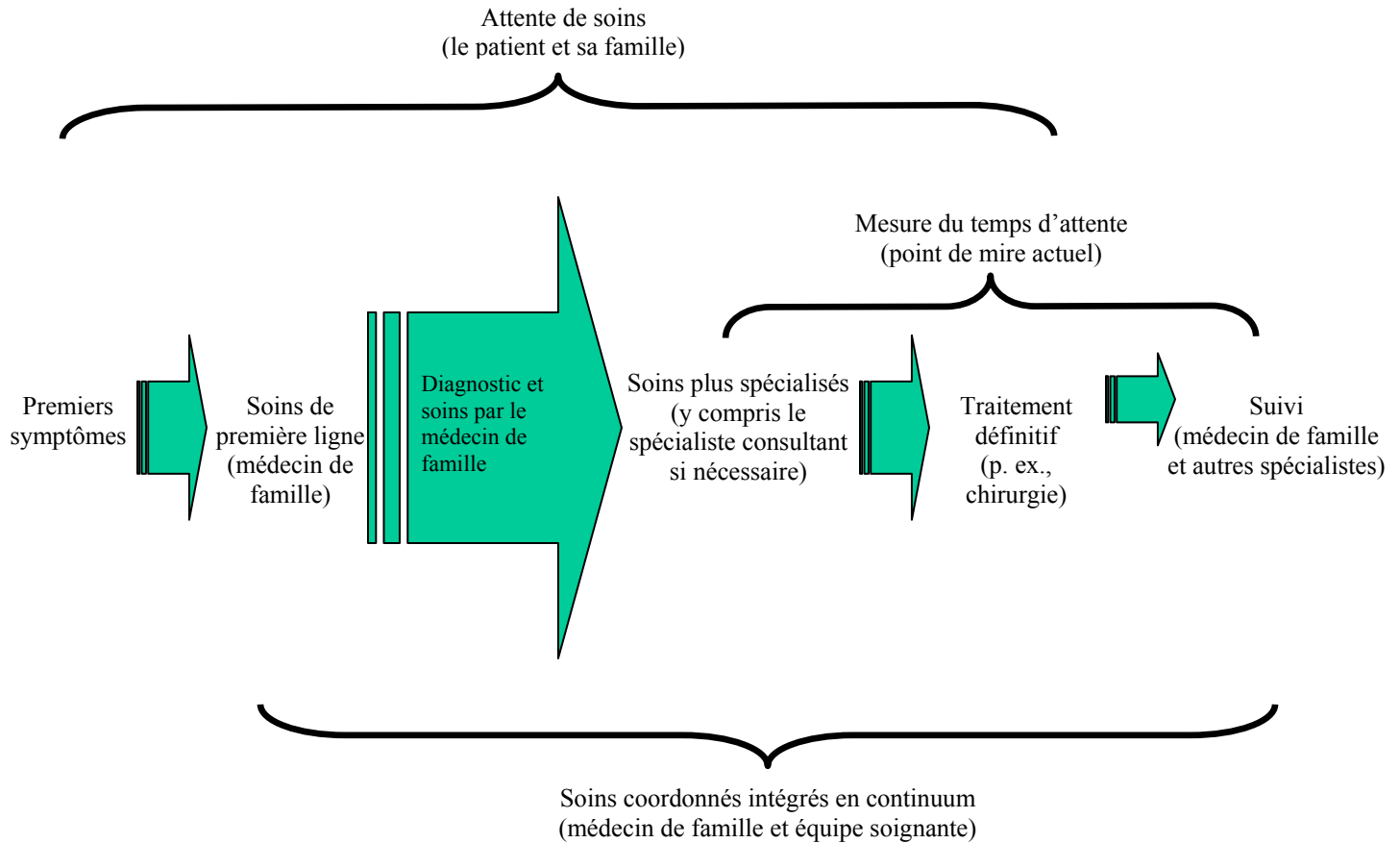
- Trouver un médecin de famille
- Consulter un médecin de famille pour un examen, un diagnostic et un traitement initial et continu
- Avoir accès à des tests diagnostiques
- Être référé à un spécialiste-conseil pour un examen plus poussé ou des conseils au besoin
- Recevoir des traitements médicaux et chirurgicaux, une autre intervention spécialisée ou une intervention d'investigation du spécialiste-conseil
- Suivi auprès du médecin de famille ou du spécialiste conseil – p. ex., pour la réadaptation ou la prise en charge de maladies chroniques persistantes.

Comme l'ont démontré Green et al (*Figure 1*), la grande majorité des patients n'ont pas besoin de services médicaux autres que des soins primaires ou des services de médecine familiale. Or, les initiatives d'analyse comparative et de gestion des temps d'attente les plus connues n'ont pas essayé de définir des périodes d'attente raisonnable pour les patients qui cherchent un médecin de famille, veulent consulter le médecin qu'ils ont ou qui veulent être référés au besoin par leur médecin de famille à un spécialiste-conseil⁴³.

Si l'on veut que les Canadiens aient un accès opportun aux soins primaires et aux autres services, il faudra prendre des décisions quant à l'accès optimal aux soins dans le continuum des temps d'attente. Tous les Canadiens devraient avoir accès à un médecin de famille, accès en temps opportun à leur médecin de famille, et il faudrait établir des points de repère pour une période pendant laquelle les patients doivent attendre pour consulter un spécialiste – au-delà des cinq domaines cliniques sur lesquels on s'est concentré récemment. À l'égard de tous ces aspects, l'urgence des soins aura une incidence sur la détermination du point de repère le plus approprié pour les périodes pendant lesquelles il faut attendre pour avoir accès aux soins.

La *Figure 2* illustre le cheminement des patients dans la voie des soins médicaux, y compris tous les points auxquels il est possible de mesurer l'attente et où il faut le faire⁴⁴.

Figure 2



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

5.2 La gestion des temps d'attente en soins primaires – Le défi

La mesure des temps d'attente en soins primaires pose des défis importants à chacun des trois principaux points de contact entre le patient et le médecin :

- i) Trouver un médecin de famille
- ii) Obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille
- iii) Être référé au besoin par le médecin de famille pour des investigations ou des consultations plus spécialisées

On a traité aux sections 4.1 et 4.2 des problèmes reliés à la nécessité de trouver un médecin de famille ou d'obtenir rapidement un rendez-vous avec son médecin de famille. Il existe de multiples facteurs sur lesquels il faut se pencher pour garantir que les patients ont accès à un médecin de famille, notamment former et garder davantage de médecins de famille et mettre au point des modèles de pratique qui appuient les médecins de famille dans la pratique.

Le CMFC et l'AMC recommandent que :

- i) Tous les Canadiens devraient pouvoir avoir leur médecin de famille personnel.
- ii) Il devrait y avoir un processus de planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé qui suit continuellement le nombre des médecins et l'éventail des spécialités nécessaires pour garantir que les Canadiens ont accès en temps opportun à un médecin de famille et à d'autres spécialistes.
- iii) Il doit y avoir suffisamment de postes de formation prédoctorale et postdoctorale pour que les Canadiens envisagent de faire carrière en médecine au Canada et la capacité du système de formation postdoctorale doit suffire pour intégrer dans les effectifs médicaux les diplômés qualifiés de facultés de médecine étrangères qui sont résidents permanents du Canada.
- iv) Il faut augmenter la rémunération des médecins de famille afin de garantir l'équité avec les autres spécialités et offrir des incitatifs à la prestation d'éléments essentiels des soins primaires ou des services de médecine familiale dont les Canadiens ont besoin.
- v) Il faudrait appuyer les contextes de soins primaires ou de médecine familiale afin de garantir que les modèles optimaux de pratique incluent l'accès aux DME, les équipes interprofessionnelles et la prestation de soins complets continus.
- vi) Les patients devraient pouvoir obtenir rapidement un rendez-vous avec un médecin de famille pour faire traiter des problèmes médicaux. Il faudrait établir, pour les temps d'attente dans le cas des rendez-vous, des points de repère fondés sur le caractère urgent des problèmes médicaux.

5.3 Gestion de l'urgence des soins

L'urgence des soins est un enjeu qui détermine avec quelle rapidité le décompte devrait se dérouler. Il faut aussi tenir compte de l'urgence lorsqu'on mesure les temps d'attente en soins primaires. Jusqu'à maintenant, le programme des temps d'attente a en grande partie oublié le temps d'attente écoulé entre la référence par le médecin de famille et la première consultation du spécialiste. Par exemple, les points de repère communs sur lesquels les ministres de la Santé se sont entendus en 2005 indiquent que : «le délai d'attente commence dès la réservation d'un service, lorsque le patient et le médecin appropriés conviennent d'un service et que le patient est prêt à la recevoir.⁴⁵» Les résultats du sondage annuel de 2007 effectué par l'Institut Fraser au sujet des listes d'attente soulignent la lacune de cette omission. Selon le sondage, le temps d'attente total qui s'écoule entre la référence par l'OP et le traitement, si l'on établit la moyenne entre 12 spécialités et 10 provinces, s'établit maintenant à 18,3 semaines. Environ la moitié (9,2 semaines) de ce temps d'attente total est attribuable à la période d'attente qui s'écoule entre la référence par l'OP et le premier rendez-vous avec le spécialiste⁴⁶. Dans les points de repère établis récemment par l'Alliance sur les temps d'attente, on reconnaît la période d'attente qui s'écoule après la référence par le médecin de famille, ce qui inclut le temps écoulé à partir de la référence dans les points de repère pour les soins psychiatriques, la gastroentérologie et l'anesthésiologie (gestion de la douleur)⁴⁷.

On a défini au moins trois niveaux distincts d'urgence : cas d'urgence immédiate, cas urgent et cas électif ou prévu. L'ATA définit ainsi ces niveaux de soin :

- **Urgence immédiate** : danger de mort ou de perte d'un membre ou d'un organe.
- **Urgence** : situation instable susceptible de se détériorer rapidement et de résulter en une admission pour urgence immédiate;
- **Prévue** : situation où le problème cause une douleur, une dysfonction ou une incapacité minime (aussi appelée «de routine» ou «électif»)¹.

Il est bien entendu possible de segmenter davantage ces niveaux généraux. Le dépistage et la prévention, par exemple, qui constituent un élément très important de la gestion des soins primaires par le médecin de famille, sont dissimulés dans la catégorie «routine» ou «électif».

Le niveau de l'urgence peut dépendre de la gravité des symptômes du patient ou du diagnostic. Le médecin de famille n'est pas en mesure de déterminer le besoin ou l'urgence de la référence sans voir le patient. Les niveaux d'urgence se croisent, sans égard au degré de différenciation du diagnostic atteint dans la prise en charge du patient par le secteur des soins primaires. Il n'est pas nécessaire qu'un problème soit bien différencié^{**} pour être reconnu comme urgent.

5.4 Pertinence et responsabilité

Lorsqu'on analyse plus à fond la mesure des temps d'attente en soins primaires, il faut tenir compte de deux autres facteurs dans l'établissement des points de repère, soit la *pertinence* et la *responsabilité*.

En ce qui a trait à la *pertinence*, beaucoup d'intervenants dans la mesure des temps d'attente ont déjà soulevé de nombreuses questions qui s'appliquent tout autant en soins primaires :

- Qui faut-il inscrire sur une liste d'attente?
- Quand faut-il inscrire un patient sur une liste?
- Quels critères de diagnostic ou lignes directrices faudrait-il utiliser?
- Le décompte a-t-il débuté avant cette rencontre?
- Quand ou comment un patient devrait-il être enlevé d'une liste?
- Les patients doivent-ils recommencer du début s'ils sont réinscrits sur la liste?
- Qui est chargé de suivre la liste pour les patients?

Les médecins de famille et d'autres spécialistes reconnaissent aussi que la prise en charge d'un patient dans un continuum de temps d'attente engendre des *responsabilités* supplémentaires qui n'appartiennent pas nécessairement au médecin traitant du patient. Lorsqu'il s'agit de déterminer l'accès aux soins en temps opportun pour les patients et de suivre leurs temps d'attente, on peut tenir compte de nombreuses responsabilités, entre autres :

- Répondre aux attentes du patient.
- Satisfaire aux critères de diagnostic.
- Attribuer des niveaux d'urgence.
- Aider les patients à s'inscrire à une liste.
- Suivre l'évolution des patients sur les listes.
- Gérer les patients lorsque le point de repère pour les temps d'attente n'est pas atteint.
- Gérer les problèmes cliniques des patients et leurs complications en dépit de l'effet d'«éviction» qui se fait sentir dans le système.

Dans trois publications de 2007, l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) a prévenu les médecins au sujet des risques possibles dans le domaine de la responsabilité civile qu'on pourrait associer à la prise en charge de patients inscrits sur des listes d'attente par rapport aux points de repère pour les temps d'attente. Tout d'abord, dans une lettre d'information datée de mars 2007, on craint que, même si les points de repère sont destinés à servir d'objectifs de rendement pour le système, les tribunaux puissent

^{**} Cela pourrait s'appliquer, par exemple, à la distinction entre un patient dont l'hypertension est diagnostiquée et qui se présente pour un suivi par rapport à un patient qui a des étourdissements et se présente pour une évaluation.

les interpréter comme des normes pour les fins médico-légales. On ajoute également que les médecins doivent tenir compte de la façon de prendre en charge les patients inscrits sur une liste d'attente afin de se dégager de l'obligation de diligence que peuvent sous-entendre les points de repère⁴⁸. Deuxièmement, un document de discussion daté d'août 2007 soulève d'autres préoccupations au sujet de l'activité des associations médicales dans l'établissement de points de repère que les tribunaux pourraient utiliser comme normes rigoureuses⁴⁹. Le document décrit en détail huit étapes précises que les médecins traitants doivent suivre afin de surveiller ou de prendre en charge des patients inscrits sur des listes d'attente :

- noter la date du rendez-vous et déterminer si le moment choisi peut constituer une préoccupation clinique importante;
- réfléchir aux soins appropriés pour le patient au cours de la période d'attente;
- informer le patient au sujet des signes ou symptômes qui indiquent un besoin de soins supplémentaires;
- faire part au médecin-conseil des changements de l'état clinique du patient;
- essayer de négocier un rendez-vous plus rapproché ou une autre référence si c'est justifié;
- documenter l'évaluation clinique et toute tentative de prendre un rendez-vous plus rapproché;
- surveiller les patients et attribuer une nouvelle priorité aux patients qui attendent;
- faire part des besoins des patients aux établissements, aux médecins-conseils et à d'autres intervenants.

Troisièmement, un feuillet d'information de septembre 2007 traite de la responsabilité lorsque les ressources de soins de santé, comme les soins de spécialistes, sont limitées. On signale dans le feuillet que les médecins pourraient être appelés à dispenser des soins en dehors de leur domaine d'expertise lorsque les ressources sont rares. Tout en signalant que les tribunaux n'ont pas encore abordé la question, on indique que les tribunaux n'évalueront pas vos décisions en fonction d'une norme de perfection. Ils l'évalueront plutôt en tenant compte de ce qu'un médecin raisonnable et prudent comme vous déciderait dans des circonstances semblables⁵⁰. Néanmoins, compte tenu du fait que la décision de référer sous-entend qu'un médecin a déterminé qu'un problème dépasse son champ d'exercice, il faudra se pencher sur la question du soutien accordé au médecin qui gère ce qui pourrait constituer de longues listes d'attente pour obtenir des soins spécialisés.

À mesure que la question de la gestion des temps d'attente passera des «points de repère» et «objectifs» aux «garanties», comme on l'a signalé dans l'établissement de la *Fiducie pour les garanties de délai d'attente pour les patients* dans le budget fédéral de 2007, ces facteurs prendront davantage d'importance.

6. La possibilité de mesurer les temps d'attente en soins primaires

Les facteurs dont il faut tenir compte pour mesurer les temps d'attente en soins primaires sont multiples et variés. Les enjeux présentés dans le présent document soulèvent de nombreuses possibilités pour établir des points de repère sur les temps d'attente ou des cibles en soins primaires, mais les incertitudes et les défis sont tout aussi nombreux.

Il ne faut pas oublier le rôle du jugement clinique lorsqu'on essaie d'augmenter l'accès aux soins en temps opportun.

Il ne faut pas oublier le rôle du jugement clinique lorsqu'on essaie d'augmenter l'accès aux soins en temps opportun. Il faut, par exemple, accorder de l'attention aux problèmes non différenciés – parfois de toute urgence – même s'ils ne correspondent pas aux critères d'inscription des patients sur les listes d'attente. Il faut établir un équilibre approprié entre les meilleures données probantes et l'expérience médicale afin de garantir une souplesse dans la gestion des temps d'attente pour les patients. Il faut se rappeler que la gestion du temps ne vise pas simplement à inscrire des patients sur des listes d'attente que l'on peut mesurer. Elle vise à garantir l'accès aux soins en temps opportun.

Les gouvernements et les autres dirigeants du système de santé ne doivent pas oublier non plus que les patients attachent de la valeur à la continuité des soins, même s'ils doivent attendre plus longtemps. Les patients attachent de la valeur, par exemple, au fait d'être suivis par un médecin de famille dans tout un continuum de temps d'attente, ce qui garantit l'accès en temps opportun aux soins et aux services dans la mesure du possible et dans un continuum de soins jusqu'à ce que le patient ait reçu un traitement définitif ou qu'on ait déterminé une prise en charge continue.

Dans la gestion des temps d'attente, il faut tenir compte aussi des comorbidités, c.-à-d. des autres maladies associées au problème médical d'un patient. Les comorbidités ont souvent de l'influence sur les décisions portant sur le diagnostic le plus exact ou sur le meilleur traitement, mais on peut s'attendre à ce qu'elles agissent aussi sur la mesure des temps d'attente à cause de la diversité des problèmes, de la différenciation et des niveaux d'urgence auxquels font face les médecins de famille qui s'occupent d'un patient.

Compte tenu de ces facteurs et d'autres encore, il est possible à court et à long terme de garantir aux patients un accès plus opportun aux soins primaires en se penchant sur trois domaines de mesure :

i) Données

Pour se pencher sur les temps d'attente en soins primaires, il faut d'abord pouvoir mesurer les temps d'attente dans le continuum du soin du patient et les suivre. La capacité du système de santé du Canada de mesurer les temps d'attente en soins primaires, ainsi que dans les soins plus spécialisés, demeure très limitée – particulièrement dans l'optique pancanadienne. Il est toutefois sage de noter qu'on signalait dans le rapport de l'Alliance sur les temps d'attente que : «L'établissement des points de repère doit être fondé sur des données probantes, mais non pas de façon déterministe.¹» Il ne faut pas laisser tomber ou reporter la nécessité de fournir au patient un accès plus opportun aux soins, y compris aux soins primaires, lorsque les meilleures preuves peuvent être incertaines ou manquantes. Il faut commencer par s'entendre sur ce qu'on mesurera dans les soins primaires.

On a noté, au cours des dernières années, une augmentation considérable de l'envergure et de la couverture des enquêtes représentatives comportant des mesures de l'accès aux soins primaires. Par

exemple, l'Institut canadien d'information sur la santé a lancé un *Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires* qui a produit une série détaillée de 105 indicateurs. Plusieurs de ces indicateurs sont reliés directement à l'accès aux soins de santé primaires (SSP), comme les suivants :

- pourcentage de la population qui a actuellement un fournisseur régulier de SSP, selon le type;
- pourcentage de la population de plus de 18 ans qui a de la difficulté à obtenir des SSP de routine ou continus de son fournisseur régulier au cours des 12 derniers mois;
- pourcentage de la population de plus de 18 ans qui a de la difficulté à obtenir de son fournisseur régulier de SSP, le soir ou en fin de semaine, des soins immédiats dans un cas d'urgence immédiate mais qui constitue un problème de santé mineur;
- pourcentage des clients/patients des SSP de plus de 18 ans qui sont satisfaits des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous pour des problèmes de santé d'urgence immédiate mais mineurs et des soins de routine non urgents⁵¹.

On peut s'attendre à ce que la mise en œuvre de systèmes électroniques d'information et d'ordonnancement en médecine familiale améliore la capacité de suivre continuellement les temps d'attente.

ii) Points de repère ou cibles

Comme la mesure des temps d'attente en soins primaires est complexe, il faut aussi s'entendre sur les points de repère ou cibles qu'il faudrait atteindre dans le continuum des temps d'attente du patient : 1) pour trouver un médecin de famille; 2) pour consulter un médecin de famille; 3) pour se soumettre à une intervention diagnostique ou consulter un spécialiste-conseil. Plus précisément :

- 1) Les gouvernements et tous les autres intervenants devraient-ils d'un commun accord se fixer un objectif pour que tous les Canadiens trouvent un médecin de famille?
- 2) Dans le cas des Canadiens qui ont un médecin de famille, faudrait-il envisager des objectifs pour les temps d'attente ou d'accès à un médecin de famille et comment ceux-ci devraient-ils compléter l'accès à d'autres aspects des soins primaires?
- 3) Faudrait-il envisager aussi des points de repère pour l'accès à des soins plus spécialisés en passant par le système de soins primaires?
- 4) Comment faudrait-il concevoir un système de temps d'attente pour aider les médecins de famille à maintenir et améliorer l'accès aux soins primaires pour les patients?
- 5) Enfin, il faut envisager des cibles ou points de repère pour un plus vaste éventail de domaines cliniques – outre «les cinq» – lorsqu'il faut référer un patient pour des interventions ou des consultations diagnostiques avancées. Compte tenu de la capacité des ressources du système de santé du Canada, quels points de repère faudrait-il établir et jusqu'où faudrait-il aller en ce qui concerne les attentes des patients et des fournisseurs à l'égard de l'accès aux soins en temps opportun?

iii) Garanties

Les garanties de délai d'attente constituent une autre étape de l'évolution d'un système de santé qui offre un accès plus opportun aux soins. Une garantie fait plus qu'énoncer un point de repère : elle garantit qu'il sera atteint et prévoit des recours possibles en cas de non-respect du point de repère. C'est pourquoi le CMFC et l'AMC ont tous deux exprimé des préoccupations au sujet de l'établissement de garanties de temps d'attente avant que les moyens de soutien nécessaires soient en place dans le système de santé pour gérer la capacité, ainsi que les attentes des patients et des fournisseurs.

La gestion des temps d'attente devrait viser non pas à jeter le blâme, mais plutôt à mesurer, établir des cibles ou des points de repère et, ce faisant, apporter des améliorations qui donnent aux patients un accès plus opportun aux soins dans le système de santé.

Conclusion

Comme on l'a vu au cours des dernières années, les gouvernements et les intervenants du système de santé peuvent passer d'une position axée sur l'accès aux soins dans certains secteurs particuliers seulement à une approche plus inclusive. Le CMFC et l'AMC sont d'avis qu'il faut mesurer l'accès aux soins dans tout le continuum des temps d'attente vécu par les patients et les fournisseurs. Le continuum inclut très certainement les soins primaires, où les médecins de famille jouent des rôles clés dans la prise de décisions cliniques portant sur l'accès pour les patients à divers éléments du système de santé. L'accès inclut aussi un éventail beaucoup plus vaste de problèmes cliniques.

Si l'on veut dûment mesurer les temps d'attente et qu'ils incluent l'expérience du patient, les soins primaires constituent un élément très important de cette mesure. Comme on peut le constater dans le présent document, il y a toutefois de nombreux facteurs dont il faut tenir compte avant d'établir des cibles ou des points de repère pour les temps d'attente en soins primaires. Il se peut très bien que les médecins de famille eux-mêmes abordent avec prudence la gestion du temps en soins primaires si les moyens de soutien nécessaires n'existent pas pour garantir l'atteinte des cibles ou des points de repère.

Au cours des étapes suivantes de l'établissement de temps d'attente en soins primaires, il faudra notamment recueillir et gérer des données et viser des solutions qui permettent d'atteindre les points de repère pour les temps d'attente grâce à un accès plus rapide aux soins primaires et à d'autres niveaux de soin. Pour se lancer dans ce voyage, tous les Canadiens doivent d'abord avoir un médecin de famille.

Annexe A

Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires

Mandat

Le Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires (PTASP) a pour mandat d'étudier les questions complexes entourant les temps d'attente dans les soins primaires et d'élaborer des points de repère fondés sur des preuves pour assurer un accès en temps opportun aux soins médicaux primaires, y compris notamment les suivants :

- délai pour trouver un médecin de famille;
- délai pour consulter son médecin de famille;
- délai pour consulter un spécialiste-conseil.

Il faudrait également envisager d'évaluer et de recommander des outils et des lignes directrices afin d'améliorer l'accès en temps opportun aux soins médicaux primaires.

Composition

Le PTASP est dirigé par un Comité directeur constitué de membres du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et de l'Association médicale canadienne (AMC), assistés du personnel des deux organisations.

Coprésidents :

D^r Tom Bailey (CMFC)

D^r Lydia Hatcher (AMC)

Membres :

D^r Robert Boulay (CMFC)

D^r Shireen Mansouri (AMC)

D^r John Tracey (AMC)

D^r Ruth Wilson (CMFC)

Personnel :

D^r John Maxted (CMFC)

M. Owen Adams (AMC)

M. Eric Mang (CMFC)

Annexe B

Accès à un médecin de famille – Données fédérales, provinciales et territoriales

Géographie	Statistique Canada* (2005)		Decima† (2005)	
	Ont un médecin de famille régulier(%)	N'ont pas de médecin de famille régulier(%)	Ont un médecin de famille régulier(%)	N'ont pas de médecin de famille régulier(%)
Canada	86,4	13,6	85	15
Terre-Neuve-et-Labrador	89,0	11,0	94	6
Île-du-Prince-Édouard	89,9	10,1		
Nouvelle-Écosse	95,1	4,9		
Nouveau-Brunswick	92,6	7,4		
Québec	75,7	24,3	76	24
Ontario	91,6	8,4	90	10
Manitoba	84,0	16,0	81	19
Saskatchewan	84,8	15,2		
Alberta	84,2	15,8	86	14
Colombie-Britannique	89,8	10,2	86	14
Territoire du Yukon	76,1	23,9	s.o.	s.o.
Territoires du Nord-Ouest	53,0	47,0	s.o.	s.o.
Nunavut	12,6	87,4	s.o.	s.o.

* Statistique Canada (2005)

- Personnes déclarant avoir un médecin de famille régulier, population à domicile de 15 ans et plus, Tableau 105-3024
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (3226) – Enquête sur l'accès aux services de santé (5002)
- *Adapté du tableau 105-3024* : <http://cansim2.statcan.ca>

† Centre de recherche Décima

- 25 novembre 2004 : **16 %** des Canadiens déclarent qu'ils n'ont pas de médecin de famille^{§§}
- 9 décembre 2005 : **15 %** déclarent qu'ils n'ont pas de médecin de famille^{***}
- 2 novembre 2006 : **17 %** déclarent qu'ils n'ont pas de médecin de famille^{†††}

^{§§} Entre le 11 et le 21 septembre 2004, le Centre de recherche Décima a réalisé un sondage téléphonique national auprès de 2035 Canadiens de plus de 18 ans. Ce sondage présente un niveau de confiance de +/- 2,2 %, 19 fois sur 20.

^{***} Le Centre de recherche Décima a réalisé un sondage auprès de 2000 Canadiens adultes entre le 13 et le 24 octobre 2005. La recherche est considérée exacte à +/- 2,2 %, 19 fois sur 20.

^{†††} Du 14 au 17 septembre 2006, le Centre de recherche Décima a effectué un sondage téléphonique national auprès de 1019 Canadiens de plus de 18 ans. Le sondage présente un niveau de confiance de +/- 3,1 %, 19 fois sur 20.

Annexe C

Modèles *Advanced Access* et *Open Access*

Contexte

C'est le D^r Mark Murray qui, en collaboration avec l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), a été le pionnier du modèle *Advanced Access* (accès avancé ou AA) aux États-Unis. L'AA applique la théorie des files d'attente, de la même façon qu'on l'a appliquée à l'industrie de l'automobile pour parvenir à la livraison «juste à temps» sur la chaîne de montage. La principale prémisses de l'AA est la suivante : s'il y a généralement équilibre entre la demande de rendez-vous des patients et la capacité de prendre des rendez-vous, il devrait être possible d'offrir au patient un rendez-vous le jour même où il téléphone. Le D^r Murray et ses collaborateurs ont défini six étapes de la mise en œuvre de l'AA : 1. Mesurer l'offre et la demande et établir un équilibre entre les deux. 2. Éliminer les arriérés accumulés. 3. Réduire le nombre de types de rendez-vous. 4. Établir des plans d'urgence (p. ex., saison de la grippe). 5. Réduire et orienter la demande (p. ex., téléphone et courrier électronique pour répondre aux questions). 6. Augmenter l'offre réelle en déléguant des tâches⁵². L'indicateur sentinelle qui sert à surveiller l'AA est ce qu'on appelle «le troisième prochain rendez-vous disponible» et s'entend du nombre moyen de jours écoulés entre l'appel du patient pour un rendez-vous et le troisième rendez-vous disponible pour un examen médical.

Recherche sur l'accès avancé

On a compilé les publications existantes en faisant des recherches sur Pubmed et Google au moyen des expressions «*advanced access*» ou «*open access*» combinées au mot clé «*primary*». On a trouvé quelque 16 études empiriques (Tableau 1). Parmi les 16 études, il y avait un seul essai contrôlé d'envergure modeste; parmi les autres, il y avait deux études d'observation multicentres, 11 études de cas d'observation et deux études qualitatives. La constatation la plus robuste porte sur l'effet que l'AA a sur la réduction de la période moyenne d'attente pour le troisième rendez-vous disponible. Parmi les 16 études, 11 ont signalé des réductions importantes des temps d'attente pour le troisième rendez-vous disponible et une augmentation du pourcentage des rendez-vous obtenus le jour même. Parmi les 16 études, 6 ont signalé des augmentations de la continuité des soins (c.-à-d. du nombre de patients vus par leur propre médecin). Six études ont signalé des augmentations de la satisfaction des patients que l'on a attribuées à la fois à la réduction du temps d'attente et à l'amélioration de la continuité, tandis que d'autres ont signalé une baisse de la satisfaction des patients, qui peut être attribuable à une augmentation de l'attente du patient au moment du rendez-vous. Trois études ont démontré une satisfaction accrue du personnel du cabinet et une autre a produit des résultats mixtes. Deux études ont signalé une amélioration de la satisfaction des médecins, tandis que deux autres ont montré des résultats mixtes. Fait très intéressant pour le contexte canadien, on a signalé une capacité accrue découlant de la mise en œuvre de l'AA sous forme d'un plus grand nombre de consultations de nouveaux patients⁵³ ou d'une augmentation de la part de marché⁵⁴, d'une réduction du nombre de personnes qui ne se présentent pas à leur rendez-vous et de preuves indiquant que l'AA peut fonctionner en pratique indépendante⁵⁵; une étude a aussi signalé une réduction du recours aux services de soins d'urgence⁵⁶.

Le fait que la première communication du D^r Murray dans le *Journal of the American Medical Association* ait paru en 2003 seulement est sans aucun doute une des raisons pour lesquelles l'assise de données probantes est limitée⁵². Néanmoins, les études ont indiqué de façon convaincante que l'AA peut réduire les temps d'attente dans un vaste éventail de contextes. Du point de vue du caractère répétable, il existe maintenant des outils de mesure assez normalisés qu'on peut utiliser pour mesurer la demande et la méthodologie graduelle est bien documentée. L'assise factuelle manque toutefois dans la documentation

des coûts de mise en œuvre de l'AA, en ce qui concerne particulièrement l'élimination des accumulations de rendez-vous et les mesures précises prises pour restructurer la demande.

Il est possible de faciliter l'implantation de l'AA en utilisant le *Breakthrough Series Collaborative* (BSC) dont l'IHI a aussi été le pionnier. Le BSC agit en réunissant un certain nombre d'équipes pour chercher à améliorer un domaine précis et comporte huit étapes qui commencent par la sélection du sujet, le recrutement et la mobilisation de formateurs, suivis de réunions en personne et de l'implantation locale pour se terminer par des évaluations bilan et la collaboration à la prise de mesures⁵⁷. On a utilisé ce système de façon générale dans la mise en œuvre de l'AA et un collectif virtuel a également été créé dans Internet et par téléphone⁵⁸. On a suivi la stratégie BSC pour lancer le collectif de soins primaires entre 20 fiducies de soins primaires au Royaume-Uni en 2000. En 2003, plus de 2000 pratiques y participaient⁵⁹. Le Conseil de la qualité de la santé (CQS) de la Saskatchewan a lancé, en novembre 2005, un collectif de gestion des maladies chroniques qui réunit 33 cabinets de médecine familiale et plus de 400 professionnels de la santé. L'amélioration de l'accès est un objectif de ce collectif et un récent rapport d'étape présente des résultats positifs sur le plan de la réduction des temps d'attente⁶⁰. On est en train d'implanter ce collectif en rendant disponibles des experts-conseils en échange du savoir du CQS. La deuxième vague de novembre 2006 comptait 40 nouvelles pratiques. Ailleurs au Canada, on a présenté l'adoption de l'AA en contexte de soins primaires à Penticton (C.-B.), au cours de la conférence *Maîtriser les files d'attente* en mars 2006⁶¹, et l'on a décrit l'implantation de l'AA dans le réseau de soins primaires de Chinook, en Alberta, au cours de la *Conférence nationale sur l'accès aux soins de santé en temps opportun* en février 2007³⁷.

Tableau 1

Modèles *Open Access* et *Advanced Access* : constatations tirées d'une consultation de la littérature.

Étude	Résultats						
	Référence	Temps d'attente moindre pour les rendez-vous	Meilleure continuité des soins	Meilleure satisfaction des patients	Meilleure satisfaction du personnel du cabinet	Satisfaction des médecins	Autre
<i>Essai contrôlé</i>							
Belardi, F, Weir S, Craig F. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family centre. <i>Family Medicine</i> 2004; 36(5) 34-5.	✓	✓					
<i>Études d'observation multicentres</i>							
Pickin M, O'Cathain A, Sampson F, Dixon S. Evaluation of advanced access in the National Primary Care Collaborative. <i>British Journal of General Practice</i> 2004; 54:334-40.	✓				✓		
Goodall S, Montgomery A, Banks J, Salisbury S, Sampson F, Pickin M. Implementation of advanced access in general practice: postal survey of practices. <i>British Journal of General Practice</i> 2006; 56(533): 918-23.	✓						<ul style="list-style-type: none"> • Moins de la moitié des cabinets utilisaient intégralement l'accès avancé

Étude	Résultats						
	Référence	Temps d'attente moindre pour les rendez-vous	Meilleure continuité des soins	Meilleure satisfaction des patients	Meilleure satisfaction du personnel du cabinet	Satisfaction des médecins	Autre
Études d'observation de cas							
Murry M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. <i>Family Practice Management</i> 2000; 7(8):45-50.	✓	✓					
Pierdon S, Charles T, McKinley K, Meyers L. Implementing advanced access in a group practice network. <i>Family Practice Management</i> 2004; 11(5): 35-8.	✓			✓			<ul style="list-style-type: none"> • % de visites de nouveaux accru de 33 % entre la 1^{re} et la 2^e année d'implantation • Hausse de 8 % de la productivité des médecins
O'Hare C, Corlett J. The outcomes of open-access scheduling. <i>Family Practice Management</i> 2004; 11(2): 35-8.			✓	✓			
Anderson J*, Sotolongo C. Implementing advanced access in family medicine: a new paradigm in primary care. <i>North Carolina Medical Journal</i> 2005; 66(3): 223-5 * Un cabinet se retrouve possiblement aussi dans Bundy et al ci-dessous.	✓			✓	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la part du marché du cabinet.
Meyers M. Changing business practices for appointing in military outpatient medical clinics: the case for a true "upon access" appointment scheme for primary care. <i>Journal of Healthcare Management</i> 2003; 48(2):125-39.	✓						<ul style="list-style-type: none"> • Système téléphonique insuffisant pour traiter le volume d'appels
Bundy D, Randolph G, Murray M, Anderson J. Open access in primary care: results of a North Carolina pilot project. <i>Pediatrics</i> 2005; 116(1): 82-7.	✓			✓			
Knight A, Padgett J, George B, Dato M. Reduced waiting times for the GP: two examples of "advanced access" in Australia. <i>Medical Journal of Australia</i> 2005; 183(2):101-3.			✓	✓	✓		<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de rendez-vous manqués en baisse de 120 par mois à 20 par mois
Parente D, Pinto B, Barber J. A pre-post comparison of service operational efficiency and patient satisfaction under open access scheduling. <i>Health Care Management Review</i> 2005; 30(3): 220-8.	✓	✓		Satisfaction moindre			<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de 2,1 minutes du temps d'attente des patients • Diminution du temps passé avec le médecin (possiblement à cause d'une meilleure continuité)
Steinbauer J, Korell K, Erdin J, Spam S. Implementing open-access scheduling in an academic practice. <i>Family Practice Management</i> 2006; 13(3):59-64.	✓			✓	Résultats mitigés	Résultats mitigés	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de 20 % du nombre de visites mensuelles des patients • Augmentation de 33 % du volume des appels (relié à une augmentation de l'achalandage) • Réduction de 36 % des demandes de changement des heures de rendez-vous
Solberg L, Crain A, Sperl-Hillen J, Hroschikowski N, Engebretson K, O'Connor P. Effect of improved primary care access on quality of depression care. <i>Annals of Family Medicine</i> 2006; 4(1): 69-74.	✓	✓					<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de l'observation à 6 mois du traitement aux antidépresseurs associée à une meilleure continuité

Étude	Résultats					
	Référence	Temps d'attente moindre pour les rendez-vous	Meilleure continuité des soins	Meilleure satisfaction des patients	Meilleure satisfaction du personnel du cabinet	Satisfaction des médecins
Rohrer J, Bernard M, Naessons J, Furst J, Kircher K, Adamson S. Impact of open-access scheduling on realized access. Health Services Management Research 2007; 20(2): 134-9.					✓	<ul style="list-style-type: none"> • L'hypothèse selon laquelle un patient vu en continuité recevrait plus d'une visite en soins primaires par année dans une clinique à accès ouvert se vérifie partiellement seulement.
<i>Études qualitatives</i> Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care: case studies of the advanced access model. JAMA 2003; 289(8): 1042-6.	Résultats mitigés					<ul style="list-style-type: none"> • Tous les cabinets ont eu du mal à réduire les arrérages. • Les avantages se font sentir plus rapidement pour les gestionnaires que pour les médecins.
Ahluwalia S, Offredy M. A qualitative study of the impact of the implementation of advanced access in primary health care on the working lives of general practice staff. BMC Family Practice 2005; 639 doi:10 11861 Accessed January 20, 2007.				✓	Résultats mitigés	

Références

- ¹ Alliance sur les temps d'attente. Il est grand temps d'agir! Ottawa : l'Association médicale canadienne; 2005.
- ² Le Collège des médecins de famille du Canada, Temps d'attente – Énoncé de position. Mississauga : CMFC; 2005.
- ³ Conseil canadien de la santé, Éclaircir la question des temps d'attente – Que signifient des réductions et des garanties substantielles? Toronto : Conseil de la santé; 2007.
- ⁴ Willcox S, Seddon M, Dunn S, Edwards RT, Pearse J, Tu JV. Measuring and reducing waiting times: A cross-national comparison of strategies. *Health Aff*, 2007 Jul/Aug; 26 (4):1086.
- ⁵ MedicineNet.com, Definition of Primary Care. [Internet] [Consulté le 15 mai 2007]. Disponible à : www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=5042.
- ⁶ Starfield B. Primary care: Is it essential?. *Lancet*. 1994 Oct 22; 344(8930):1129-33
- ⁷ Macinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States, *Int J Health Serv* 2007; 37 (1):111-122.
- ⁸ Marshall M, Klazinga N, Leatherman S, Hardy C, Bergmann E, Pisco L et al. OECD Health Care Quality Indicator Project: The expert panel on primary care prevention and health promotion. *Int J Qual Health Care*. 2006 Sep;18 Suppl 1:21-5.
- ⁹ Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-218. On a réalisé cette étude en évaluant 15 indicateurs de soins primaires, neuf caractéristiques du système de santé (p. ex., financement des services de soins primaires, pourcentage des médecins qui dispensent des soins primaires et arrangement d'accès en 24 heures) et six caractéristiques de la pratique (p. ex., soins de premier contact, intégralité et orientation communautaire).
- ¹⁰ Department of Health. The meaning of the 24/48 hour target – definitions, monitoring and resources. [Internet] [Consulté le 14 avr 2008] Disponible à : www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/PatientChoice/Waitingbookingchoice/DH_4066425
- ¹¹ Department of Health. National GP Patient Surveys on Access and Choice Summary Report 2006/2007. [Internet] [Consulté le 08 août 2007] Disponible à : http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/idcplg?IdcService=GET_FILE&dID=144789&Rendition=Web.
- ¹² McGauran A. It's time to rethink access to GPs within 48 hours, report says. *BMJ*. 2004 Oct 2; 329:762.
- ¹³ Department of Health. Delivering primary care: Primary care trusts. [Online] [Consulté le 14 avr 2008] Disponible à : www.dh.gov.uk/en/Aboutus/HowDHworks/DH_074639
- ¹⁴ Wikipedia. NHS Primary Care Trust. [Internet] [Consulté le 20 nov 2007] Disponible à : http://en.wikipedia.org/wiki/BHS_Primary_CARE_Trust.
- ¹⁵ Healthcare Commission. The annual health check 2006/2007: a national overview of the performance of NHS trusts in England.[Internet] [Consulté le 20 nov 2007] Disponible à : http://2007ratings.healthcarecommission.org.uk/db/documents/Annual_health_check_national_overview_2006-2007.pdf.
- ¹⁶ House of Commons Committee of Public Accounts. The provision of out-of-hours care in England. Sixteenth report of session 2007-07 [Internet] [Consulté le 1 jan 2008] Disponible à : www.publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmpubacc/360/360.pdf.
- ¹⁷ Department of Health. Investing in primary care: outline of the scheme. [Internet] [Consulté le 6 fév 2008] Disponible à : http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Organisationpolicy/Primarycare/Investinginprimarycare/DH_4000560.
- ¹⁸ Department of Health. What is the European Working Time Directive? [Internet] [Consulté le 1 jan 2008] Disponible à : http://www.dh.gov.uk/en/Policyandguidance/Humanresourcesandtraining/Modernisingworkforceplanninghome/Europeanworkingtimedirective/DH_077304.
- ¹⁹ Décima. Sondage d'opinion publique Décima. Toronto, Ont: Decima Research; 2006.
- ²⁰ Sanmartin C, Ross N. Étude, Accès aux soins de santé de première ligne. Statistique Canada, Le Quotidien. [Internet] [Consulté le 13 fév 2006] Disponible à : <http://www.statcan.ca/Daily/francais/060213/d060213a.htm>.
- ²¹ Décima. Sondage d'opinion publique Décima. Toronto, Ont: Decima Research; 2004.
- ²² Décima. Sondage d'opinion publique Décima. Toronto, Ont: Decima Research; 2005.
- ²³ Institut canadien d'information sur la santé, Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients : comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004. Ottawa : ICIS; 2005.

-
- ²⁴ SOAR Family Medicine 2006. An international colloquium of six organizations to advance the renewal of family medicine. Proceedings of the SOAR Colloquium; 2006 Sep 4-8; Toronto. Mississauga: CFPC; p. 35.
- ²⁵ Peckham S. The new general practice contract and reform of primary care in the United Kingdom. Healthc Policy. 2007; 12(4):40.
- ²⁶ Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. Rapport du Groupe de travail sur le permis d'exercice des diplômés internationaux en médecine. [Internet] [Consulté le 18 avr 2008] Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/hhr/medical-graduates.pdf.
- ²⁷ Association des facultés de médecine du Canada. Inscription en première année en facultés de médecine canadiennes selon le sexe, 1968-1969-2006-2007. [Internet] [Consulté le 8 août 2007] Disponible à : www.afmc.ca/docs/pdf_2007_cmes_trend_firs_year_undergraduate_enrolment.pdf.
- ²⁸ OCDE. Health education - medical graduates per 100,000 population. Eco-Santé OCDE 2007.
- ²⁹ Sanmartin C, Ross N. Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada. Healthc Policy. 2006;1(2):103-119.
- ³⁰ Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ 2003;327:1219-21.
- ³¹ Collège des médecins de famille du Canada. Les quatre principes de la médecine familiale. [Internet] [Consulté le 20 nov 2007] Disponible à : <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/about%20us/principles/default.asp?s=1>.
- ³² Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Sondage national auprès des médecins. [Internet] [Consulté le 2 fév 2008] Disponible à : http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/National/pdf/Q19/Q19_CORE_only.pdf.
- ³³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Équipes Santé familiale. [Internet] [Consulté le 6 fév 2008] Disponible à : http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fht/fht_mn.html.
- ³⁴ Primary Care Initiative. About primary care networks. [Internet] [Consulté le 6 fév 2008] Disponible à : <http://www.primarycareinitiative.ab.ca/content.asp?id=28>.
- ³⁵ Le Collège des médecins de famille du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens, Médecins de famille et autres spécialistes : Travailler et apprendre ensemble. Mississauga : CMFC; 2006.
- ³⁶ Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan. ABCs of Advanced Access. Q Review. Été 2004 : 11-2.
- ³⁷ Jubber H. Soins primaires : amélioration de l'accès en Alberta. Présenté à la Conférence sur l'accès en temps opportun aux soins de santé; les 8 et 9 février 2007; Toronto. [Internet] [Consulté le 11 juillet 2007] Disponible à : http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/qual/acces/2007/conf/ab-jubber_f.html.
- ³⁸ Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Primary Health Care Charter: a collaborative approach (2007). [Internet] [Consulté le 20 juin 2007] Disponible à http://www.health.gov.bc.ca/phc/pdf/phc_charter.pdf.
- ³⁹ Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Sondage national auprès des médecins. [Internet] [Consulté le 17 avr 2008] Disponible à : http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2004_Survey/2004nps-f.asp.
- ⁴⁰ Sanmartin C. Accès aux services de soins de santé au Canada. Groupe d'analyse et de mesure de la santé; Statistique Canada; 2003.
- ⁴¹ Alliance sur les temps d'attente. Le temps est venu. [Internet] [Consulté le 17 mai 2007] Disponible à : http://www.waittimealliance.ca/images/temps_est_venu.pdf.
- ⁴² En septembre-octobre 2006, le CMFC a procédé à un sondage aléatoire auprès de ses membres actifs. L'exactitude du sondage s'établissait à +/-4,7 % 19 fois sur 20.
- ⁴³ Thind A, Thorpe C, Burt A, Stewart M, Reid G, Harris S et al. Determinants of waiting time for a routine family physician consultation in southwestern Ontario. Healthc Policy 2007;2(3):63-84.
- ⁴⁴ Le Collège des médecins de famille du Canada. Lorsque le décompte commence : Les temps d'attente dans les services de première ligne. Mississauga : CMFC; 2006.
- ⁴⁵ Ministère de la Santé de l'Ontario. Renseignements : Les provinces et les territoires établissent des repères sur les temps d'attente. [Internet] [Consulté le 1 jan 2008] Disponible à : www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_05/bg_121205.pdf.
- ⁴⁶ Esmail N, Walker M. Waiting your turn 17th edition. Hospital waiting lists in Canada. Vancouver: Fraser Institute; 2007.
- ⁴⁷ Alliance sur les temps d'attente. Des progrès s'imposent : nouveaux points de repère pour une réduction réelle des temps d'attente. Ottawa : Association médicale canadienne; 2007.
- ⁴⁸ Todd, T. Points de repère sur les temps d'attente – Considérations d'ordre médico-légal. Bulletin d'information de l'Association canadienne de protection médicale 2007; 22(1):1-2.
-

-
- ⁴⁹ Association canadienne de protection médicale. Les temps d'attente : perspective de la responsabilité médicale. [Internet] [Consulté le 24 nov 2007] Disponible à : http://www.cmpa-acpm.ca/cmpapd02/pub_index.cfm?LANG=E&URL=cmpa%5Fdocs%2Fenglish%2Fresource%5Ffiles%2Fadmin%5Fdocs%2Fcommon%2Fcom%5Findex%2De%2Ehtml#.
- ⁵⁰ Ross M. Ressources limitées en soins de santé : un équilibre précaire. Feuillet d'information IS0770F, Ottawa, Association canadienne de protection médicale; 2007.
- ⁵¹ Institut canadien d'information sur la santé. Définitions des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa : ICIS; 2006.
- ⁵² Murray N, Berwick D. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. JAMA 2003;289(8):1035-40.
- ⁵³ Pierdon S, Charles T, McKinley K, Myers L. Implementing advanced access in a group practice network. Fam Pract Manag 2004;11(5):35-8.
- ⁵⁴ Anderson J, Sotolongo C. Implementing advanced access in a family medicine practice: a new paradigm in primary care. N C Med J 2005 May-Jun;66(3):223-5.
- ⁵⁵ Knight AW, Padgett J, George B, Dato MR. Reduced waiting times for the GP: two examples of "advanced access" in Australia. Med J Aust 2005 Jul 18;183(2):101-3.
- ⁵⁶ O'Hare CD, Corlett J. The outcomes of open-access scheduling. Fam Pract Manag 2004 Feb;11(2):35-8.
- ⁵⁷ Institute for Healthcare Improvement. The Breakthrough Series. Cambridge, MA: The Institute; 2003.
- ⁵⁸ Boushon B, Provost L, Gagnon J, Carver P. Using a virtual breakthrough series collaborative to improve access in primary care. Jt Comm J Qual Patient Saf 2006;32(10):573-84.
- ⁵⁹ Goodall S, Montgomery A, Banks J, Salisbury C, Sampson F, Pickin M. Implementation of advanced access in general practice: postal survey of practices. Br J Gen Pract 2006 Dec;56:918-23.
- ⁶⁰ Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan. Turning the tide on chronic disease: progress report. [Internet] [Consulté le 12 jul 2007] Disponible à : www.hqc.sk.ca/portal.jsp?CdSpcZ7g0/9pTSydwUWU7jBIzBf0QfLQkUwK4QBZaJtn0S0v2G9CT1VvI5thiwzu.
- ⁶¹ Harries B, Harries J. System re-design in primary care. Présenté à la conférence Maîtriser les files d'attente III, le 21 mars 2006. [Internet] [Consulté le 30 août 2007] Disponible à : www.cprn.org/doc.cfm?doc=1461&l=fr.