Nouveau et amélioré

C. Ruth Wilson MD CCFP FCFP

L'une des joies de la présidence du Collège des médecins de famille du Canada, c'est la possibilité de visiter ou d'entendre parler des pratiques familiales partout au pays qui expérimentent de nouveaux modes de travail. En voici quelques-uns.

«Résumés de congé» pour la prise en charge des maladies chroniques. Certains groupes s'efforcent d'améliorer la prise en charge de maladies chroniques en donnant des instructions écrites à suivre après une consultation, notamment les médicaments à prendre et les objectifs à atteindre jusqu'à la prochaine évaluation. Dans l'Ouest canadien, des travaux impressionnants ont été effectués à cet égard grâce à des collaborations, des outils sur le Web, des incitatifs financiers et des processus collectifs dans le but d'augmenter le pourcentage de la population recevant des soins fondés sur les guides de pratique pour certaines maladies.

Listes de patients. L'inscription officielle des patients sur les listes de médecins constitue une grande part de la réforme des soins de première ligne en Ontario, avec notamment plus de 8 millions de patients inscrits: l'inscription virtuelle est utilisée dans certaines autres provinces. Il est essentiel de définir les populations de pratique quand on commence une campagne de sensibilisation active auprès des patients pour la prise en charge des maladies chroniques, les mesures de prévention et d'autres activités d'assurance de la qualité.

Accès accéléré. Les délais excessifs pour accéder aux soins préoccupent depuis longtemps les politiciens et les décideurs. La pénurie de médecins de famille complique l'accès aux services; il faut attendre longtemps pour obtenir un rendez-vous avec eux. Par exemple, selon un récent sondage du Conseil canadien de la santé[1], 45% des Canadiens disent attendre trop longtemps pour un rendez-vous de routine ou des soins continus; 27% estimaient avoir attendu trop longtemps pour un problème de santé mineur; et le tiers des aînés disaient s'être rendus à l'urgence pour un problème qu'aurait pu régler un médecin de première ligne.

Certaines pratiques, surtout en Alberta, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, ont mis en œuvre un processus de rendez-vous accélérés ou d'accès libre. Ces systèmes prévoient un équilibre entre les rendez-vous déjà pris et un certain nombre de possibilités quotidiennes de rendez-vous ouverts pour permettre éventuellement une meilleure continuité des soins, réduire les temps d'attente pour les services d'un médecin de famille, améliorer l'accès le jour-même et donner des rendez-vous pour la prise en charge active des maladies chroniques. Cette méthode est utilisée par des pratiques en solo, des unités universitaires et des pratiques en groupe.

Accès 24/24 et télésanté. Certaines provinces ont mis en place un système de télétriage par des infirmières pour permettre aux médecins de famille d'être accessibles 24 heures par jour. L'expérience a démontré que ces systèmes réduisent considérablement le nombre de visites en personne à un médecin. Par contre, pour des motifs de sécurité et de prudence, ces services ont tendance à diriger inutilement les patients vers les services d'urgence. Selon Télésanté Ontario, même si 40% des personnes reçoivent des conseils pour se soigner, on conseille à 35% d'entre elles de communiquer avec leur médecin et à 14% d'aller à l'urgence[1].

Modes de rémunération. Quelques provinces offrent des régimes de rémunération mixte, ce que le Collège préconise ouvertement depuis longtemps. Selon le Sondage national des médecins en 2007, environ le tiers des médecins de famille reçoivent leur rémunération selon un régime mixte[2].

Soins partagés. Le travail en collaboration avec les spécialistes du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a toujours fait partie de notre réalité quotidienne. Certaines pratiques mettent présentement en œuvre de nouvelles façons de travailler en collaboration interprofessionnelle allant au-delà de la traditionnelle demande de consultation par écrit. Par exemple, le projet du Collège sur les soins partagés en santé mentale est un modèle de la façon dont fonctionnent les soins en collaboration entre les médecins de famille, les psychiatres et les travailleurs en santé mentale[3].

C'est une époque stimulante pour les médecins de famille. Notre environnement de pratique change, ainsi que les façons de nous organiser et d'utiliser notre temps et nos ressources au service de nos patients. Notre engagement à l'endroit des soins individuels, continus et complets reste cependant immuable - une valeur fondamentale de la médecine familiale et la marque distinctive des soins fournis par les médecins de famille.

This article is also in English on **page 949.**

Références

1. Conseil canadien de la santé. Canadian survey of experiences with primary health care in 2007 [données additionnelles]. Dans: *Fixing the foundation: an update on primary health care and home care renewal in Canada.* Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2008. Accessible à: **www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2008/phc/HCC%20PHC_Supplement_ENG%20FA_WEB.pdf.** Accédé le 14 avril 2008.
2. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *National Physician Survey 2007.* Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2008. Accessible à: **www.nationalphysiciansurvey.ca/nps.** Accédé le 14 avril 2008.
3. Kates N, Craven M, Bishop J, Clinton T, Kraftcheck D, LeClair K, et al. *Collaborative working group on shared mental health care.* Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2007. Accessible à: **www.cfpc.ca/English/cfpc/programs/patient%20care/mental/shared%20care/default.asp?s=1.** Accédé le 14 avril 2008.