Repenser les demandes de consultation

Optimiser la collaboration entre les médecins de soins primaires et les autres spécialistes

David W. Frost MD FRCP(C) **Diana Toubassi** MD CCFP **Allan S. Detsky** MD PhD FRCP(C)

Même si la collaboration entre les médecins de famille et les autres spécialistes est d'importance capitale dans les soins à de nombreux patients[1], le déroulement d'une demande de consultation demeure sous-optimal. Examinons la séquence traditionnelle des étapes suivies quand le médecin de famille typique obtient une consultation d'un collègue spécialiste (**Figure 1**). D'abord, on remplit un formulaire de demande de consultation dont la forme et le contenu sont le plus souvent déterminés par le médecin qui présente la requête. Cette demande est habituellement envoyée par télécopieur au bureau du consultant, où elle est examinée, souvent par une adjointe administrative qui a sa propre méthode de triage. D'autres renseignements peuvent être demandés. En définitive, la demande de consultation est acceptée ou refusée et la clinique du consultant réserve un rendez-vous et transmet souvent les coordonnées au cabinet du médecin de famille pour qu'il les communique au patient (cette étape nous semble particulièrement ridicule). Par la suite, le consultant rencontre et évalue le patient et produit (et parfois met en œuvre) un plan de prise en charge et de suivi. Les détails de ce plan sont ensuite dictés et envoyés, occasionnellement après des délais considérables, au médecin de famille, qui le met en application en tout ou en partie lorsqu'il reprend la charge des soins.

Bien qu'habituel ce processus est inutilement complexe et échoue (ou a toutes les chances d'échouer) de bien des façons. L'échange significatif entre le consultant et le médecin de famille est entravé par le recours à une communication en différé, qui limite la capacité des parties en cause de comprendre le contexte clinique et retarde la transmission des renseignements pertinents. De plus, parce que les outils de communication utilisés sont souvent choisis par la personne qui les utilise plutôt que par celle qui reçoit l'information, ils ne fournissent peut-être pas les détails requis. Par exemple, le but de la consultation n'est pas toujours clair pour le consultant et il peut aborder le problème dans une perspective qui n'est pas nécessairement pertinente pour le médecin de famille et le patient. Dans le même ordre d'idée, sans avoir tous les renseignements appropriés, le consultant pourrait agir unilatéralement d'une façon qui n'est peut-être pas dans l'intérêt supérieur du patient. En ce qui a trait à l'expérience du patient, la continuité des soins est souvent fracturée, puisqu'une composante en particulier de ses soins est confiée temporairement ou en permanence à un nouveau professionnel, dans un nouvel environnement, exigeant des déplacements et une adaptation à un milieu éloigné de son centre de soins de santé primaires. Enfin, les étapes qui se déroulent entre l'envoi de la demande de consultation et l'éventuel rendez-vous sont clairement inefficaces et font perdre du temps.

Solution de remplacement

Nous proposons un autre modèle (**Figure 2**). Appelé modèle modifié de clinique externe[2], il est utilisé depuis longtemps en milieu rural et est particulièrement bien défini dans les ouvrages en psychiatrie. Ce modèle consiste à inviter des consultants dans la pratique de soins primaires pour des séances périodiques, consacrées à cette fin, durant lesquelles le consultant se met à la disposition des patients pour les évaluer, communique directement avec les médecins de soins primaires et participe aux activités d'éducation de la clinique. Essentiellement, le consultant s'intègre à la pratique des soins primaires, recevant de l'espace, du temps de clinique et un soutien administratif. Bien que difficile à mettre en œuvre dans le cas des spécialités qui exigent de l'équipement ou du matériel technique particulier (p. ex. ophtalmologie, chirurgie), ce modèle convient très bien à de nombreux autres domaines de pratique, comme la médecine interne générale, la psychiatrie et la pédiatrie.

Les ouvrages spécialisés pertinents préconisent aussi ce modèle. Par exemple, Faulkner et ses collaborateurs[3] ont constaté une baisse du taux de demandes de consultation auprès de spécialistes dans les milieux de soins secondaires ou tertiaires grâce à des programmes d'intégration de spécialistes aux soins primaires. La synthèse critique par Gruen et ses collègues[4] concernant les cliniques d'inclusion de spécialistes en milieu de soins primaires a fait valoir que ce modèle améliorait l'accès aux soins et, lorsqu'il faisait partie intégrante d'interventions plus complexes (y compris une collaboration formelle avec des médecins de soins primaires et des activités d'éducation), il entraînait de meilleurs résultats et une utilisation moins grande des ressources hospitalières. Ce modèle épouse aussi étroitement

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.
Can Fam Physician 2012;58:e423-6

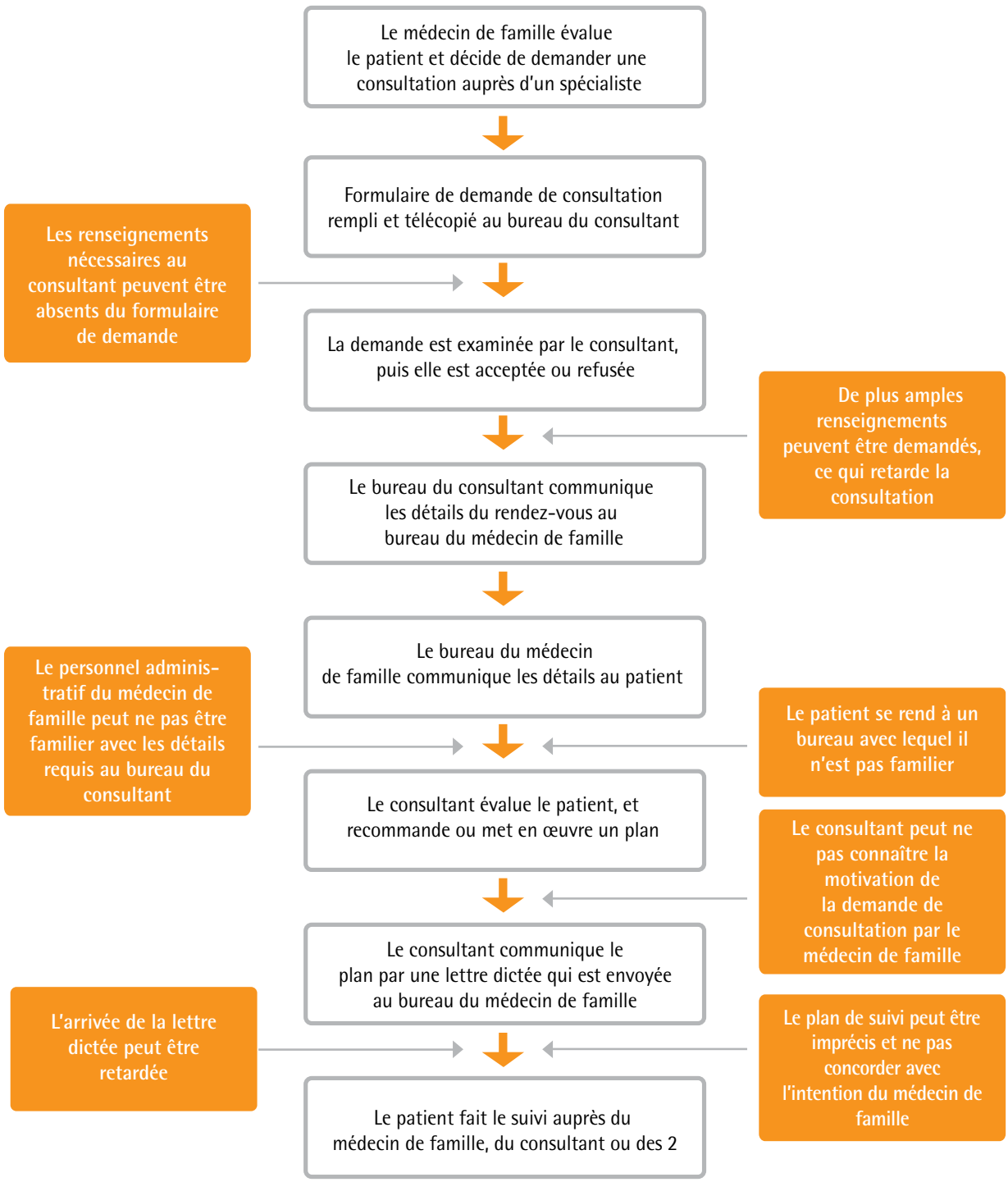
The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the August 2012 issue on page 825.

le concept du «centre de médecine de famille», dont on signale qu'il améliore de nombreux aspects des soins primaires au Canada[5].

Conçue pour mieux servir

Dans notre pratique universitaire de soins primaires, cette approche est entièrement opérationnelle pour les

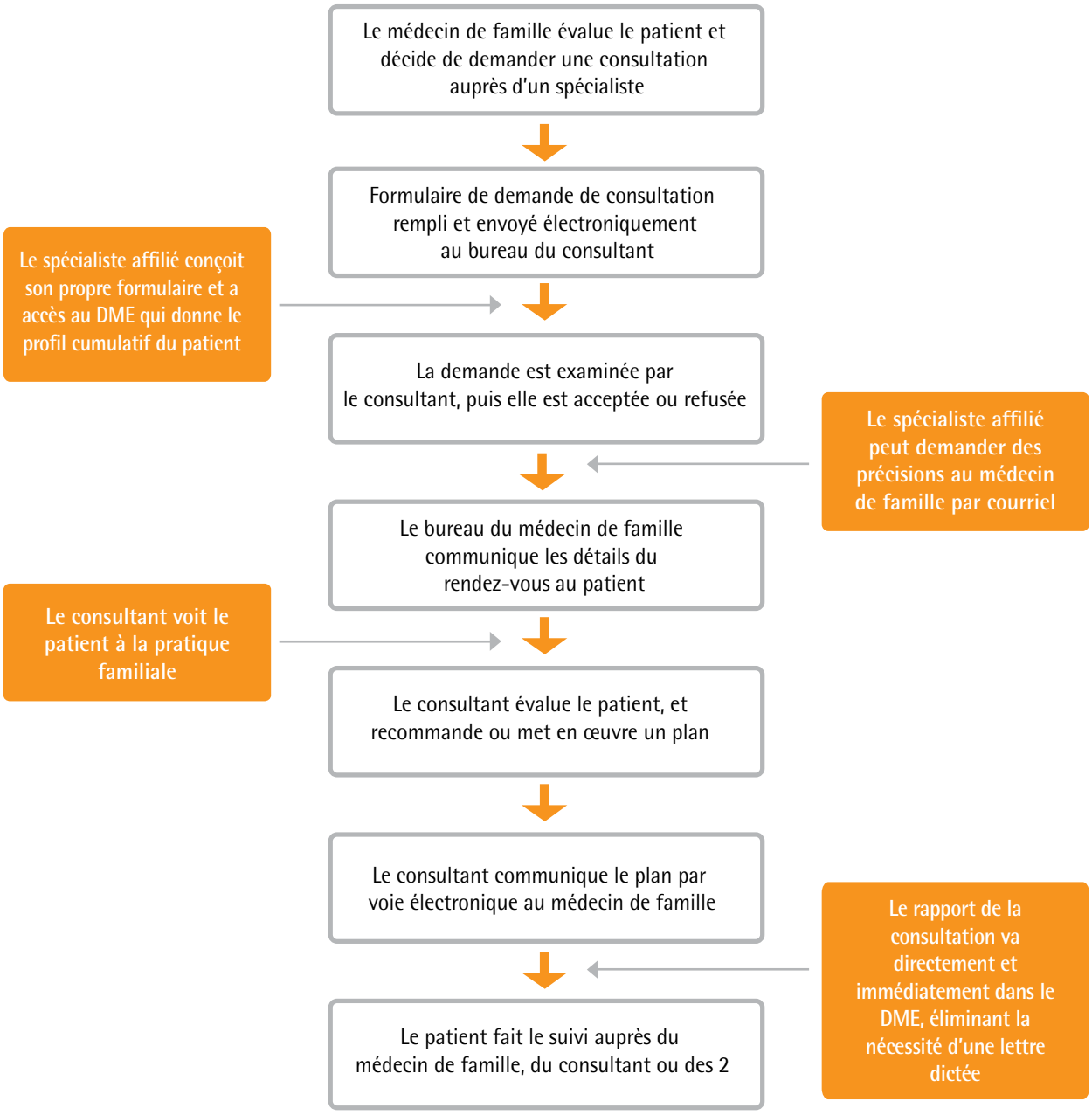
Figure 1. Déroulement des étapes dans un modèle de consultation traditionnel : *Les pièges possibles dans chaque étape apparaissent dans les cases orange.*



consultations médicales générales depuis plus d'un an et, pendant cette période, nous avons pu apprécier ses nombreux avantages. En favorisant la relation entre le consultant et le médecin de famille, elle facilite la communication entre médecins, tant synchrone qu'en différé[6].

Le consultant peut contribuer à l'élaboration d'un formulaire de demande de consultation sur mesure, ce qui assure que tous les renseignements jugés pertinents par toutes les parties sont inclus tout en précisant la nature de la demande de consultation. (Par exemple, la

Figure 2. Déroulement des étapes dans un modèle basé dans la pratique familiale: *Les améliorations possibles dans chaque étape apparaissent dans les cases orange.*



DME -dossier médical électronique.

demande requiert-elle une opinion ponctuelle ou une collaboration continue dans les soins?) Une fois la consultation effectuée, ce modèle facilite davantage le dialogue continu concernant les recommandations présentées, ainsi que l'identification du médecin responsable de la mise en œuvre des différentes composantes du plan suggéré. Avec l'instauration des dossiers médicaux électroniques dans de nombreuses pratiques canadiennes de soins primaires, les consultants peuvent inscrire directement leurs notes et leurs recommandations dans le dossier électronique du patient, éliminant la nécessité de dicter une lettre (et les retards qui s'ensuivent) et rendant le plan facilement accessible au médecin de famille pour la prochaine visite du patient à la clinique. Enfin, ce modèle est préférable pour les patients. Ils obtiennent l'opinion du spécialiste dans un milieu où on les connaît, où ils sont à l'aise, où ils peuvent organiser le suivi avec les médecins de famille ou les spécialistes immédiatement et directement, et où ils bénéficient de la continuité des soins dans un milieu psychologiquement propice.

La mise en œuvre du modèle dans notre centre a été facilitée par un financement à la séance du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour les spécialistes affiliés aux équipes de santé familiale. L'équipe de santé familiale fournissait de l'espace et du personnel de soutien dans la clinique, et organisait la formation du consultant concernant les dossiers médicaux électroniques de la pratique. Le chef du département communiquait l'offre de tels services au moyen de diverses communications, et les internistes sur place présentaient les détails des services et la population ciblée lors des tournées du département. Après une année d'expérience avec ce modèle, nous avons demandé aux médecins de famille à temps plein et à temps partiel dans notre centre de comparer ce modèle de consultation sur place en médecine interne générale avec le modèle traditionnel qu'on a décrit précédemment, et ce, au moyen d'un sondage électronique. Le taux de réponse a été de 15 médecins sur 26 (58 %) et 80 % d'entre eux avaient référé au moins 1 patient. Les délais d'attente raisonnables, la communication et la facilité d'accès au consultant ont été cotés supérieurs à ceux du modèle traditionnel par 10 des 12 répondants. Lorsqu'on leur a demandé de comparer si on avait mieux répondu à la question qui avait motivé la demande lors des consultations sur place par rapport au modèle traditionnel, la même proportion jugeait que cet aspect était meilleur en comparaison avec le modèle traditionnel. Il est évident qu'il faut plus d'études formelles de plus grande envergure qui examinent les données concrètes sur les résultats pour en démontrer les bienfaits de manière concluante.

En Ontario, en Alberta et au Nouveau-Brunswick, on verse maintenant du financement par séance aux spécialistes pour des services de consultation dans des milieux de soins primaires. En Ontario, 110 des 186 équipes de santé familiale ont actuellement des spécialistes affiliés inscrits (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, communication écrite, octobre 2011), ce qui représente selon nous une sous-utilisation de ce modèle prometteur. Les nombreux avantages que nous avons mis en évidence sont véritablement bénéfiques à toutes les parties en cause, et avant tout aux patients, que ce système doit desservir. Nous encourageons les spécialistes et les pratiques de soins primaires à envisager ce modèle de consultation. En favorisant un partenariat entre ces parties souvent distinctes, cette approche offre, sans trop d'obstacles, des soins efficaces, centrés sur le patient.

Dr Frost est interniste général au University Health Network à Toronto, en Ontario, et professeur adjoint de médecine à l'University of Toronto. **Dre Toubassi** est médecin de famille au University Health Network du Toronto Western Hospital et chargée de cours à l'University of Toronto. **Dr Detsky** est interniste général au Mount Sinai Hospital à Toronto et professeur de médecine à l'University of Toronto.

Remerciements
Dr Frost est appuyé par une bourse d'études versée par le Donald J. Matthews Complex Care Fund.

Intérêts concurrents
Aucun déclaré

Correspondance
Dr David Frost, Toronto Western Hospital, General Internal Medicine, 399 Bathurst St, 8E-424, Toronto ON M5T 2S8; courriel **david.frost@uhn.ca**

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles sont sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

1. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ* 2000;320(7237):791-4.
2. Creed F, Marks B. Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic models. *J R Coll Gen Pract* 1989;39(329):514-7.
3. Faulkner A, Mills N, Bainton D, Baxter K, Kinnersley P, Peters TJ et collab. A systematic review of the effect of primary care-based service innovations on quality and patterns of referral to specialist secondary care. *Br J Gen Pract* 2003;53(496):878-84.
4. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003798.
5. Scobie A, MacKinnon NJ, Higgins S, Etchegary H, Church R. The medical home in Canada: patient perceptions of quality and safety. *Healthc Manage Forum* 2009;22(1):47-51.
6. Horwitz LI, Detsky AS. Physician communication in the 21st century: to talk or to text? *JAMA* 2011;305(11):1128-9.