



L'accès, question d'adaptation

Francine Lemire MD CM CCMF FCMF CAÉ, DIRECTRICE GÉNÉRALE ET CHEF DE LA DIRECTION

Chers collègues,

Votre Collège est membre de l'Alliance sur les temps d'attente (ATA). Dernièrement, je participé à un événement sur la colline parlementaire marquant les 10 ans de l'Accord sur la santé de 2004. Les récentes données indiquent que les temps d'attente se sont améliorés dans 4 des 5 domaines prioritaires (radiothérapie, pontage aortocoronarien, arthroplastie de la hanche ou du genou et chirurgie de la cataracte) dans certaines provinces. Cela dit, il reste de grandes disparités : le Canada se classe au dernier rang parmi les pays de l'OCDE en ce qui concerne les temps d'attente.


Les services d'urgence sont souvent vus comme l'incubateur des afflictions de notre système de santé. Le dernier sondage Nanos auprès de 1000 Canadiens indique que 27 % des répondants ont attendu plus de 4 heures pour être vus, contre 1 % dans les Pays-Bas et 5 % au Royaume-Uni.¹ Le même sondage nous rappelle qu'on a beaucoup à faire pour améliorer l'accès aux médecins de famille. Lorsqu'on a demandé aux patients si les temps d'attente pour voir leur médecin de famille les préoccupaient, 33 % se sont dits concernés, 36 % plutôt concernés, 19 % pas vraiment concernés, et 12 % pas concernés.¹ Nous pourrions dire que les cliniques de médecine familiale sont submergées de patients atteints de maladies chroniques et de comorbidités et qu'il est de plus en plus difficile de donner les rendez-vous appropriés; que le processus de référence vers d'autres spécialistes est au coeur de l'engorgement; et que les modèles de paiement n'encouragent pas l'innovation. Pourtant, quand il s'agit de service (et, avouons-le, nous offrons un service), la perception, c'est la réalité. Nous devons offrir des solutions. Nous ne pouvons plus faire autrement.

Selon Dr Chris Simpson de l'ATA, trois facteurs expliquent l'amélioration de l'accès dans d'autres pays : le leadership de la profession médicale; une vision précise et un plan d'action pour le changement durable; et le leadership et l'engagement du gouvernement (communication orale, octobre 2014).² On a apporté d'importantes innovations dans certaines régions du pays : modèles de soins partagés (d'abord utilisés en santé mentale, s'étendent maintenant à d'autres domaines), programmes de mentorat, visites de groupe, communication électronique (courriels, messages textes si le temps ou la situation le permet), télémédecine, accès le jour même ou accéléré.

Pour la première fois, l'Alliance a proposé l'accès accéléré comme indicateur de la performance des soins primaires. Un document du CMFC sur l'accès en temps opportun dans le Centre de médecine de famille²

décrit bien l'accès accéléré. Les éléments déterminants incluent, faire « aujourd'hui » le travail d'aujourd'hui; éliminer la liste d'attente avant la mise en œuvre; réserver au moins 50 % des rendez-vous pour les patients qui doivent être vus le jour même ou qui veulent choisir l'heure du rendez-vous; et maximiser chaque rendez-vous. Des preuves probantes démontrent que l'accès accéléré améliore la satisfaction des patients, des fournisseurs et de l'équipe clinique; il rassure les patients que leur médecin et leur équipe de soins seront disponibles en cas de besoin; renforce la confiance et améliore l'expérience du patient; réduit sensiblement le nombre de rendez-vous manqués; élimine les listes d'attente et le triage; minimise l'utilisation inappropriée des services d'urgence; et diminue le besoin d'avoir des cliniques sans rendez-vous.

Bien que le système de rendez-vous soit intrinsèque à l'accès accéléré, son adoption exige l'engagement de l'ensemble des cliniciens et du personnel de soutien. On doit d'emblée éliminer la liste d'attente, puis planifier soigneusement les congés (vacances, jours fériés), et mettre en place des plans de contingence. La pratique doit être prête pour une éventuelle hausse des visites d'urgence ou des cas aigus. Le risque à la continuité des soins est également présent si l'accès accéléré signifie que les patients sont trop souvent vus par différents fournisseurs.

L'infrastructure de soutien approprié et le mentorat sont nécessaires pour l'accès accéléré, et son maintien peut être difficile même avec ce soutien. En revanche, il en résulte de meilleurs soins, dispensés avec efficacité et une meilleure expérience pour le patient. On estime que les pratiques de médecine familiale doivent investir 5 % de leur temps dans l'amélioration continue de la qualité (communication écrite avec les Drs Rob Wedel et Lee Green, octobre 2014). Les conversations avec les sections et les associations médicales provinciales indiquent que notre profession veut participer à l'amélioration de l'accès. Par contre, les cliniciens ne peuvent pas le faire seuls. Ils ont besoin de conseils et de soutien. Les gouvernements provinciaux se sont dits intéressés à améliorer l'accès aux médecins de famille. Avec un plan d'action, une volonté politique et un leadership soutenu de la profession médicale et des gouvernements, nous pouvons y parvenir. En recevant les patients à leur convenance, souvent le jour où ils ont besoin de soins, nous pouvons améliorer leur expérience et la qualité des soins dispensés par les médecins de famille du Canada. 

Reconnaissance

Je remercie Eric Mang et le Dr Rob Wedel d'avoir révisé cet article.

This article is also in English on page 1052.

Références à la page 1052