

Points de repère du rédacteur

► Au sein du groupe avec accès plus rapide, les cabinets mesuraient davantage leur rendement (45,5 %) qu'au sein du groupe avec accès plus lent (12,5 %). Le pourcentage des participants qui mesuraient leur rendement dans l'échantillon de la présente étude (25,9 %) était faible.

► Les fournisseurs de soins dans les régions où l'accès aux soins est plus rapide desservait un nombre plus élevé de patients (moyenne=2157) que les fournisseurs des régions où l'accès est plus lent (moyenne=950), et ce, de manière statistiquement significative ($p=,025$). Dans les régions où l'accès est plus lent, 81,3 % des médecins participants travaillaient dans d'autres milieux de soins. Dans les régions où l'accès est plus rapide, seulement 63,6 % des médecins participants travaillaient dans d'autres milieux de soins, mais la différence n'était pas statistiquement significative.

► Les cabinets du groupe avec accès rapide mesuraient plus souvent leur rendement (45,5 %) que le groupe avec accès lent (12,5 %, $p=,046$). Dans le groupe avec accès plus rapide, on a constaté que les cabinets avaient plus souvent recours à un régime de rémunération à l'acte (63,6 %). Le type de rémunération dans le groupe avec accès plus lent était plus souvent mixte ($p=,040$).

Accès aux soins primaires en temps opportun au Nouveau-Brunswick

Variabilité dans les régions de santé

Véronique Manuel MGSs Iva Bien-Aimé MD
Éric Boutot MGSs Jérémie B. Dupuis PhD Claire Johnson PhD

Résumé

Objectif Examiner les facteurs qui influencent la variation de l'accès aux soins de santé primaires en temps opportun entre les différentes régions de santé du Nouveau-Brunswick.

Type d'étude Étude descriptive et comparative des pratiques organisationnelles des cabinets de soins primaires selon leur rapidité d'accès. Les données ont été recueillies de décembre 2019 à mars 2020 à l'aide d'un questionnaire lors d'entrevues semi-dirigées menés par téléphone, en personne ou en ligne, selon la préférence des participants.

Contexte Nouveau-Brunswick.

Participants Les participants à l'étude étaient des fournisseurs de soins primaires. Deux sortes de régions ont été ciblées : celles où la proportion d'habitants avec accès aux soins primaires en temps opportun est plus élevée (les régions avec accès plus rapide) et celles où cette proportion est plus faible (les régions avec accès plus lent). Un échantillon de 27 participants a été obtenu.

Principaux paramètres à l'étude Les pratiques organisationnelles selon leur accessibilité en temps opportun (l'utilisation des nouvelles technologies, prestation des services de santé en équipe, la mesure du rendement des cabinets de médecine familiale, la programmation des rendez-vous et le mode de rémunération des médecins).

Résultats Les participants des régions avec accès plus rapide mesurent plus souvent leur rendement (45,5 % c. 12,5 %, $p=,046$), n'utilisent pas la rémunération mixte (0,0 % c. 31,3 %, $p<,001$) et ont un nombre plus élevé de patients à leur charge (moyenne de 2157 c. 950 patients, $p=,025$) contrairement aux participants des régions avec accès plus lent.

Conclusion Cette étude a permis de déterminer que la mesure du rendement et d'autres pratiques organisationnelles sont favorables à l'accès aux soins primaires en temps opportun.

Les soins de santé primaires sont la prestation directe de services de premier contact entre patient et fournisseur de soins (médecin de famille, les infirmières et infirmiers praticiens)^{1,2}. Les deux rôles principaux de ces fournisseurs de soins de santé sont d'être accessibles et d'assurer une continuité des soins³, auxquelles fins ils doivent être disponibles en temps opportun. Les services doivent ainsi être offerts en fonction des lignes directrices ou des meilleures pratiques cliniques afin d'assurer que la santé des patients n'est pas négativement affectée lorsque ceux-ci sont en attente de soins⁴. La perception de l'accès en temps opportun des patients peut différer de celle des professionnels de la santé, ce qui influe sur la pertinence de l'accès et des soins⁵. Par exemple, pour le patient, l'accès en temps opportun signifie obtenir un rendez-vous avec son médecin de famille dans un délai allant de la journée même à un mois⁴. En revanche, pour les professionnels de la santé, cette définition varie selon les meilleures pratiques cliniques, la maladie du patient ou l'intervention dont il est question^{4,5}. Pour simplifier cet enjeu complexe, les recherches sur le sujet utilisent typiquement des indicateurs objectifs pour évaluer l'accessibilité des soins primaires en temps opportun, notamment la capacité des patients à obtenir un rendez-vous le jour même, le lendemain ou dans un délai de cinq jours⁶.

En 2016, une étude sur les soins de santé primaires dans les pays du Commonwealth a montré que seulement 53 % des Canadiens et Canadiennes réussissent à obtenir un rendez-vous auprès de leur médecin de famille en temps opportun. Ceci situe le Canada au-dessous de la moyenne de 72 % des autres pays du Commonwealth⁶. Au Nouveau-Brunswick, 45 % des patients réussissent à avoir un rendez-vous avec leur médecin de famille le jour même ou le lendemain, ce qui est mieux qu'au Québec (34 %), mais pire qu'en Nouvelle-Écosse (56 %)⁶.

En 2017, le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) a réalisé un sondage auprès de plusieurs patients de la province. Ce sondage a mis en évidence la variabilité de l'accès en temps opportun dans les 33 communautés de santé du Nouveau-Brunswick. Sur le plan d'accessibilité en temps opportun, les régions où un moins grand pourcentage de la population ont déclaré avoir accès à leur médecin de famille dans un délai de cinq jours sont Kedgwick (19 %), Edmundston (41 %), Shippagan (42 %), Tracadie-Sheila (44 %) et Grand-Sault (44 %). À l'opposé, la population rapportait un meilleur accès aux médecins de famille dans un délai de cinq jours dans les régions de Saint-Stephen (67 %), d'Hillsborough (68 %), de Quispamsis (69 %), de Néguaac (73 %) et de Perth-Andover (75 %) (Figure 1)⁷. Selon ce sondage, la moyenne provinciale se situe à 55,8 %⁸.

Au Nouveau-Brunswick, peu d'études se sont penchées sur les facteurs qui jouent sur la variation de

l'accès aux soins de santé en temps opportun entre les régions de santé. La présente étude avait donc comme but de déceler les pratiques organisationnelles qui influencent cette variabilité au sein de la province.

— Méthodes —

Afin de comparer la variabilité de l'accès en temps opportun à son médecin de famille entre les régions de santé du Nouveau-Brunswick, les cinq régions où l'accès est le plus rapide ont été comparées aux cinq régions où l'accès est le plus lent. La rapidité d'accès a été déterminée selon les résultats rapportés par les participants au Sondage sur la santé primaire du CSNB de 2017 (Figure 1)⁷.

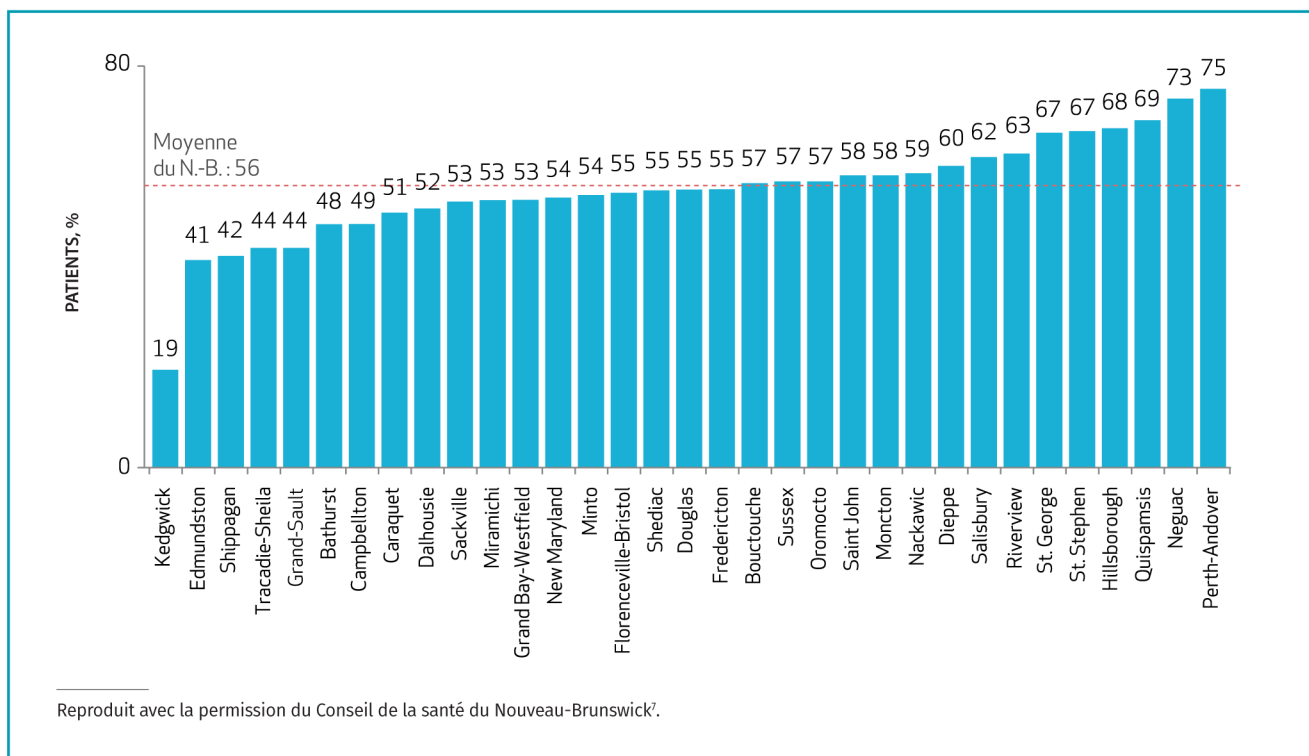
Variables à l'étude

En premier lieu, l'utilisation des nouvelles technologies, notamment les dossiers médicaux électroniques (DME) ou les sites Web d'information aux patients, constitue un indicateur pertinent à observer pour prédire l'accès aux soins primaires en temps opportun⁹. En outre, une étude canadienne démontre qu'il y a un net avantage à fournir des services de santé en équipe, composée de médecins ou de divers professionnels de la santé, plutôt qu'au sein de cabinets traditionnels¹⁰. Cette même étude a confirmé que l'utilisation des technologies améliorerait l'accessibilité pendant les heures régulières, ainsi qu'à l'extérieur de celles-ci¹⁰. De plus, la mesure du rendement des cabinets de médecine familiale a un effet positif distinct sur l'accessibilité. Par mesure du rendement, on entend le fait de « mesurer les résultats pour les patients et la qualité de leur expérience, [de] surveiller les soins préventifs et [de] comparer la performance aux données de référence et à celles des pairs⁶. »

La programmation des rendez-vous est connue pour son influence sur l'accessibilité. Dans le *modèle traditionnel*, tous les rendez-vous sont donnés à l'avance¹¹. Dans le *modèle semi-ouvert*, une tranche de l'horaire (un tiers ou moins) est réservée aux urgences ou aux demandes de rendez-vous du jour même^{11,12}. Quant au *modèle d'accès accéléré*, la majorité de l'horaire (50 % ou plus) est réservée pour les rendez-vous du jour même, peu importe le type, que ce soit un rendez-vous de routine, d'urgence, ou de prévention¹¹. Finalement, il existe le *modèle par refus d'accès*, dans lequel les patients appellent le jour même pour leur rendez-vous. Lorsqu'aucune place n'est disponible, ils peuvent rappeler le lendemain¹¹.

Le mode de rémunération des médecins est un autre facteur qui influence l'accessibilité aux soins de santé en temps opportun. En effet, les résultats d'études sur les stratégies de réduction du temps d'attente indiquent que les incitatifs financiers étaient un facteur déterminant de leur succès^{11,13,14}.

Figure 1. Comparaison quant à la capacité d’obtenir un rendez-vous avec son médecin de famille en 5 jours entre les différentes régions de santé du Nouveau-Brunswick



Collecte et analyse des données

Les participants potentiels ont été rejoints par téléphone, en personne ou en ligne, et les données ont été recueillies de décembre 2019 à mars 2020 au moyen d’un questionnaire semi-dirigé. Les données obtenues ont été analysées par l’entremise du progiciel SPSS. Les analyses résultantes sont descriptives et comprennent des mesures de fréquences ainsi que des moyennes en fonction des variables à l’étude. Des tests *t* indépendants ont également été effectués pour les variables en continu, et des tests de χ^2 pour les variables catégorielles, dans le but d’identifier des différences selon le seuil de signification où la valeur *p* est de moins de ,05.

Approbation éthique

La présente étude a obtenu l’approbation du Comité d’éthique de la recherche du Réseau de santé Vitalité ainsi que la reconnaissance du Comité d’éthique de la recherche avec les êtres humains de l’Université de Moncton. Bien qu’une demande d’approbation éthique ait été soumise au Réseau de santé Horizon, leur comité d’éthique a jugé que le projet n’exigeait pas d’évaluation, car les listes de médecins utilisées sont disponibles publiquement.

— Résultats —

Le **Tableau 1** présente la distribution de l’échantillon selon la région et la rapidité d’accès. Le **Tableau 2**

résume les technologies utilisées dans les cabinets des participants. En général, on observe que, dans les régions où l’accès est plus rapide, les participants rapportaient une plus grande utilisation des technologies. Les DME y font exception; la différence dans l’utilisation de ceux-ci est statistiquement significative. Leur utilisation était rapportée plus fréquemment dans le groupe avec accès plus lent (100,0 % des participants) que dans le groupe avec accès plus rapide (36,4 % des participants).

Le **Tableau 3** présente les résultats la prestation de soins en équipe au sein des cabinets de médecine familiale. Les données recueillies révèlent qu’un modèle de soins en équipe était plus souvent employé par le cabinet des répondants du groupe avec accès plus rapide (63,6 % des participants), comparativement à ceux du groupe avec accès plus lent (37,5 %). La même tendance est observée pour les cabinets qui œuvrent en équipe multidisciplinaire (avec d’autres types de fournisseurs de soins). Cependant, aucune différence entre les groupes ne s’est avérée statistiquement significative lors des analyses de tests *t* pour échantillons indépendants.

Le **Tableau 4** présente les différents types de pratiques observées en cabinet. Les cabinets du groupe avec accès rapide mesuraient plus souvent leur rendement (45,5 %) que le groupe avec accès lent (12,5 %, *p*=,046). Dans le groupe avec accès plus rapide, on a constaté que les cabinets avaient plus souvent recours à un régime de rémunération à l’acte (63,6 %). Le type de

Tableau 1. Distribution de l'échantillon

RÉGION (RÉSEAU)	ACCÈS PLUS RAPIDE (n=11), n (%)	ACCÈS PLUS LENT (n=16), n (%)	ÉCHANTILLON TOTAL (N=27), n (%)
Kedgwick (Vitalité)	SO	1 (6,3)	1 (3,7)
Edmundston (Vitalité)	SO	9 (56,3)	9 (33,3)
Shippagan (Vitalité)	SO	0 (0,0)	0 (0,0)
Tracadie-Sheila (Vitalité)	SO	3 (18,8)	3 (11,1)
Grand-Sault (Vitalité)	SO	3 (18,8)	3 (11,1)
Saint-Stephen (Horizon)	4 (36,4)	SO	4 (14,8)
Hillsborough (Horizon)	1 (9,1)	SO	1 (3,7)
Quispamsis (Horizon)	2 (18,2)	SO	2 (7,4)
Néguac (Horizon)	1 (9,1)	SO	1 (3,7)
Perth-Andover (Horizon)	3 (27,3)	SO	3 (11,1)

SO—sans objet.

Tableau 2. Utilisation des technologies

TECHNOLOGIE	ACCÈS PLUS RAPIDE (n=11), n (%)	ACCÈS PLUS LENT (n=16), n (%)	ÉCHANTILLON TOTAL (N=27), n (%)
Courriel	9 (81,8)	9 (56,3)	18 (66,7)
Dossier médical électronique*	4 (36,4)	16 (100,0)	20 (74,1)
Réservation en ligne	3 (27,3)	1 (6,3)	4 (14,8)
Messagerie instantanée	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (3,7)
Boîte vocale	7 (63,6)	8 (50,0)	15 (55,6)
Télé médecine	1 (9,1)	1 (6,3)	2 (7,4)

*Différence significative entre les groupes ($p<,01$) selon les résultats des tests de χ^2 (test d'indépendance de Pearson).

Tableau 3. Prestation de soins en équipe

CABINET	ACCÈS PLUS RAPIDE (n=11)	ACCÈS PLUS LENT (n=16)	ÉCHANTILLON TOTAL (N=27)
Équipe de médecine familiale, n (%)	7 (63,6)	6 (37,5)	13 (48,1)
Nombre de médecins (moyenne)	2,4	3,6	3,1
Inclusion d'autres professionnels de la santé dans l'équipe, n (%)	8 (72,7)	7 (43,8)	15 (55,6)
Nombre d'autres professionnels de la santé (moyenne)	3,1	0,9	1,8

rémunération dans le groupe avec accès plus lent était plus souvent mixte ($p=,040$). Le modèle de programmation des rendez-vous le plus utilisé était le modèle traditionnel (45,5 % dans le groupe avec accès plus rapide c. 62,5 % dans le groupe avec accès plus lent) ou le modèle semi-ouvert (54,5 % dans le groupe avec accès plus rapide c. 31,3 % dans le groupe avec accès plus lent). Cela dit, ces différences s'avéraient non significatives dans l'échantillon.

— Discussion —

Au sein du groupe avec accès plus rapide, les cabinets mesuraient davantage leur rendement (45,5 %) qu'au

sein du groupe avec accès plus lent (12,5 %). Les fournisseurs de soins qui mesurent rendement ont accès à de l'information importante qui leur permettent de se comparer aux autres fournisseurs de soins. Selon van der Wees et coll., la mesure du rendement est un excellent incitatif à l'amélioration pour un cabinet¹⁵. L'Institut canadien d'information sur la santé a observé que la mesure du rendement est une pratique peu courante au Nouveau-Brunswick. Seulement 38,0 % des médecins de famille comparent annuellement leur rendement à des cibles, et seulement 8 % collectent des données qui leur permettent de comparer la performance clinique de leur cabinet à celle des autres⁶. Le pourcentage des participants qui mesuraient leur rendement dans l'échantillon

Tableau 4. Pratiques organisationnelles des cabinets

PRATIQUES ORGANISATIONNELLES	ACCÈS PLUS RAPIDE (n=11)	ACCÈS PLUS LENT (n=16)	ÉCHANTILLON TOTAL (N=27)
Mesure du rendement,* n (%)	5 (45,5)	2 (12,5)	7 (25,9)
Qualité de l'expérience-patient, n (%)	2 (18,2)	3 (18,8)	5 (18,5)
Soins préventifs, n (%)	8 (72,7)	8 (50,0)	16 (59,3)
Politiques appliquées en cabinet, n (%)	5 (45,5)	6 (37,5)	11 (40,7)
Médecin travaille ailleurs, n (%)	7 (63,6)	13 (81,3)	20 (74,1)
Acceptation de nouveaux patients, n (%)	5 (45,5)	2 (12,5)	7 (25,9)
Moyenne (ET) nombre de patients à la charge du médecin*	2157 (1078)	950 (356)	1317 (852)
Mode de rémunération, n (%)			
• À l'acte	7 (63,6)	6 (37,5)	13 (48,1)
• Salaire	4 (36,4)	3 (18,8)	7 (25,9)
• Mixte*	0 (0,0)	5 (31,3)	5 (18,5)
• Par capitation	0 (0,0)	2 (12,5)	2 (7,4)
Programmation des rendez-vous, n (%)			
• Traditionnel	5 (45,5)	10 (62,5)	15 (55,6)
• Semi-ouvert	6 (54,5)	5 (31,3)	11 (40,7)
• Accès accéléré	0 (0,0)	1 (6,3)	1 (3,7)
• Refus d'accès	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

*Différence significative entre les groupes ($p < .05$). La mesure du rendement et la mode de rémunération ont été évaluées à l'aide d'un test de χ^2 (test d'indépendance de Pearson), tandis que la variable « patients à la charge du médecin » a été évaluée à l'aide d'un test t pour échantillons indépendants.

de la présente étude (25,9 %) était plus faible que celui trouvé par l'Institut canadien d'information sur la santé. Les régions ciblées par cette étude étant toutes rurales, il se pourrait que les cabinets de ces régions soient moins susceptibles de mesurer leur rendement que dans les régions urbaines. Toutefois, les données de la présente étude ne permettent pas de confirmer cette hypothèse.

Les fournisseurs de soins dans les régions où l'accès aux soins est plus rapide desservent un nombre plus élevé de patients (moyenne=2157) que les fournisseurs des régions où l'accès est plus lent (moyenne=950), et ce, de manière statistiquement significative ($p = .025$). Ces observations coïncident avec la proportion de fournisseurs de soins qui travaillent ailleurs que dans leurs cabinets. Dans les régions où l'accès est plus lent, 81,3 % des médecins participants travaillaient dans d'autres milieux de soins (unités d'hospitalisation, salles d'urgence, établissements de soins de longue durée, etc.). Dans les régions où l'accès est plus rapide, seulement 63,6 % des médecins participants travaillaient dans d'autres milieux de soins, mais la différence n'était pas statistiquement significative. Le fait de travailler dans d'autres milieux que le cabinet de médecine familiale semble avoir un impact indirect sur l'accessibilité des soins en temps opportun.

Bien que la différence soit non significative, le modèle de programmation des rendez-vous semi-ouverts était

davantage utilisé (54,5 %) que le modèle traditionnel (45,5 %) au sein du groupe avec accès plus rapide. En fait, dans le groupe avec accès plus lent, seulement 31,3 % des cabinets des participants utilisaient un modèle de programmation des rendez-vous semi-ouverts, et 62,5 % utilisaient un modèle traditionnel. Dans le modèle traditionnel, tous les rendez-vous sont donnés à l'avance. En cas d'urgence, la demande de rendez-vous est soit refusée ou ajoutée à un rendez-vous déjà existant (« double booking »). Les patients qui se voient refuser un rendez-vous pour un problème de santé jugé urgent doivent alors se diriger vers un autre milieu, comme la salle d'urgence, pour obtenir des soins^{11,16}. Cette pratique est très dispendieuse pour le gouvernement provincial : au Nouveau-Brunswick, une consultation auprès d'un médecin de famille coûte en moyenne 46,50 \$, tandis qu'une visite aux urgences coûte en moyenne 192,17 \$¹⁷.

D'après les résultats du sondage, le mode de rémunération à l'acte semble favorable à l'accès en temps opportun. La rémunération à l'acte est un incitatif pour les fournisseurs de soins primaires à voir plus rapidement les patients¹⁴. La proportion de participants rémunérés à l'acte était supérieure (63,6 %) dans le groupe avec accès plus rapide que dans le groupe avec accès plus lent (37,5 %). Sous ce modèle de rémunération, les médecins sont payés pour chaque service offert. Ils peuvent aussi recevoir à l'occasion des

primes supplémentaires qui les motivent à recevoir plus de patients en consultation et à prolonger leurs horaires de clinique en dehors des heures régulières^{14,18}. Cependant, seul le mode de rémunération mixte montrait une différence statistiquement significative entre les deux groupes, puisque seuls les cabinets des participants des régions où l'accès est plus lent y avaient recours.

L'utilisation des DME était une pratique courante chez les participants dans les régions où l'accès est plus lent. En effet, 100,0 % des participants interrogés s'en servaient, contre seulement 36,4 % des participants des régions où l'accès est plus rapide. Grâce à cette technologie, en moins de cinq minutes, les médecins peuvent obtenir les renseignements d'une autre consultation médicale (p. ex. avec un spécialiste). Par ailleurs, le DME leur permet d'envoyer des rappels automatiques aux patients atteints de maladies chroniques¹⁹. En théorie, les médecins utilisant un DME peuvent économiser en moyenne quinze minutes par dossier, ce qui leur permet de voir un plus grand nombre de patients²⁰. Toutefois, les participants à la présente étude ne semblaient pas en tirer un bénéfice. Des données probantes confirment que les médecins trouvent que les DME sont difficiles à utiliser à leur plein potentiel, prennent du temps à remplir et peuvent même contribuer à l'épuisement professionnel, ce qui peut expliquer les taux plus faibles d'adoption²¹⁻²⁴. Aucune donnée à cet égard n'a été recueillie dans le cadre de l'étude.

Finalement, les régions où l'accès est plus lent font partie du Réseau de santé Vitalité, tandis que les régions où l'accès est plus rapide appartiennent au Réseau de santé Horizon. Les politiques et les règlements de ces réseaux n'étaient pas à l'étude dans ce projet de recherche.

Limites

Les résultats demeurent nuancés en raison de la petite taille de l'échantillon provenant des régions ciblées, ce qui limite aussi la généralisabilité de l'étude. De plus, la nature observationnelle de l'étude ne permet pas d'établir des liens de causalité entre les variables étudiées. Finalement, les différences organisationnelles entre les réseaux de santé n'ont pas été étudiées dans le cadre de la présente étude.

Conclusion

Des facteurs mesurables et modifiables influencent la rapidité d'accès aux soins primaires, notamment la mesure et la comparaison du rendement des cabinets, le contrôle sur la rémunération des médecins, le travail exclusif des fournisseurs de soins à leur cabinet et le nombre des patients à leur charge. Afin d'améliorer l'accès en temps opportun au Nouveau-Brunswick, y compris l'utilisation et l'offre des services médicaux, ces données pourraient être utiles à la prise de décision gouvernementale, aux cabinets ainsi qu'aux patients. En

menant d'autres recherches, il serait possible d'évaluer la pertinence des demandes de rendez-vous, étant donné que la perception des patients quant à leurs besoins urgents ne coïncide pas toujours avec celle des professionnels de la santé. D'autres avenues de recherche seraient l'étude des politiques et des procédures entre les réseaux, des perceptions des médecins quant à la mesure de leur rendement et de l'obligation des médecins de travailler dans d'autres domaines que les soins primaires.

Véronique Manuel, la **D^e Iva Bien-Aimé** et **Éric Boutot** sont des étudiant(e)s à l'École des hautes études publiques à l'Université de Moncton (Nouveau-Brunswick). Le **D^r Jérémie B. Dupuis** est chercheur institutionnel au vice-rectorat à l'enseignement et à la recherche à l'Université de Moncton. La **D^e Claire Johnson** est professeure adjointe à l'École des hautes études publiques à l'Université de Moncton.

Collaborateurs

Tous les auteurs ont contribué à la conception et à l'élaboration de l'étude; à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données; de même qu'à la préparation du manuscrit aux fins de présentation.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

D^e Claire Johnson; courriel Claire.Johnson@umoncton.ca

Références

1. *Primary health care: transforming vision into action: operational framework*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé; 2018.
2. *À propos des soins de santé*. Ottawa (ON) : Santé Canada; 2012.
3. *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des services de santé primaires. Résultats du sondage du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick sur la santé primaire 2014*. Moncton (N.-B.) : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick; 2015. Accessible à : https://csnb.ca/sites/default/files/publications-attachments/sondage_sur_la_sante_primaire_-_rapport_complet.pdf. Réf. du 7 mars 2023.
4. *La santé des Canadiens – le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : recommandations en vue d'une réforme. Partie III: la garantie de soins de santé. Chapitre cinq. Des soins de santé en temps opportun*. Ottawa (ON) : Comité permanent des affaires sociales, des sciences et des technologies du Sénat; 2003. Accessible à : <https://sencanada.ca/fr/content/sen/committee/372/soci/rep/rep022vol6part2-f>. Réf. du 7 mars 2023.
5. Barry DW, Melhado TV, Chacko KM, Lee RSM, Steiner JF, Kutner JS. Patient and physician perceptions of timely access to care. *J Gen Intern Med* 2006;21(1):130-3. Publ. en ligne du 7 déc. 2005.
6. *Résultats du Canada : enquête internationale de 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires*. Ottawa (ON) : Institut canadien d'information sur la santé; 2016.
7. *2017-2018 Recommandation au ministre de la Santé*. Moncton (N.-B.) : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick; 2018. Accessible à : <https://csnb.ca/sites/default/files/publications-attachments/recommandation-2017-2018-fr.pdf>. Réf. du 7 mars 2023.
8. *Être patient. L'accessibilité, la santé primaire et la salle d'urgence*. Moncton (N.-B.) : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick; 2017. Accessible à : <https://www.nbhc.ca/sites/default/files/publications-attachments/etre-patient-fr.pdf>. Réf. du 7 mars 2023.
9. Tang KL, Siad F, Arafah D, Lockyer J. An exploration of the content and usability of Web-based resources used by individuals to find and access family physicians. *Healthc Policy* 2018;13(4):35-49.
10. Beaulieu MD, Denis JL, D'amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É et coll. *L'implantation des Groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle : étude de cas dans cinq GMF de la première vague au Québec*. Montréal (QC) : Université de Montréal; 2006.
11. *Conseil pratique. Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecin familiale*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Accessible à : http://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_Best_Advice_Enhancing_Timely_Access_FRE.pdf. Réf. du 7 mars 2023.
12. *The CAHPS ambulatory care improvement guide. Practical strategies for improving patient experience. Section 6: strategies for improving patient experience with ambulatory care. 6A. Open access scheduling for routine and urgent appointments*. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality; 2017. Accessible à : <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/cahps/quality-improvement/improvement-guide/6-strategies-for-improving/access/cahps-section-6a.pdf>. Réf. du 7 mars 2023.
13. Trypuc J, MacLeod H, Hudson A. Developing a culture to sustain Ontario's wait time strategy. *Healthc Pap* 2006;7(1):8-24.
14. Pomey MP, Forest PG, Sanmartin C, Decoster C, Clavel N, Warren E et coll. Toward systematic reviews to understand the determinants of wait time management success to help decision-makers and managers better manage wait times. *Implement Sci* 2013;8:61. Publ. en ligne du 28 sept. 2013.

15. Van der Wees PJ, Nijhuis-van der Sanden MWG, van Ginneken E, Ayanian JZ, Schneider EC, Westert GP. Governing healthcare through performance measurement in Massachusetts and the Netherlands. *Health Policy* 2014;116(1):18-26.
16. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA* 2003;289(8):1035-40.
17. *Le coût des problèmes de santé chroniques au Nouveau-Brunswick*. Moncton (N.-B.): Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick; 2016. Accessible à : https://csnb.ca/sites/default/files/publications-attachments/juin_2016_le_cout_des_problemes_de_sante_chroniques_au_nb_-_final_0.pdf. Réf. du 7 mars 2023.
18. *Conseil pratique. La rémunération des médecins dans un centre de médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Accessible à : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BAG_Remuneration_FRE_WEB_Rev.pdf. Réf. du 7 mars 2023.
19. Shaw N, Aceti V, Campbell-Scherer D, Leyland M, Mozgala V, Patterson L et coll. Current use of electronic medical records in primary care of chronic disease: the implications for clinical governance. *Clin Gov* 2011;16(4):353-63.
20. Grewala GS. Electronic medical records in primary care: are we there yet? *UBC Med J* 2014;6(1):15-6.
21. Greiver M. Les dossiers médicaux électroniques améliorent-ils la qualité des soins? Non [Débats]. *Can Fam Physician* 2015;61:847-9 (ang), 852-3 (fr).
22. Chang F, Gupta N. Les progrès dans l'adoption du dossier médical électronique au Canada. *Can Fam Physician* 2015;61:1076-84.
23. Pimlott N. Erreur de calcul [Éditorial]. *Can Fam Physician* 2017;63:342 (ang), 343 (fr).
24. Babbot S, Manwell LB, Brown R, Montague E, Williams E, Schwartz M et coll. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO study. *J Am Med Inform Assoc* 2014;21(e1):e100-6. Publ. en ligne du 4 sept. 2013.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2023;69:e66-72. DOI: 10.46747/cfp.6903e66