

## Qui a du temps pour la médecine familiale?

Nicholas Pimlott MD CCFP

Récemment, certains articles dans les ouvrages médicaux traitaient des nombreux mécontentements des médecins de première ligne, y compris des médecins de famille.

Bodenheimer<sup>1</sup> a documenté clairement les pressions grandissantes sur les médecins de première ligne aux États-Unis. Les patients sont mécontents parce qu'ils doivent attendre plus longtemps avant de se faire soigner et ils perçoivent la qualité des soins comme insuffisante. Les médecins sont mécontents parce qu'ils ont l'impression d'être payés pour la quantité et non la qualité; ils gagnent la moitié du revenu des spécialistes et l'écart s'élargit; ils trouvent que la charge de travail devient impossible à supporter. La situation est semblable dans les soins de première ligne au Canada.

### Pressions sur les horaires

Les premières données sur la charge de travail des médecins de famille ont été publiées en 2003. Yarnall et collègues<sup>2</sup> ont utilisé les chiffres publiés et estimés selon le service pour déterminer le temps requis d'un médecin pour fournir tous les services recommandés par le Preventive Services Task Force des États-Unis, à un groupe de 2 500 personnes dont la répartition en fonction de l'âge et du sexe ressemblait à celle de la population américaine. Ils ont conclu que pour répondre pleinement aux recommandations du groupe de travail, il faudrait qu'un médecin passe 1 773 heures par année ou 7,4 heures par journée de travail à offrir des services de prévention.

À l'aide d'une méthodologie semblable, Østbye et collègues<sup>3</sup> ont récemment appliqué les recommandations des guides de pratique pour 10 maladies chroniques courantes à un groupe de 2 500 patients en soins de première ligne (dont la répartition selon l'âge et le sexe et chez qui la prévalence des maladies chroniques étaient semblables à celles dans la population en général). Ils ont estimé le temps minimum requis d'un médecin pour dispenser des soins de grande qualité aux patients souffrant de ces maladies. Ils ont comparé le résultat avec le temps disponible pour les soins aux patients d'un médecin moyen en soins de première ligne. Ils ont estimé qu'il fallait 823 heures par année ou 3,5 heures par jour pour les 10 maladies chroniques les plus courantes, pourvu que les maladies soient stables et bien contrôlées. Ils ont recalculé cette estimation en se fondant sur le temps additionnel nécessaire pour une maladie non contrôlée. Le résultat était multiplié par un facteur de 3. En appliquant ce facteur aux 10 maladies,

les demandes de temps augmentaient à 2 484 heures par année ou 10,6 heures par jour. Les auteurs ont conclu que, pour satisfaire aux guides de pratique concernant seulement 10 maladies chroniques, il faut plus de temps que ce dont disposent les médecins de première ligne pour l'ensemble des soins aux patients.

Selon les résultats de ces deux études, le médecin de famille américain moyen devrait passer entre 10,9 et 18 heures par jour à dispenser des soins préventifs et pour les maladies chroniques. De telles estimations ne tiennent pas compte du temps passé à donner des soins actifs pour des problèmes courants comme les infections des voies respiratoires supérieures et des voies urinaires, qui occupent déjà une part substantielle de leur journée<sup>4,5</sup>.

La situation soulève des questions évidentes. Comment les attentes envers les médecins de famille en sont-elles venues à dépasser le nombre d'heures dans une journée? Puisque même le médecin de famille le plus consciencieux ne travaille pas 24 heures par jour<sup>6</sup>, comment les médecins de famille arrivent-ils à gérer leur temps face à de telles attentes et de telles demandes? Enfin, comment pourrait-on rendre plus réalistes les attentes envers les médecins de famille sans compromettre la qualité des soins aux patients?

### Explosion des guides de pratique

Divers facteurs ont contribué aux horaires surchargés des médecins de famille, mais je crois qu'un facteur en particulier a eu un effet énorme: l'explosion des guides de pratique clinique (GPC) au cours de la dernière décennie. Les guides de pratique clinique ont fait leur apparition durant les années 1970 dans la plupart des pays industrialisés, en commençant avec ceux du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique au Canada et du Preventive Services Task Force aux États-Unis. Les groupes d'étude avaient un but fort louable et nécessaire: évaluer les données scientifiques probantes étayant les soins préventifs et présenter des recommandations fondées sur ces données pour la pratique. Ces groupes d'étude ont établi des hiérarchies de données probantes claires ainsi qu'un processus pour l'évaluation et la diffusion des données cliniques. Leurs recommandations continuent d'orienter encore aujourd'hui les soins préventifs de première ligne.

Depuis ce temps, il y a eu une explosion de GPC à l'intention des médecins de famille. On compte plus de 2 000 guides de pratique dans les sites Web du National Guidelines Clearinghouse ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)) aux

États-Unis (quoique tous ne concernent pas les médecins de famille). Au dernier décompte, il y avait 124 GPC dans le site Web (<http://gacguidelines.ca>) du Comité consultatif sur les lignes directrices pour l'Ontario (CCLD), un organisme voué à l'évaluation et à la diffusion des lignes directrices pertinentes aux médecins de famille; il a pour mission de promouvoir une meilleure santé de la population ontarienne en encourageant les médecins et les autres professionnels de la santé à se servir des guides de pratique clinique fondés sur des données scientifiques et des pratiques cliniques justifiées par les meilleures données possible. Plus précisément, il vise à mieux faire connaître les meilleures données probantes et leur utilisation en identifiant, en évaluant, en endossant et en résumant les lignes directrices à utiliser en Ontario.

Si le CCLD évalue et classe les GPC en fonction de critères de qualité, les GPC comportent de nombreux problèmes, même ceux qui ont reçu une cote favorable. D'abord, il est démontré que les lignes directrices ne sont pas élaborées selon des critères rigoureux. Shaneyfelt a fait valoir que les lignes directrices publiées dans les ouvrages médicaux révisés par les pairs au cours des 10 dernières années ne se conforment pas bien aux normes méthodologiques acceptées. Tous les aspects de l'élaboration des lignes directrices doivent être améliorés, mais là où il faut porter le plus d'attention, c'est dans l'identification, l'évaluation et la synthèse des données scientifiques<sup>7</sup>. Deuxièmement, les lignes directrices suivent le paradigme de la recherche clinique et sont souvent produites dans la perspective d'un seul problème ou d'une seule maladie. Les patients traités par les médecins de famille présentent souvent plusieurs problèmes chroniques qui interagissent entre eux, ce qui complique le respect des recommandations des lignes directrices<sup>8</sup>. Troisièmement, les lignes directrices ne tiennent souvent pas compte des préférences du patient, ce pour quoi les médecins de famille sont explicitement formés. Quatrièmement, même les meilleures lignes directrices ne sont pas très bien diffusées parmi les médecins de famille. Elles sont habituellement distribuées passivement par la poste et sur copie papier. Même s'il y a de plus en plus d'exceptions à cette règle, elles ont tendance à être longues et détaillées, et elles ne donnent pas de résumés spécifiques utiles sur le plan clinique pour des médecins à l'horaire chargé<sup>9</sup>.

### Améliorer les guides de pratique

Est-il possible d'améliorer les GPC et de réduire les pressions énormes qu'exercent les lignes directrices sans cesse émergentes sur l'emploi du temps des médecins de famille? Je crois que oui, mais il faut apporter divers changements dans la pratique actuelle et dans la façon dont les lignes directrices sont produites et diffusées.

Il faut «rédiger» les lignes directrices différemment. Les groupes «responsables» sont habituellement formés


d'un grand nombre d'experts spécialistes en la matière et de 2 ou 3 médecins de famille. Ayant déjà siégé au sein d'un comité du genre par le passé<sup>10</sup>, je me rappelle qu'une bonne part des discussions sur 2 jours portait sur les données tirées de la recherche pour appuyer les recommandations. Cette discussion est essentielle, mais très peu de temps a été consacré à une autre question d'égale importance, la diffusion (ou le transfert du savoir). C'est le monde à l'envers. Je propose qu'il y ait une bien plus grande représentation de médecins de famille de différents milieux au sein des comités responsables et un plus petit nombre d'experts en la matière pour les conseiller sur le contenu. De cette façon, une plus grande attention sera peut-être accordée à la façon dont les médecins de famille peuvent utiliser les lignes directrices dans leurs pratiques.

Il faut mettre davantage l'accent sur l'application des lignes directrices aux genres de patients que l'on voit en pratique familiale - les personnes plus âgées et ceux atteints de problèmes chroniques multiples. De plus, on devrait porter plus d'attention, dans les lignes directrices, aux données scientifiques à l'appui de l'efficacité des interventions. Les médecins de famille sont submergés de manœuvres étayées seulement par l'opinion d'experts.

Cela a été dit et écrit bien des fois auparavant, mais il importe de réitérer l'importance d'une diffusion et d'une mise en œuvre efficaces des bonnes lignes directrices. Une plus grande contribution des médecins de famille est essentielle si on veut que la diffusion soit productive.

À mesure que les médecins de famille se rallient à des équipes ou groupes de santé familiale qui incluent et intègrent d'autres professionnels de la santé, il faudra porter plus d'attention au rôle des autres dispensateurs dans la prestation des soins actifs, chroniques et préventifs. Il est clair que, pour que les médecins de famille continuent à fournir des soins de grande qualité et à intégrer les recommandations des lignes directrices dans leur pratique, ils devront partager ce travail avec d'autres professionnels. De nombreux soins préventifs peuvent, par exemple, être donnés par des infirmières praticiennes membres d'équipes de santé familiale. Ces dernières peuvent aussi fournir efficacement des soins pour certains problèmes chroniques, permettant aux médecins de famille de se concentrer sur les soins actifs ou sur les patients dont les maladies chroniques sont instables.

Les médecins de famille ont de moins en moins le temps de fournir à la fois des soins préventifs et des soins aux malades chroniques. La recrudescence des GPC pour les soins préventifs et chroniques, et les attentes à l'égard des médecins de famille pour qu'ils s'y conforment ont contribué de manière substantielle à ces pressions. Des améliorations dans la qualité et la diffusion des lignes directrices, et l'intégration d'autres professionnels de la santé, comme des infirmières praticiennes, pourraient atténuer les pressions sur l'emploi

du temps des médecins de famille et améliorer la qualité de leur vie professionnelle. 

**D<sup>r</sup> Pimlott** est professeur agrégé au Département de médecine familiale et communautaire à l'University of Toronto et directeur de la recherche au Family Practice Health Centre du Women's College Hospital à Toronto, en Ontario; il est aussi rédacteur adjoint pour *Le Médecin de famille canadien*.

### Intérêts concurrents

Aucun déclaré

**Correspondance à:** D<sup>r</sup> Nicholas Pimlott, 60 Grosvenor St, Toronto, ON M5S 1B6; téléphone 416 323-6065; télécopieur 416 323-6335; courriel [nick.pimlott@utoronto.ca](mailto:nick.pimlott@utoronto.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. Bodenheimer T. Primary care—will it survive? *New Engl J Med* 2006;355:861-4.
2. Yamall KS, Pollak KI, Østbye T, Krause KM, Michener JL. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003;93:635-41.
3. Østbye T, Yamall KS, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Is there time for management of patients with chronic diseases in primary care? *Ann Fam Med* 2005;3:209-14.
4. Gilchrist V, McCord G, Schrop SL, King BD, McCormick KF, Oprandi AM, et al. Physician activities during time out of the examination room. *Ann Fam Med* 2005;3:494-9.
5. Gottschalk A, Flocke SA. Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room. *Ann Fam Med* 2005;3:488-93.
6. Slade S, Busing N. Weekly work hours and clinical activities of Canadian family physicians: results of the 1997-98 National Family Physician Survey of the College of Family Physicians of Canada. *CMAJ* 2002;166:1407-11.
7. Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed medical literature. *JAMA* 1999;281:1900-5.
8. Upshur RE. The complex, the exhausted and the personal: reflections on the relationship between evidence-based medicine and casuistry. Commentary on Tonelli (2006), Integrating evidence into clinical practice: an alternative to evidence-based approaches. *J Eval Clin Pract* 2006;12(3):281-8.
9. Michie S, Johnston M. Changing clinical behaviour by making guidelines specific. *BMJ* 2004;328:343-5.
10. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Ontario guidelines for the prevention and treatment of osteoporosis. Ontario Program for Optimal Therapeutics*. Toronto, ON: Ministère de la Santé et des Soins de longue durée; 2000. Accessible à: [www.opot.org/guidelines/osteoporosis.pdf](http://www.opot.org/guidelines/osteoporosis.pdf). Accédé le 27 novembre 2007.