

**AVIS
SUR LA CONTINUITÉ DES SOINS
ET SERVICES MÉDICAUX
LA CONTINUITÉ, UNE BASE ESSENTIELLE
DE LA QUALITÉ**

JUIN 2003

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2003-02

Rédaction

Christine Beaulieu
Jeannie Haggerty
Michèle Laverdure

Collaboration

Gisèle Foucault
Francine Morneau
Liette Saillant
Denis Santerre

Édition produite par
le Conseil médical du Québec

Les bureaux du Conseil sont situés au :
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec)
G1S 2L2

Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Courriel : cmed@cmed.gouv.qc.ca

Le présent document est disponible pour
consultation sur le site Internet du Conseil médical
du Québec dont l'adresse est :
<http://www.cmed.gouv.qc.ca>

Dépôt légal - 2003
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN : 2-550-41293-1

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Luc Deschênes, président

Chirurgien oncologue

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre

Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Pierre-Yves Anctil

Résident en anesthésiologie

Université Laval

Dr Martin Arata

Omnipraticien

Directeur des services professionnels
et hospitaliers

Centre hospitalier de la région de l'amiante

Dre Brigitte Bernard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr François Gauthier

Directeur et syndic

Direction des enquêtes

Collège des médecins du Québec

Dr David Goltzman

Médecin-chef

Centre de santé de l'Université McGill

Madame Andrée Ann Jolibois

Étudiante en médecine

Université Laval

Dr Marc Giroux

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe, vice-président

Chirurgien général

Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé
et services sociaux

Madame Estelle Lépine

Ministère de l'Éducation

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien

Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Bernard Millette

Omnipraticien

Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne

Berlex Canada Inc.

Dr Jean Talbot

Médecin biochimiste

Centre hospitalier universitaire de Québec
(CHUQ)

Madame Micheline Ulrich

Infirmière conseillère-cadre

Dre Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne

Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport du Comité de travail sur la continuité des soins médicaux entre les lignes de services composé des personnes suivantes : Dr Laurent Marcoux (président), madame Michèle Laverdure, Dr Bernard Millette, Dr Jean Talbot, ainsi que madame Christine Beaulieu (jusqu'en février 2003) de la permanence du Conseil.

REMERCIEMENTS

Le Conseil médical du Québec désire remercier toutes les personnes consultées lors de la rédaction de cet avis pour leur collaboration et leur intérêt. Le Conseil remercie particulièrement madame Jeannie Haggerty, professeure adjointe au département de médecine familiale à l'Université de Montréal et chercheuse au Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), pour ses travaux de recherche et de rédaction permettant l'élaboration de cet avis. Le Conseil tient également à souligner le travail de madame Gisèle Foucault, qui a traduit en français certaines parties de cet avis.

RÉSUMÉ

Aux yeux des membres du Conseil médical, la continuité se révèle une composante essentielle de la prestation des soins et des services médicaux, non seulement pour en améliorer l'efficacité sur le plan de la pratique, mais aussi pour en assurer la qualité auprès de la population. L'Avis expose d'abord ce qu'est la continuité et les formes qu'elle prend dans le domaine de la santé, illustre ensuite les divers obstacles qui l'entravent et propose enfin une série de recommandations destinées à la promouvoir et à la consolider.

L'avis présente trois types de continuité : relationnelle, informationnelle, d'approche thérapeutique. Il distingue les notions de coordination et d'intégration, la première portant sur la collaboration entre les intervenants individuels, la seconde renvoyant à l'interaction organisationnelle. Ce premier volet insiste sur l'une des conditions pour assurer la continuité, soit le maintien d'une accessibilité adéquate aux soins en une période où l'on remarque une montée du consumérisme dans les soins de santé.

Toutefois, d'importantes difficultés affectent la continuité des soins aux patients : dispersion des soins en première ligne, interactions parfois laborieuses entre le médecin référant et le médecin consultant, rémunération à l'acte encourageant une pratique orientée vers les cas légers et limitant le temps consacré à la coordination et la concertation entre professionnels. Le Conseil reconnaît qu'il y a d'autres facteurs de rupture de la continuité, mais il croit qu'une réflexion devra se faire afin de susciter des solutions adaptées aux différents contextes.

D'ailleurs, pour améliorer la continuité de soins, le Conseil soumet des recommandations qui touchent les trois segments de la notion de continuité. La continuité relationnelle s'adresse à la première ligne, requiert la généralisation de l'inscription des patients pour décourager la dispersion des soins, investir le praticien de la responsabilité d'assurer le suivi des soins au patient et inciter à la prise en charge par une rémunération liée à l'inscription. La continuité informationnelle réclame l'utilisation de formulaires standardisés, le paiement d'un tarif de transfert qui pourrait être lié à la qualité du rapport et de sa transmission en temps opportun, le développement de l'informatisation dans la pratique médicale ainsi que l'implantation d'un dossier-patient électronique unique et partageable d'ici cinq ans. La continuité d'approche, quant à elle, se fonde sur une clarification des rôles, le développement d'une approche clinique globale et le renforcement du suivi par la rémunération des activités de coordination et de concertation, ainsi que le paiement d'un tarif de transfert au médecin consultant pour encourager la rétroaction entre les médecins.

Les suivis systématiques et les réseaux intégrés de services ne font pas l'objet de recommandations formelles, mais le Conseil souligne dans le premier cas qu'il faut encourager les médecins à adhérer aux protocoles de soins développés pour les clientèles souffrant de maladies chroniques, alors que dans le second, on se doit d'agir avec prudence envers les « réseaux dédiés », afin d'éviter une segmentation accrue de la pratique des médecins généralistes.

Pour conclure, le Conseil estime nécessaire *d'identifier un médecin de famille responsable* de la coordination de base des soins médicaux ; *de définir clairement les rôles attribués* aux médecins et aux autres intervenants professionnels ; *d'établir des mécanismes standardisés de cueillette et de partage de l'information* sur les soins donnés aux patients par les différents professionnels ; *de spécifier les mécanismes de concertation* entre les professionnels dans les équipes soignantes ; *de déterminer les mécanismes conviviaux de transmission de l'information* sur la condition du patient de façon à faciliter la continuité.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
CONCEPT ET CARACTÉRISTIQUES DU CONTINUUM DE SOINS.....	3
1.1 La notion de continuité.....	3
1.2 Les moyens développés pour assurer la continuité.....	8
1.2.1 Intégration et coordination.....	9
1.2.2 L'établissement des liens et la coordination clinique	10
1.2.3 Réseaux de services intégrés	11
1.2.4 Intégration administrative	12
CHAPITRE 2	
LES DIFFICULTÉS D'ASSURER LA CONTINUITÉ : LES CONSTATS.....	15
2.1 Continuité relationnelle	15
2.2 Continuité informationnelle	18
2.3 Continuité d'approche	22
CHAPITRE 3	
COMMENT AMÉLIORER LE CONTINUUM DE SOINS.....	27
3.1 Solutions systémiques	28
3.2 La continuité relationnelle	32
3.3 La continuité informationnelle	36
3.4 La continuité d'approche	40
CONCLUSION	45
BIBLIOGRAPHIE	47

INTRODUCTION

L'insatisfaction des patients à propos de notre système de soins découle, entre autres, de la fragmentation de son organisation. Ces ruptures dans la continuité des services engendrent des problèmes affectant leur efficacité, leur efficience et leur qualité. Les groupes d'experts qui se sont exprimés sur le sujet invoquent donc la nécessité de coordonner les soins et les services, particulièrement pour les soins offerts à des clientèles vulnérables.

Les patients perçoivent la continuité de l'organisation de soins selon la manière dont les soins qui leur sont donnés sont reliés entre eux et s'avèrent cohérents. Ils considèrent la continuité comme un indice de la qualité des soins. Avant tout, ils souhaitent un accès rapide à un professionnel compétent. Ensuite, ils s'attendent à ce que ce dernier coordonne l'ensemble des soins dont ils ont besoin. Cela nécessite une bonne communication entre les soignants et une information claire pour le patient.

Les médecins ont un rôle clé à jouer dans l'organisation des soins. Mais la croissance exponentielle des connaissances alliée à un développement technologique toujours plus sophistiqué requièrent que ce rôle de coordination soit plus largement partagé avec d'autres professionnels de la santé. La qualité des services offerts se fonde chaque jour davantage sur une pratique interdisciplinaire et une organisation des soins en réseau. Les membres du Conseil reconnaissent le rôle joué par l'ensemble des professionnels de la santé dans la prestation de soins optimaux et la nécessité d'une étroite collaboration entre eux pour assurer la continuité des soins. Songeons, par exemple, au rôle

particulier des infirmières dans le suivi systématique et celui des pharmaciens veillant à la cohérence des régimes médicamenteux multiples.

Le présent avis, tout en reconnaissant ces apports essentiels, vise à clarifier les rôles spécifiques que doivent exercer les médecins sur le plan de la continuité des soins dans l'actuel contexte de décloisonnement des structures et pratiques.

CHAPITRE 1

CONCEPT ET CARACTÉRISTIQUES

DU CONTINUUM DE SOINS

1.1 La notion de continuité

La continuité des soins est l'un des éléments clés de la qualité des services offerts à la population. La continuité désigne la façon selon laquelle un patient perçoit la série de services de santé qu'il reçoit comme une succession d'événements connexes, cohérents et compatibles avec ses besoins de santé et sa situation personnelle.

Suivant l'expérience et la formation des professionnels qui s'en préoccupent, la continuité sera conceptualisée de façon variée. Différents aspects de ce concept seront, en effet, mis en lumière selon l'angle par lequel on l'aborde.

Ainsi, en ce qui a trait aux soins de première ligne, l'accent est surtout mis sur la relation entre le soignant et le patient. Il importe que les soins soient assurés et coordonnés par le même intervenant durant de longues périodes, de façon à permettre le développement de liens constructifs et l'accumulation d'un ensemble de connaissances sur le patient, ce qui facilite les interventions lors de problèmes. De plus, cette relation nourrit la confiance mutuelle au fil du temps.

Les recherches démontrent que les résultats de l'intervention professionnelle sont meilleurs si le patient est traité par son médecin habituel. D'une part, le médecin connaît bien son patient et propose un traitement bien ciblé et, d'autre

part, le patient est davantage fidèle à son traitement car il fait confiance à son médecin.

Les médecins identifient mieux les problèmes de nature médicale et psychosociale et ils appliquent plus judicieusement les méthodes attentistes. De leur côté, les patients respectent mieux leur traitement, ils ont moins recours aux services d'urgence des hôpitaux, font des séjours plus courts à l'hôpital et utilisent moins les services de santé en général. Les données sur les avantages des services préventifs sont particulièrement probantes. Elles démontrent la corrélation entre la continuité des fournisseurs de soins et la fréquence ainsi que l'utilisation des examens médicaux courants, tels le dosage du cholestérol sanguin, une cytologie vaginale de Papanicolaou, des examens de dépistage du cancer du sein, etc.

Source : B. Starfield, *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, Oxford University Press, 1998.

Dans le secteur de la santé mentale, la continuité est davantage perçue comme la constance et la fréquence requises des contacts avec le patient afin de gérer étroitement son plan de soins. La stabilité de la relation entre le patient et une personne « significative » de l'équipe d'intervenants est jugée essentielle au suivi adéquat de ce patient. La notion de bonne continuité des soins englobe également la nécessité de coordonner d'autres services tels que le logement ou la réinsertion sociale. Dans ce contexte, on privilégie habituellement le recours à un « gestionnaire de cas » qui assure la coordination de l'ensemble des interventions. Cela permet d'offrir au patient un suivi adapté à l'évolution de ses besoins.

Dans l'optique des soins infirmiers, l'instauration de mécanismes de transfert de l'information concernant le patient et la coordination du travail sont privilégiées pour garantir la continuité des soins offerts aux patients. On accorde ainsi de l'importance à la communication et à la coordination entre les différents intervenants infirmiers qui s'occupent des soins au patient, que celui-ci soit hospitalisé ou qu'il reçoive des soins à domicile. Le rôle confié à l'infirmière de liaison est perçu comme le moyen par excellence pour assurer la communication entre les intervenants et faciliter la coordination des actions lorsque la responsabilité des soins passe d'une organisation à une autre. La notion de « suivi systématique de la clientèle » découle de cette approche.

Au plan des soins spécialisés, les efforts de continuité s'attardent davantage sur un suivi bien articulé de l'épisode de soins, l'aspect le plus important étant la continuité de l'approche. L'équipe spécialisée se doit d'assurer une trajectoire cohérente, logique, efficace et efficiente des soins fournis durant l'épisode de soins ou lors de la maladie du patient qui leur est envoyé. Le médecin spécialiste a la responsabilité d'orchestrer une stratégie commune de soins reconnue et partagée par les différents membres de l'équipe de soins et les autres partenaires impliqués.

Tous ces aspects de la continuité sont importants. Ils mettent en lumière trois volets de la continuité des soins, soit :

- la continuité relationnelle ;
- la continuité informationnelle ;
- la continuité d'approche.

- La **continuité relationnelle** désigne une relation thérapeutique constante entre un patient et un ou plusieurs soignants. Elle repose sur une fidélisation du patient envers un intervenant en contrepartie d'une responsabilisation de ce dernier pour le suivi des soins procurés au patient. La connaissance des valeurs et du contexte social du patient s'acquiert au fil du temps dans le cadre d'une relation stable patient-soignant. Trait d'union entre les soins passés et présents, la relation sert aussi de lien avec les soins futurs. En outre, lors d'un changement dans l'état de santé d'un patient, soit l'apparition d'une nouvelle maladie ou un changement fonctionnel au cours d'une maladie, la capacité d'agir, en connaissant l'ensemble de la situation, s'avère un atout significatif.
- La **continuité informationnelle** s'appuie sur la disponibilité de l'information en terme de contenu et en temps opportun. La continuité informationnelle exige que les détails concernant l'état de santé du patient et les soins qu'il a reçus soient regroupés dans une source accessible au moment où des soins doivent être accordés. L'information à propos des événements antérieurs ainsi que celle reliée au plan de soins proposé doivent aussi être disponibles. Enfin, il doit exister des mécanismes efficaces de transfert de l'information entre les différents fournisseurs de soins.

- La **continuité d'approche** met l'accent sur la cohérence du plan de soins lorsque plusieurs professionnels interviennent auprès d'un même patient au cours d'un épisode de soins. Elle s'inscrit dans le cadre d'un plan d'intervention ou du plan de service développé et partagé par plusieurs professionnels ou par plusieurs services¹. Même si ce plan nécessite une certaine souplesse afin de s'adapter aux besoins individuels changeant, il doit être cohérent pour le patient et reposer sur une stratégie d'intervention partagée, des actions coordonnées ainsi qu'une bonne circulation de l'information.

Si, pour le patient, la continuité se définit comme une expérience personnelle relative à la manière dont les soins sont liés entre eux et cohérents dans le temps, pour le soignant, cette continuité ne peut être assurée que s'il dispose d'informations et de connaissances suffisantes sur un patient pour pouvoir exercer au mieux ses compétences professionnelles en vue de le soigner. En outre, le soignant veut avoir l'assurance que les autres intervenants en santé sont informés des soins qu'il a donnés ou suggérés².

Perçue, au fil du temps, comme la possibilité de fournir des soins et des services ininterrompus et coordonnés entre les programmes, les praticiens, les organismes et les niveaux de soins ou de services, la continuité s'avère donc une des caractéristiques du niveau de qualité d'un système de soins.

¹ Dans le réseau, on désignera « plan d'intervention » la coordination *intra muros* et « plan de service » la coordination plus complexe de services *extra muros*.

² R. Reid, J. Haggerty, R. McKendry, *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2002.

Rappelons cependant qu'une accessibilité adéquate aux soins pour les patients est un préalable incontournable à toute continuité.

En conclusion, la continuité repose sur :

- de bonnes aptitudes relationnelles de la part des soignants ;
- une circulation efficiente de l'information entre les soignants ainsi qu'entre les soignants et les organisations ;
- une coordination adéquate des soins fournis par les divers intervenants afin de maintenir la cohérence dans l'approche de soins.

1.2 Les moyens développés pour assurer la continuité

Aucune organisation, ni aucun intervenant ne possèdent la totalité des ressources et des compétences nécessaires pour offrir une solution complète à tous les problèmes de santé qui se présentent.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, les structures et les processus pour assurer la continuité des services sont développés de façon plus ou moins formelle. On observe plusieurs formes de coordination ou d'intégration du travail, toutes favorisant la continuité des services, mais à des degrés plus ou moins élevés. Citons par exemple :

- l'établissement de liens informels entre différents médecins ;
- l'utilisation des guides de pratique, de protocoles de soins ;
- l'adoption de stratégies de suivis systématiques pour les patients souffrant de certaines maladies chroniques comme l'insuffisance respiratoire, les maladies cardio-vasculaires, etc. ;
- la mise en place de réseaux de services intégrés pour personnes âgées.

1.2.1 Intégration et coordination

La coordination et l'intégration des soins sont des façons courantes d'assurer la continuité des services. Ces termes, cependant, sont souvent utilisés comme synonymes. Dans le cadre du présent avis, le terme « coordination » désignera les interactions entre plusieurs professionnels de la santé. Le terme « intégration » visera davantage les interactions à l'échelon des organisations.

En ce qui a trait à la continuité des services, la coordination peut favoriser une meilleure continuité des soins. C'est souvent suffisant pour une bonne partie des besoins exprimés ou observés. Mais pour les clientèles vulnérables, celles qui nécessitent un suivi plus complexe, c'est la coordination des soins associée à l'intégration des services qui permet la meilleure articulation, la plus grande continuité de soins. La notion d'intégration a donc un sens plus large que la notion de coordination.

N'oublions pas que :

Laws of Integration³

1. *You can integrate all of the services for some people, some of the services for all of the people, but you can't integrate all of the services for all of the people.*
2. *Integration costs before it pays.*
3. *Your integration is my fragmentation.*
4. *You can't integrate a square peg and a round hole.*
5. *The one who integrate calls the tune.*

1.2.2 L'établissement des liens et la coordination clinique

La continuité repose sur la coopération entre les différents acteurs oeuvrant au sein de nos organisations de soins. Selon la complexité des problèmes de santé du patient, le niveau de coopération exigé passe de léger à élevé. La coopération entre professionnels de même discipline est plus facile que la coopération interdisciplinaire.

Au-delà du partage de la responsabilité professionnelle, les liens que les médecins entretiennent entre eux sont tissés en vertu d'une culture définie par les attitudes, les valeurs et les normes de la profession médicale. Dans certains cas, l'efficacité des liens interpersonnels se limite aux professionnels que le médecin connaît bien et en qui il a confiance.

³ W.N. Leutz, « Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom », *Milbank Quarterly*, vol. 77, n° 1, 1999, p. 77-110.

L'établissement de liens entre professionnels ayant des champs de compétence différents est plus ardu, car ces liens se fondent sur la confiance mutuelle dans l'expertise et la compétence de l'autre. Le médecin sait beaucoup mieux ce qu'il peut attendre d'un autre médecin que d'un professionnel formé dans une discipline qu'il ne connaît pas aussi bien. La difficulté est donc double. Il doit faire confiance non seulement à l'expérience et à la compétence d'une personne donnée, mais il doit aussi avoir confiance dans la discipline de cette personne.

« La collaboration interprofessionnelle est conçue comme la structuration d'une action collective à travers le partage de l'information et de la prise de décision dans les processus cliniques. Elle est le résultat d'un processus d'interaction entre les acteurs, des acteurs avec la structure organisationnelle et de ces deux éléments avec des structures englobantes ». (D'Amour, 1997)

Les suivis systématiques de personnes présentant des maladies chroniques se situent dans cette sphère d'activité.

1.2.3 Réseaux de services intégrés

On parlera « d'intégration interdisciplinaire » lorsque la collaboration interprofessionnelle est institutionnalisée. C'est le cas des réseaux de services intégrés.

L'intégration des soins pour les personnes vulnérables ou aux prises avec une maladie chronique s'avère le moyen privilégié pour améliorer l'efficacité, la satisfaction des patients et générer de meilleurs résultats thérapeutiques. Elle comprend la création de structures et de processus formels qui s'appliquent chaque fois que le patient présente certaines caractéristiques définies ; on les désigne à titre de « réseaux de soins intégrés ». Ces modèles⁴ sont mis sur pied pour des cohortes de patients ciblés présentant des caractéristiques communes ou des maladies particulières. Cette logique d'organisation vise les patients vulnérables, ayant un très faible niveau d'autonomie, aux prises avec une maladie grave et chronique, dont l'état est instable et nécessite des interventions « facilitées » de plusieurs soignants provenant de divers établissements ou organisations.

Au Québec, actuellement, ces réseaux ciblent les personnes âgées très fragiles, les personnes présentant des problèmes de santé mentale chroniques, sévères et les personnes aux prises avec de sérieux problèmes de toxicomanie.

1.2.4 Intégration administrative

L'intégration systémique vise à régler les problèmes de duplication, de manque de coordination, de transfert des coûts et des patients d'un organisme à l'autre.

Ainsi, certains modèles d'application des « soins gérés » (*Managed Care*) américains privilégient une « intégration fonctionnelle complète ». Par exemple, le modèle d'intégration en réseau « Integrated Delivery Network » amalgame,

⁴ Le modèle intégré pour les personnes âgées (SIPA) ou celui dans la région des Bois-Francs sont des exemples qui ont fait l'objet d'une étude du Conseil dans un avis antérieur.

sous une même autorité, plusieurs composantes d'un système par des règles communes de financement et régularise la pratique professionnelle au moyen de guides de pratique.

Ailleurs, au Royaume-Uni, les groupes de médecins généralistes réunis dans les « Primary Care Trusts » (PCT), entités inspirées et issues de l'expérience des médecins gestionnaires de fonds, les « GP fundholders », ont la responsabilité de négocier auprès de tiers les services offerts à une population inscrite. Ils tentent ainsi de mieux gérer les services et soins offerts et, par certains aspects, de favoriser une meilleure intégration structurelle. Le National Health Service (NHS) d'Angleterre insiste maintenant pour que tous les médecins généralistes soient regroupés dans des « Primary Care Trusts ». Cette entité est plus indépendante que les précédentes car elle n'a plus besoin de l'aval spécifique des autorités régionales pour agir. Le NHS facilite ainsi les décisions de coordination et d'intégration à partir des PCT.

Au Québec, cette forme d'intégration fait davantage référence aux fusions administratives et aux regroupements d'établissements sous un même conseil d'administration.

CHAPITRE 2

LES DIFFICULTÉS D'ASSURER LA CONTINUITÉ : LES CONSTATS

Au Québec, la Commission Clair déplorait dans son rapport les nombreux points de rupture existant dans notre système de santé. La situation, depuis l'an 2000, a peu évolué. Ces points de rupture touchent toutes les organisations et l'ensemble des professionnels. Les services médicaux n'échappent pas au problème. Le Conseil est d'avis que les médecins rencontrent, pour toutes sortes de raisons, des difficultés à offrir les services de façon continue et cela, quel que soit l'angle par lequel nous l'abordons.

2.1 Continuité relationnelle

Le Conseil constate, à l'instar de plusieurs, qu'en raison des problèmes d'accessibilité en première ligne, les soins sont fragmentés entre différents professionnels.

Bon nombre de patients n'ont pas de médecin de famille et cherchent à obtenir des soins un peu partout : salles d'urgence, cliniques sans rendez-vous ou beaucoup plus rarement, services médicaux en CLSC. D'autres patients ont un médecin de famille dont la disponibilité est limitée et qui ne peut pas offrir des soins de courte durée à brève échéance, ce qui signifie que les patients doivent s'adresser ailleurs pour obtenir des soins urgents, tout en préférant voir leur médecin habituel pour le suivi de leur état de santé.

Enfin, d'autres patients doivent voir plusieurs médecins de première ligne pour obtenir des soins complets en raison de la tendance de certains médecins à restreindre l'étendue de leur pratique. Le manque de médecins de première ligne ayant vraiment un profil de pratique de médecine familiale⁵ au Québec explique en partie ces problèmes d'accessibilité et de fragmentation. Des études récentes^{6,7} illustrent que de 40 à 60 % de tous les effectifs médicaux d'omnipratique ne seraient pas disponibles pour les services de médecine de famille courant en première ligne ! C'est important comme impact. Compte tenu des règles fixant le nombre de postes de résidence en omnipratique et en spécialité, il faut aussi ajouter l'impact actuel de la répartition des nouveaux effectifs médicaux selon une proportion de 40 % en omnipratique et 60 % en spécialité. Or, une trop forte disproportion entre médecins de première ligne et médecins spécialistes risquerait de fragiliser les services de première ligne au détriment de l'ensemble du réseau de soins.

Selon certaines études, lorsqu'un patient a un problème de santé, il préfère généralement voir son médecin habituel. Par ailleurs, il voudra rencontrer n'importe quel autre intervenant si son médecin n'est pas disponible à l'échéance qui lui convient⁸.

⁵ « Nous entendons par services de médecine de famille, un ensemble d'interventions médicales générales, non spécialisées, dispensées hors des centres hospitaliers en 1^{re} ligne par les médecins de famille. Ces services s'adressent à toute la population sans distinction des caractéristiques des personnes (enfants, adolescents, adultes, aînés, groupes ethniques, handicapés, etc.) ou des problèmes (aigus ou chroniques) qu'elle présente. Ces services s'appuient sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité (80 %) des préoccupations et des problèmes communs de santé de la population ». Conseil médical du Québec, *Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1^{re} ligne*, Avis 2001-05, septembre 2001, p. 17.

⁶ M. Demers et Y. Brunelle, *Organisation de l'omnipratique au Québec entre 1994 et 1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), décembre 2000.

⁷ A.-P. Contandriopoulos, M.-A. Fournier *et al.*, *Profils de pratique des médecins généralistes au Québec*, GRIS, Université de Montréal, décembre 2000.

⁸ M.M. Love et A.G. Mainous III, « Commitment to a regular physician : how long will patients wait to see their own physician for acute illness? », *Journal of Family Physician*, vol. 48, n° 3, 1999, p. 202-207.

Comme la période d'attente pour un rendez-vous dépasse facilement deux semaines dans certaines cliniques médicales⁹, il n'est pas surprenant de constater que les patients vont chercher des soins dans les cliniques sans rendez-vous ou auprès des services d'urgence. Par la suite, les patients qui entretiennent de bons rapports avec leur médecin de famille prendront rendez-vous avec lui, parce qu'ils savent qu'autrement, ce dernier risque de n'avoir aucune information sur le suivi de leur maladie. Ils peuvent ainsi confirmer et valider avec leur médecin, en qui ils ont confiance, les prescriptions qui leur ont été faites.

La dispersion des services de première ligne est aussi favorisée par une rémunération à l'acte qui encourage les médecins à se faire concurrence pour offrir des soins peu complexes de premier contact, telles certaines cliniques sans rendez-vous, qui n'assurent pas la prise en charge¹⁰ des patients. Cet effet pervers de la rémunération à l'acte est connu. Le Conseil médical, dans un avis antérieur intitulé *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{ère} ligne lié à l'inscription de la population*, recommandait clairement que le mode de rémunération des omnipraticiens tienne compte de leur devoir de suivi de leurs patients¹¹.

Enfin, sur le plan de la continuité relationnelle, il faut aussi évoquer la qualité de la relation entre le patient et son médecin.

⁹ Communication personnelle du Dre Jeannie Haggerty en novembre 2002 ; cette information devrait se retrouver dans une étude qui sera publiée en 2003 en collaboration avec R. Pineault, M.-D. Beaulieu, Y. Brunelle, F. Goulet et J. Rodrigue et dont le titre sera « Continuité de soins de première ligne au Québec : barrières et facteurs facilitants ».

¹⁰ Ici la notion de « prise en charge » est définie comme la responsabilisation du médecin envers le suivi des soins et des traitements faits à ses patients.

¹¹ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{ère} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, septembre 1996.

Le Conseil médical est d'avis que la qualité du contact entre le médecin et son patient a une influence sur la valeur des renseignements recueillis, la fidélité aux traitements de ce patient et son retour auprès de ce médecin. Cependant, comme cet aspect de la problématique de la continuité est discuté plus à fond dans un récent avis du Conseil touchant la problématique du professionnalisme médical (voir *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société*)¹², ce volet du problème ne sera pas abordé dans le présent avis.

2.2 Continuité informationnelle

Plusieurs difficultés sont aussi observées dans la transmission de l'information entre les professionnels de la santé. Les obstacles à une transmission fluide des informations relèvent autant des technologies elles-mêmes que des pratiques professionnelles et des dispositions légales visant à protéger les données ainsi partagées.

Par rapport aux pratiques, la dispersion de l'information médicale dans divers dossiers rend pratiquement impossible l'intégration des informations sur un patient et rend difficile la coordination des soins pour un médecin. Compte tenu que le patient consulte d'autres médecins en « sans rendez-vous », cela amène un type de pratique où le médecin traitera ponctuellement un patient sans connaître le résultat des investigations, recommandations ou traitements qui ont déjà été prescrits par ses collègues, d'où un gaspillage des ressources, une pratique médicale non efficace et risquant même d'être dangereuse.

¹²Conseil médical du Québec, *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société*, Avis 2003-01, avril 2003.

La difficulté d'accès aux médecins spécialistes par le médecin de famille est une autre des contrariétés qui entravent une bonne continuité des soins. La mauvaise coordination du suivi des traitements, découlant du manque d'information et de communication entre les praticiens et les organisations cliniques, compromet la qualité des soins aux patients.

Plusieurs écrits¹³ insistent sur la nécessité d'améliorer les relations entre les intervenants en soins spécialisés et ceux en soins de première ligne. Une étude réalisée il y a quelques années s'est penchée sur la dynamique entre le spécialiste consultant, le médecin de famille et le patient¹⁴.

Cette étude dresse plusieurs constats.

- *Entre 3,9 % et 7,5 % des visites de malades exigent le renvoi à un spécialiste consultant.*
- *La démarche d'orientation et de consultation qui permet aux médecins de famille et aux spécialistes consultants d'entrer en communication est parfois source de friction entre les médecins.*

¹³M.A. Craven, *et al.*, « Mental health practices of Ontario family physicians: a study using qualitative methodology », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, 1997, p. 943-949 (Canada) ; C.T. Orleans, *et al.*, « How primary care physicians treat psychiatric disorders: a national survey of family practitioners », *American Journal of Psychiatry*, vol. 142, 1985, p. 52-57 (États-Unis) ; G. Jackson, *et al.*, « A new community mental health team based in primary care », *British Journal of Psychiatry*, vol. 162, 1993, p. 375-384 (Royaume-Uni).

¹⁴Collège des médecins de famille du Canada et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé*, Ottawa, 1993.

- *La communication serait jugée bonne dans seulement 40 % des cas de renvoi.*
- *Dans 20 % des cas, il serait difficile de savoir quel médecin devrait prendre charge du malade.*
- *Les médecins de famille et spécialistes consultants doivent faire équipe et, inévitablement, les rôles des uns et des autres finissent par se recouper selon les personnes et les circonstances.*

L'élément qui ressort de cette étude est l'importance de la communication entre les personnes pour être en mesure d'assurer non seulement la continuité des soins, mais aussi pour en améliorer la qualité. En outre, il s'avère plus difficile de prendre en charge un patient que de simplement l'orienter vers un tiers sans devoir assurer le suivi des résultats de ce renvoi.

Les carences de la rétroaction (*feedback*) des spécialistes aux référants (qu'ils soient médecins de famille, internistes, pédiatres ou gériatres) nuisent à la continuité d'approche. Parfois, une omission se produit parce que le médecin spécialiste décide d'assumer directement la gestion du cas pour la durée de la maladie. Parfois aussi, la rétroaction n'est pas donnée en temps opportun. Elle arrive en effet après le rendez-vous du patient avec le médecin référant. En d'autres occasions, la rétroaction est tellement ambiguë que le médecin référant est incapable de l'interpréter ou de l'appliquer. Enfin, dans certains cas, c'est le patient qui se voit forcé d'intégrer lui-même ses propres soins en fournissant l'information et la rétroaction au médecin généraliste et cela, sans avoir la connaissance ni l'objectivité pertinentes pour jouer ce rôle.

Cette situation ne facilite pas la tâche du médecin de famille qui doit assurer l'intégration clinique des soins au patient, sans disposer facilement de toute l'information adéquate.

Au plan technologique, les médecins n'utilisent pas encore tout le potentiel que peut offrir la technologie. Une enquête en 2001 sur le médecin et l'ordinateur soulignait que seulement 71 % des médecins ont un ordinateur sur leur lieu de travail et cela principalement pour communiquer par courrier électronique et pour des fins de secrétariat et de facturation¹⁵.

Différentes raisons expliquent cette situation. Toujours selon ce sondage, plus de la moitié des médecins (57 %) souhaitent que le gouvernement finance une partie des frais liés à l'informatisation des cliniques médicales. Les médecins sont aussi ambivalents quant au partage de l'information. Trois médecins sur dix s'opposent au partage de l'information se trouvant dans le dossier client informatisé.

Mais les obstacles se retrouvent aussi du côté des outils technologiques actuellement disponibles dans le réseau de la santé. Les professionnels de la santé ont besoin d'outils bien intégrés et faciles d'utilisation. Or, le développement de ces outils a été jusqu'ici anachronique, parsemé d'échecs et fort lent. Le réseau de la santé est donc en retard sur l'informatisation de son réseau d'établissements et de cliniques privées.

Le troisième groupe de facteurs qui fait obstacle à la bonne circulation des informations sur le patient relève de dispositions légales et réglementaires.

¹⁵« Enquête sur les médecins du Québec 2001 : le médecin et l'ordinateur », supplément de *L'Actualité médicale* du 28 novembre 2001.

Certaines dispositions légales visant à protéger la confidentialité des données cumulées sur la santé des citoyens restreignent la transmission de ces données. Il s'agit là d'un impact bien concret qui doit être analysé et faire l'objet d'une réévaluation.

La loi actuelle (*Loi sur les services de santé et les services sociaux*) a été écrite en se référant à un contexte de travail en silo. Tout en veillant à protéger la confidentialité des données sur la clientèle, la loi devrait être modifiée afin de tenir compte des changements actuels de pratique. Le travail en réseau permet, en effet, d'offrir à chaque patient des soins et des services de santé enrichis de l'apport d'intervenants de différentes disciplines oeuvrant souvent dans des milieux distincts. Il faut donc trouver des moyens pour que ces intervenants se transmettent l'information pertinente dont ils ont besoin, et cela avec souplesse et rapidité.

2.3 Continuité d'approche

Au plan de la continuité d'approche dans les soins offerts, malgré des acquis importants en matière de guides de pratique clinique et de protocoles de soins pour certaines maladies chroniques, et malgré l'amélioration de la qualité des activités de formation médicale continue, le patient peut rencontrer et vivre plusieurs difficultés par rapport à la continuité et à la cohérence des soins qu'il reçoit.

En oncologie par exemple, le ministère de la Santé et des Services sociaux, en 2001, a dû créer un centre de coordination de lutte contre le cancer parce que la performance du Québec était faible (dernier rang au Canada). L'objectif premier de cette équipe est d'intégrer les approches et les services en oncologie de façon à augmenter l'efficacité et l'efficience du système.

En santé mentale, la dispersion sur le plan des approches est aussi très importante. En 2001, dans *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*¹⁶, le Conseil a même dû consacrer l'ensemble d'un chapitre de cet avis aux difficultés de diffusion et circulation des connaissances scientifiques issues des meilleures données probantes pour dépister et traiter les personnes malades.

Plusieurs facteurs expliquent ces difficultés.

Une explication aux problèmes de discontinuité dans les traitements se situe au plan de certaines des valeurs de la profession médicale, notamment celles centrées sur l'autonomie du médecin. Les médecins tiennent à leur indépendance professionnelle. C'est une valeur importante qui peut induire certains effets pervers comme la pratique en silo, la non-participation aux formations continues ou encore certaines guerres de clochers entre écoles de pensée, ou entre divas. Peu encadré et peu stimulé par ses pairs, le médecin isolé risque plus souvent d'utiliser des approches cliniques s'éloignant des consensus de « bonne pratique médicale » suggérés par la recherche, les experts et déjà adoptés par les collègues.

¹⁶Conseil médical du Québec, *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Avis 2001-04, septembre 2001.

Au Québec, le médecin devient l'équivalent d'un « amiral de flotte » le jour de sa graduation. Le concept de « junior » n'existe pas. Il n'y a donc pas de cheminement de carrière à poursuivre. Le jeune médecin qui gradue ne bénéficie pas d'un parrainage ou d'un mentorat de la part de médecins plus expérimentés. Pour ces derniers, la motivation à cheminer, à se perfectionner, n'est pas favorisée par un plan de carrière comme pour d'autres professionnels. La transmission du « savoir faire » doit donc passer par d'autres chemins.

Le mode de rémunération a aussi un impact sur la continuité d'approche. La rémunération à l'acte permet d'optimiser la productivité du médecin, mais elle n'incite pas à investir du temps dans des activités professionnelles de planification et de coordination cruciales pour assurer la continuité d'approche. Cela est particulièrement évident lorsque l'état du patient exige des soins interdisciplinaires. Les professionnels et paramédicaux peuvent s'attendre à gagner en efficience et en efficacité lorsqu'ils prennent le temps de planifier les soins et d'établir des mécanismes de coordination entre eux. Les médecins rémunérés à l'acte pourraient eux aussi bénéficier de ces gains en efficience et en efficacité, mais la rémunération à l'acte, prétendant codifier en parcelles morcelées l'ensemble des activités des médecins, n'a pas prévu de codification pour plusieurs des activités reliées aux différentes formes de continuité des soins. Dans ce contexte, les médecins considèrent qu'ils ne sont pas rémunérés spécifiquement pour ces activités. Par conséquent, ils peuvent ainsi ne voir aucun avantage à coordonner, à long terme, des soins aux patients présentant des maladies chroniques ou complexes, ou encore lorsqu'ils ne sont pas le médecin principal du patient, à fournir en temps opportun une rétroaction au médecin traitant.

La rémunération à l'acte peut aussi inciter les spécialistes à continuer de suivre les patients longtemps après la stabilisation de leur état ou à offrir aux patients des services de première ligne relevant de leur domaine. Il en résulte une fragmentation des soins sans que l'intervention additionnelle de plusieurs professionnels n'apporte d'avantages précis et cela, tout en créant une rareté de l'expertise spécialisée ainsi utilisée à des soins de première ligne.

Les points soulevés ne sont certes pas les seuls facteurs de rupture de la continuité dans notre système de santé. D'autres enjeux exigeraient également une analyse plus approfondie, tels que la coordination du transfert des soins entre les hôpitaux et les CLSC ou les cabinets de médecins, la collaboration entre les CLSC et les cliniques privées, et la clarification des rôles respectifs du médecin et du gestionnaire de cas pour les patients traités par des réseaux de soins intégrés. Le Conseil est d'avis qu'une réflexion doit se faire à l'échelle des différentes organisations et régions de façon à susciter des solutions locales, adaptées aux différents contextes.

CHAPITRE 3

COMMENT AMÉLIORER LE CONTINUUM DE SOINS

Tel que discuté précédemment, le continuum des services médicaux dans notre système de soins de santé se bute à de nombreux points de rupture. Les difficultés touchent autant les liens au sein de la première ligne médicale qu'entre cette première ligne et les services spécialisés.

Les facteurs permettant d'expliquer cet état de situation sont multiples, allant des problèmes technologiques aux effets du mode de rémunération, en passant par les valeurs de la profession, sans oublier les problèmes structureaux du système de santé.

Nos recommandations en vue d'améliorer la continuité des soins reposent sur une orientation globale : passer d'une coordination basée sur des liens informels à une collaboration interprofessionnelle basée sur des mécanismes formels et structurés en vue d'assurer :

- une clarification des rôles de chacun ;
- un transfert d'information continu et optimal ;
- un cheminement de soins cohérent pour chaque patient.

Rappelons que l'accessibilité et la continuité sont deux caractéristiques primordiales de la qualité du service offert au patient. Les recommandations que le Conseil fait dans le présent avis s'appuient sur une prémisse importante : les services médicaux doivent d'abord et avant tout être accessibles. Et pour qu'ils soient accessibles, la main-d'œuvre médicale doit être suffisante en nombre,

représenter un équilibre adéquat médecins de famille/médecins spécialistes et être bien répartie sur le territoire du Québec. C'est un incontournable.

Nous vous présentons, dans un premier temps, les recommandations qui ont un effet plus systémique sur la continuité des services, pour ensuite proposer des recommandations plus spécifiques à un aspect ou l'autre de la continuité (relationnelle, informationnelle et d'approche).

3.1 Solutions systémiques

3.1.1 Importance de la coordination des soins

Pour s'assurer d'une approche cohérente, il faut coordonner les différentes interventions, éviter la duplication des efforts, les interventions manquées ou effectuées au mauvais moment.

Le médecin de famille est, généralement, le professionnel assumant la responsabilité principale des soins médicaux donnés au patient, que ce soit directement ou par le truchement d'une coordination et d'une communication avec d'autres professionnels aux compétences complémentaires.

Le Conseil demeure convaincu que la responsabilité de la prestation et de la coordination des soins médicaux de première ligne doit demeurer entre les mains d'un médecin de famille. Il croit que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit faire tout ce qui est en son pouvoir pour leur allouer les ressources permettant le renforcement d'une pratique intégrée. Il faut prendre des mesures pour empêcher les effets de la sectorisation de la pratique médicale. Le Conseil est préoccupé par les tendances qui se dessinent dans le choix des médecins

omnipraticiens qui modifient leur pratique pour accentuer leurs activités dans des secteurs plus pointus au détriment d'une pratique plus générale de médecine de famille.

Le médecin de première ligne et le spécialiste ont un rôle distinct de coordination des soins médicaux. Le médecin de famille est l'expert de l'approche clinique globale et il prend la responsabilité principale de la coordination des services de base et du suivi à long terme. Le médecin spécialiste est l'expert pour certaines conditions médicales précises ou certaines étapes particulières de la vie, et il prend la responsabilité principale de diriger les soins dans ces circonstances. Le spécialiste joue un rôle crucial en ce qu'il définit les éléments qui doivent entrer dans le cheminement de soins optimal pour traiter des conditions précises.

RECOMMANDATION 1 :

Le Conseil recommande de poursuivre les efforts sur la hiérarchisation des services médicaux de façon à permettre aux médecins de famille d'exercer plus à fond leur fonction de coordonnateur des soins pour leurs patients.

L'essence de la coordination est de parvenir à un objectif clinique commun et à une entente au plan de l'action. Cela requiert la connaissance des compétences complémentaires, le partage de l'information et la négociation dans l'allocation des ressources. La cohérence et l'enchaînement des soins exigent un investissement considérable pour supporter les activités de coordination, surtout lorsque de nombreux professionnels y participent. Pour tous les professionnels de la santé, il est nécessaire que les activités de coordination soient reconnues et que les médecins bénéficient également d'une forme ou l'autre de rétribution pour s'occuper de cette tâche.

Le développement de budgets régionaux, destinés à renforcer les comportements souhaités en regard de la continuité des soins, et le développement de mécanismes de soutien à la coordination et à la continuité d'approche, sont à privilégier.

Enfin, la standardisation des méthodes de cueillette de l'information sur les patients et de partage de cette information entre les différents professionnels faciliterait aussi la communication et la coordination entre les intervenants.

3.1.2 La formation

Pour améliorer la continuité relativement à l'offre de soins médicaux, il faut intervenir au niveau des programmes de formation des médecins.

Le Conseil est d'avis que les futurs médecins doivent être outillés à travailler en réseau avec des partenaires médecins et aussi en interdisciplinarité. Le traitement des maladies chroniques ne peut que prendre de l'ampleur avec le vieillissement de la population. Les médecins doivent donc être ouverts et habilités à travailler en interdisciplinarité. Le travail d'équipe avec l'infirmière, notamment, devrait faire l'objet de leur apprentissage.

Au Québec, plusieurs médecins maîtrisent mal les outils de communication technologiques pourtant essentiels à la communication réseau. Les futurs médecins devraient donc utiliser ces nouveaux outils et connaître leur utilité. Ils doivent aussi apprendre à mieux assurer leurs responsabilités de référant ou de consultant auprès de leurs collègues.

Enfin, il faut insister sur l'importance de la communication entre le médecin et le patient, sur la relation qui les lie. La continuité dans cette relation est un pas de plus dans la qualité du service offert au patient. À cet égard, les médecins « patrons » sont des modèles importants pour leurs étudiants. Il faut s'assurer que tous les médecins auront acquis, tout au long de leur programme d'études médicales, une solide formation à la communication médecin-patient et aux défis professionnels et affectifs de la relation thérapeutique.

RECOMMANDATION 2 :

Le Conseil recommande que les facultés de médecine s'assurent que les étudiants acquièrent les connaissances et les habiletés requises pour travailler en réseau et en interdisciplinarité. Ils doivent notamment apprendre à travailler en équipe et acquérir les habiletés par rapport à leur relation avec le patient ainsi que sur le plan de leurs responsabilités de référant ou de consultant, et maîtriser les outils technologiques.

3.1.3 Changement de paradigme

L'émergence d'un véritable partenariat devra s'appuyer sur le développement d'une nouvelle culture de collaboration et de confiance mutuelle entre les professionnels de la santé. Pour étendre la collaboration interprofessionnelle au-delà du réseau informel regroupant quelques médecins, il faudra mettre en place des moyens de motiver les médecins à cette façon de travailler.

Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que les changements souhaités relèvent d'un changement de culture. La motivation à ce changement doit donc être supportée concrètement.

La diffusion d'expériences probantes, le témoignage de patients satisfaits, la diffusion de résultats de recherches sur la performance de professionnels travaillant en réseau sont quelques pistes intéressantes à poursuivre. Les médecins travaillent à partir de données probantes. Il faut donc leur présenter des évaluations sérieuses de projets novateurs afin de favoriser chez eux un changement de paradigme.

RECOMMANDATION 3 :

Le Conseil recommande que les nouveaux modèles de pratique visant une meilleure continuité des services soient évalués et que les résultats des expériences novatrices soient largement diffusés.

3.2 La continuité relationnelle

La continuité relationnelle désigne la relation thérapeutique constante entre un patient et son médecin de famille.

La caractéristique distinctive de la continuité relationnelle est fondée sur le fait que le diagnostic et le traitement d'un problème de santé sont établis en fonction de la connaissance des valeurs et du contexte dans lequel vit le patient. L'existence d'une relation thérapeutique solidement établie avec un médecin de famille peut faciliter l'évaluation des problèmes qu'il présente et la discussion des avenues de traitement. Pour le patient, cela peut aussi représenter une intervention plus rapide lorsque survient un nouveau problème de santé. Son médecin peut effectivement lui faciliter les contacts et renvois à un spécialiste. Sous cet angle, avoir un médecin qui s'occupe de soi devient intimement lié à l'amélioration de l'accessibilité au réseau de soins et de services. En outre, cette

forme de continuité favorise chez le patient une plus grande fidélité à ses traitements.

3.2.1 Implantation des Groupes de médecine de famille

Le Ministère a favorisé la mise en place de Groupes de médecine de famille (GMF) afin d'améliorer l'accessibilité aux soins de première ligne. Même s'il ne faut pas voir dans ces projets une panacée réglant tous les problèmes liés à la fragmentation des soins, cette solution permettra d'assurer la continuité relationnelle et d'approche en concentrant les soins de première ligne sur une seule et même équipe et en rehaussant la cohérence des soins pour les patients. La notion de prestataire de soins de première ligne indique non seulement le médecin de famille unique, mais l'équipe complète de professionnels de la santé et de personnel de soutien travaillant de concert pour offrir des soins de base complets.

Pour améliorer sensiblement l'accessibilité et la continuité, il importe que la notion de Groupes de médecine de famille (GMF) soit étendue à l'ensemble du système. Le Conseil appuie le Ministre dans l'objectif de ne pas limiter le nombre de GMF, mais plutôt de généraliser la présence de ces équipes médicales responsables sur tout le Québec. Actuellement, le nombre de médecins participant à ces projets demeure encore marginal et nous souhaitons que les incitatifs consentis pour favoriser leur participation permettent une plus grande adhésion des médecins de famille.

Dans l'optique de réduire la dispersion des soins de première ligne et d'améliorer la continuité relationnelle et informationnelle, le Conseil réitère cette recommandation formulée antérieurement.

RECOMMANDATION 4 :

Que le Ministère soutienne fortement le développement rapide et complet des Groupes de médecine de famille sur l'ensemble du territoire québécois. Cette forme de pratique est celle qui peut le mieux assurer une continuité de services à la population inscrite.

3.2.2 Inscription de la clientèle / rémunération mixte

Le Conseil réitère la nécessité d'une inscription formelle des patients auprès de leur médecin de famille et de rémunérer ces derniers en fonction de cette responsabilité. La rémunération à l'acte ne peut, à elle seule, permettre les changements de pratique souhaités. Il faut, en première ligne, une rémunération mixte ayant une base liée à l'inscription de clientèle.

Le Conseil réitère qu'il est « essentiel de lier le revenu des médecins au nombre de personnes qui s'inscrivent auprès d'eux et à leurs caractéristiques¹⁷ ». Pour le Conseil, il s'agit d'une des composantes clés de la continuité des services.

Les médecins sont souvent réservés face à l'inscription de leur clientèle. C'est pourtant là une condition de base pour assumer leur fonction de coordonnateur des services médicaux et pour assurer une bonne continuité des services à leurs patients.

¹⁷ Conseil médical du Québec, *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{ère} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, septembre 1996, p. 21.

Patients et médecins au Québec se sont habitués au service sans rendez-vous : possibilité d'être reçus le jour même (au téléphone ou en personne), la résolution rapide des problèmes mineurs, la disponibilité d'un médecin les soirs et les fins de semaine par l'intermédiaire des urgences hospitalières. Ce mode d'organisation a eu des effets pervers sur la continuité des services et sur leur qualité, sans parler des problèmes d'efficience de l'ensemble du système.

Le Conseil est donc plus que jamais d'avis qu'il est primordial de changer le mode de rémunération des médecins du Québec pour adopter un mode mixte de rémunération.

Diverses formules peuvent être explorées mais, pour les médecins de famille, elle comprennent souvent les trois mêmes composantes, soit :

- une partie liée à l'inscription des patients (montant forfaitaire) ;
- une partie qui permet le paiement à l'acte de certains services spécifiques ;
- une partie composée de primes diverses pour des activités de prévention, par exemple.

L'avis de septembre 1996 sur cette question demeure donc pertinent et d'actualité.

RECOMMANDATION 5 :

Le Conseil recommande :

- *d'établir un mécanisme d'inscription de la population auprès d'un médecin omnipraticien intervenant en première ligne ;*
- *de faire reposer le mode de rémunération des médecins de première ligne, entre autres, sur des principes de continuité des services auprès de cette clientèle inscrite ;*
- *de retenir, comme mode de rémunération des médecins de première ligne, un mode mixte lié à l'inscription de la clientèle et à ses caractéristiques.*

3.3 La continuité informationnelle

La mise en œuvre de politiques solides en matière d'organisation de soins passe nécessairement par l'accès à des informations pertinentes et cela au moment requis.

3.3.1 Communication entre les médecins de famille et les médecins spécialistes

Même si la continuité relationnelle est une préoccupation majeure des soins de première ligne, les médecins spécialistes contribuent beaucoup, pour leur part, à la transmission des informations sur les soins requis par les patients qui leur sont envoyés.

La standardisation du transfert de l'information pourrait, à cet égard, améliorer la qualité de la rétroaction de la part des spécialistes consultants aux médecins traitants, mais d'autres avenues pourraient être aussi explorées.

Un formulaire standardisé pourrait indiquer, par exemple :

- le diagnostic ;
- les procédures diagnostiques et thérapeutiques effectuées et envisagées par le consultant ;
- le plan d'intervention recommandé.

Un formulaire standardisé pourrait aussi devenir la base du format électronique de rétroaction dans un dossier médical électronique.

En outre, le retour d'information au médecin référant pourrait être soutenu par le paiement au médecin consultant d'un tarif de rétroaction. Idéalement, ce paiement devrait être lié à la qualité du rapport et à sa remise en temps opportun.

RECOMMANDATION 6 :

Le Conseil recommande au Collège des médecins du Québec et aux associations professionnelles de développer les moyens d'améliorer la rétroaction des médecins consultés aux médecins de famille.

3.3.2 Soutien technologique

Il est vrai que la maîtrise des outils informatiques demeure encore un défi pour certains professionnels de la santé, mais il faut s'engager résolument dans cette voie. Pour amener les médecins à modifier leur pratique ou à s'engager dans l'informatisation de leurs activités cliniques, il faut développer des outils qui puissent se révéler plus conviviaux, plus pratiques, des outils améliorant facilement la pratique du médecin. Le support informationnel, la mise en place d'activités de formation souples ou le développement de logiciels adaptés à la pratique médicale en cabinet en sont des exemples.

Un des éléments à considérer est le partage du dossier du client. L'accès au dossier médical électronique peut devenir un puissant facteur de renforcement des stratégies déjà proposées pour organiser les soins au Québec, qui ont, par ailleurs, fait l'objet d'avis antérieurs du Conseil¹⁸.

Des questions éthiques se posent quant à l'accès au dossier du patient. Toutefois, cela confirme la nécessité de définir clairement les rôles de chaque type d'intervenant. Ainsi, chaque intervenant pourrait avoir un accès complet à

¹⁸Conseil médical du Québec, *L'accessibilité aux services de santé « attentes et attente »*, Avis 2001-03, juin 2001, et *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Avis 97-02, septembre 1997.

l'information qu'il a créée, et un accès restreint pourrait être accordé aux autres intervenants selon leur participation au traitement du patient.

La progression actuelle des sciences de l'information et de l'accès à l'informatique dans le domaine médical justifie la prochaine recommandation.

RECOMMANDATION 7 :

Le Conseil propose l'instauration, d'ici à cinq ans et à l'échelle du système de santé québécois, du dossier électronique unique et partageable qui constitue un facteur crucial de continuité informationnelle.

Ensuite, il faut aussi outiller les professionnels de façon adéquate. Le déploiement technologique requis pour « réseauter » les services médicaux – cabinets médicaux, pharmacies, laboratoires, CLSC et centres hospitaliers – doit s'accélérer et s'intensifier.

Pour améliorer la continuité des services, il va falloir développer des outils adaptés à la pratique médicale, des outils simples mais communs au réseau. Il faudra aussi que le MSSS assume le financement de ce développement.

RECOMMANDATION 8 :

Le Conseil recommande au MSSS d'intensifier et d'accélérer l'informatisation reliée directement à la prestation des soins par tous les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux et cela, de concert avec eux. Le Conseil recommande également de financer adéquatement les infrastructures requises par ce déploiement.

3.3.3 Adaptation de la législation et des règlements

Plusieurs des obstacles empêchant d'assurer une bonne continuité de l'information sont liés à l'encadrement législatif actuel. Les lois et règlements, qu'il s'agisse de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou de la *Loi sur l'accès à l'information*, pour ne citer que ces deux-là, sont à revoir dans une perspective de travail en réseau. Il faut adapter la législation aux nouvelles réalités et aux nouvelles pratiques tout en respectant la confidentialité des données individuelles, nominatives.

RECOMMANDATION 9 :

Le Conseil recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux de revoir l'état de sa législation afin de l'adapter au travail en réseau. Il lui recommande de trouver des moyens de faciliter les transferts d'information entre professionnels du réseau de la santé tout en veillant à la protection de ces données nominatives ainsi partagées.

3.4 La continuité d'approche

3.4.1 Encadrement clinique

La continuité d'approche s'appuie sur le maintien et le développement des connaissances des médecins. Les approches en médecine doivent être soutenues par des données probantes. Or, ces données se développent rapidement et sont fort diversifiées. Le médecin doit donc être informé et se former constamment.

En ce qui concerne la diffusion des connaissances, le Collège des médecins du Québec et les associations professionnelles doivent poursuivre leurs efforts de diffusion des connaissances scientifiques par l'entremise des activités de formation continue. Il s'agit là d'un maillon important dans la transmission et la mise à jour des connaissances.

Mais il faut faire davantage. Le Conseil se préoccupe de l'encadrement clinique des médecins qui ont une pratique isolée, de ceux qui participent peu aux activités cliniques de leurs associations ou des établissements.

Le Conseil, dans un avis sur le rôle du chef de département clinique en 1999¹⁹, se préoccupait déjà de l'encadrement clinique des praticiens *extra muros*. Différentes propositions et suggestions y étaient faites, comme celles du département clinique élargi pour les médecins spécialistes, l'élargissement des responsabilités des DRMG pour les omnipraticiens. On pourrait penser à d'autres solutions comme un CMDP sous-régional. Plusieurs initiatives peuvent s'avérer pertinentes pour assurer une continuité d'approche en médecine, mais le Conseil pense que les idées émises en 1999 sont toujours d'actualité.

RECOMMANDATION 10 :

Le Conseil recommande :

- ***d'élargir les responsabilités des départements ou des services cliniques des centres hospitaliers afin d'y rattacher les médecins de deuxième et troisième lignes exerçant en cabinet ;***

¹⁹Conseil médical du Québec, *Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités*, Avis 99-04, octobre 1999.

- ***d'élargir les responsabilités du département régional de médecine générale pour en faire un véritable département clinique et y inclure la prestation et l'évaluation des services de première ligne.***

3.4.2 Suivis systématiques

Pour assurer une cohérence dans l'approche planifiée pour un patient, il faut aussi que les différents intervenants offrant des services à ce patient s'entendent sur un plan d'action commun et sur le suivi systématique de ce plan.

Pour les clientèles souffrant de maladies chroniques comme l'insuffisance respiratoire, des protocoles de soins ont été développés un peu partout au Québec. Le cheminement clinique de chaque patient peut ainsi être suivi systématiquement, ce qui assure une plus grande cohérence de l'approche privilégiée.

Le Conseil est d'avis qu'il faut encourager les médecins à adhérer à ces protocoles et suivis systématiques de malades chroniques. Il s'agit, en effet, d'un moyen pour le spécialiste de transmettre de façon organisée ses recommandations de suivis et un moyen pour tous les médecins de famille de se coordonner avec les autres professionnels intervenant auprès de leur patient.

3.4.3 Les réseaux intégrés de services

Il faut reconnaître que, pour certains groupes de patients, le besoin de coordination est encore plus complexe et de grande envergure. Le médecin de famille ne peut à lui seul coordonner les services requis par ces patients, cela exigerait trop de temps. Il s'avère alors plus efficient de confier les activités de coordination à des gestionnaires de cas²⁰ travaillant au sein de réseaux intégrés de services. Ces gestionnaires sont formés pour assurer une telle coordination et connaissent les meilleurs moyens pour avoir accès aux ressources nécessaires. Au Québec, cette approche a permis la création de réseaux de soins intégrés pour les personnes âgées très vulnérables et pour les personnes présentant des problèmes graves et persistants de santé mentale ainsi que certains réseaux dédiés aux personnes toxicomanes, par exemple.

Les modèles observés diffèrent sur la façon, dans ces réseaux, d'intégrer le médecin de famille. Les médecins généralistes qui participent à de tels réseaux de soins intégrés sont, soit membres du réseau à part entière, soit médecins traitants du patient via leur clinique régulière. Dans ce dernier cas, tout en exerçant le rôle plus général de médecin de famille, ils doivent aussi travailler pour quelques-uns de leurs patients, avec des professionnels de différents réseaux. Cette conciliation d'activités peut être ardue. Le travail interdisciplinaire se développe plus difficilement parce que trop sporadique. La rémunération à l'acte soutient mal ce type d'intervention clinique. Dans l'autre cas, ils deviennent membres à part entière du réseau, « spécialistes de la problématique » et soutiens médicaux importants pour les équipes professionnelles de ces

²⁰Marie de Serres et Nicole Beauchesne, *L'intervenant pivot en oncologie : un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, Québec, Conseil québécois de lutte contre le cancer, 2000.

réseaux... mais cela, au détriment d'une pratique générale de médecine familiale.

Le Conseil est d'avis qu'il faut être prudent pour ne pas créer d'autres silos avec ces « réseaux dédiés » et éviter de favoriser une segmentation accrue de la pratique des médecins généralistes.

CONCLUSION

Le continuum de soins médicaux doit être amélioré car il présente de nombreux points de rupture affectant la qualité des soins offerts aux Québécois.

Pour cela, il faut rendre explicites :

- l'**identification d'un médecin de famille responsable** de la coordination de base des soins médicaux au cours de différents épisodes de soins ;
- la **définition claire des rôles attribués** aux médecins et aux autres intervenants professionnels lors d'un épisode de soins ;
- les **mécanismes standardisés de cueillette et de partage de l'information** sur les soins donnés aux patients par les différents professionnels ;
- les **mécanismes de concertation** entre les professionnels dans les équipes soignantes ;
- les **mécanismes conviviaux de transmission de l'information** sur la condition du patient de façon à faciliter la continuité entre les différents lieux où les patients reçoivent les services médicaux et complémentaires.

BIBLIOGRAPHIE

« Enquête sur les médecins du Québec 2001 : le médecin et l'ordinateur », supplément de *L'Actualité médicale* du 28 novembre 2001.

« Organisation concrète de la première ligne autour du patient. Cabinet du ministre Detienne, 22 septembre 2000 ». [Sur le site Internet du Groupement Belge des Omnipraticiens (GBO)].

http://users.swing.be/gbo/Central/organisation_detienne.htm

AELVOET, Magda. « Étayer et structurer le premier échelon : la composante essentielle de l'organisation des soins de santé (Note du Cabinet du Ministre de la Santé publique - 6/12/99) », *Le Médecin Spécialiste* [Organe du Groupement des Unions Professionnelles Belges de Médecins Spécialistes], n° 3, avril 2000.

<http://www.vbs-gbs.org/ms/archives.htm>

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, ASSOCIATION DES CLSC ET CHSLD DU QUÉBEC, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocole d'entente type interétablissements et médecins : coordination des unités d'urgence avec le réseau de soins*, Québec, octobre 2001.

<http://www.ahq.org/info/>

BACHRACH, Leona L. « Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 138, n° 11, 1981, p. 1449-1456.

BALLA, John I., et Wendy E. JAMIESON. « Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals », *Medical Journal of Australia*, vol. 161, décembre 1994, p. 656-659.

BCS WORKING GROUP. « The changing interface between district hospital cardiology and the major cardiac centres », *Heart*, vol. 78, novembre 1997, p. 519-523.

BEAUDOIN, Claude, *et al.* *La présence de médecins omnipraticiens à l'hôpital favorise-t-elle la continuité des soins ?*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 1993.

BENADY, Susannah. « CIHI wrong in showing favourable physician ratios, Quebec charges », *Medical Post*, vol. 38, n° 16, avril 2002, p. 8.

BICE, Thomas W., et Stuart B. BOXERMAN. « A quantitative measure of continuity of care », *Medical Care*, vol. 15, n° 4, 1977, p. 347-349.

BINDMAN, J., *et al.* « Continuity of care and clinical outcome: a prospective cohort study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 35, 2000, p. 242-247.

BRESLAU, Naomi, et Kenneth G. REEB. « Continuity of care in a university-based practice », *Journal of Medical Education*, vol. 50, octobre 1975, p. 965-969.

CHAN, Benjamin T.B. « The declining comprehensiveness of primary care », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, février 2002, p. 429-434.

COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA et COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. *Relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant dans la prestation des soins de santé*, Ottawa, 1993.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. « Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients », *Guide d'exercice*, Montréal, décembre 1998.

COMMISSION D'ACCÈS À L'INFORMATION DU QUÉBEC. « Allocution de la présidente de la Commission d'accès à l'information, madame Jennifer Stoddart, lors de la tenue de la Commission des affaires sociales sur la présentation du mémoire sur l'avant-projet de loi sur la carte santé du Québec », 21 mars 2002. http://www.cai.gouv.qc.ca/fra/actualite_fr/all_21_03_02.htm

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Avis 95-03, juin 1995.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{ère} ligne lié à l'inscription de la population*, Avis 96-02, septembre 1996.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec*, Avis 97-02, septembre 1997.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités*, Avis 99-04, octobre 1999.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *L'accessibilité aux services de santé « attentes et attente »*, Avis 2001-03, juin 2001.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Avis 2001-04, septembre 2001.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1^{re} ligne*, Avis 2001-05, septembre 2001

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société*, Avis 2003-01, avril 2003.

CONTANDRIOPOULOS, André-P., et Jean-Louis DENIS. « Intégration des soins : concepts et mise en œuvre », 2001.
<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/observatoire/ReflexPresentation.htm>

CONTANDRIOPOULOS, André-P., M.-A. FOURNIER *et al.* *Profils de pratique des médecins généralistes du Québec*, GRIS, Université de Montréal, décembre 2000.

COULTER, Angela. « Managing demand at the interface between primary and secondary care », *British Medical Journal*, vol. 316, juin 1998, p. 1974-1976.

D'AMOUR, Danielle. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*, Université de Montréal, 1997.

DAVIS, Paul. « The interface between primary and secondary care », *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 94, supplément n° 39, 2001, p. 46-49.

DEMERS, M., et Y. BRUNELLE. *Organisation de l'omnipraticque au Québec entre 1994 et 1999*, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), décembre 2000.

DE SERRES, Marie, et Nicole BEAUCHESNE. *L'intervenant pivot en oncologie : un rôle d'évaluation, d'information et de soutien pour le mieux-être des personnes atteintes de cancer*, Québec, Conseil québécois de lutte contre le cancer, 2000.

EDWARDS, Nigel, et Martin HENSHER. « Managing demand for secondary care services: the changing context », *British Medical Journal*, vol. 317, juillet 1998, p. 135-138.

EMES, C.E., et Raymond TEMPIER. « Evaluating effectiveness of continuity of care », *Psychiatric Services*, vol. 47, n° 7, 1996, p. 765-766.

FEACHAM, R.G.A., N.K. SEKHRI et K.L. WHITE. « Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente », *British Medical Journal*, vol. 324, janvier 2002, p. 135-143.

FERRIS, T.G., *et al.* « Leaving gatekeeping behind – effects of opening access to specialists for adults in a health maintenance organization », *New England Journal of Medicine*, vol. 345, novembre 2001, p. 1312-1317.

FREEMAN, George. « Priority given by doctors to continuity of care », *Journal of the Royal College of General Practitioners*, vol. 35, septembre 1985, p. 423-426.

GANDHI, Tejal K., *et al.*, « Communication breakdown in the outpatient referral process », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 15, septembre 2000, p. 626-631.

GRÖNE, O. et M. GARCIA-BARBERO. « Trends in integrated care – reflections on conceptual issues », WHO European Office for Integrated Health Care Services, 2001.

<http://www.who.dk/document/ihb/Trendicreflconissue.pdf>

GRUMBACH, Kevin, *et al.* « Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists », *Journal of the American Medical Association*, vol. 282, juillet 1999, p. 261-266.

GUTHRIE, Bruce, et Sally WYKE. « Controversy in primary care: does continuity in general practice really matter? », *British Medical Journal*, vol. 321, septembre 2000, p. 734-736.

HAGGERTY, Jeannie, *et al.* *Here, There and All Over the Place: Defining and Measuring Continuity of Health Care*, Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, juin 2001.

<http://www.chspr.ubc.ca/>

HJORTDAHL, Per. « Ideology and reality of continuity of care », *Family Medicine*, vol. 22, n° 5, 1990, p. 361-364.

HOLLI, Kaija, et Matti HAKAMA. « Continuity of the doctor/patient relationship during the routine follow-up of a breast cancer patient », *Supportive Care in Cancer*, vol. 1, 1993, p. 263-265.

JIMENEZ-SIGOUIN, Vania. « La continuité. Rien ne peut remplacer un médecin de famille qui connaît bien son patient », *La Presse*, 10 novembre 2001, p. A19.

JONES, R., T. LAMONT et A. HAINES. « Setting priorities for research and development in the NHS: a case study on the interface between primary and secondary care », *British Medical Journal*, vol. 311, octobre 1995, p. 1076-1080.

KVAMME, O.J., F. OLESEN et M. SAMUELSSON. « Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working on Quality in Family Practice (EQuiP) », *Quality in Health Care*, vol. 10, 2001, p. 33-39.

LAURIA, Marie M. « Continuity of cancer care », *Cancer*, vol. 67, 1991, p. 1759-1766.

LAWRENCE, David. « Gatekeeping reconsidered », *New England Journal of Medicine*, vol. 345, novembre 2001, p. 1342-1343.

LÉGER MARKETING. *Étude sur les perceptions à l'égard du régime d'assurance médicaments du Québec, des groupes de médecine de famille et de la carte santé Québec : rapport d'analyse*, Québec, 2002.

LEUTZ, W.N. « Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom » *Milbank Quarterly*, vol. 77, n°1, 1999, p. 77-110.

LOVE, M.M., et A.G. MAINOUS III. « Commitment to a regular physician : how long will patients wait to see their own physician for acute illness? », *Journal of Family Physician*, vol. 48, n° 3, 1999, p. 202-207.

ORDRE DES MÉDECINS - ORDE VAN GENEESHEREN [Belgique]. «Relation médecin de famille - médecin spécialiste », *Bulletin du Conseil national*, n° 51, 20 octobre 1990, p. 44.

<http://www.ordomedic.be/fr/bulletin.htm>

PARÉ, Isabelle. « Des cliniques à guichets fermés », *Le Devoir*, 6 avril 2002, p. B12.

PELLERIN, Colette. « Le nouveau rôle des commissions médicales régionales », *L'Actualité médicale*, vol. 28, n° 1, janvier 2002, p. 4.

PRÉMONT, Marie-Claude. « La rhétorique politique de l'informatisation du système de santé », présentation au colloque *L'informatisation des dossiers de santé : enjeux de droits, enjeux de société*, Commission d'accès à l'information du Québec et Centre de bioéthique de l'IRCM, Montréal, 9 mai 2001.
<http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/forum.html>

PUBLIC HEALTH DIRECTORATE, BARKING AND HAVERING HEALTH AUTHORITY. *Comparative Data Project: Investigating Variation in GP Referral Rates*, Barking, Essex [Royaume-Uni], octobre 1998.
<http://www.bhha.org.uk/>

REID, R., J. HAGGERTY et R. McKENDRY. *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, mars 2002.
<http://www.chsrf.ca/>

SAINT-LAURENT, Francine. « Soins de santé : sortez votre carte de crédit! », *Affaires Plus*, juillet 2002, p. 29-30.

SHORTELL, Stephen M. « Continuity of medical care: conceptualization and measurement », *Medical Care*, vol. 14, n° 5, 1976, p. 377-391.

SHORTELL, Stephen M., *et al.* *Remaking Health Care in America: The Evolution of Organized Delivery Systems*, Jossey-Bass, 2000.

SOULIE, Anne-Marie, et Georges SMADJA. « Continuité des soins et information du patient », *Le Généraliste*, 26 octobre 1999.
<http://www.atmedica.com/>

SPARBEL, Kathleen J.H., et Mary Ann ANDERSON. « Integrated literature review of continuity of care: part 1, conceptual issues », *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 32, n° 1, 2000, p. 17-24.

STARFIELD, Barbara. « Continuous confusion? », *American Journal of Public Health*, vol. 70, n° 2, 1980, p. 117-119.

STARFIELD, Barbara. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*, Oxford University Press, 1998.

WENSING, Michel, *et al.* « General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison », *Health Policy*, vol. 45, 1998, p. 175-186.

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993.

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994.

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994.

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994.

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994.

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995.

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995.

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995.

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996.

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996.

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996.

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997.

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997.

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997.

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998.

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998.

98-03

Avis « Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir », octobre 1998.

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998.

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998.

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999.

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999.

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999.

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999.

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, mars 2000.

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis « L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

2001-04

Avis « Les maladies mentales : un éclairage contemporain », septembre 2001.

2001-05

Avis sur la réorganisation des services médicaux de 1^{re} ligne, septembre 2001.

2001-06

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2002-2003, décembre 2001.

2002-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2002-2003 à 2004-2005, mars 2002.

2002-02

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2003-2004, décembre 2002.

2003-01

Avis Le professionnalisme et l'engagement des médecins envers la société, avril 2003.

Rapports d'activités :

1993-1994 ;
1994-1995 ;
1995-1996 ;
1996-1997 ;
1997-1998 ;
1998-1999 ;
1999-2000 ;
2000-2001.

Rapport annuel de gestion :

2001-2002 ;
2002-2003.

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.
- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995.
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.