

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale

SEPTEMBRE 2012

CONSEIL PRATIQUE ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN AUX SOINS DANS LES CABINETS OU CLINIQUES DE MÉDECINE FAMILIALE

RENDEZ-VOUS LE JOUR MÊME/RENDEZ-VOUS ACCÉLÉRÉS

Les patients considèrent l'accès en temps opportun comme l'un des éléments les plus importants des soins primaires.¹ Afin de favoriser un accès rapide, les cabinets ou cliniques de médecine familiale utilisent différents modèles pour fixer les rendez-vous (*voir l'Annexe A*). Une des stratégies actuellement déployées par de nombreux cabinets ou cliniques est la mise en œuvre du modèle de rendez-vous le jour même/rendez-vous accéléré.

Les rendez-vous le jour même, qu'on appelle aussi accès ou rendez-vous accélérés ou rendez-vous ouverts, exigent habituellement que les cabinets ou cliniques fassent « aujourd'hui le travail d'aujourd'hui » en offrant à la grande majorité des patients la possibilité d'obtenir un rendez-vous le jour de leur appel, quelle que soit la raison de leur visite.²

Certains cabinets ou cliniques, particulièrement ceux qui comptent de nombreux patients souffrant de maladie chronique ou âgés, qui nécessitent des suivis à intervalles réguliers, ont trouvé difficile l'application intégrale du modèle de rendez-vous accéléré ou de rendez-vous le jour même et ont préféré un modèle « semi-ouvert » (*voir l'Annexe A*) qui peut offrir à la fois les rendez-vous le jour même et les rendez-vous préétablis. Chaque cabinet ou clinique devrait chercher à instaurer un système qui assure un accès en temps opportun aux rendez-vous à tous les patients.

OBJECTIF

Le présent document a pour objectif de donner aux médecins de famille canadiens des précisions sur les stratégies qui favorisent un accès rapide aux rendez-vous dans les établissements de soins. Même si d'autres systèmes pourraient être appliqués, le présent guide vise à fournir des renseignements sur le modèle plus récent des rendez-vous le jour même/rendez-vous accélérés, sur ses avantages et ses limites, et à conseiller les médecins de famille sur la marche à suivre pour la mise en œuvre du modèle de rendez-vous le jour même dans leur lieu de pratique. Bien que le présent document soit présenté à des fins d'examen par ceux qui exercent dans tous les types d'établissement de médecine familiale, les stratégies d'accès opportun aux rendez-vous constituent un élément central recommandé pour les nouveaux modèles de pratique comme le *Centre de médecine de famille* http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_Le_Canada.pdf du CMFC.

TEMPS OPPORTUN

1. L'accès en temps opportun à un rendez-vous dans un cabinet ou une clinique de médecine familiale est essentiel à la prestation des soins centrés sur le patient.³
2. Chaque cabinet ou clinique devrait assurer aux patients l'accès à des conseils et à des soins ou les orienter vers d'autres services de soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année.³

La continuité et la globalité des soins sont des éléments essentiels de la médecine familiale qui sont grandement appréciés des patients et des médecins de famille. Les populations qui disposent d'un meilleur accès aux soins continus dispensés par leur médecin attitré sont moins souvent hospitalisées et sont en meilleure santé.⁴

3. Les cabinets ou cliniques de médecine familiale devraient tenter d'adopter la stratégie des rendez-vous le jour même/rendez-vous accélérés ou la stratégie combinée des rendez-vous le jour même et du modèle semi-ouvert pour offrir des rendez-vous en temps opportun avec le médecin de famille attiré du patient ou d'autres membres pertinents de l'équipe de professionnels de la santé.³
4. Les patients devraient avoir un médecin de famille attiré et établir une relation continue avec l'équipe de professionnels de la santé associée au cabinet ou à la clinique.³
5. Pour assurer la continuité des soins lorsque le médecin de famille attiré d'un patient n'est pas disponible, les rendez-vous devraient être pris avec d'autres médecins ou professionnels de la santé de l'équipe qui travaille avec le médecin de famille du patient (*voir l'étude de cas n° 1*).³
6. Il conviendrait d'établir des liens bien définis entre le cabinet ou la clinique et d'autres spécialistes et services médicaux de la collectivité locale ou rapprochée pour assurer que les patients dirigés vers les services d'analyses, les centres de traitements ou d'autres consultations obtiennent rapidement un rendez-vous.³
7. Les patients devraient pouvoir participer, avec leur médecin de famille et l'équipe de professionnels de la santé, à la planification et à l'évaluation de l'efficacité du système de prise de rendez-vous, afin d'assurer que les rendez-vous sont fixés en temps opportun et qu'ils accordent suffisamment de temps au patient.³
8. L'horaire devrait prévoir des plages pour répondre aux demandes de rendez-vous le jour même.² Comme le démontre le modèle d'accès accéléré présenté à l'Annexe A, même si la prise de rendez-vous le jour même vise à « faire aujourd'hui le travail d'aujourd'hui », cela ne veut pas dire que tous les rendez-vous sont ouverts.² Par exemple, dans le cas des bilans de santé annuels, des patients incapables de se présenter le jour même et qui demandent un rendez-vous un autre jour, ou des patients âgés et souffrant d'une maladie chronique qui ont besoin d'un suivi régulier, il serait plus facile de répondre à leurs besoins en adoptant des modèles combinés de rendez-vous le jour même et d'accès semi-ouvert.

Étude de cas n° 1

Vers 11h, Fatima reçoit un appel de la garderie : sa fillette de trois ans présente des signes d'éruption cutanée et ne peut fréquenter la garderie tant qu'on n'a pas écarté la possibilité que la cause soit infectieuse. Fatima appelle la clinique où travaille son médecin de famille pour obtenir un rendez-vous. L'horaire de son médecin de famille attiré est complet mais elle obtient un rendez-vous avec l'infirmière praticienne en après-midi. L'éruption cutanée s'avère être de l'eczéma et la fillette peut réintégrer la garderie. L'infirmière praticienne renseigne Fatima sur le traitement de l'eczéma et affirme que l'information concernant sa fille sera transmise à son médecin de famille et qu'elle-même ou le médecin seront disponibles pour faire un suivi, au besoin.

MISE EN ŒUVRE DE MODÈLES OFFRANT UN ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN, Y COMPRIS LES RENDEZ-VOUS LE JOUR MÊME ET LES RENDEZ-VOUS ACCÉLÉRÉS²

Bien que les rendez-vous le jour même/rendez-vous accélérés puissent aider à augmenter le niveau de satisfaction des patients, des médecins et des équipes de soins, il est important que chaque cabinet ou clinique de médecine familiale/CMF qui envisage d'offrir ce type de rendez-vous comprenne bien les défis associés à la conversion d'un système de prise de rendez-vous traditionnel.

1. Faites la transition vers un accès accéléré en réduisant d'abord votre liste d'attente.
2. Déployez le nouveau système en démontrant à vos patients comment il fonctionne, et non en l'expliquant. Parfois, lorsque nous tentons d'expliquer nos systèmes, nous donnons l'impression qu'ils sont très compliqués.
3. Commencez à offrir un rendez-vous le jour même, quelle que soit la raison de la consultation.
4. Si les patients ne souhaitent pas obtenir un rendez-vous le jour même, fixez un rendez-vous à leur convenance. Ne leur dites pas de rappeler le jour où ils souhaitent consulter le médecin.
5. Permettez aux médecins de fixer des rendez-vous d'avance afin de répondre aux besoins cliniques de certains patients (« liste d'attente positive ») (p. ex. les patients souffrant d'une maladie chronique ou les patients âgés qui ont besoin d'un rendez-vous de suivi préétabli).
6. Limitez la complexité de votre système de prise de rendez-vous à une seule durée et à seulement trois types de rendez-vous : P (personnel : votre patient vous consulte), É (équipe : votre patient rencontre un autre membre de votre équipe clinique pendant votre absence) et N (non inscrit : pour les patients qui ne sont pas liés à un médecin en particulier).
7. Veillez à ce que le nombre de patients inscrits de chaque médecin soit raisonnable en tenant compte de son champ d'activité, de la catégorie de patients et du temps passé au cabinet.
8. Élaborez des plans qui expliquent comment votre pratique compte administrer les périodes de demande élevée ou d'absence du médecin.
9. Réduisez la demande future en optimisant la consultation de la journée même.

STRATÉGIES VISANT À SOUTENIR L'ACCÈS AUX SOINS EN TEMPS OPPORTUNS

1. ÉQUIPES

Les équipes composées du médecin de famille du patient, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé sont mieux à même d'offrir un accès aux soins en temps opportun aux patients d'un cabinet ou d'une clinique.

- Le médecin de famille attiré et l'infirmière constituent souvent le noyau des équipes ou des réseaux de médecine familiale et le recours à d'autres professionnels comme les adjoints au médecin, les pharmaciens, les psychologues, les travailleurs sociaux, les

physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les diététistes doit être encouragé et soutenu, au besoin.

- Chaque cabinet ou clinique de médecine familiale devrait encourager et appuyer les modèles de soins partagés sur place auxquels participent les médecins de famille et les autres spécialistes médicaux (p. ex. psychiatres, internes, pédiatres, chirurgiens) afin de faciliter les consultations en temps opportun et la continuité des soins.
- Tous les services fournis devraient s'inscrire dans le champ d'activité professionnelle et les compétences personnelles de chaque professionnel de l'équipe de soins de santé.

2. HEURES DE SERVICE PROLONGÉES DU CABINET OU DE LA CLINIQUE DE MÉDECINE FAMILIALE

Bien que la majorité des médecins de famille offrent déjà une couverture après les heures régulières, les nouveaux modèles de soins primaires/médecine familiale répondent aux besoins des patients en offrant des heures d'ouverture prolongées. Pendant ces périodes, la responsabilité d'assurer la garde et la prestation des soins est partagée entre des groupes de médecins d'un ou de plusieurs cabinets ou cliniques et exigent une participation accrue des autres membres de l'équipe, notamment les infirmières. Après les heures de travail, les pratiques de médecine familiale devraient fournir aux patients un accès par courriel ou par téléphone qui les orienterait vers le bon endroit afin d'obtenir des soins au bon moment. Il est essentiel d'orienter ces patients vers la prochaine plage de rendez-vous disponible au cabinet ou vers le service d'urgence d'un hôpital, au besoin, pour assurer la prise en charge médicale efficace des patients et la viabilité de notre système de soins de santé.

Étude de cas n° 2

Georges, un homme d'affaires, souffre de diabète et son travail l'oblige à se déplacer fréquemment. Son médecin de famille et l'infirmière travaillent avec lui pour ajuster ses médicaments afin de stabiliser sa glycémie. En communiquant par courriel avec le bureau de son médecin, Georges a obtenu les résultats de ses dernières analyses sanguines et a été informé des ajustements à apporter à ses médicaments. Georges a transmis à la clinique de son médecin les coordonnées d'une pharmacie de la ville où il se trouvait. La clinique a envoyé l'ordonnance à la pharmacie par voie électronique et Georges a pu aller chercher ses médicaments dans l'après-midi.

3. COURRIEL, TÉLÉPHONE ET AUTRES COMMUNICATIONS ÉLECTRONIQUES

Lorsque des mesures de soutien pertinentes seront instaurées, notamment les règles entourant la confidentialité et la responsabilité et les questions de rémunération, les interactions du patient avec le médecin et les autres professionnels de la santé se feront de plus en plus par des moyens autres que les interactions traditionnelles en face-à-face dans le cabinet ou la clinique de médecine familiale (voir l'étude de cas n° 2).

Il conviendrait de réserver le courriel ou le téléphone aux messages

clairs, simples et neutres sur le plan émotif. Les rendez-vous en personne demeurent la meilleure façon de procéder lorsque l'information est très ambiguë, complexe ou émotive.⁵

L'interaction continue planifiée avec les patients par courriel, téléphone ou autre mode de communication électronique peut faciliter la prise en charge des patients et, en particulier, de ceux

qui souffrent de maladie chronique comme le diabète, l'hypertension, l'arthrite et la maladie mentale. Veuillez consulter la FAQ du CMFC Vous avez un message! Ce que tout médecin de famille devrait savoir avant de cliquer sur «Envoyer» (<http://www.cfpc.ca/ProjectAssets/Templates/Resources.aspx?id=3853&terms=vous&avez&untmessage>).

Les consultations, les références et les soins peuvent être offerts par des membres de l'équipe hors-site (des sites de pratiques dans la collectivité locale ou élargie) ou virtuellement. L'éducation et la formation entourant l'utilisation appropriée du courriel et des communications électroniques avec les patients devraient faire partie de la formation prédoctorale, postdoctorale et continue de tous les médecins.⁷

L'initiative de cybersanté MyChart™ du Sunnybrook Health Sciences Centre, générée à partir du dossier de santé électronique (DSÉ) du patient, procure aux patients un accès électronique aux cliniques et aux médecins.⁵ Les patients peuvent ouvrir une session dans MyChart pour envoyer de messages sécurisés aux médecins et aux prestataires de soins de santé, consulter leurs résultats d'analyses et d'imagerie, voir la liste des médicaments qu'ils prennent, demander des renouvellements d'ordonnance et demander un rendez-vous⁶

4. VISITES DE GROUPE

Chaque cabinet ou clinique de médecine familiale/CMF devrait envisager d'offrir les visites de groupe aux patients qui ont les mêmes problèmes de santé ou pour donner des conseils et animer des discussions sur la médecine préventive. Certaines études ont démontré que cette stratégie convient particulièrement bien aux patients souffrant de maladie chronique.⁸

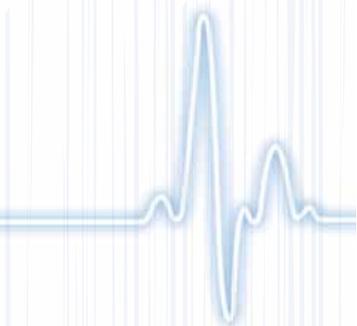
5. AUTOGESTION DE LA SANTÉ ET ÉDUCATION DES PATIENTS

Il convient d'encourager et de soutenir l'autogestion dans le programme de soins de chaque patient. On a démontré que le soutien accordé à l'autogestion est plus efficace lorsque tous les membres de l'équipe d'un cabinet ou d'une clinique prônent et soutiennent régulièrement cette mesure.⁹ L'autogestion est particulièrement importante pour les patients souffrant de maladie chronique.

6. SOINS À DOMICILE ET COMMUNAUTAIRES

Lorsque la situation le permet, les soins devraient être fournis par des membres du cabinet de médecine familiale/CMF dans des contextes autres que les cabinets, notamment le domicile des patients, l'hôpital local, les centres d'hébergement et d'autres milieux de soins continus, palliatifs et de réadaptation au sein de la collectivité.





Annexe A

Les modèles d'accès en temps opportun aux rendez-vous dans un cabinet ou une clinique de médecine familiale

La représentation graphique suivante illustre la capacité d'un médecin de répondre à la demande quotidienne selon quatre modèles d'accès.



Dans le modèle traditionnel, les rendez-vous sont tous pris à l'avance; les soins urgents sont soit refusés, soit ajoutés aux rendez-vous déjà pris.



Dans un modèle semi-ouvert, les plages de rendez-vous sont prises à l'avance ou gardées pour les urgences du jour; les demandes non urgentes pour un rendez-vous le jour même sont remises à plus tard.



Dans le modèle d'accès accéléré, où on fait aujourd'hui le travail d'aujourd'hui, il y a une capacité réelle. La majorité des plages de rendez-vous sont ouvertes aux patients qui appellent pour obtenir ce jour-là un rendez-vous de routine, urgent ou de prévention.



Dans un modèle par refus d'accès, aucun rendez-vous n'est donné. Si un patient appelle et qu'aucune place n'est disponible, il peut rappeler le lendemain.

Adapté et modifié de Murray M, Tantau C. *Fam Pract Manag* 2000;7(8):472



Avantages et limites de l'accès le jour même

Les cabinets ou cliniques qui envisagent d'offrir l'accès au rendez-vous le jour même doivent bien comprendre les avantages et les limites associés à la conversion d'un système de rendez-vous traditionnel vers un système de rendez-vous le jour même/rendez-vous accéléré.

AVANTAGES

Le modèle d'accès le jour même peut :

- Accroître la satisfaction des patients et des prestataires de soins.
- Fournir aux patients l'assurance que leur médecin et les membres de son équipe seront disponibles lorsqu'ils en auront besoin.
- Assurer une prise en charge plus efficace des patients souffrant de maladie chronique.
- Établir un lien de confiance et raffermir la relation patient-médecin.¹⁰
- Éliminer les listes d'attente et la tâche complexe de triage des patients, laquelle prend beaucoup de temps, et ainsi libérer les employés pour d'autres tâches.
- Réduire le nombre d'interruptions, de rappels téléphoniques, d'appels de confirmation des rendez-vous pour le personnel et les médecins.
- Réduire considérablement le nombre de patients qui manquent leur rendez-vous.¹¹
- Minimiser les visites inappropriées aux services d'urgence des hôpitaux et diminuer le besoin pour les patients de consulter les cliniques sans rendez-vous. Cet avantage contribuera aussi à maîtriser le coût global du système de soins de santé.
- Soutenir les soins centrés sur le patient en permettant aux patients de prendre leur rendez-vous médical avec un court préavis et aider à centrer les consultations sur les principaux problèmes médicaux des patients.
- Se concentrer sur un plus petit nombre de problèmes par consultation et permettre divers types de consultation.
- Améliorer la capacité des médecins à voir les patients et à fournir les services plus efficacement pendant chaque journée de consultations en cabinet ou en clinique.
- Accroître la satisfaction et la collaboration de l'équipe/du personnel, ce qui se traduit par une meilleure prestation globale des services aux patients.

Murray et Berwick ont déterminé que l'accès à des rendez-vous le jour même procure « les avantages [et les stratégies] qui suivent :

- Équilibrer l'offre et la demande;
- Réduire les listes d'attente;
- Diminuer les divers types de rendez-vous;
- Élaborer des plans d'urgence pour les circonstances inhabituelles;
- Chercher à ajuster les profils des demandes; et
- Améliorer la disponibilité des ressources rares {membre de l'équipe}. »¹²

LIMITES

La conversion :

- Exige une révision complète de l'infrastructure des rendez-vous et une réduction de la liste des rendez-vous préétablis.
- Nécessite une réduction du type de rendez-vous offert et une simplification des processus opérationnels en utilisant les demandes de rendez-vous antérieures pour prédire la demande future et élaborer des plans d'urgence pour les périodes où la demande dépasse les prévisions.¹³
- Pourrait entraîner une augmentation des consultations urgentes/aiguës au cabinet ou à la clinique et le triage de certains patients vers les services d'urgence.
- Nécessite des rendez-vous préétablis (qui ne sont pas donnés le jour même) pour les patients âgés et ceux qui souffrent de maladie chronique ou qui évoquent d'autres motifs pour fixer leur rendez-vous à l'avance. Une étude a révélé que les patients qui craignaient de ne pas pouvoir fixer un rendez-vous à l'avance citaient une maladie chronique ou un horaire personnel chargé pour expliquer leur crainte.¹⁴
- Pourrait avoir un effet négatif sur la continuité des soins; pour obtenir une consultation le jour même, il se pourrait que les patients aient à consulter des prestataires de soins autres que leur médecin de famille attiré. En fait, les patients pourraient fréquemment devoir consulter des prestataires différents.
- Pourrait créer des problèmes pour aménager l'horaire du personnel, surtout en ce qui concerne la coordination et les prestataires à temps partiel.
- Pourrait compliquer la tâche de prédire ou de contrôler la composition/taille de la liste de patients inscrits (*voir conseil pratique sur le nombre de patients inscrits www.cfpc.ca/conseil-pratique-sur-le-nombre-de-patients-inscrits/ du CMFC).*
- Peut compliquer la tâche de déterminer le bon équilibre entre l'offre et la demande.
- Nécessite des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) qui sont interexploitables avec les dossiers de santé électroniques (DSÉ) pour que le système fonctionne efficacement.
- Nécessite de bonnes mesures de soutien pour aider les médecins, les autres membres de l'équipe et le personnel à administrer le changement du système de rendez-vous traditionnel dans des domaines comme la priorisation et la coordination des rendez-vous, l'amélioration de la planification d'urgence et la gestion continue active de la pratique.



L'accès le jour même au Canada

Le modèle des rendez-vous le jour même a fait son entrée au Canada et sur la scène internationale comme stratégie visant à fournir aux patients un accès en temps opportun aux rendez-vous. Selon une étude du Fonds du Commonwealth, seulement 17 % des cabinets ou cliniques de soins primaires au Canada offrent les rendez-vous le jour même ou le lendemain, ce qui place le pays au septième et dernier rang parmi les pays interrogés. Dans la même étude, le Canada se place au cinquième rang en ce qui concerne l'accès aux soins les nuits et les fins de semaine.¹⁵ Les stratégies suivantes sont au nombre des initiatives d'accès le jour même ou en temps opportun qui sont mises en œuvre partout au pays.

1. **Alberta – Le programme des mesures d'amélioration de l'accès (*Access Improvement Measures* ou AIM)** vise à « aider les médecins à réduire ou à éliminer les délais d'attente des patients et à améliorer l'efficacité du cabinet et des soins cliniques ... [les groupes] s'efforcent d'atteindre deux buts communs : 1) éliminer l'utilisation de différentes listes d'attente et de différents types de rendez-vous; et 2) faciliter l'accès à des rendez-vous le jour même. »¹⁶ Les médecins de famille peuvent apprendre à assurer la prise en charge proactive des patients souffrant de maladie chronique en utilisant les dossiers médicaux électroniques pour identifier et appeler les patients qui auraient avantage à faire l'objet d'un suivi plus étroit. Les sondages indiquent des améliorations sur le plan de l'efficacité du travail et de l'accès, du travail d'équipe, de la précision des rôles, des soins cliniques et de la continuité des soins.¹⁶
2. **Saskatchewan – Le Conseil sur la qualité des soins de santé (*Health Quality Council*)** milite pour que les prestataires de soins primaires utilisent les rendez-vous le jour même en plus des rendez-vous fixés d'avance afin de réduire les délais d'attente pour les soins primaires.¹⁷
3. **Colombie-Britannique – Le programme de soutien à la pratique (*Practice Support Programme* ou PSP) du *General Practice Services Committee*** a été lancé en 2007 et visait deux objectifs : « améliorer les soins dispensés aux patients de toute la province et augmenter la satisfaction au travail des omnipraticiens. [Le programme] offre des séances de formation ciblée aux médecins et aux assistants de bureau de médecins pour qu'ils puissent améliorer l'efficacité de la pratique et faciliter la prestation améliorée des soins aux patients. En ce qui concerne l'amélioration de l'efficacité..., 74 % des médecins qui ont suivi le module *Advanced Access* ont déclaré avoir réduit les délais d'attente des rendez-vous réguliers et diminué les temps d'attente de 49 % des rendez-vous urgents. De plus, les médecins déclarent que le PSP leur a permis d'améliorer les soins aux patients”.¹⁸
4. **Ontario – L'initiative Accès ouvert et efficacité des soins primaires du Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (PAQI)**, financée par le ministère provincial de la Santé et des Soins de longue durée, offre un milieu d'apprentissage en ligne aux prestataires de soins primaires et à leur équipe pour les aider à surmonter les défis liés à l'équilibre entre l'offre et la demande afin de répondre aux besoins des patients. Le site leur permet d'apprendre et d'appliquer les pratiques exemplaires, de changer les concepts et les approches en matière d'amélioration qui permettront aux prestataires de soins primaires de « faire aujourd'hui le travail d'aujourd'hui » — le principe de base de l'accès accéléré.¹⁹

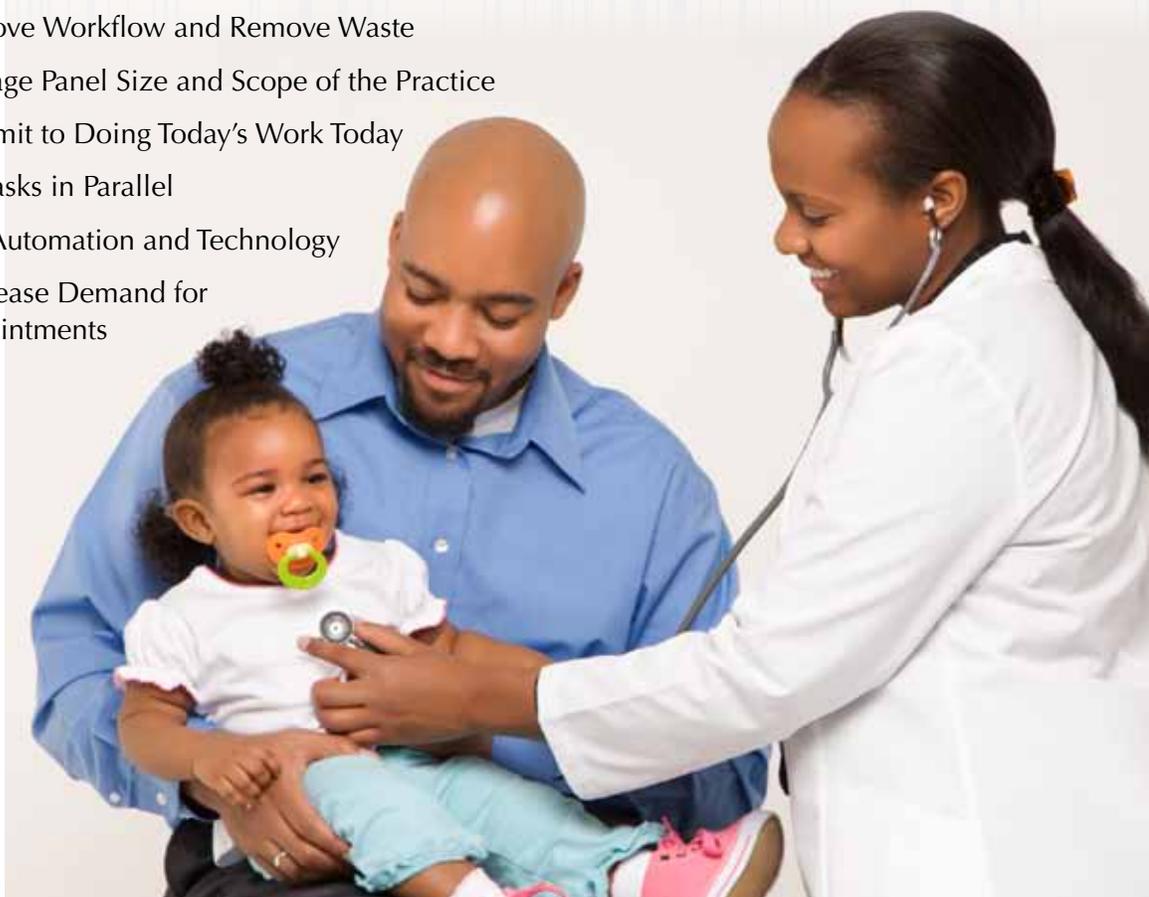


Annexe D

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

Le [site Web](http://www.ihl.org) de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (www.ihl.org) propose des ressources pratiques pour améliorer l'accès aux soins primaires. Vous trouverez ci-dessous de nombreux documents sur les rendez-vous le jour même.

- Balance Supply and Demand on a Daily, Weekly, and Long-Term Basis
- Recalibrate the System by Working Down the Backlog
- Measure and Understand Supply and Demand
- Predict and Anticipate Patient Needs
- Create Contingency Plans
- Optimize the Care Team
- Reduce Scheduling Complexity
- Improve Workflow and Remove Waste
- Manage Panel Size and Scope of the Practice
- Commit to Doing Today's Work Today
- Do Tasks in Parallel
- Use Automation and Technology
- Decrease Demand for Appointments



Bibliographie



1. Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. « What do people think is important about primary healthcare? » *Healthcare Policy* 2008;3:89-104.
2. Murray M, Tantau C. « Same-day appointments: Exploding the access paradigm ». *Fam Pract Manag* 2000;7(8):45-50. Sur Internet : <http://www.aafp.org/fpm/2000/0900/p45.html>. Référence du 9 mai 2012.
3. Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). *Une vision pour le Canada. La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*. Mississauga ON: Le Collège des médecins de famille du Canada. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/2011_Une_vision_pour_le_Canada/. Référence du 9 mai 2012.
4. Starfield B, Shi L. « The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence ». *Pediatrics* 2004;113:1493-8.
5. Miller WL, Crabtree BF, Nutting PA, Stange KC, Jaén CR. « Primary care practice development: a relationship-centered approach ». *Ann Fam Med*. 2010;8(Suppl 1):S68-79.
6. McAllister J. « E-mail use can enhance doctor-patient relationship ». *Medical Post*. 2011.
7. Morrow JB, Dobbie AE, Jenkins C, Long R, Mihalic A, Sadler J, Wagner J. « First-year medical students can demonstrate EHR-specific communication skills: a control-group study ». *Fam Med* 2009; 41:28-33.
8. Coleman MT, Newton KS. « Supporting self-management in patients with chronic illness ». *Am Fam Physician*. 2005;72:1503-10.
9. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. « Implementing practical interventions to support chronic illness self-management ». *Joint Comm J Qual Pat Safety* 2003;29:563-74.
10. Parente DH, Pinto MB, Barber JC. « A pre-post comparison of service operational efficiency and patient satisfaction under open access scheduling ». *Health Care Manag Rev* 2005;30:220-8.
11. Mitchell V. « Same-day booking: success in a Canadian family practice ». *Le Médecin de famille canadien*. 2008;54:379-83.
12. Murray M, Berwick DM. « Advanced access: reducing waiting and delays in primary care ». *JAMA* 2003;289:1035-1040.
13. O'Hare D, Cortlett J. « The outcomes of open-access scheduling ». *Fam Pract Manag* 2004;11:35-8. Sur Internet : <http://www.aafp.org/fpm/2004/0200/p35.html>. Référence du 9 mai 2012.
14. Steinbauer JR, Korell K, Erdin J, Spann SJ. « Implementing open-access scheduling in an academic practice ». *Fam Pract Manag* 2006;13:59-64.
15. Davis K, Schoen C, Stremikis K. « *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally* », Mise à jour 2010. New York: Le Fonds du Commonwealth; 2010. Sur Internet : <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2010/Jun/Mirror-Mirror-Update.aspx?page=all>. Référence du 9 mai 2012.
16. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Presser le pas : Comment accélérer les changements dans les soins de santé primaires – Faire part des succès et tirer des leçons des défis*. Ottawa, Ontario: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2010:56. Sur Internet : http://www.fcrss.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/2011_CHSRF_PUP_Conference_Report_FR_FINAL2.sflb.ashx. Référence du 9 mai 2012.
17. Collège des médecins de famille du Canada. *Lorsque le décompte commence. Les temps d'attente dans les services de première ligne*. Mississauga, ON : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2006.
18. General Practice Services Committee [site Web]. Programme de soutien de la pratique (PSP). Sur Internet : www.gpsc.bc.ca/psp/practice-support-program. Référence du 9 mai 2012.
19. Health Quality Ontario Learning Community [site Web]. Access in Primary Care: A Quality Improvement Initiative. Sur Internet : <http://hqolc.ca/>. Référence du 11 janv. 2012.

SEPTEMBRE 2012

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA