

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CONSEIL PRATIQUE

Sur le nombre de patients inscrits

SEPTEMBRE 2012

CONSEIL PRATIQUE SUR LE NOMBRE DE PATIENTS INSCRITS

Cet outil a pour objectif d'apporter des conseils aux médecins de famille canadiens sur les facteurs qui influencent la taille de leur liste de patients inscrits et sur les mesures de rendement et la qualité des soins.

Même si les données probantes sont insuffisantes pour établir des points de référence ou des recommandations sur le nombre de patients qu'un médecin de famille devrait accueillir dans sa pratique, le présent document tient lieu de *Conseil pratique* pour définir le nombre de patients inscrits, présenter des approches, cibler les facteurs qui influencent la taille d'une liste de patients inscrits et examiner les mesures d'évaluation du rendement. Il est important de noter que certains compromis peuvent être étudiés concernant l'incidence du nombre de patients sur l'accès et la qualité des soins pour les patients inscrits en comparaison avec les patients non inscrits dans l'ensemble de la collectivité.

La liste de patients doit être d'une taille raisonnable pour équilibrer la charge de travail d'une pratique clinique très occupée. Un nombre approprié de patients permet de créer un équilibre entre l'offre et la demande de services. Cet équilibre assurera que la pratique peut remplir ses engagements envers les patients en matière d'accès aux services, de qualité des soins et de satisfaction générale à l'égard de l'expérience globale. Il est prouvé que la qualité des soins, l'accès aux services et la continuité des soins diminuent lorsque les médecins de famille accueillent un trop grand nombre de patients. Les quotas élevés de patients entraînent une baisse de la disponibilité des soins d'urgence,¹ une réduction du nombre de visites annuelles,^{2(pp1501-5)} une réduction de la durée de consultation,² un plus faible niveau de continuité,^{3(pp44-51)} une baisse des services de soins préventifs,^{4(pp11-7)} une baisse de la qualité des mesures individuelles de promotion de la santé,⁵ une diminution de la qualité de la prise en charge des maladies^{6(pp309-318)} et un recul des soins complets et globaux (p. ex. la réduction des visites à domicile).⁷ Par contre, si le nombre de patients est trop modeste, le médecin de famille pourrait être incapable de faire face à ses obligations financières et par ailleurs, les besoins non satisfaits de la collectivité pourraient augmenter. Les quotas élevés de patients dans les milieux de soins de première ligne peuvent aussi avoir une incidence défavorable sur la demande de services d'autres secteurs du système de santé en entraînant une hausse des demandes de consultation vers d'autres spécialités et une utilisation accrue des services d'urgence.

TAILLE DE LA LISTE DE PATIENTS INSCRITS - DÉFINITION

La **liste de patients inscrits** est le lien formel qui mène à la relation continue à long terme entre un médecin de soins de première ligne et ses patients. **La taille de la liste de patients** désigne le nombre de patients individuels sous les soins d'un prestataire spécifique.³

Termes associés :

La **charge de travail** désigne toutes les tâches devant être exécutées, y compris les fonctions directement reliées aux soins des patients et celles d'une nature plus administrative.

La **productivité** est définie comme le nombre de patients rencontrés par unité de temps.³ Les principes des soins de première ligne complets présentés par l'*Association of Family Health Teams of Ontario* (AFHTO) stipulent que le secteur des soins de première ligne doit rendre des comptes à la population qu'il dessert et agir comme mandataire des attentes et des besoins de cette population.⁸ Ce fondement philosophique décrit les mesures qualitatives mises en œuvre pour le bénéfice des patients inscrits et

pourrait donc mesurer la productivité comme étant le nombre de relations satisfaites par unité de temps.

Équivalent temps plein - L'Institut canadien d'information sur la santé utilise un algorithme qui repose sur le nombre et la complexité des services rendus (d'après un barème d'honoraires) pour estimer l'équivalent temps plein travaillé par le prestataire. Même si cette méthodologie comporte des limites considérables, elle est largement utilisée et acceptée.

« L'équivalent temps plein est une mesure utilisée pour estimer si un médecin travaille à temps plein. Le nombre de médecins ETP est un nombre pondéré de médecins selon le total des paiements qu'ils reçoivent. La valeur ETP d'un médecin est calculée à l'aide du total de ses paiements par rapport à des montants établis qui définissent les montants repères inférieur et supérieur de paiements pour un groupe d'une spécialité médicale dans une province ou un territoire. »⁹

APPROCHES

Il n'y a pas un nombre de patients « standard » pour tous les médecins de famille, mais ces derniers peuvent définir la taille d'une liste idéale à l'aide d'approches (*Annexe A*) qui tiennent compte de l'offre et de la demande des services. Il convient de noter qu'aucune de ces méthodes ne mesure la qualité ou l'efficacité.

Il est généralement plus facile de mesurer le nombre de patients lorsque les systèmes donnent le registre complet des patients d'un prestataire spécifique. Plusieurs options sont disponibles pour calculer la liste virtuelle « active ». Un médecin peut recenser les patients qui l'ont consulté au cours des 12 derniers mois mais risquer ainsi un sous-dénombrement en omettant ceux qui n'ont pas visité son cabinet depuis un an. Il peut recenser les patients qui l'ont consulté au cours des 36 derniers mois mais risquer ainsi un surdénombrement car certains patients auront changé de prestataire. Le chiffre le plus important à retenir est le taux de visite. Le meilleur moyen de découvrir la liste « active » de patients serait de dénombrer les patients uniques, sans double compte, qui ont consulté le prestataire au cours des 18 derniers mois et d'utiliser leur taux de visite sur 12 mois dans l'équation visant à établir la taille de la liste de patients.³

FACTEURS LIÉS À LA PRATIQUE EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA TAILLE DE LA LISTE DE PATIENTS INSCRITS

1. SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ

Rémunération du prestataire

Même si la plupart des médecins de famille sont encore rémunérés à l'acte, les autres modèles de paiement connaissent une popularité croissante. Traditionnellement, les modèles de rémunération à l'acte récompensent le volume de service plutôt que la prévention de la maladie et la coordination des soins qui pourraient se faire sans même rencontrer le patient.¹⁰ Les médecins de famille manifestent de plus en plus leur préférence pour les modèles de rémunération mixte.¹¹ Les modèles de rémunération mixte qui adaptent les incitatifs aux soins sont plus répandus dans les nouveaux cabinets de soins de première ligne. Il devrait être possible d'envisager des approches multiples pour les modèles de paiement, et les régimes de paiements devraient cadrer avec les résultats souhaités pour les patients. Le CMFC appuie depuis longtemps les modèles de rémunération mixte.

Étendue de la pratique des associés

Un système de soins de santé fort et performant dans lequel les médecins de famille jouent un rôle essentiel a le potentiel d'offrir de meilleurs soins de santé à l'ensemble de la population et aux groupes nécessitant des soins spécifiques comme les patients atteints de maladie chronique.^{12,13} Compte tenu de la complexité des soins dispensés dans les pratiques de médecine familiale, de nombreux médecins de famille adoptent une approche interdisciplinaire intégrée pour dispenser des soins proactifs de qualité à leurs patients. Les cabinets pouvant compter sur des équipes de soins de première ligne hautement performantes autorisent les membres de l'équipe de non-médecins à s'acquitter de certaines tâches cliniques dont les patients ont besoin, que les médecins n'ont pas le temps d'accomplir et qui s'appuient sur diverses compétences multidisciplinaires, s'en remettant aux compétences de plusieurs personnes — et non d'une seule — pour régler les problèmes de chaque patient.¹⁴ Tant les cabinets de médecine familiale traditionnels, qui pendant des années ont répondu aux besoins de la population canadienne, que ceux qui font partie des nouvelles initiatives en matière de soins de première ligne contribuent énormément à la prestation de soins de qualité à nos populations.

Les équipes cliniques multidisciplinaires peuvent produire des résultats cliniques supérieurs à ceux réalisés dans le cadre d'arrangements de soins « habituels » et de nombreuses études évaluent les avantages liés à l'ajout d'infirmières/infirmiers, de travailleurs sociaux, de psychologues et de pharmaciens cliniques à l'équipe.¹⁵ Ces équipes de soins efficaces incluant des infirmières/infirmiers, d'autres professionnels de la santé et le personnel de soutien peuvent permettre au cabinet de fournir une plus vaste gamme de services complets et globaux; augmenter le nombre de visites au cabinet; augmenter le volume de patients; et habiliter le médecin de famille à mieux gérer ses responsabilités administratives et cliniques en déléguant des responsabilités au professionnel de la santé le plus compétent pour s'en acquitter. Une étude menée par Bodenheimer décrit un système multidisciplinaire dans lequel les médecins de famille ont un rôle davantage axé sur la coordination et la consultation qui pourrait permettre d'augmenter le nombre de patients inscrits.^{16(pp2086, 2089)} Une étude sur les équipes de soins de première ligne suggère que la taille optimale d'une équipe est de six membres; les équipes comptant plus de 12 membres sont trop grandes.¹⁷

Une étude réalisée en 2009 par Francis et coll. a démontré que la participation de résidents permettait d'augmenter le nombre de patients inscrits et améliorait l'efficacité et la continuité des soins au sein d'une clinique. « Les résidents jouent le rôle de médecin de soins de première ligne pour



leurs propres patients et chaque résident est jumelé à un seul membre du corps professoral pendant toute la durée de sa résidence. Les membres du corps professoral supervisent de 2 à 7 résidents par année. Si un patient a besoin d'un rendez-vous alors que le résident n'est pas disponible, il peut rencontrer tout autre prestataire de soins de l'équipe du résident/de l'équipe traitante en fonction de la disponibilité. L'étude a révélé que le suivi des patients par les résidents était fortement influencé par le nombre de résidents, la taille de la liste de patients des résidents et le médecin traitant. »^{18(pp310-15)}

Même s'il n'existe aucune donnée probante spécifique sur le ratio d'équipe optimal, l'efficacité des autres professionnels de la santé, l'effet de la composition de l'équipe sur le nombre de patients inscrits et les diverses compétences professionnelles requises, les résultats dépendent en grande partie de la liste de patients et de leurs besoins, y compris les approches visant la promotion de la santé et la prévention auprès de la population dans le cadre des soins.

Accès

Les recherches internationales démontrent clairement la corrélation entre l'accès à des pratiques de médecine familiale efficaces et une population en meilleure santé.^{19(pp1493-8)} Même si un patient n'est pas toujours en mesure de consulter son propre médecin de famille, l'infirmière/infirmier ou un autre membre de son équipe de soins, il ne faut épargner aucun effort pour assurer que la continuité des soins reste au cœur de la planification de l'accès et de la qualité.

Il est extrêmement difficile de fixer des cibles pour les temps d'attente dans le milieu des soins de première ligne. Par conséquent, au lieu de fixer des cibles pour l'accès, il conviendrait plutôt de chercher à améliorer l'accès, notamment par le biais de rendez-vous le jour même. Selon Murray et Tantau, les rendez-vous le jour même (aussi appelés rendez-vous ouverts ou accélérés) permettent de faire aujourd'hui le travail d'aujourd'hui, éliminant ainsi la « distinction entre urgence et routine ». Mais cela ne veut pas dire pour autant que chaque rendez-vous est ouvert.²⁰ Selon le modèle proposé par Murray et Tantau, 65 % des rendez-vous d'une journée sont ouverts et 35 % sont fixes. La tranche de 35 % des rendez-vous fixes est réservée « aux patients qui ne peuvent venir le vendredi et choisissent plutôt le lundi ou encore, aux consultations de suivi fixées par le médecin. »²⁰

Pour améliorer l'accès en temps opportun, il est important d'équilibrer l'accès et la continuité des soins. Alors que les interactions avec le patient sont de plus en plus définies par d'autres éléments que les seules rencontres en personne pendant les heures régulières, l'accès en temps opportun peut aussi être facilité grâce aux visites en groupe, aux soins après les heures régulières et aux communications par divers moyens comme le courriel, le téléphone, le téléphone intelligent, les médias sociaux et le dossier médical électronique interactif. Haggerty et collab. ont remarqué que le simple fait de permettre aux patients de joindre les professionnels de la santé par téléphone contribuait à améliorer l'accessibilité et la continuité.^{21(pp116-23)} Étant donné que l'accès en temps opportun joue un rôle essentiel dans la prestation des soins de première ligne, tous les efforts déployés pour réduire le taux de rendez-vous manqués peuvent augmenter considérablement la productivité.³ En offrant des rendez-vous le jour même aux patients ayant des symptômes aigus ou semi-urgents, on peut réduire les « absences » aux rendez-vous. Il conviendrait toutefois de favoriser les rendez-vous en personne lorsque l'information est très ambiguë, complexe ou émotive, et de réserver le courriel ou le téléphone aux messages clairs, simples et neutres sur le plan émotif.^{22(p572)}

2. MILIEU DE PRATIQUE - CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, DE LA COLLECTIVITÉ ET DES MÉDECINS

Population

Le profil des patients et la composition de la clientèle exercent une influence sur les cabinets de médecine familiale. Les données démographiques comme l'âge, le sexe, la langue, la culture, la situation socioéconomique et la complexité médicale déterminent le nombre de visites du patient.

L'âge et le sexe d'une population de patients peuvent contribuer à prédire l'utilisation. Il a été démontré que les femmes, les bébés et les patients plus âgés exigent un plus grand nombre de visites.³ À titre d'exemple, un garçon de 0 à 12 mois a un « risque » 5,02 fois plus élevé de consulter un médecin qu'un homme de 50 ans. Mais comme tous les risques sont relatifs, il s'agit d'un jeu à somme nulle; le nombre de patients doit être égal au nombre d'équivalents médicaux ajustés selon l'âge et le sexe.²³ Un prestataire peut décider d'avoir un moins grand nombre de patients considérés à haut risque alors qu'un autre choisira d'avoir un plus grand nombre de patients à risque moins élevé.

Les maladies complexes ou chroniques auront une forte incidence sur la charge de travail d'un médecin de famille. Les patients atteints de maladie chronique nécessitent des visites de routine, plus de temps et plus de ressources. Les études ont démontré qu'il faudrait consacrer 7,4 heures par journée de travail pour fournir tous les soins préventifs recommandés aux patients d'une liste moyenne de patients de soins de première ligne,²⁴ plus 10,6 heures pour traiter adéquatement les états chroniques;²⁵ 42 pour cent des médecins de soins de première ligne déclarent qu'ils ne passent pas assez de temps avec leurs patients; et 50 pour cent des patients quittent le cabinet sans comprendre les conseils que le médecin leur a donnés.²⁶ En résumé, les médecins de famille ne peuvent plus faire ce qu'on attend d'eux pendant un rendez-vous de 15 minutes. En réponse à cette situation, le Dr Tom Bodenheimer, médecin américain de soins de première ligne, a élaboré le modèle de soins de première ligne *Teamlet*. Ce modèle propose de remplacer la visite de 15 minutes par une rencontre avec un clinicien et un conseiller en santé personnelle (un adjoint médical ou autre soignant ayant une formation et des responsabilités considérables) afin d'assurer les soins avant, pendant et après la visite et entre les visites.²⁶

La situation économique d'un patient peut déterminer les risques pour sa santé et son état de santé général. Les Canadiens d'un niveau socioéconomique moins élevé utilisent plus souvent le système de santé, mais déclarent se heurter à des obstacles plus grands pour accéder aux soins.²⁷⁻²⁹ De plus, la langue et les valeurs culturelles d'un patient peuvent avoir des répercussions sur la durée de la consultation. Les médecins de famille peuvent avoir besoin des services d'un traducteur avant, pendant et après la visite et peut-être devoir fournir des documents écrits en plusieurs langues. Il faudra parfois tenir compte des valeurs culturelles d'un patient lors de la prestation de soins médicaux.

La composition de la clientèle est un facteur important pour un médecin de famille qui cherche à déterminer la taille de sa liste de patients inscrits. C'est aussi un facteur pour établir les taux selon le système de capitation. Au Canada, l'Ontario utilise un modèle de « répartition des ressources de services de santé en fonction des besoins » qui utilise un ratio standardisé de mortalité (RSM); les taux établis selon le système de capitation sont ajustés en fonction de l'âge et du sexe. La Colombie-Britannique a adopté une méthode d'ajustement du risque fondée sur le diagnostic issue des É.-U. et appelée *John Hopkins ACG Case-Mix System*. Le système a été élaboré dans le but de mesurer le fardeau de la maladie de la population sur la base des niveaux de comorbidité, mesurés comme une somme, ou une série, de diagnostics. Il pourrait éventuellement servir d'outil pour l'ajustement des risques dans les budgets de paiements par capitation ou pour évaluer l'efficacité de la consommation

des ressources avec l'indice de comorbidité.³⁰⁻³⁴ Le modèle du Royaume-Uni utilise les ajustements selon l'âge et le sexe en conjonction avec des taux de mortalité standardisés et des mesures écologiques de la situation socioéconomique.

Pour obtenir une liste de patients d'une taille raisonnable, il est important de rechercher un équilibre équitable entre le profil des patients et la composition de la clientèle. Si le cabinet prend en charge une proportion élevée de cas complexes, le médecin de famille préférera peut-être avoir moins de patients ou s'entourer d'une équipe de non-médecins qui s'acquittera de certaines tâches cliniques afin d'assurer la prestation de soins de qualité.

Collectivité

L'emplacement géographique d'un cabinet et la situation socioéconomique de ses patients influencent la taille de la liste de patients et les services complets qu'il dispense. En règle générale, un cabinet établi en région rurale offre un plus grand panier de services qu'un autre situé en milieu urbain.^{35,36} Les plus grands cabinets peuvent offrir un plus grand nombre de services et un processus d'orientation plus efficace. Il a été démontré que les équipes de soins de première ligne œuvrant dans des milieux défavorisés sont soumises à des demandes plus fortes en ce qui a trait au temps. Leurs patients consultent plus souvent, appellent plus souvent le soir et sont en moins bonne santé.³⁷ Carlisle et collab. ont démontré que dans les régions très démunies, il faut 20 % de plus d'omnipraticiens pour la même population.³⁷ Les coûts de santé, y compris la charge de travail des médecins et les coûts des médicaments, augmentent dans les régions défavorisées.³⁸ Il arrive parfois que le médecin de famille ait à se rendre dans des endroits éloignés pour rencontrer ses patients. Le temps de déplacement en avion ou en voiture réduit le temps passé à prodiguer des soins.

Caractéristiques du médecin

Le profil d'un médecin de famille, notamment l'âge, le sexe, le style de prestataire et le nombre d'années d'expérience, influence aussi la taille de sa liste de patients inscrits. Les prestataires masculins plus âgés ont tendance à avoir plus de patients.³⁹ Les nouveaux prestataires prennent un certain temps avant d'atteindre une liste de patients d'une taille stable.^{40,41} Comparé aux hommes médecins, les femmes médecins consacrent plus de temps à chaque consultation en s'engageant dans une communication plus large qui peut être considérée comme étant centrée sur le patient.⁴² Le style de consultation du médecin, qu'il soit « rapide » ou « lent », exercera une influence sur le nombre de patients qu'il pourra prendre en charge. En 2002, une révision systématique des études sur la durée de la consultation a révélé que les médecins qui accordaient des consultations plus longues (et ce, dans différents pays) prescrivaient moins de médicaments, donnaient un plus grand nombre de conseils sur le style de vie, traitaient plus de problèmes et échangeaient plus d'information.⁴³ Les consultations plus longues ont aussi été associées à une meilleure prise en charge des maladies chroniques.⁴⁴ Il convient également de tenir compte de l'étendue de la pratique du médecin de famille pour déterminer la taille de sa liste de patients. Les prestataires qui offrent des soins plus complets comme l'obstétrique, les consultations en milieu hospitalier et la médecine d'urgence, particulièrement dans les régions rurales, devront parfois limiter leur liste de patients.⁴⁵ La participation à des activités d'enseignement ou de recherche peut aussi influencer la taille de la pratique.

3. ORGANISATION DU CABINET – RESSOURCES HUMAINES ET INFRASTRUCTURE DU BUREAU

L'organisation d'un cabinet, qui inclut notamment les ressources humaines et l'infrastructure du bureau, peut elle aussi avoir un effet sur la productivité.

Ressources humaines

Les ressources humaines en santé comprennent les employés de soutien et les autres prestataires de soins. Le personnel de soutien, comme la réceptionniste ou le personnel administratif, maintiennent l'efficacité du cabinet et veillent à ce que les patients se succèdent à un rythme efficace.⁴⁵

Les prestataires de soins de santé comme l'infirmière praticienne et les membres de l'équipe multidisciplinaire travaillent avec le médecin de famille pour fournir et coordonner une vaste gamme de services de santé à l'intention des patients. La décision d'avoir des employés à temps partiel ou à temps plein influence la productivité d'un cabinet. Les études montrent que les employés à temps partiel semblent tout aussi productifs,⁴⁶ voire plus productifs⁴⁷ que les employés à temps plein lorsque leur productivité est calculée au prorata d'un équivalent temps plein.

Infrastructure du bureau

Technologie de l'information sur la santé/dossiers médicaux électroniques (DMÉ)

Le dossier médical électronique (DMÉ) se concentre sur l'information de nature médicale et est configuré de manière à refléter les besoins des patients et à permettre au médecin de famille et autres membres de l'équipe qui procurent des soins directs d'accéder à l'information médicale personnelle. Les DMÉ assurent des soins de collaboration efficaces; ils aident à comprendre les besoins de la collectivité; ils font partie intégrante de la prestation de soins de haute qualité; ils aident à assurer un accès en temps opportun; ils signalent les situations importantes; ils soutiennent l'évaluation, la prise en charge, les indicateurs de qualité et le suivi de l'état de santé; et s'ils sont bien intégrés, ils peuvent aider à soutenir les listes de patients. Par contre, les DMÉ peuvent augmenter le temps que le médecin de famille prend pour consigner des notes au dossier.



Grâce aux interactions en ligne par le biais du dossier électronique, les patients peuvent avoir accès à l'information versée dans leur DMÉ. Cette technologie interactive peut habiliter les patients à créer et prendre en charge les éléments d'information personnels et cliniques de leur dossier de santé (p. ex. changement d'adresse, rapport sur les lectures de pression artérielle, poids, demandes de laboratoire, etc.) et faciliter le suivi des mesures à prendre sans avoir à rencontrer le professionnel de la santé.

Les DMÉ doivent recevoir un financement suffisant, utiliser un langage normalisé qui favorisera la gestion commune des données et être interopérables avec d'autres dossiers de santé électroniques directement liés aux soins des patients. Toute l'équipe du cabinet qui procède à la mise en place des DMÉ doit recevoir une formation approfondie et bénéficier d'un soutien technique continu. Toutefois, il est bien connu que l'accès à ces systèmes et leur utilisation par les médecins de famille sont moins répandus au Canada qu'ailleurs dans le monde.⁴⁸

Aménagement du bureau

L'organisation physique d'une clinique employant des équipes multidisciplinaires peut améliorer les résultats sur la santé et soutenir un plus grand nombre de patients.^{40,41} Un nombre adéquat de salles de consultation aide à limiter les temps d'indisponibilité liés aux engorgements.^{40,41}

MESURES VISANT LA QUALITÉ DES SOINS

La principale raison pour déterminer la taille appropriée d'une liste de patients inscrits est d'assurer des soins de très haute qualité.

Dans leur quête pour donner des soins de très haute qualité, le médecin et son équipe devraient suivre de près les résultats sur la santé de leurs patients, les procédures de soins comme celles associées à l'applicabilité, à l'accès, à la sécurité et à la réceptivité des patients, de même que la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus. Selon Snyder et collab., les soins de haute qualité devraient : « [...] mesurer l'excellence des soins complets et globaux. [Ils] doivent reconnaître la prise en charge réussie de multiples maladies chroniques complexes, répondre aux besoins des patients en matière de counseling et de communication et fournir des soins continus et les autres éléments qui caractérisent les soins complets et globaux. Toutes ces mesures doivent soutenir et améliorer les soins pertinents dispensés au patient et les relations patient-médecin. »⁴⁹ Comme c'est la population qui détermine les attentes, les éléments liés à la qualité n'ont pas la même valeur que la population. Par exemple, une bonne relation avec le patient a presque deux fois plus de valeur que toute la prise en charge d'une maladie chronique.⁵⁰

Voici quelques indicateurs de qualité

Accessibilité

L'accès à un rendez-vous en temps opportun est un élément essentiel de la prestation des soins. L'amélioration de l'accès aux soins peut réduire les chevauchements et la redondance des services (p. ex. lorsqu'un patient accepte et garde un rendez-vous à une date ultérieure mais consulte entre-temps un autre médecin), améliorer les résultats pour la santé, accroître la satisfaction du patient et du médecin et réduire les consultations aux urgences. Plusieurs documents du CMFC appuient la mise en œuvre des rendez-vous le jour même dans les milieux de soins de premières lignes, notamment

le document de travail de 2009 sur le concept de *Medical Home*, le document de 2006 sur les temps d'attente et le rapport de 2009 sur le partenariat sur les temps d'attente en soins de première ligne.

Continuité

La continuité des soins désigne les soins qui prennent en compte le continuum des besoins de santé du patient tout au long de sa vie. La continuité exige une bonne communication entre le médecin de famille du patient, l'infirmière/infirmier et les autres prestataires de soins, tant au cabinet qu'à l'extérieur. Dans leurs recherches, Starfield et collab. ont démontré que le fait d'avoir un seul médecin pour les soins de première ligne améliorerait l'état de santé d'un patient : « Plus les patients voient de médecins, plus la probabilité de subir des effets néfastes est élevée; se faire soigner par divers médecins, en présence de multiples facteurs de morbidité, accroît la probabilité de subir des effets secondaires néfastes ». ¹⁹

Soins complets et globaux

Les soins complets et globaux s'entendent de la gamme de services dispensés dans un cabinet de médecine familiale par le médecin de famille et les membres de l'équipe du cabinet. Les informations actuelles laissent entendre que la continuité et la globalité des soins améliorent l'état de santé des patients; donnent lieu à une prestation de soins plus efficace et de plus haute qualité; réduit les coûts de santé et augmente la satisfaction du patient et du médecin dans le cadre d'une relation patient-médecin. ⁵¹

Satisfaction du patient

L'accès aux services, la continuité, la coordination et la globalité des soins sont associés à un taux de satisfaction plus élevé du patient. ⁵² Lorsque les listes de patients « dépassent la capacité » et que les patients sont systématiquement réorientés vers d'autres professionnels du cabinet ou d'autres établissements de soins, la satisfaction du patient diminue, tout comme celle du prestataire de soins, alors que les coûts et les reprises augmentent. ⁴⁵

Prise en charge des maladies chroniques

Les médecins de famille exerçant de façon autonome ou en groupe peuvent atténuer ou éliminer les maladies chroniques s'ils donnent des services de counseling préventif, augmentent les programmes de dépistage et d'immunisation et interviennent pour obtenir et coordonner les soins. Si la liste de patients d'un médecin est d'une taille appropriée, le clinicien peut passer du temps avec chaque patient pour mettre l'accent sur les maladies chroniques et les soins préventifs tout en réglant les problèmes aigus au besoin. ⁵³

Soins préventifs

La médecine préventive est un élément fondamental de la médecine familiale car elle réduit l'incidence et la gravité des principales causes de mortalité et d'invalidité, mais sa mise en œuvre est difficile en raison du manque de temps et des problèmes logistiques. Une étude a révélé que d'après les recommandations tirées des directives nationales de soins cliniques pour les services préventifs et la prise en charge des maladies chroniques, et compte tenu du temps requis pour traiter les problèmes

aigus, il faudrait 21,5 heures par jour pour bien répondre aux besoins d'une pratique standard de 2 500 patients.⁵³

Résultats sur la santé

Les recherches prouvent qu'un système robuste de soins de première ligne améliore les résultats sur la santé et réduit les coûts. Starfield et collab. ont révélé qu'une gamme de services plus étendue fournie par des médecins de première ligne donne de meilleurs résultats sur la santé et ce, à des coûts inférieurs.¹⁹

CONCLUSION

Il y a des limites au nombre de patients qu'un médecin peut traiter efficacement sans porter atteinte à la qualité des soins. La clé est de faire en sorte que la demande de services ne dépasse pas l'offre de services. De plus, il est important de mesurer les besoins et les attentes de la population et d'utiliser ces renseignements comme des indicateurs du degré de satisfaction.

Les facteurs liés au système de soins de santé, le milieu de pratique et l'organisation de la pratique sont aussi des éléments importants pour déterminer le nombre de patients inscrits.

Un cabinet qui compte trop de patients peut éprouver des problèmes sur le plan de la continuité, des temps d'attente et de la satisfaction des patients. Par contre, un médecin de famille qui n'a pas un nombre suffisant de patients ne peut générer les revenus nécessaires pour maintenir une pratique de qualité. Le médecin pourra déterminer le nombre adéquat de patients inscrits en évaluant les faits suivants : les patients sont satisfaits; les besoins de la population sont comblés par une pratique complète; les indicateurs de qualité des soins sont respectés; l'état de santé des patients s'est amélioré; et le(s) médecin(s) et autres professionnels de la santé ont une qualité de vie durable.

Pour que la liste de patients inscrits soit appropriée et équitable, le médecin de famille doit envisager de l'ajuster en fonction de son style de pratique et de sa population de patients.

Le CMFC recommande d'établir des cibles pour déterminer la taille des listes de patients inscrits et faire un suivi continu. La stratégie de suivi doit garantir la qualité des soins, l'accessibilité, la satisfaction du patient, la globalité des services et l'efficacité du personnel.

Annexe A



En règle générale, la taille d'une liste de patients est établie à l'aide des approches suivantes :

Définir la taille de la liste des patients inscrits d'un médecin de famille

Nombre de patients par ÉTP de médecins de famille.

Cette méthode attribue tous les patients au médecin de famille (méthode actuellement utilisée en Ontario). Dans les pratiques multidisciplinaires, ce nombre doit être jumelé au ratio infirmières praticiennes / médecins de famille.

N^{bre} de patients par ÉTP de médecins de famille (pour un ratio donné d'infirmières praticiennes / médecins de famille).

Exemple : 1200 patients par ÉTP de médecins de famille
1800 patients par ÉTP de médecins de famille et infirmière praticienne
(ratio 1 infirmière praticienne : 1 médecin)

Définir la taille de la liste des patients inscrits dans un milieu multidisciplinaire

Nombre de patients par ÉTP de médecins, y compris x par y professionnels de la santé par médecin (travailleur social, diététiste, physiothérapeute...)

Exemple : 5 000 patients par ÉTP de médecins, y compris 4 professionnels de la santé par médecin

Formule de la charge de travail³

Taille de la liste des patients inscrits = visites par jour au prestataire x nombre de jours de travail par année / visites par patient par année

Exemple : 18 visites par jour x 240 jours de travail par année /
3,19 visites par patient par année = 1354 patients

Formule pour établir le nombre idéal de patients⁵⁴

Taille de la liste des patients inscrits x visites par patient par année (demande) = visites par prestataire par jour x nombre de jours de travail par année (offre)

Exemple : si un médecin reçoit 20 patients par jour, 220 jours par année, et que chaque patient le consulte en moyenne deux fois par année, idéalement, sa liste de patients inscrits devrait compter 2 200 patients.



Références

1. CAMPBELL JL. « The reported availability of general practitioners and the influence of practice list size. » *The British Journal of General Practice*. 1996;46(409):465-468.
2. WILKIN D, METCALFE DH. « List size and patient contact in general medical practice. » *British Medical Journal (Clinical research ed.)*. 1984;289(6457):1501-1505.
3. MURRAY M, DAVIES M, BOUSHON B. « Panel size: how many patients can one doctor manage? » *Family Practice Management*. 2007;14(4):44-51.
4. HUDON E, BEAULIEU M-D, ROBERGE D. « Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care. » *Family Practice*. 2004;21(1):11-17.
5. HOGG W, DAHROUGE S, RUSSELL G, et collab. « Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. » *Open Medicine*. 3(3):e165-e173.
6. RUSSELL GM, DAHROUGE S, HOGG W, et collab. « Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. » *Ann Fam Med*. 2009;7(4):309-318.
7. BUTLER JR, CALNAN MW. « List sizes and use of time in general practice. » *British Medical Journal*. 1987;295(6610):1383.
8. ASSOCIATION OF FAMILY HEALTH TEAMS OF ONTARIO (AFHTO). « Strategic Plan 2011-2013. 2011. » Extrait le 15 août 2010 de <http://www.afhto.ca/about/advocacy-and-issues/>.
9. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Base de données nationale sur les médecins*. 2010. Extrait le 28 juillet 2011 de <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1566>.
10. PATIENT-CENTRED PRIMARY CARE COLLABORATIVE. *Proposed Hybrid Blended Reimbursement Model*. 2007. Extrait le 28 juillet 2011 de <http://www.pcpcc.net/content/proposed-model>.
11. LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC), ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC), LE COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA (CRMCC), INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). 2007 Sondage national des médecins. 2007. Extrait le 28 juillet 2011 de http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/2007nps-f.asp.
12. KATZ A, GLAZIER RH, VIJAYARAGHAVAN J. *The Health and Economic Consequences of Achieving a High-quality Primary Healthcare System in Canada – « Applying What Works in Canada: Closing the Gap. »* Ottawa, Ontario: Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2010:55. Extrait de <http://www.fcrrs.ca/Programs/PrimaryHealthcare/ImprovingPrimaryHealthcareInCanada.aspx>.
13. HOLLANDER MJ, KADLEC H, HAMDI R, TESSARO A. « Increasing Value for Money in the Canadian Healthcare System: New Findings on the Contribution of Primary Care Services. » *Healthcare Quarterly*. 2009;12(4):32-44.
14. BODENHEIMER T, CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION. *Building Teams in Primary Care: Lessons Learned*. Oakland, California: California HealthCare Foundation; 2007.
15. WAGNER EH. « The role of patient care teams in chronic disease management. » *BMJ*. 2000;320(7234):569.
16. BODENHEIMER T. « Transforming Practice. » *The New England Journal of Medicine*. 2008;359(20):2086.
17. STARFIELD B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, NY: Oxford University Press US; 1998.
18. FRANCIS MD, ZAHND WE, VARNEY A, SCAIFE SL, FRANCIS ML. « Effect of Number of Clinics and Panel Size on Patient Continuity for Medical Residents. » *Journal of Graduate Medical Education*. 2009;1(2):310-315.
19. STARFIELD B, SHI L. « The Medical Home, Access to Care, and Insurance: A Review of Evidence. » *Pediatrics*. 2004;113(Supplement 4):1493-1498.
20. MURRAY M, TANTAU C. « Same-day appointments: exploding the access paradigm. » *Family Practice Management*. 2000;7(8):45.
21. HAGGERTY JL, PINEAULT R, BEAULIEU M-D, et collab. « Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. » *Annals of Family Medicine*. 2008;6(2):116-123.
22. MILLER WL, CRABTREE BF, NUTTING PA, STANGE KC, JAEN CR. « Primary care practice development: a relationship-centered approach. » *Annals of family medicine*. 2010;8(Supp. 1):S68.
23. ALBERTA ACCESS IMPROVEMENT MEASURES, MARK MURRAY AND ASSOCIATES. « Age and Sex Adjusted Medical Equivalents. » *Alberta AIM*. 1999. Extrait le 2 août de http://albertaaim.ca/Resources/Panel/AgeSexAdjustedMedicalEquivalents_MMA_20070821.pdf
24. YARNALL KSH, POLLAK KI, OSTBYE T, KRAUSE KM, MICHENER JL. « Primary Care: Is There Enough Time for Prevention? » *Am J Public Health*. 2003;93(4):635-641.
25. ØSTBYE T, YARNALL KSH, KRAUSE KM, et collab. « Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care? » *Ann Fam Med*. 2005;3(3):209-214.
26. THOMAS BODENHEIMER, CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION. *Building teams in primary care 15 case studies*. 1st ed. Oakland, California: California HealthCare Foundation; 2007.

27. BLENDON RJ, SCHOEN C, DESROCHES CM, et collab. « Inequities In Health Care: A Five-Country Survey. » *Health Affairs*. 2002;21(3):182-191.
28. KASMAN NM, BADLEY EM. « Beyond access: Who reports that health care is not being received when needed in a publicly-funded health care system? » *Canadian Journal of Public Health*. 2004;95(4):304–308.
29. WILSON K. « Accessibility and the Canadian health care system: squaring perceptions and realities. » *Health Policy*. 2003;67(2):137-148.
30. REID RJ, MACWILLIAM L, VERHULST L, ROOS N, ATKINSON M. « Performance of the ACG Case-Mix System in Two Canadian Provinces. » *Medical Care*. 2001;39(1):86-99.
31. HUGHES JS, AVERILL RF, JON EISENHANDLER, et collab. « Clinical Risk Groups (CRGs): A Classification System for Risk-Adjusted Capitation-Based Payment and Health Care Management. » *Medical Care*. 2004;42(1):81-90.
32. MEENAN RT, GOODMAN MJ, FISHMAN PA, et collab. « Using Risk-Adjustment Models to Identify High-Cost Risks. » *Medical Care*. 2003;41(11):1301-1312.
33. ROSEN AK, LOVELAND SA, RAKOVSKI CC, CHRISTIANSEN CL, BERLOWITZ DR. « Do different case-mix measures affect assessments of provider efficiency?: Lessons from the Department of Veterans Affairs. » *The Journal of ambulatory care management*. 2003;26(3):229.
34. ADAMS EK, BRONSTEIN JM, RASKIND-HOOD C. « Adjusted clinical groups: predictive accuracy for Medicaid enrollees in three states. » *Health Care Financing Review*. 2002;24(1):43–62.
35. OLATUNDE S, LEDUC ER, BERKOWITZ J. « Different practice patterns of rural and urban general practitioners are predicted by the General Practice Rurality Index. » *Canadian journal of rural medicine: the official journal of the Society of Rural Physicians of Canada/Journal canadien de la médecine rurale: le journal officiel de la Société de médecine rurale du Canada*. 2007;12(2):73.
36. TESSON G, HUDSON G, STRASSER R. *The making of the Northern Ontario School of medicine: a case study in the history of medical education*. Montréal, Québec: McGill-Queens Univ Press; 2009.
37. CARLISLE R, AVERY AJ, MARSH P. « Primary care teams work harder in deprived areas. » *Journal of Public Health*. 2002;24(1):43.
38. WORRALL A, REA JN, BEN-SHLOMO Y. « Counting the cost of social disadvantage in primary care: retrospective analysis of patient data. » *BMJ*. 1997;314(7073):38.
39. ONTARIO MEDICAL ASSOCIATION. « Physician Human Resources: OMA Position on Physician Workforce Policy and Planning Revisited. » 2007. Extrait le 29 juillet 2011 de <https://www.oma.org/Mediaram/Backgrounders/Pages/OntarioPhysicianShortage2007.aspx>.
40. MARSH GN. « The future of general practice. Caring for larger lists. » *British Medical Journal*. 1991;303(6813):1312.
41. DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS, KUSSMAN MJ. « Primary Care Management Module (PCMM). » 2009. Extrait le 9 août 2010 de http://www.va.gov/vhapublications/ViewPublication.asp?pub_ID=2017.
42. ROTER DL, HALL JA. « Physician gender and patient-centered communication: a critical review of empirical research. » *Annu. Rev. Public Health*. 2004;25:497–519.
43. BRANSON R, ARMSTRONG D. « General practitioners' perceptions of sharing workload in group practices: qualitative study. » *British Medical Journal*. 2004;329(7462):381.
44. CAMPBELL JL, RAMSAY J, GREEN J. « Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. » *The British Journal of General Practice*. 2001;51(469):644.
45. IMPROVING CHRONIC ILLNESS CARE, GROUP HEALTH RESEARCH INSTITUTE. « Panels and Panel Equity (guide) ». Extrait le 16 août 2010 de http://www.improvingchroniccare.org/downloads/3.2_panels_and_panel_equity.pdf.
46. MURRAY A, SAFRAN DG, ROGERS WH, et al. Part-time Physicians: Physician Workload and Patient-Based Assessments of Primary Care Performance. *Arch Fam Med*. 2000;9(4):327-332.
47. Fairchild DG, McLoughlin KS, Gharib S, et collab. « Productivity, Quality, and Patient Satisfaction. » *Journal of General Internal Medicine*. 2001;16(10):663-667.
48. Conseil canadien sur la santé. *Décisions, décisions : Les médecins de famille en tant que gardes de l'accès aux médicaments d'ordonnance et à l'imagerie diagnostique au Canada*. Toronto : Conseil canadien sur la santé; 2010. Extrait de http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/HSU/DecisionsHSU_Sept2010.pdf.
49. SNYDER L, NEUBAUER RL. « Pay-for-performance principles that promote patient-centered care: an ethics manifesto. » *Annals of internal medicine*. 2007;147(11):792.
50. DORVAL MEDICAL FAMILY HEALTH TEAM. Rapport annuel 2010-2011 (Version préliminaire). 2011.
51. THE ONTARIO COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS, KASPERSKI J. « Comprehensive and Continuous Care in a Collaborative Care Environment: Challenges for 21st Century Family Medicine and Hospitals. » 2008. Extrait de <http://www.ocfp.on.ca/local/files/Files%20under%20New%20Publications%20WebPage/Family%20Physicians%20and%20Hospitals%20May%205%202008.pdf>.
52. FERRANTE JM, BALASUBRAMANIAN BA, HUDSON SV, CRABTREE BF. « Principles of the Patient-Centered Medical Home and Preventive Services Delivery. » *Annals of Family Medicine*. 2010;8(2):108-116.
53. YARNALL KSH, KRAUSE KM, POLLAK KI, GRADISON M, MICHENER JL. « Family physicians as team leaders: "time" to share the care. » *Preventing Chronic Disease*. 2009;6(2).
54. MURRAY M, DAVIES M, BOUSHON B. « Panel size: answers to physicians' frequently asked questions. » *Family Practice Management*. 2007;14(10):29-32.

SEPTEMBRE 2012

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA