

2ml. 2990.1

i

Université de Montréal

Les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale

Par Jean De Serres

Département de médecine sociale et préventive

Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)
en santé communautaire

Avril 2002

©Jean De Serres, 2002



WA

5

U58

2002

V.016

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Francois Champagne , Ph.D

Président-rapporteur

Dr Marie-Dominique Beaulieu

Directrice de recherche

Dr Raynald Pineault

Membre du jury

RÉSUMÉ

La continuité des soins est un élément clé de la médecine familiale et un objectif de tous les principaux acteurs du système de santé. Or, tout indique que cet objectif n'a pas été atteint. Notre hypothèse de base est qu'il existe des obstacles qui empêchent ou nuisent à la continuité des soins et que la connaissance de ces obstacles, bien qu'essentielle à l'implantation de l'objectif, est déficiente.

Nous avons revu la littérature médicale pour préciser l'évolution temporelle du concept de continuité et y recenser les obstacles à la continuité. Cinquante trois éléments ont été identifiés. Ces obstacles sont liés aux médecins, aux patients, ou à d'autres facteurs. Il existe peu de données sur les perceptions des médecins et il n'y a pas de priorisation.

Nous avons donc fait une étude exploratoire à l'aide d'un Delphi en trois itérations auprès de médecins pour identifier les principaux obstacles à la continuité des soins au Québec ainsi que des idées de solution. Il s'agissait du premier Delphi sur ce sujet. Vingt neuf obstacles ont été identifiés. Les principaux obstacles sont la non priorisation de la continuité, les problèmes liés à l'administration du système de soins comme la rémunération et l'insuffisance de ressources, et les communications. Cette étude devrait contribuer à l'amélioration de la continuité des soins car elle permet de décortiquer un défi apparemment insoluble en plusieurs éléments pour lesquels on peut imaginer des solutions concrètes.

Mots clés : continuité des soins, continuité personnelle, Delphi, médecine familiale, obstacles

SUMMARY

Continuity of care is a key element in family medicine and an objective of all the key stakeholders in health care. But we have every reason to believe this objective has not been met yet. We make the hypothesis that there are barriers in the way of continuity of care and knowledge about these barriers, although essential to reach the objectives, is deficient.

We reviewed the medical literature to look at the evolution over time of the concept of continuity and to identify the barriers. Fifty three barriers have been identified. They are associated to physicians, patients or other factors. There is no prioritization and little information about the perceptions of physicians. So we did an exploratory study with a Delphi in 3 steps with physicians in order to identify the main barriers to continuity of care in Quebec and ideas for solution. It was the first Delphi on this topic. Twenty nine barriers were identified. The main barriers were the lack of prioritization, the problems linked to administration like remuneration and lack of resources, and communications. This study should contribute to improve continuity of care as it breaks down a tremendous challenge into a number of smaller problems easier to resolve.

Key words : continuity of care, personal continuity, Delphi, family medicine, barriers

TABLE DES MATIÈRES

Identification du jury.....	ii
Résumé.....	iii
Summary.....	iv
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	vii
Liste des figures.....	viii
Liste des sigles et abréviations.....	ix
Dédicace.....	x
Avant-propos.....	xi
Introduction.....	1
Objectifs.....	4
Chapître Un : État des connaissances	
Revue de littérature : objectif.....	5
Méthodologie de la revue de littérature.....	5
Le concept de continuité :	6
Les obstacles à la continuité des soins: études de recherche.....	16
Les obstacles à la continuité : articles à caractère éditorial.....	19
Chapître Deux : Méthodologie	
Choix de la méthode.....	22
Avantages du Delphi.....	23
Désavantages du Delphi.....	25
Alternatives.....	26
Étapes du Delphi.....	27
Considérations éthiques.....	28
Nombre d'itérations.....	28
Sélection des participants.....	29
Développement du questionnaire.....	30

Chapître Trois : Résultats	
Résultats.....	33
Chapître Quatre : Interprétation	
Interprétation.....	37
Forces et faiblesses de l'étude.....	45
Conclusion.....	48
Tableaux.....	52
Figures.....	65
Références.....	67
Annexe A : Ressources utilisées.....	xv
Annexe B : Échéancier du Delphi.....	xvi
Annexe C : Organisations consultées.....	xviii
Annexe D : Lettre aux organisations.....	ix
Annexe E : Lettre d'invitation aux participants.....	xxi
Annexe F : Questionnaire de renseignements généraux.....	xxiii
Annexe G : Premier envoi.....	xxv
Annexe H : Premier questionnaire.....	xxvi
Annexe I : Réponses au premier questionnaire.....	xxviii
Annexe J : Questionnaire no 2.....	xxxii
Annexe K : Réponses au deuxième questionnaire.....	xxxiv
Annexe L : Questionnaire no 3.....	xxxvii
Remerciements.....	xliii
Curriculum vitae.....	xliv

LISTE DES TABLEAUX

I-	Les obstacles selon la revue de littérature.....	52
II-	Solutions retrouvées dans la revue de littérature.....	54
III-	Critères de sélection pour les participants.....	55
IV-	Portrait des participants.....	55
V-	Lieu de pratique des participants.....	55
VI-	Sexe des participants.....	56
VII-	Âge des participants.....	56
VIII-	Les obstacles les plus importants à la continuité des soins.....	57
IX-	Les obstacles ajoutés à la deuxième étape.....	59
X-	Les solutions suggérées.....	60

LISTE DES FIGURES

I-	Score par obstacle.....	30
II-	Scores cumulés selon les catégories d'obstacles.....	30

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

Continuité	=	Continuité des soins en médecine familiale
CMFC	=	Collège des Médecins de Famille du Canada
CMQ	=	Collège des Médecins du Québec
FMOQ	=	Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec
AMC	=	Association Médicale du Canada
OMS	=	Organisation Mondiale de la Santé

DÉDICACE

A mon frère, Claude De Serres M.D. qui m'a donné le goût de la médecine et qui reste toujours vivant dans mon coeur.

A ma conjointe, Claire Bérard, M.D., qui fait de la continuité des soins une réalité.

A mes enfants Laurent, Thiéry et Lancianne De Serres Bérard, qui représentent la continuité.

A Suzanne Chagnon, qui m'a donné le rêve.

AVANT-PROPOS

Depuis 15 ans, j'ai pratiqué la médecine familiale en même temps que la santé publique. Influencé d'abord par certains professeurs spécialistes, puis par mes collègues de travail, j'ai cherché à identifier les caractéristiques d'une pratique de médecine familiale efficace. Cette recherche s'est effectuée autant au niveau des connaissances en matière de diagnostic et de thérapeutique, qu'au niveau des habiletés relationnelles et au niveau de l'organisation des services. Mes premières années de pratique en région éloignée m'ont fait découvrir rapidement la difficulté de concilier vie personnelle et disponibilité pour les patients. D'un côté, la disponibilité répondait à mon sens des responsabilités et me valorisait. Elle accentuait ce plaisir de la pratique de médecine familiale qu'est la relation privilégiée développée avec les patients. Par contre, cette disponibilité entrainait en conflit avec mes autres besoins personnels et à ce que je considérais comme une vie équilibrée avec ma famille. Pour moi, l'équilibre du médecin fait également partie des déterminants de son efficacité professionnelle. Or, j'étais curieux de savoir quelles étaient les limites acceptables de cette disponibilité et jusqu'à quel point ma disponibilité affectait mon rendement auprès de la population que je desservais. C'est ainsi que j'en suis venu à étudier le concept de continuité des soins.

Parallèlement, je me mêlais d'administration hospitalière et j'oeuvrais en santé publique où j'essayais d'établir des priorités d'action, en fonction de l'importance des problématiques et de l'impact des interventions disponibles. Ce travail de santé publique m'a amené à découvrir les déterminants de la santé, l'empowerment et l'importance du réseau social dans la santé des individus. Il m'est rapidement apparu que la continuité des soins et l'identification des facteurs d'efficacité en médecine familiale se trouvaient à la croisée des chemins de la santé publique et de la médecine familiale.

Pour moi, l'espace « santé publique » est un lieu de réflexion sur l'ensemble des problèmes de santé de la population et des interventions marqué au sceau de la priorisation pour le plus grand bien collectif. Insatisfait de la traditionnelle division en Promotion, Prévention, Protection que je considère archaïque et peu pratique, j'ai toujours aimé diviser la pratique de la santé publique en 2 domaines. D'un côté, il y a la promotion de la santé, une tâche difficile car elle touche l'ensemble des fonctions de la société et empiète sur les champs de compétence d'à peu près tout le monde. De l'autre côté, il y a la santé publique qui vise à diagnostiquer et traiter les problèmes de santé de la population qu'elle dessert comme le fait le médecin pour un individu ou une famille. Pour ce faire, il est essentiel de dresser le portrait de santé de la population afin d'identifier les problèmes de santé prioritaires. C'est le diagnostic! De plus, il faut évaluer les interventions peu importe qu'il s'agisse de prévention ou de traitement ou mode d'organisation des services, pour identifier celles qui ont le plus d'impact potentiel. C'est la prescription du traitement. Cette décision fait pratiquement partie du processus de gestion du système. Contrairement à la pratique clinique où l'objectif est de faire le maximum pour son patient, en santé publique il faut plutôt dépenser des ressources publiques limitées de manière à obtenir le maximum de santé possible. Ainsi, l'analyse des coûts est un élément important dans les choix de santé publique. Toutefois, il va sans dire que les décisions sont également influencées par les valeurs de la société. Enfin, l'application du traitement consiste en la planification et l'implantation des solutions choisies. Cette partie peut sembler la plus facile à première vue mais il n'en est rien. Trop souvent on néglige les impacts d'une intervention ou d'un choix, impacts qui peuvent être directs, indirects, parfois seulement perçus, et qui sont autant d'obstacles à l'implantation. Des actions d'information ou de lobbying peuvent aider à surmonter les obstacles mais encore faut-il savoir identifier tous les obstacles importants. Pour ces raisons, l'identification des obstacles est une tâche essentielle à la planification.

Le médecin de famille, lui, se préoccupe d'abord et avant tout de l'individu qui est son patient. Dans notre système canadien, le message des décideurs depuis 40 ans fut que le coût ne doit pas être un élément de l'analyse au niveau individuel. Les

politiciens ont toujours vanté la gratuité du système. De plus, le médecin est redevable à son patient et pas au système. Il agit pour le bien-être de son patient seulement et ses priorités correspondent à l'état de santé du patient. Son intervention doit permettre d'utiliser les ressources du patient et du système afin d'atteindre le meilleur résultat pour le patient avec des effets secondaires minimaux. En ce sens, je ne crois pas que le coût soit un élément du choix du médecin bien qu'il soit un élément que le patient, lui, peut prendre en considération dans sa décision puisqu'il doit parfois assumer certains coûts. Pour le reste, c'est au système à décider qui paie quoi. Le médecin traitant, lui, doit décider d'une intervention clinique en soupesant l'impact des problèmes de l'individu et les bénéfices ou impacts des interventions. Cela demande une analyse des bénéfices par rapport aux effets adverses et aux impacts de l'absence d'intervention. Cette analyse est influencée sans cesse par les intérêts personnels des acteurs et leurs valeurs ou croyances. Cela n'est pas anormal. Ce n'est pas non plus particulier à la santé.

Ainsi, le médecin clinicien veut connaître le moyen d'offrir à son patient le mode de dispensation de soins qui lui permet d'obtenir le plus grand bénéfice pour sa santé ou le meilleur rapport bénéfices/effets adverses tandis que le monde de la santé publique vise à améliorer l'efficacité du système de soins pour obtenir le meilleur rapport bénéfices moins les effets adverses/coût. Pour ce faire, il est important de connaître les caractéristiques des pratiques efficaces et d'en faire la promotion. Et à ce titre, les soins primaires sont une cible de choix.

Selon Barbara Starfield, les soins primaires sont efficaces (1). Comme la continuité des soins est une caractéristique des soins primaires, il est par conséquent important de connaître la valeur de cette caractéristique. Or, la continuité est un élément influencé par l'organisation du travail, les valeurs traditionnelles de la société et les valeurs personnelles des patients et des travailleurs de la santé y compris les médecins. Ces valeurs ne sont en fin de compte que le reflet des valeurs de la société contemporaine. Les questions qui se posent sont difficiles à répondre d'autant plus que la bonne réponse pourrait être difficile à implanter. Comment donner plus de

disponibilité et même de levier décisionnel au patient sans enfreindre la vie privée du médecin? Si la continuité est un proxy, que faire avec un proxy qui semble valable et irremplaçable mais qui n'est pas « vendable »? Doit-on donner plus de continuité? Pourquoi n'y a-t'il pas davantage de continuité des soins? Pour le médecin clinicien, il s'agit d'un enjeu personnel autant que d'une question de qualité de pratique. Pour la santé publique, il s'agit de savoir comment améliorer le système de soins et par conséquent, la santé de l'ensemble de la population.

LES OBSTACLES À LA CONTINUITÉ DES SOINS EN MÉDECINE FAMILIALE

INTRODUCTION

Au Québec, la continuité des soins est un objectif identifié par tous les principaux acteurs du système de santé (2,3,4,5). C'est aussi un élément demandé par la population et les décideurs (6,7). Cet objectif paraît très justifiable puisque la continuité des soins est un élément essentiel des soins primaires. On retrouve ce concept dans la plupart des définitions de soins médicaux primaires comme la Charte de la Médecine familiale (1), ou dans la Déclaration d'Alma Alta qui dit que "la continuité implique que les individus utilisent à long terme leur source de soins primaires pour la plupart de leurs besoins de santé" (8). En 1978, The Institute of Medicine mentionnait que la continuité était un des attributs des soins primaires mais aucune définition n'était proposée (1,9). La continuité fait donc souvent partie de la définition même des soins primaires. De plus, elle est parfois associée à la qualité des soins primaires (10,11,12). Notons ici qu'il faut distinguer soins primaires et soins médicaux primaires. Dans le travail qui suit, nous nous intéresserons seulement à la continuité dans les soins médicaux primaires.

Au Canada, toutes les organisations impliquées dans les soins médicaux primaires font mention de l'importance de la continuité. Le Rapport du Groupe de Travail sur la Transformation du Système de Santé et la Qualité des Services Sociaux du Collège des Médecins du Québec recommande aux médecins « de consacrer davantage de temps et d'efforts à la continuité des soins » (2). L'Association Médicale Canadienne recommande « Que les médecins de famille organisent leur pratique de façon à assurer la continuité des soins... » et « Que chaque Canadien ait accès à un médecin de famille personnel capable de lui assurer des soins continus et soit encouragé à en choisir un » (4). Dans son énoncé des principes de médecine familiale, le Collège des Médecins de Famille du Canada déclare que « les médecins de famille dispensent des soins continus » (5). La continuité des soins semble aussi être une caractéristique recherchée par la

population (6,7,13,14,15,16). Ces éléments nous amènent à constater que la continuité est bel et bien un objectif au Canada.

Le mécanisme d'action de la continuité est mal connu. On croit que l'effet de la continuité passe probablement par une meilleure connaissance du patient (1,17,18). La continuité améliorerait donc le diagnostic puisque 70 à 80 % des diagnostics sont posés à partir de l'histoire (19). S'il ne s'agissait que de cela, la continuité serait assimilable à l'information et pourrait donc se mesurer avec le degré de connaissance du médecin face au patient. De plus, si tel était le cas, d'autres mécanismes d'amélioration de l'information incluant des systèmes informatisés pourraient peut-être donner les mêmes bénéfices. L'idée d'un mécanisme d'action passant par l'information est nettement prédominante jusqu'aux années 80, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'on recommence à se pencher sur la qualité de la relation médecin-patient. On note alors que la relation a aussi un effet en soi, ce qui serait un autre mécanisme d'action possible de la continuité (18,20). On se demande alors si l'effet de la continuité ne porte pas principalement sur la qualité de la relation, l'impact de cette relation, son effet de stimuli auprès du patient autant que du médecin. Pour tenir compte de ce mécanisme supposé, la mesure de la continuité devrait alors porter sur l'aspect relationnel de la relation, sur le lien de confiance ou sur la satisfaction du patient au sujet de la relation avec son médecin. Dans cette optique, les perceptions du patient et du clinicien deviennent primordiales (21). La continuité pourrait aussi agir comme un élément facilitant l'accès aux soins (22,23). Enfin, il est difficile de distinguer l'effet de la conséquence comme on l'a vu avec les études de population de Sweeney (24) et Pilotto (25): le manque de continuité cause-t-il une plus grande morbidité ou celle-ci entraîne-t-elle une continuité moindre? Il est aussi possible que la continuité ne soit qu'un facteur confondant. Toutefois, il est plus probable qu'elle soit un facteur en interaction avec un ensemble d'autres facteurs ayant un effet sur les soins de santé.

Il existe une littérature abondante sur les impacts de la continuité. Certaines études n'ont relevé aucun impact (26,27) tandis que d'autres ont conclu que la continuité pouvait être associée à un retard dans le diagnostic de certaines maladies, ce qu'on appelle aussi

complaisance, ou à un nombre accru de visites ou à des coûts accrus (1). Toutefois, la majorité des études ont conclu qu'il y avait des bénéfices associés à la continuité (1,17,18,20). Ceux-ci incluent un meilleur taux d'immunisation (28,29,30), un meilleur dépistage du cancer du sein (31), une meilleure utilisation des services de santé par les personnes pauvres (32), un plus faible taux d'hospitalisation pour certaines maladies (12,32,33,34), une meilleure compliance avec le traitement (15,35,36,37,38,39), un meilleur diagnostic de certains problèmes comme les troubles de comportement (1), un meilleur suivi (1), une meilleure satisfaction des patients (39,40,41,42,43,44,45,46,47,48) et des médecins (45,49,50,51,52,), une diminution de la durée d'entrevue (1), l'amélioration des interventions de prévention (30,31,41,53,54,55,56), l'amélioration du sens de responsabilité des médecins (17,57), l'amélioration des connaissances du patient et de la discussion du traitement (6,17,30), l'amélioration du counselling (6,18,58), de l'éducation médicale continue (59), un meilleur accès aux soins (60,61), une diminution des coûts des soins (51,62), une diminution de la mortalité par maladie cardio-vasculaire (63), un meilleur usage des tests de laboratoire (51), etc.

Malgré tout, plusieurs signes nous incitent à croire que la continuité des soins est insuffisante et difficile à atteindre (20,64,65). On a constaté aux États-Unis que la continuité était diminuée avec certains types de contrats d'assurance diminuée(66). Certains auteurs ont trouvé que la continuité était faible dans leur pratique ou pour des populations particulières (64,67,68). Plusieurs auteurs croient que la continuité des soins est moins bonne qu'autrefois mais ils n'ont pas de données pour appuyer cette croyance (9,50,69). D'autres auteurs prétendent que la continuité est insuffisante mais ils ne présentent pas de critères permettant de distinguer une continuité satisfaisante d'une continuité inadéquate (57,59,65,70,71). En révisant la littérature et si on fait exception de quelques descriptions de cas particuliers, nous n'avons trouvé nulle part d'opinion ou de donnée à l'effet que la continuité soit satisfaisante ou adéquate dans un modèle de soin ou une région quelconque. Au Québec, le récent rapport de la Commission Clair (71) déplore les déficiences de l'accès et de la continuité des soins. Le Conseil Médical du Québec souligne un manque de continuité (3). Le Collège des Médecins du Québec mentionne l'augmentation des plaintes des malades concernant « le manque de suivi » et

les « pratiques fragmentées » ainsi que l'accentuation des problèmes reliés à la continuité des soins (2).

OBJECTIFS

Puisque la continuité est un objectif qui fait consensus et que malgré tout, elle soit insatisfaisante, il doit donc y avoir des obstacles qui n'ont pas été éliminés ou qui n'ont pas été pris en considération. Quels sont donc les obstacles à la continuité? Pour répondre à cette question, nous avons d'abord revu la littérature afin de revoir l'évolution du concept de continuité des soins et pour préciser ce qu'on entend par l'expression « continuité des soins ». C'est l'état des connaissances qu'on retrouve au chapitre un. Ensuite, nous avons utilisé la technique Delphi auprès d'un échantillon de médecins de famille pour tenter d'améliorer la compréhension des obstacles à la continuité des soins au Québec et pour obtenir une idée des pistes de solution possibles. Le chapitre deux décrit la méthodologie choisie, tandis que le chapitre trois fait état des résultats et de la discussion.

CHAPITRE UN

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

Revue de littérature : Objectifs

L'objectif de cette revue de littérature est double. Il s'agit dans un premier temps de revoir l'évolution du concept de continuité des soins et de préciser ce qu'on entend par continuité des soins en médecine familiale. Dans un deuxième temps, nous voulons identifier les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale.

Méthodologie de la revue de littérature

Nous voulions recueillir tous les articles de recherche ou de type éditorial portant sur la continuité des soins médicaux. Nous avons donc fait une recension de tous les écrits en langue anglaise et française antérieurs à mai 2001 enregistrés sur PubMed (Medline) en utilisant dans un premier temps les expressions « continuity of care », « longitudinality of care », « continuité des soins ». 6075 articles ont été récupérés. Un premier tri a été effectué. Les critères de sélection étaient les suivants:

1- Le titre mentionne la continuité des soins;

ET

2- Le titre ou le résumé indique qu'il s'agit de soins médicaux et non infirmiers ou autres;

ET

3- Le titre n'indique pas qu'il s'agit de soins intrahospitaliers.

La plupart des articles sur la liste ne portaient pas vraiment sur la continuité des soins mais sur le continuum de soins, c'est-à-dire sur les problèmes liés aux changements de personnel à l'hôpital. Ces articles n'ont pas été retenus. Parmi ceux qui portaient sur la continuité, plusieurs touchaient les soins infirmiers. Quelques articles n'ont pu être récupérés. Enfin, plusieurs articles portaient sur la continuité des soins médicaux intrahospitaliers, par exemple lors du transfert du personnel, et ils n'ont pas été retenus.

Un second tri a été effectué à partir de la lecture des résumés. Nous avons alors utilisé les mêmes critères ainsi qu'un critère supplémentaire: 1 -L'article devait porter sur la continuité des soins en médecine familiale ou d'une manière se rapportant à la médecine familiale. Ainsi, plusieurs articles portant sur la continuité des soins en pédiatrie ou santé mentale ont été acceptés. Les articles ont alors été divisés en 2 groupes: les articles de recherche et les articles à caractère éditorial.

Par la suite, nous avons vérifié et complété la liste avec les suggestions de quelques experts, par le croisement avec les références des articles déjà identifiés et à partir de quelques livres ou articles à caractère éditorial fréquemment cités dans la littérature. Trois cents seize articles ont été retenus et étudiés pour en faire ressortir les éléments touchant la définition de la continuité ainsi que les obstacles à la continuité.

Nous avons aussi recherché des articles en croisant les expressions suivantes : « obstacles », « barriers », « problems » et les expressions « continuity of care ». Dix articles supplémentaires ont ainsi été identifiés parmi lesquels on a recherché les obstacles à la continuité.

Le concept de continuité des soins

Qu'est-ce que la continuité des soins ? Avant le XXe siècle, la continuité des soins était implicite. Les soins étaient moins complexes et pas encore fragmentés. Un seul docteur était responsable de presque tous les soins. La stabilité des populations et des médecins ne favorisait pas le choix et créait un contexte favorable à la présence d'un médecin unique pour une famille donnée. Le concept de continuité est né en réaction au développement des spécialités et à la fragmentation des soins (69). Par le fait même, il a suivi la naissance et le développement de la médecine familiale. L'éclatement de l'hôpital et le développement des soins ambulatoires ont également stimulé la recherche sur la continuité, en particulier en pédiatrie et en psychiatrie.

On affirmait déjà l'importance de la continuité en 1933 (72). White indique en 1967 qu'il n'existe virtuellement aucune preuve de l'utilité de la continuité (73). Certains affirment alors qu'on ne doit pas développer une activité coûteuse et difficile à gérer comme la continuité sans preuve d'efficacité (52,74). Les études des années 60 visent donc à évaluer l'efficacité de la continuité (73), son impact sur les coûts de santé (32), sur la compliance (75), sur la satisfaction des patients (76,77) ou sur la qualité des soins (78). Plusieurs études proviennent de la pédiatrie (26,29,53,79) et de la psychiatrie (27,80,81,82), ce qui est compréhensible étant donné l'importance du suivi dans ces domaines. De plus, à cette époque, la médecine familiale était embryonnaire. Toutes ces études sont surtout américaines et la problématique concerne autant le suivi à l'hôpital qu'en milieu ambulatoire.

Quelques études concluent que la continuité n'a pas d'impact. Ainsi, Gordis a trouvé qu'un programme mettant l'accent sur les relations personnelles et qui avait pour effet que les patients connaissaient mieux le nom de leur médecin et étaient mieux connus par leurs médecins n'avait aucun impact sur la mortalité, la vaccination ou l'application des recommandations de meilleurs résultats (26). Miller montre que la continuité est associée à un délai dans la référence pour le traitement du cancer (27). La même année, une autre étude démontrait que le désir de voir le même médecin n'est pas la première priorité des patients (83).

Toutefois, la majorité des études montrent que la continuité des soins est associée à un impact positif. Elle est associée à une meilleure connaissance du patient (6), à un plus faible usage des examens de laboratoire (32,51,75) et à un plus faible taux d'hospitalisation (11,32,33). Malgré tout, les critiques soulignent la faiblesse et la pauvre généralisabilité des résultats à cause de la variabilité de la définition du concept ou de l'instrument de mesure, et à cause de la non-comparabilité des groupes témoin (33,84,85). On ne sait pas trop comment distinguer les discontinuités apparentes dues à la multiplicité des intervenants en fonction des différentes facettes des problèmes du patient par rapport à la multiplicité des intervenants qui se remplacent pour des vacances ou selon les plages horaires. Avec le temps, on distinguera les notions de coordination

des soins (parfois aussi appelée continuum en soins infirmiers par référence à la coordination des transferts de personnel) qui est l'interaction entre les multiples intervenants en santé durant un même épisode, et celle de continuité des soins à travers différents épisodes de soins ou dans un même épisode de soins (1).

À partir du milieu des années 70 et en réponse probablement aux critiques sur la validité des études publiées jusqu'alors, un grand nombre de publications proposent différents instruments de mesure (32,57,80,86,87). Chaque instrument de mesure peut alors être associé à une variante particulière de la définition de continuité mais toutes ces mesures ne s'attaquent qu'à ce qu'on appelle la dimension chronologique (57,69). Le pivot demeure la séquence ininterrompue des visites d'un patient à son médecin.

En 75, Hennen propose 4 dimensions de la continuité : chronologique, géographique, interdisciplinaire, interpersonnelle (88). Hennen prétendait qu'on pouvait mesurer chacune des dimensions et apprendre à améliorer ces dimensions (88). Toutefois, il semble que la mesure de ces dimensions renseigne surtout sur la discontinuité. Ce type de mesure indirecte peut avoir des effets pervers car il arrive que la discontinuité mesurée soit le reflet de soins de bonne qualité et de références nécessaires, sans qu'il y ait interruption réelle de la continuité (9,89).

Au début des années 80, Rogers et Curtis ont tenté de relier tous les éléments dans un concept complet (69). Pour eux, la continuité est à la fois une responsabilité, une attitude et une activité. Toutefois, le concept n'aide pas à régler le problème de la mesure. Seule l'activité (les visites) est mesurée, c'est-à-dire la discontinuité (69). Ils divisent la dimension interpersonnelle en deux pour ainsi en constituer une cinquième : la dimension informationnelle (69). L'approche de la continuité par ses variables permet de la décomposer mais pas de la définir. Cette façon de faire tend de plus à créer des subdivisions de la continuité ou des types de continuité dont l'utilité est incertaine. Ainsi, lorsqu'on tente de mesurer la dimension chronologique, on en vient à assumer que la continuité correspond à cette dimension.

En 75, McWhinney définissait la continuité comme une responsabilité pour un patient ou une qualité de relation personnelle (18). En fait, Alpert et Charney parlaient déjà de continuité personnelle dans les années 60 et 70 (77,79). Ils croyaient alors que le fait de voir le même médecin sur une longue période de temps est un proxy pour une relation de bonne qualité ou pour la responsabilité du médecin pour ses patients (1). Pour Alpert et Charney, la continuité est donc un attribut d'une relation personnelle à long terme entre le clinicien et son patient (1,77,79). Il s'agit de la continuité personnelle, qui est la constance et la force de la relation entre le médecin et le patient. Certains auteurs l'appellent aussi longitudinalité personnelle ou continuité relationnelle. La constance (définie et mesurée de différentes manières selon les concepts) des contacts dans le temps est la continuité temporelle. Certains auteurs l'appellent aussi continuité chronologique ou longitudinalité temporelle.

Certains utilisent l'expression "contrat d'attitude" qui est une variante de la continuité où on met l'accent sur la responsabilité du professionnel de la santé pour le patient à travers le continuum de soins (de l'urgence à l'hospitalisation, au suivi externe) par opposition au continuum temporel (90,91).

Starfield prétend qu'on confond continuité, majorité des soins et soins séquentiels (1). Que la majorité des soins soient donnés par un certain médecin n'implique pas pour autant de la continuité si ce médecin ne voit le patient que pour un seul problème parmi une multitude de problèmes. Il peut aussi y avoir des soins séquentiels sans continuité lorsqu'un patient voit toujours le même médecin mais qu'il n'y a pas de conservation des informations. Enfin, il peut y avoir apparence de non-continuité lorsqu'un patient n'exerce pas le choix des médecins par exemple lors d'une hospitalisation pour une maladie rare. Pour diminuer la confusion, Starfield propose alors le concept de longitudinalité qui couvre toute ou une bonne partie de la vie du patient peu importe le type de maladie. La longitudinalité est une mesure du lien entre les épisodes de soins. Ce concept a l'avantage d'être spécifique à la médecine familiale ou aux soins primaires. Toutefois, la continuité temporelle, la continuité personnelle et la longitudinalité sont

souvent confondues comme un seul et même concept appelé continuité. La plupart des études ne font pas spécifiquement la distinction entre les deux (1) bien que les mesures de la continuité portent surtout sur la continuité temporelle. Il faut souligner que la contribution de Starfield se fait à un moment où on cherche à revaloriser les soins primaires et la médecine familiale. Les recherches dans ces domaines ont alors pris le pas sur les recherches en santé mentale et en pédiatrie et on commencera bientôt à voir des études faites hors des centres académiques (92).

Dans les années 80, on voit de plus en plus de textes d'origine européenne, surtout scandinave, ainsi que le développement d'une littérature spécifique à la médecine familiale. Le contexte social favorise une prise en charge plus grande par le patient. Etlinger souligne que la connaissance du médecin par le patient augmente la compliance (38). Cela permet de concevoir une continuité axée de plus en plus sur la relation (continuité personnelle) plutôt que temporelle.

En 1981, Wall conclut qu'il n'existe toujours pas de consensus à ce sujet et décrit 4 définitions théoriques et 2 définitions opérationnelles de la continuité : 1 - une responsabilité personnelle; 2 - des services coordonnés et ininterrompus ; 3 - l'attente d'une relation de longue durée ; 4- une connaissance des éléments passés nécessaires; 5 - un processus expliquant la relation entre une organisation et l'utilisation des services médicaux; 6 -le degré auquel un médecin gère les besoins de santé d'un patient (86).

Ejlertsson souligne que la connaissance sociale du patient augmente après un an de suivi et qu'elle est optimale après 5 ans. Toutefois, la connaissance n'implique pas une non-interruption de service, notion qui est, dans son optique, dépassée (92). Béland, lui, souligne qu'il est important de connaître le degré de coordination pour évaluer la continuité (93). Les mesures doivent donc permettre de faire la distinction entre une vraie discontinuité et une discontinuité artificielle qui n'est que le reflet d'une bonne coordination.

En 89, Hjortdahl écrit qu'il existe une différence majeure entre la réalité et ce que pensent les médecins de la continuité. Selon lui, le concept de continuité temporelle tel que formulé 20 ans plus tôt est peut-être irréaliste et inapplicable (89). Il est très difficile d'offrir des soins ininterrompus à long terme. Cette dimension de la continuité est plus facile à mesurer mais probablement pas la plus utile. Selon lui, la qualité de la relation contribue davantage aux bénéfices de la continuité et elle est plus facile à implanter. Freeman et Hjortdahl soulignent que la continuité temporelle ou longitudinale est souvent un proxy pour la continuité des soins (59) mais qu'elle ne correspond plus à la réalité contemporaine. Il faut plutôt vérifier s'il n'existe pas un moyen d'obtenir ces résultats autrement. Hjortdahl reprend alors le concept de continuité personnelle qui reflète la continuité et la qualité de la relation et non la constance du médecin (ou du point de vue des médecins, leur disponibilité) (17,59). L'accent sur la continuité personnelle tend à transférer l'emphase du lien entre les épisodes de soins vers le lien entre le médecin et son patient. Si jamais l'effet de la continuité passe par la qualité de la relation, est-ce qu'une relation de bonne qualité ne permettrait pas d'obtenir le même effet que la continuité? L'idée ouvre la porte à bien des aménagements de la relation médecin-patients en apparence plus faciles que la continuité temporelle mais le mécanisme reste à démontrer. La continuité est probablement associée à la qualité de la relation mais on sait aussi qu'il est fort possible que d'autres mécanismes expliquent son effet, comme par exemple son impact sur l'information disponible ou son impact sur l'accès aux services. De plus, il est probable que la qualité de la relation soit liée dans une certaine mesure à la durée ou à une certaine constance de la relation. Le défaut principal du concept de continuité personnelle demeure l'absence d'instrument de mesure. Or, le besoin de mesurer la continuité est essentiel pour évaluer l'impact de la continuité, son efficacité, ou pour en vérifier éventuellement l'application.

Haig-Smith souligne que pour les patients, la continuité passe après l'écoute et la priorisation des problèmes (94). Encore une fois, il est pertinent de se demander si la continuité est un bon proxy pour l'écoute et s'il n'existe pas de meilleur proxy. On constate les liens étroits entre la continuité et les dimensions des soins primaires énoncées par Starfield (1). Pour celle-ci, la continuité correspond à l'utilisation privilégiée du

médecin traitant comme source de soins primaires médicaux. La continuité aurait d'ailleurs un effet en soi (1).

A l'instar de McWhinney, Forrest affirme que la continuité n'est pas une relation ininterrompue mais une responsabilité ininterrompue du docteur avec son patient (95). Sauf pour l'expression responsabilité, il s'agit de la même définition utilisée par l'AMC pour qui la continuité est la nature ininterrompue du contact entre un patient et son médecin (4). Dans la continuité personnelle, il peut y avoir des visites justifiées à d'autres intervenants, d'où une discontinuité temporelle ou même longitudinale sans discontinuité relationnelle ou de responsabilité.

Dans la Charte de la médecine générale (96) les caractéristiques « continuité » et « médecine personnelle » ont été fusionnées dans la version de 1998 par rapport à celle de 1994 dans l'expression « continuité ». Le choix du mot "continuité" par rapport à "longitudinalité" s'explique par l'usage plus courant de l'expression « continuité » qui décrit une relation longitudinale dans le temps. Le patient est traité comme une personne globale dont on prend en considération les valeurs et les préférences. On note que beaucoup de docteurs offrent une continuité personnelle sans qu'elle soit continue (24,96,97). Starfield écrit:

« Continuity consists of the arrangements by which care is provided as an uninterrupted succession of events. Continuity may be achieved by a variety of mechanisms : one practitioner who cares for the patient, or a medical record that reflects the care given, or a computer record, or even a client-held record. The extent to which the facility provides such arrangements and the perception of their attainment by the individuals in the population indicate the extent of continuity of care» (1).

Certains auteurs prétendent qu'il n'y a pas de consensus dans la littérature à propos de la définition (25,41,59,98). Mais on peut dire qu'une même définition (la responsabilité continue d'un médecin pour un patient) a été utilisée universellement pour étudier les bénéfices de la continuité (25). De plus, certains auteurs parlent d'un consensus au sujet de la définition de continuité (4,10,24,75). Ce consensus semble toutefois être celui des organisations médicales. Elles déclarent que la continuité est désirable et qu'il s'agit

d'un élément de la relation médecin-patient lié à une forme de durée ou à la qualité de la relation (1,3,4,5,8,10,96).

Au Québec, Roberge a exploré la perception des médecins et patients pour un concept de fidélité qui serait à la base de la continuité. À l'aide de trois groupes de discussion (focus groups), elle a trouvé que « les usagers et les médecins partagent somme toute une vision commune de ce qu'est la fidélité » (21), notion se rapprochant de la continuité. Il s'agit d'une forme de contrat, d'entente entre les parties que sont le médecin traitant et le ou la patiente, impliquant une régularité des contacts et du suivi. Ce phénomène n'est pas exclusif ni établi à vie. Cela correspond grosso modo au concept de continuité personnelle.

La continuité est donc un phénomène complexe avec des éléments quantitatifs mais aussi qualitatifs. C'est un descriptif de la relation médecin-patient. Depuis 40 ans, le concept s'est transformé à la mesure de la société et des transformations du système de santé. Au début, on parlait surtout de continuité temporelle et de disponibilité du médecin. Cette continuité est mesurable et plusieurs instruments ont été proposés dans les années 80. Par contre, la disponibilité imposée aux médecins est difficilement compatible avec la vie moderne. Selon certains auteurs, elle est aussi plus coûteuse (33,65,77). On a donc exploré des options comme la continuité de lieu ou d'organisation. On a également distingué la continuité pour un épisode de soin ou continuum, notion pour laquelle on trouve une abondante littérature en médecine spécialisée et en nursing.

Aujourd'hui, on parle davantage de continuité personnelle, c'est-à-dire de lien de confiance et de relation thérapeutique à long terme. Il faut bien noter qu'il s'agit simplement d'un transfert d'emphase et non d'un changement fondamental. En effet, tous s'entendent pour dire que la continuité est une sorte de lien entre les épisodes de soins ou entre le patient et son ou ses professionnels de la santé (4,24). Toutefois, la nature de ce lien varie entre les auteurs et selon les instruments de mesure. Mais la plupart des auteurs reconnaissent que la continuité personnelle a probablement plus d'impact (24,96,97) que la continuité temporelle bien qu'il n'existe pas de preuve claire à

cet effet. Cela est probablement dû en bonne partie à la difficulté de mesurer la continuité personnelle.

La division de la continuité en multiples facettes (chronologique, géographique, etc) paraît moins utile aujourd'hui d'autant plus qu'elle n'a pas permis de dégager de meilleurs instruments de mesure. L'approche par dossier ou continuité d'information paraît insuffisante dans la mesure où on reconnaît que la relation a un impact en soi.

Le désaccord constaté dans la littérature à propos de la définition de continuité semble attribuable surtout au choix d'un instrument de mesure. Il semble exister une divergence entre la continuité qui est efficace, la continuité qu'on peut mesurer et la continuité qu'on peut implanter dans la réalité. On persiste à utiliser la continuité temporelle puisqu'elle «est facile à mesurer, qu'elle a une bonne validité de face et qu'elle tend à être un proxy pour la continuité personnelle» (58). Or, on confond souvent la mesure utilisée en recherche avec une finalité.

Les études sur la continuité peuvent servir à justifier une approche plus humaine de la médecine ou à préserver une tradition. Mais les premières études sur la continuité visaient surtout à vérifier la valeur d'une dimension des soins que certains trouvaient coûteuse et qui était probablement aussi une entrave à une bonne qualité de vie des professionnels qui recherchaient une plus grande liberté personnelle. Ces éléments peuvent être non exprimés ou difficiles à exprimer. Pourtant, il est important de tenir compte de l'impact d'une façon de faire sur la santé des professionnels concernés. En effet, la qualité du travail de ces professionnels est influencée par leur motivation, leur santé, et indirectement, par leurs conditions de travail. Ces éléments peuvent donc devenir des barrières à l'implantation de la continuité mais si on en tient compte, ils peuvent aussi servir à renouveler le concept. Or, nous n'avons trouvé aucun auteur qui mentionne les influences corporatives dans le travail sur la définition de la continuité. Pourtant, le choix d'un instrument de mesure ou d'une définition qui affecte directement la manière de travailler d'un groupe de professionnels risque fort de refléter des motivations non exprimées ou difficiles à exprimer.

Le développement du concept de continuité a aussi servi les intérêts des soins primaires et de la médecine familiale pour laquelle il est devenu une sorte d'hymne à la différenciation vis-à-vis des spécialités. En effet, la continuité, surtout dans le temps, semble être l'apanage du médecin de famille par rapport à toutes les autres spécialités de même que par rapport aux autres professions. Toutefois, la suggestion qu'une bonne relation médecin-patient pourrait donner les mêmes effets que la continuité supporte bien le principe de médecine familiale qui met l'accent sur la relation médecin-patient. Cependant, cette suggestion menace le caractère spécifique de la continuité qui est aussi lié étroitement aux racines de la médecine familiale. Ces éléments ne changent pas les données mais doivent être pris en compte si on veut bien comprendre le débat concernant la continuité et surtout son application en pratique.

En conclusion, certains consensus semblent émerger :

- 1- Même s'il n'existe pas de définition officielle de la continuité, l'importance de la continuité personnelle ou de la qualité/densité de la relation semble faire consensus.
- 2- Il existe un consensus sur la désirabilité de la continuité.
- 3- Il n'existe pas d'instrument valide pour mesurer tous les aspects de la continuité. Les instruments existants mesurent surtout la continuité temporelle ou longitudinale.
- 4- La continuité ne signifie plus disponibilité constante
- 5- La longitunalité ou longue durée de la relation médecin-patient peut avoir un effet en soi autant qu'un effet sur la connaissance ou sur la communication.
- 6- La continuité temporelle est un bon proxy pour la continuité personnelle.
- 7- Le premier obstacle à la continuité tient au fait qu'on agit généralement comme si il existait une définition unique de la continuité. Or, comme ce n'est pas le cas, cette façon de faire compromet l'application pratique du concept, La définition de la continuité demeure floue en l'absence d'une discussion et d'un consensus réel à ce sujet.

Les obstacles à la continuité des soins : études de recherche

Nous avons divisé les études en 3 groupes : celles portant sur les perceptions des patients, celles portant sur les perceptions des médecins et les autres études.

Les perceptions des patients :

Un sondage fait par Rask a porté spécifiquement sur les obstacles à la continuité des soins perçus par les patients (22). C'était en 1994 et il s'agissait de la première étude portant spécifiquement sur les obstacles à la continuité des soins en dehors des problèmes d'assurance-santé. On y classifie les obstacles en économiques, structureaux, culturels mais les justifications d'une telle classification ne sont pas claires. Plusieurs résultats ne sont pas applicables au Canada et reflètent davantage le problème d'accessibilité aux soins que la continuité elle-même. Les facteurs associés à une moins bonne continuité ne sont pas séparés des obstacles. D'autres études ont abordé le sujet en étudiant ce que veulent les patients (21,99) et les raisons pour lesquelles ils changent de médecin (98,100,101,102). Ce sont surtout des sondages ou des questionnaires. Nous avons trouvé quelques groupes de discussion mais aucun Delphi. Les obstacles identifiés étaient les problèmes administratifs, l'accessibilité (le manque de couverture pour les soins de santé) et la distance en particulier, l'attitude et les caractéristiques du médecin, le manque d'éducation, l'insatisfaction face au médecin, à son personnel de bureau ou à l'organisation du bureau, les coûts indirects des soins ou de garde des enfants, l'absence de congé de maladie, la langue, les croyances en matière de santé, certains facteurs du milieu de vie comme l'exposition à la violence (22,100).

Une étude faite en Ontario en 1997 (98) a évalué les facteurs influençant l'appartenance des patients à une unité d'enseignement de la médecine familiale à l'aide de focus groups. Quatre groupes de problèmes ont été identifiés : les facteurs relationnels, les facteurs reliés à l'équipe traitante, les attitudes et responsabilités professionnelles et la globalité et accessibilité des soins. Cette étude a permis d'établir un bon nombre de problèmes, sans toutefois donner une idée de leur importance relative. La classification en 4 groupes ne paraît pas satisfaisante car les groupes ne sont pas mutuellement exclusifs, aucune justification n'est fournie et on ne trouve aucune démonstration de

l'utilité pratique de cette classification. Nous n'avons trouvé aucune étude de ce genre s'appliquant à des milieux non académiques et plus spécifiquement à la continuité des soins.

A partir de groupes de discussion faits au Québec, Roberge a pu clarifier la notion de continuité pour les patients et identifier certains obstacles classés en 4 groupes: attributs des usagers, attributs des médecins, relation patient-médecin, organisation des services. On retrouve entre autres les obstacles suivants concernant les patients: la perception, l'âge, l'état de santé des patients (21). Cette étude montre également l'importance de vérifier les perceptions des patients et des médecins au sujet de la continuité et de connaître davantage les caractéristiques qui suscitent la loyauté à son médecin.

Les perceptions des médecins :

Il y a peu d'études portant sur les perceptions des médecins sur les obstacles à la continuité. Roberge a identifié quelques obstacles concernant les médecins: : la disponibilité, le type de pratique, l'intérêt des médecins (21). A l'aide d'un questionnaire, Hjortdahl a fait le portrait de la pratique des généralistes (6). Il a fait ressortir certains obstacles de manière non exhaustive et indirecte: implication et responsabilité plus grande, augmentation des coûts et du temps de travail ou de disponibilité pour les médecins, augmentation de l'attente, retard dans les références et réduction du choix des médecins pour les patients (59,89).

Autres études sur les obstacles à la continuité:

Il y a peu d'études traitant spécifiquement des obstacles à la continuité. Toutefois, on peut aussi identifier des obstacles dans des études touchant indirectement à ce sujet. Quelques études portent sur les obstacles à l'accessibilité aux soins de santé (60,103,104) lesquels ne sont pas nécessairement les mêmes que pour la continuité. D'autres articles ne portent que sur un obstacle spécifique à la continuité comme le type d'assurance ou la mobilité (23,60,67,80,105,106,107). Un autre groupe d'études porte sur des spécialités autres que la médecine familiale comme la santé mentale (108) et l'oncologie (11) mais apporte peu d'information sur les obstacles. La littérature ne nous permet pas de mesurer

l'importance relative des obstacles, information qui permettrait certainement de faire une meilleure allocation des ressources. Les données ne sont souvent pas applicables au Canada à cause de l'âge de l'article ou de la différence dans les systèmes de santé.

On peut également relever de l'information sur les obstacles à partir d'études sur certains aspects de la continuité. Des études ont révélé que la continuité semble être moins bonne chez certains patients : les patients jeunes, les patients en bonne santé, les patients avec un problème psychologique ou relationnel, les patients de milieux défavorisés. On croit que certains types de docteurs et certains types de patients ne favorisent pas la continuité des soins. Il est toutefois difficile d'identifier précisément les obstacles qui peuvent être la source de ces situations sauf en ce qui concerne la mauvaise tenue des dossiers et la disponibilité réduite du médecin (9), et les pratiques de groupe qui semblent diminuer la continuité (34). Enfin, aux États-Unis, plusieurs auteurs soulignent que le « managed care » et les HMOs ont parfois brisé la continuité en influençant le choix des médecins chez leurs clients (98). D'ailleurs on remarque que dans les études américaines, le problème de l'accès aux soins et les obstacles financiers contribuent à mêler la question de l'accès aux soins et de la continuité.

Une étude a évalué les problèmes de continuité entre les omnipraticiens et les hôpitaux (109). Il s'agissait surtout d'évaluer les problèmes de transmission d'information. Certains moyens ont été proposés pour améliorer la continuité et nous en discuterons dans la section "interprétation". Toutefois, on ne trouve aucune revue de l'ensemble des obstacles à la continuité. Il n'y a donc aucun moyen de vérifier si ces solutions correspondent aux obstacles réels. D'autres études portent plutôt sur l'organisation des soins et l'effet d'un élément sur la continuité des soins.

Dans tous les cas, les résultats sont indirects (70,89,110) et ne permettent pas d'évaluer l'importance relative de ces obstacles qui sont énumérés au tableau I.

Les obstacles à la continuité des soins: articles à caractère éditorial

La plupart des publications sont des éditoriaux (18,50,111,112,113,114). Nous avons inclus dans ce groupe les rapports provenant de consultations. Il est difficile de savoir si la perception de ces auteurs provenant surtout de milieux académiques correspond à celle de l'ensemble des médecins.

Au Québec, Le Collège des Médecins mentionne les problèmes d'accessibilité aux informations cliniques et aux résultats de laboratoire, la transformation du système, les problèmes liés au dossier du patient (2). Le Conseil Médical du Québec mentionne que les modèles d'organisation hospitalière compliquent la continuité des soins, que le rattachement des omnipraticiens à un centre hospitalier ne favorise pas le suivi post-hospitalisation et que la liaison entre les services des divers établissements n'est pas toujours présente, ou qu'il y a peu de liens entre les services de soins à domicile dispensés par les CLSC et les médecins traitants des cabinets privés qui suivent les mêmes bénéficiaires (3).

Ce rapport du Conseil Médical du Québec mentionne quelques obstacles : la présence d'un grand nombre de médecins à l'hôpital, le manque de communication entre les médecins de première ligne et les spécialistes, la faiblesse des liens entre les services de soins à domicile dispensés par les CLSC et les médecins en cabinet privé qui suivent les mêmes bénéficiaires. On aborde une solution possible, soit le rattachement des omnipraticiens aux hôpitaux (qui est la réponse à l'obstacle « le non-rattachement des omnipraticiens à l'hôpital) (3).

Récemment, Newbery identifiait d'autres obstacles : l'environnement social de notre époque, le désir des médecins de travailler à temps partiel, de déménager, de ne pas s'engager à long terme (65). Il parle de solutions par l'accessibilité des dossiers (continuité des dossiers) ou le partage des valeurs et « covenants » et de la continuité par équipe. Selon lui, il s'agit peut-être de la seule solution mais pourtant il n'y a aucune référence à une quelconque identification objective des obstacles (65).

La continuité n'est pas un objectif prioritaire pour certains médecins et certains patients. Plusieurs auteurs évoquent le fait que les jeunes adultes ou les personnes ne souffrant pas de maladie chronique accordent moins d'importance à la continuité qu'au besoin d'être vu rapidement. Ceci concorde avec la pratique des cliniques sans-rendez-vous et on retrouve cette conclusion dans certaines études sur l'importance de la continuité pour les patients. A l'inverse, l'accessibilité est un obstacle à la continuité.

Certains patients recherchent davantage d'écoute et d'attention (6) et on peut identifier chez certains auteurs le désir de mettre de côté la continuité pour la qualité relationnelle. Ces auteurs n'utilisent pas la notion de continuité personnelle. Freeman et Hjortdahl indiquaient en 97 que l'expression était encore associée avec une disponibilité constante, une notion dépassée et irréaliste dans le contexte contemporain, pouvant engendrer une résistance de la part des médecins (59). On ne voit nulle part de tentative de réponse concrète à cette préoccupation.

Quand Freeman et Hjortdahl disent que la continuité est une notion dépassée, on peut faire l'hypothèse que l'expression « continuité » engendre trop de résistance et que certains voudraient réaménager le concept ou même le renommer pour évacuer la notion de disponibilité constante étroite associée au mot continuité (59). Le problème est que le remplacement de la continuité personnelle par la qualité de la relation médecin-patient évacue en même temps la notion temporelle et le lien unique qui sont associés à une responsabilité ou à un contrat à long terme. Mais est-ce vraiment un problème ? D'une part, une relation de courte durée et ponctuelle peut très bien être adéquate. D'autre part, il y a de plus en plus de gens qui croient qu'il existe d'autres moyens que la continuité pour faciliter l'écoute et améliorer la qualité relationnelle. Pourtant, cette approche semble partir du préjugé qu'il n'y a pas de relation à long terme possible sans disponibilité constante parfaite ou que la continuité est une manière détournée de forcer les médecins à être plus disponibles ou encore, quelque chose qui les mettra à la merci des volontés du patient. Ces éléments sont apparus constamment lors de travail en comité sur la continuité dans notre expérience personnelle et sans renier l'importance de travailler avec des caractéristiques applicables dans la pratique, il est essentiel de

distinguer les revendications à caractère syndical des considérations sur l'impact à la santé d'une certaine approche.

Le tableau I résume les obstacles identifiés par notre revue de la littérature sur la continuité (1,2,3,6,8,9,10,13,18,21,22,23,25,27,47,48,50,59,60,69,70,80,86,88,89,90,95, 101,102,103,104,107,108,109,110,113,114,115,116). La plupart de ces obstacles reflètent les opinions des auteurs et ne sont pas tirés d'étude. La classification est subjective. Roberge avait choisi une classification en 4 groupes : patients, médecins, relation médecin-patient, système (21). En fonction d'une logique axée sur l'implantation de solutions, nous avons choisi de regrouper les facteurs dépendant du patient, ceux dépendant du médecin et les autres obstacles. Nous avons abandonné la classe relation médecin-patient puisqu'il ne s'agit pas d'une classe d'acteurs sur lesquels il est possible d'agir et que ses éléments peuvent être rattachés à la classe "patients" ou à la classe "médecins". Il faut noter que les obstacles dépendant du patient ne sont pas identiques aux obstacles perçus par les patients et de même pour les médecins. Certains facteurs se retrouvent dans les 2 catégories et ceux qui ne correspondent ni à l'une ni à l'autre sont regroupés dans la section « autre ». Il est fort possible que certains obstacles ne relèvent pas entièrement des patients ou des médecins. De même, il est possible que certains obstacles attribués aux médecins relèvent du cadre administratif de leur pratique et donc d'un choix des administrateurs ou de la société.

Enfin, les quelques mentions de solutions sont faites sans analyse préalable des obstacles à surmonter. Les principales solutions mentionnées sont : un ajustement des normes (17), l'enregistrement des patients (50) ou une définition de la population à desservir pour les médecins (70,114), une rémunération appropriée (50,117), de meilleures communications (117) y compris de meilleurs résumés de dossier (109) et un meilleur accès aux dossiers (65), de l'éducation sur le rôle des médecins de famille (109), un ajustement des rôles des secrétaires, des infirmières, et des médecins (118), le travail en équipe (65) et le partage des valeurs (65). On les retrouve au Tableau II.

CHAPITRE DEUX

OBJECTIF DE LA RECHERCHE ET MÉTHODOLOGIE

Nous faisons l'hypothèse qu'il existe un ensemble d'obstacles à la continuité expliquant que celle-ci ne soit pas optimale malgré un consensus sur les bénéfices et malgré que la continuité elle-même soit un objectif de presque toutes les organisations concernées et du système de santé. Notre revue de littérature nous indique qu'il existe peu de données sur les obstacles à la continuité des soins selon les perceptions des médecins de famille au Québec.

Nous avons donc proposé une étude exploratoire dont l'objectif était de mieux comprendre et identifier les principaux obstacles à la continuité des soins dans le système québécois selon les médecins et obtenir une idée de leur importance relative. Comme objectif secondaire, nous avons voulu dresser une liste des solutions possibles pour résoudre ces obstacles.

Choix de la méthode

Il est difficile voire impossible d'évaluer de manière quantitative des obstacles avant de les avoir identifiés et nommés. Il faut au préalable identifier les pistes à vérifier. À cet effet, une méthode qualitative exploratoire plutôt que normative s'impose. Nous avons besoin d'un procédé ouvert car nous voulions dans un premier temps obtenir toutes les réponses et tous les points de vue possibles sans priorisation.

Dans un deuxième temps, il fallait pouvoir obtenir des renseignements reflétant un large éventail de perceptions des médecins. Nous avons opté pour une méthode dite de consensus afin de pouvoir ordonner ces renseignements. Les études de consensus sont typiquement faites de manière à combiner l'expérience et la connaissance d'experts à la petite quantité de preuves disponibles (119). Le consensus est défini comme l'accord général d'une majorité substantielle (120).

Avantages du Delphi

Parmi les techniques exploratoires et de consensus, la méthode Delphi nous est apparue comme la plus attrayante. Une brève revue de littérature sur la technique Delphi a été faite à partir de Medline. La technique Delphi est apparue dans les années 40 et a été utilisée dans quelques milliers de recherches depuis la première publication par Gordon and Helmer en 1964 (119). Elle servait alors de mécanisme pour faire des prédictions. C'est un processus de groupe qui permet d'obtenir un consensus parmi un groupe expert ou non (120) ou de connaître l'opinion d'un groupe de personnes sur les problèmes au sein d'une communauté (121). Ses caractéristiques sont l'anonymat des participants, la rétroaction contrôlée, et l'itération (119). Une étude exploratoire avec la technique Delphi permet d'apporter un peu de lumière sur un phénomène complexe (122). Elle est intéressante pour la génération d'idées et de solutions (121) entre autres parce qu'elle permet les questions ouvertes. Elle permet d'obtenir l'opinion de tous les participants et d'évaluer les attitudes. Les zones d'accord ou de désaccord sont assez faciles à identifier. C'est donc un bon outil pour identifier les craintes et les réticences, ce qui est très pertinent pour le sujet qui nous occupe. C'est un outil efficace lorsque le champ d'une problématique est vaste et lorsque la réponse recherchée ne relève pas du domaine des données exactes. La technique Delphi a l'avantage d'intégrer les différentes idées d'un concept, ce qui détermine sa validité de contenu (120). L'utilisation du Delphi pour identifier les obstacles plutôt que de chercher à définir la continuité en soi, permet donc d'améliorer la validité de contenu. Enfin, la technique Delphi est assez facile à expliquer aux participants.

Morrison suggère 5 conditions préalables avant d'utiliser un groupe pour prévoir l'avenir (119). Ces conditions semblent pouvoir s'appliquer à la problématique de la continuité.

On peut les reformuler ainsi:

- 1- Qu'il n'y ait pas de réponse correcte ou incorrecte connue d'avance. En effet, l'utilisation du vote et la recherche de consensus nous permettent d'identifier le choix qui reflète la perception des participants et pas nécessairement la meilleure réponse.

- 2- Des personnes d'expertise équivalente ont des idées différentes sur le sujet. Ici encore, on part du principe qu'il n'y a pas de bonne réponse et donc pas d'expertise supérieure, bien qu'il puisse y avoir une expertise. On ajoute qu'il s'agit d'une manière de recueillir des éléments auxquels on n'a pas pensé auparavant. On recherche par conséquent une bonne diversité de points de vue et on cherche à éliminer les influences ayant un effet négatif sur l'expression. Cela permet aussi de mieux refléter l'opinion de la population à l'étude.
- 3- Le sujet est complexe et aucun individu ne peut prétendre en maîtriser parfaitement toutes les facettes. Cela tombe sous le sens commun, sinon, on travaillerait avec une personne plutôt qu'avec un groupe. L'utilisation du Delphi part de l'idée que les résultats fournis par un groupe auront plus de valeur que ceux d'un expert unique, ce qui est certainement le cas avec la continuité des soins.
- 4- La fertilisation croisée des idées semble possible et valable. D'où la nécessité d'un mécanisme permettant l'expression des idées plutôt que leur répression. Les participants ne communiquent pas directement entre eux mais réagissent à l'information émise par les autres participants (121). Cet anonymat permet de diminuer l'influence de certains membres, les manipulations, les pressions de groupe et autres biais causés par l'interaction entre les participants (121). On ne peut toutefois éliminer le risque que le médiateur ou l'animateur du processus engendrent une forme de répression par leur façon de faire ou par leur attitude! De plus, il semble que dans certains cas, le consensus reflète surtout l'évolution de la compréhension des participants sur le sujet (120). Le Delphi peut donc avoir un effet direct (style Hawthorne) sur les participants.
- 5- Il existe une méthode fiable pour définir le consensus de groupe. On accorde notre confiance au processus démocratique et au vote. Toutefois, si le vote permet de représenter l'opinion de la majorité du groupe, il ne permet pas de refléter la qualité des idées proposées.

Les résultats obtenus avec le Delphi peuvent orienter les recherches à venir. Ces résultats sont parfois déterminants et ont autant de validité et de fiabilité que ceux obtenus par d'autres méthodes qualitatives (123,124,125,126,127).

Désavantages du Delphi

Les désavantages de cette technique sont l'élimination des positions extrêmes, désavantage inhérent aux consensus, le temps requis, le risque d'attrition des participants, le manque de standardisation, la perte d'information potentielle par manque d'interaction entre les participants (122,124). Il peut y avoir un biais de chercheur à tous les niveaux : dans le choix des participants, dans la rédaction des questions, dans l'analyse et la reformulation. Peut-être plus important encore est le fait qu'il n'existe pas d'entente sur le design, l'exécution, l'analyse ou la présentation des résultats des Delphi (120). Il existe plusieurs publications mais les techniques varient énormément. L'expérience des chercheurs est donc primordiale. Morrison identifie 4 éléments importants à reconnaître (119) :

- 1- L'attrition des participants risque d'invalider les résultats si le groupe de répondants n'est plus représentatif ou si l'interaction en est affectée.
- 2- L'élaboration de questions pertinentes peut être une tâche très difficile.
- 3- La quantité d'information peut-être difficile à gérer.
- 4- On ne connaît pas suffisamment le mécanisme par lequel s'établit le consensus. S'agit-il simplement d'une autre pression de groupe comme celle qu'on veut éviter par l'anonymat? Quelle est l'efficacité de cet anonymat? Quel est l'impact de la répétition des questions? La limite du Delphi tient probablement à ce qu'il ne peut éliminer les biais associés aux personnalités et aux habiletés d'expression, en particulier le biais lié à l'écriture.

Le Delphi est difficile à gérer car on ne connaît rien du volume de réponse. Il n'existe pas de méthode permettant de s'assurer que la gestion des données et la production des questionnaires subséquents n'introduiront pas de biais indu.

Alternatives

Un sondage ouvert aurait pu nous permettre de dresser un inventaire des problèmes et de les prioriser en fonction des fréquences de mention. Par contre, le sondage peut refléter un consensus existant mais ne permet pas de créer un consensus nouveau car il n'autorise pas d'interaction. Il n'est pas aussi flexible qu'un Delphi pour identifier et prioriser des éléments inattendus.

Le remue-méninges (brainstorming), les groupes de discussion et la technique du groupe nominal auraient pu être utilisés. Ce sont des techniques permettent toutes de générer de nouvelles idées et d'aborder un champ vaste et qualitatif comme la continuité mais ils étaient plus difficiles à réaliser (ex : réunir les leaders) et nous souhaitons minimiser la pression possible des groupes d'intérêts. Dans le contexte québécois où la plupart des experts se connaissent, il nous est apparu qu'une approche plus anonyme risquait davantage de nous aider à sortir des sentiers battus et à identifier les vrais obstacles.

L'approche par informateur-clé nous aurait permis d'identifier les obstacles mais il ne permettait pas d'obtenir un consensus aussi solide quant à leur priorisation et à leur représentativité. L'absence d'interaction nous privait d'un moyen important d'évaluation et de stimulation.

Le remue-méninges écrit (brain-writing) comportait le risque d'arriver à une liste trop théorique ou peu pratique (121).

Nous avons donc choisi de faire un Delphi. Notre revue de littérature nous permettait de conclure que cela n'avait jamais été fait à propos de la continuité des soins et la technique était susceptible de nous permettre d'atteindre nos objectifs.

Étapes du Delphi

Aucune méthode ne fait consensus mais selon Morrison, il existe 4 règles (119):

- 1- Aucun participant ne connaît l'identité des autres participants car le Delphi est un processus anonyme. Cette règle est assez facile à appliquer dans le contexte d'un Delphi postal. Nous avons pensé faire un Delphi par courriel, ce qui aurait permis de gagner du temps et d'améliorer la gestion des données mais nous avons abandonné cette idée étant donné la difficulté de garantir l'anonymat.
- 2- Les données sont dénominalisées afin de maintenir l'anonymat et de se préserver des influences; cette règle est relativement facile à appliquer. Pour ce faire, nous avons utilisé une secrétaire à distance comme pivot postal et pour la transcription des informations.
- 3- Les résultats sont colligés et résumés par un intermédiaire. Le but de cette règle est de digérer l'information fournie tout en préservant l'anonymat. Il faut éliminer les redondances, fusionner les proches parents et ordonner d'une certaine façon les résultats. Cette étape a été effectuée par les chercheurs. Il s'agit d'après nous de l'étape la plus fragile du processus. Idéalement, on devrait vérifier auprès des participants si leurs idées ont bien été conservées dans le processus.
- 4- La démarche se termine lorsqu'il y a consensus ou lorsque l'information obtenue est suffisante (119,120,121). Dans notre cas, il fut décidé arbitrairement de conclure après 2 votes ce qui est dans les normes traditionnelles. Une alternative consisterait à vérifier auprès des participants leur perception du besoin de conclure.

L'objectif ayant été fixé au préalable, il faut ensuite vérifier sa validité en testant son utilité future et l'intérêt potentiel pour les résultats. Puis, il faut délimiter la population avec laquelle on veut travailler, les échéanciers et les budgets et ressources disponibles. Au Québec, il faut aussi déterminer la langue du projet. Il faut ensuite élaborer chacune des étapes du processus avec un résumé du concept abordé et des questions claires, pouvant être répondues assez rapidement. Il faut ensuite rassembler un groupe à la fois représentatif, capable de répondre, disponible. En cours de processus, il faut pouvoir

colliger les réponses et les analyser rapidement, de manière consistante et pertinente. Il faut pouvoir reconnaître les problèmes en cours de route et savoir apporter les correctifs appropriés. Enfin, il faut synthétiser et présenter les résultats de manière intelligente.

Certains auteurs prétendent que la possibilité d'effectuer le travail sans qu'une rencontre en personne soit nécessaire est le principal avantage de la technique. Elle est plus lente qu'un focus group mais par contre, le Delphi permet un plus grand temps de réflexion et il permet de rejoindre plus facilement des gens en régions éloignées (121,122,123). Le Delphi permet aussi de travailler sur du texte écrit ce qui est important lorsqu'on veut établir un consensus.

Considérations éthiques

Cette étude est non expérimentale et purement descriptive. Le seul risque pour les participants était le bris de confidentialité. Pour cette raison, le courrier classique nous est apparu comme le meilleur moyen permettant aux répondants de communiquer avec l'équipe de recherche sans laisser de trace si tel était leur choix. Nous avons donc renoncé à utiliser le courriel ou le fax. De plus, un intermédiaire a été placé entre les répondants et les chercheurs. Toutes les données ont été dénominalisées avant transmission aux chercheurs pour analyse. Tous les documents originaux seront détruits après l'acceptation du mémoire.

Nombre d'itérations

Le nombre d'itérations varie généralement de 2 à 4. Il est moins élevé lorsqu'on ne recherche pas absolument un consensus. C'est le cas ici puisqu'il n'est pas nécessaire d'obtenir un consensus limité à une ou deux dimensions. Par exemple, le nombre d'obstacles attendu peut varier. Il n'a pas à être 5 ou 10 et peut même atteindre 20 ou 30 pour faciliter le consensus. Deux itérations au moins sont nécessaires si l'on pose une question ouverte au départ. La première itération sert à recueillir les idées. La deuxième sert à diffuser l'information à tout le groupe et à vérifier la perception du groupe sur les

suggestions. On peut ajouter d'autres itérations selon le niveau de consensus recherché. Nous voulions également obtenir des idées de solutions à propos des obstacles identifiés, ce qui implique une itération supplémentaire (une seule car nous ne cherchions pas à valider ou à prioriser ces idées). Nous avons choisi de planifier 4 itérations, dont 3 pour répondre à la question de recherche et une dernière pour aborder les pistes de solutions. En cours de route, il nous est apparu qu'on pouvait fusionner les 2 dernières itérations car elles ne dépendaient pas l'une de l'autre. De plus, cela permettait de raccourcir la durée de l'étude et donc de diminuer le risque d'attrition.

Sélection des participants

La technique Delphi est un processus de groupe. Comme il s'agit d'identifier d'abord tous les obstacles possibles, il est important que le groupe puisse refléter la plus grande variété possible d'opinions. Le nombre idéal de participants à un Delphi n'est pas connu (121) mais on suggère généralement 10 à 50 personnes (119). Le nombre varie en fonction du taux d'attrition attendu et en fonction de l'homogénéité de la population d'échantillonnage.

Le groupe a été formé d'experts et de leaders en médecine familiale, selon l'opinion des principales organisations et de tous les départements québécois de médecine familiale. Le recrutement des participants est déterminant dans l'élaboration d'un consensus mais il peut être difficile bien que le sujet intéresse la population et les médecins, à cause du débordement général des médecins et du manque de temps, de la non-rémunération des participants et à cause d'une certaine lassitude à propos d'un sujet comme la continuité d'intérêt. Étant donné que le sujet faisait partie de leurs objectifs, on s'attendait à ce que la participation des organisations référentes se fasse sans trop de problèmes. L'attrition des participants pouvait toutefois mettre en péril tout le processus. Or, le nombre modérément élevé d'itérations et la longueur du processus augmentent ce risque. Un nombre plus élevé de participants au départ et l'importance moindre de la dernière itération permettent de minimiser ce risque. L'utilisation d'un questionnaire pilote visait justement à s'assurer d'un processus simple et convenable pour les médecins participants.

Une lettre (Annexe D) a été envoyée à chacune des organisations indiquées à l'annexe II pour leur faire part de l'étude et leur demander d'indiquer le nom et les coordonnées d'une ou plusieurs personnes ayant les caractéristiques désirées (voir tableau ci-dessus). En outre, à partir du Medline nous avons recherché les auteurs canadiens d'articles ou de recherches sur la continuité des soins pour ajouter leurs noms à cette liste d'experts ou leaders. Nous avons ainsi identifié 28 personnes.

La lettre d'invitation (Annexe E) a été envoyée à ces 28 personnes pour leur expliquer le but de l'étude, la technique Delphi, l'utilisation des résultats et l'échéancier de l'étude. Vingt personnes ont accepté de participer et chacune d'elles a été incluse dans l'étude. Toutes ces personnes rencontraient les critères mentionnés au tableau III. Ce nombre correspondait très exactement au nombre minimal de participants recherchés, lequel était suggéré dans la littérature pour compenser l'attrition habituelle en cours de route et pour assurer une diversité minimale dans les idées et les suggestions. Il faut noter que parmi chacune des listes de recommandations des organisations contactées, il y eut au moins une personne ayant accepté de participer. Cela ajoute à la représentativité de ce groupe.

Développement du questionnaire

Le premier questionnaire et la lettre d'introduction ont été testés auprès de 3 médecins de famille en vue de vérifier que le temps de réponse était bien raisonnable (moins de 15 minutes) et que les énoncés et les indications étaient clairs. Quelques modifications ont été apportées pour clarifier les indications.

Les questions au sujet du questionnaire pilote étaient les suivantes:

- 1- Combien de temps avez -vous pris pour répondre à ce questionnaire? (Réponse attendue : maximum 15 minutes)
- 2- Les instructions étaient-elles claires? (Réponse attendue : Oui)
- 3- Les questions étaient-elles claires? (Réponse attendue : Oui)

Puisque le français est la langue parlée par le plus de personnes au Québec, elle a été choisie comme langue de travail pour cette recherche. La restriction de l'étude à la province du Québec ne devrait pas compromettre la généralisabilité des données à d'autres populations. Au contraire, cela nous permet de pouvoir obtenir une opinion homogène et reflétant assez bien l'ensemble de cette population restreinte. Cela nous permet aussi d'éviter d'avoir à gérer des différences d'opinions qui pourraient être reliées à des différences de système ou de structure. Enfin, cette population est relativement facile d'accès.

Le premier envoi comprenait le questionnaire d'identification et le premier questionnaire. Le questionnaire d'identification visait à dresser le portrait des participants (Annexe F). L'introduction du premier questionnaire comprenait un résumé de la littérature sur le concept et la définition de continuité des soins ainsi qu'un résumé des obstacles mentionnés à ce jour dans la littérature. La multiplicité des définitions de continuité des soins qu'on retrouve dans la littérature et notre expérience sur le terrain nous faisait croire qu'il était impératif de clarifier le sujet de l'étude dès le début.

Les répondants avaient un délai de 10 jours ouvrables pour répondre par courrier, et 5 jours ouvrables pour le transport. Un rappel était fait par téléphone après 10 jours ouvrables. La secrétaire de recherche recevait les réponses et les transcrivait de manière dénominalisée. Seule la transcription était transmise aux chercheurs. En tout, 3 questionnaires ont été envoyés aux participants et non 4 tel que prévu initialement car les 2 derniers questionnaires ont été intégrés, en partie pour sauver du temps, éviter l'attrition à cause du retard pris dans le processus, et parce que nous avons évalué après coup qu'il n'était pas nécessaire de séparer ces 2 dernières étapes.

L'analyse des réponses au premier questionnaire consistait à faire l'énumération des obstacles suggérés, à regrouper les énoncés ayant des significations similaires et à rédiger au besoin une phrase-énoncé plus claire pour chacun d'eux. On a ensuite vérifié l'exclusivité de chacun des groupes pour formuler une première liste d'obstacles à la

continuité. Les duplications ont été éliminées et certains énoncés ont été décomposés en 2 ou plusieurs énoncés.

Le deuxième questionnaire comprenait cette liste remaniée. On demandait aux participants leur degré d'accord avec les énoncés générés par la première analyse, ainsi que leurs commentaires. On demandait alors aux participants de classer les obstacles par ordre d'importance et d'en ajouter des nouveaux si nécessaires. Ensuite, ils devaient voter pour les 20 obstacles jugés les plus importants.

L'analyse des réponses au deuxième questionnaire consistait à compiler les votes et à enregistrer les commentaires.

L'analyse de ce dernier questionnaire a consisté en une énumération des solutions retenues avec reformulation en une seule phrase, et exclusion des doublons en vérifiant l'exclusivité de chacun. La quatrième étape a été faite en même temps que la troisième. Il s'agissait de demander aux participants d'identifier des pistes de solutions pour les obstacles identifiés dans les réponses au deuxième questionnaire.

CHAPITRE TROIS

RÉSULTATS

Vingt personnes ont accepté de participer à l'étude (Tableau IV). Ces personnes provenaient davantage des régions urbaines et étaient majoritairement certifiées en médecine familiale. En moyenne, 12 participants ont répondu à chaque étape (12 au 1er questionnaire, 12 (+1 arrivé après les délais alloués) au 2e questionnaire et 11 au 3^e questionnaire).

Les participants se distribuent de manière semblable à la population des médecins de famille ou omnipraticiens québécois en ce qui concerne le lieu de pratique (Tableau V) et le sexe (Tableau VI) mais il y a une forte disproportion de médecins plus âgés (Tableau VII). Cela est tout à fait compatible avec le fait que nous recherchions des leaders ou des experts.

Cent quarante-deux obstacles ont été proposés à la première étape. Les énoncés similaires ou de même nature ont été intégrés en un seul énoncé. Certains énoncés ont été reformulés sans en altérer le sens. Par exemple, « il n'y a pas assez de médecins » est devenu « La pénurie de médecins (Tableau VIII, énoncé 12) et intègre « nombre insuffisant de médecins par point de service par rapport à la demande » et « pénurie d'effectifs pour partager la tâche ».

De même, « plus on offre la continuité, plus les frais d'exercice sont élevés » ainsi que « le médecin doit payer lui-même certains frais et ce n'est plus rentable » ont été intégrés à l'énoncé suivant : « Un remboursement insuffisant des frais de la pratique en cabinet privé respectant la continuité des soins » (Tableau VIII, énoncé 13).

Dans certains cas, l'intégration ne semblait pas possible sans préjuger de l'intention de l'auteur et deux énoncés de même nature mais différents ont été préservés. C'est le cas entre l'énoncé 13 mentionné ci-haut et l'énoncé 2 : « un niveau relatif de rémunération

inadéquat pour les pratiques avec continuité ». L'analyse a donc permis de diminuer à 81 le nombre d'obstacles (Annexe I).

Lors de la deuxième étape, les participants devaient sélectionner 20 obstacles parmi la liste de 81 résultant de la première étape. Ainsi, les participants avaient la chance de revoir la liste incluant toutes les modifications. Seize énoncés ont reçu 5 votes ou plus tandis que 26 ont reçu 4 votes ou plus. Nous avons donc décidé de retenir ces 26 obstacles. De plus, nous avons donné aux participants une dernière opportunité d'ajouter des obstacles à la liste. Neuf obstacles ont été ajoutés. Ils sont présentés au Tableau IX. Comme les 9 obstacles ajoutés à cette étape n'avaient pu faire l'objet d'une sélection par l'ensemble des participants, ils ont été ajoutés aux 26 obstacles sélectionnés. Nous avons ainsi généré une nouvelle liste de 35 obstacles (Tableau VIII).

Cette nouvelle liste a été envoyée aux participants à la troisième étape. On a alors demandé aux participants de classer les 35 énoncés retenus par ordre d'importance. Les résultats de ce vote ont été amalgamés en donnant un score de 1 (rang no 35) à 35 (rang no 1). Les 9 obstacles qui n'avaient pas fait l'objet d'un vote à la deuxième étape se retrouvent généralement dans le quatrième groupe d'obstacles (6/9) et n'ont pas trouvé d'écho chez les autres experts. On peut interpréter ceci comme le signe d'une stabilité des résultats à cette étape, ce qui justifie l'arrêt du processus à cette étape. Trois de ces 9 obstacles visent la rémunération, et 2 touchent l'insuffisance de ressources. Les résultats du vote final sur les 35 obstacles sont présentés au tableau VIII.

Vingt neuf obstacles ont reçu des votes de plus d'un participant. Parmi les 6 autres, 2 n'ont reçu aucun vote. Nous ne savons pas si les 4 obstacles ayant reçu un seul vote l'ont reçu de leur proposeur.

Six obstacles concernent la rémunération ou le remboursements des frais de pratique (Tableau VIII : obstacles #1,2,13,21,30,32). Ils ont reçu une pondération plus importante et ont été mentionnés par plus de participants que tout autre obstacle. Nos résultats ne permettent pas de savoir si les critiques s'appliquent seulement à la rémunération à l'acte

ou également à la rémunération à tarif horaire que ce soit par leur formulation ou par la situation des participants.

Neuf obstacles concernent les communications (Tableau VIII : obstacles #6,12,15,18,27,28,29,34,35). Il s'agit de communications entre professionnels et avec les patients, incluant la relation médecin-patient.

Sept autres obstacles concernent la gestion des ressources ou l'insuffisance de ressources (Tableau VIII : obstacles #3,4,8,16,19,23,24). Il s'agit du volume de temps, de l'organisation du temps de travail, ainsi que les ressources humaines et financières allouées au système de santé.

Dans la Figure I , nous présentons les scores obtenus à l'étape 3 pour chaque obstacle. On peut y voir assez nettement un groupe d'obstacles à score élevé (obstacles 1 à 8), un groupe à score minime (obstacles 28 à 35), et 2 groupes à score intermédiaires (9 à 20 et 21 à 27).

Lors de la revue de littérature, on avait classé les obstacles en 3 catégories : population, médecins, système. Il s'agissait d'une modification de la classification utilisée par Roberge (21). La classe « médecine » a été ajoutée pour décrire un attribut de la discipline qui pourrait être relié à la meilleure façon de faire indépendamment des acteurs ou du système. Cette classification est imparfaite et non-mutuellement exclusive mais elle se prête assez bien à une intervention subséquente au niveau des acteurs visés. La classification utilisée par Rask (obstacles économiques, structureaux, culturels) ne nous a pas semblé utile car elle ne comportait pas d'identification d'acteurs (22). Il faut dire que les obstacles identifiés par Rask visaient davantage l'accès aux services médicaux que la continuité elle-même. De notre côté, nous souhaitons faciliter le développement de solutions aux obstacles à la continuité.

L'assignation à l'une ou l'autre de ces catégories a été faite de manière subjective par l'auteur à partir de l'énoncé de l'obstacle. Tous les énoncés d'ordre administratif

concernant l'organisation du système de santé, l'attribution des ressources humaines ou financières y compris la rémunération des intervenants et les équipements, ou concernant les fonctions des intervenants ont été étiquetés « système ». Tous les énoncés concernant les communications entre médecins, ou entre médecins et autres intervenants de la santé, ou entre patients et médecins, ont été étiquetés « médecins ». Tous les énoncés sur les attributs de la population ou le comportement de la population ont été étiquetés « population ». Tous les énoncés concernant les meilleures pratiques médicales ou l'approche médicale dans son ensemble ont été étiquetés « médecine ».

Dans la Figure II, on présente les scores cumulés pour chacune des catégories. On peut y constater l'importance nette de la catégorie des obstacles de système par rapport aux autres catégories.

Certains autres obstacles particuliers à notre Delphi sont très concrets et reflètent l'évolution de la pratique médicale: "remplacement mutuel dans un groupe", "maladie ou absence pour congé de maternité". Ces obstacles font référence aux difficultés logistiques de la continuité et à l'organisation de la pratique.

Les solutions proposées par nos répondants n'ont pas fait l'objet d'itérations pour l'obtention d'un consensus mais elles peuvent servir de point de départ pour des études ultérieures ou des travaux d'amélioration de la continuité des soins. Toutefois, on constate qu'elles confirment les préoccupations sur la rémunération et les ressources. On note aussi beaucoup d'idées sur la transmission des informations et quelques propositions concernant la mission des établissements ainsi que sur l'éducation et la formation mais peu de chose sur la relation médecin-patient.

CHAPITRE QUATRE

Interprétation

Nos résultats et notre compréhension de la littérature nous amènent à proposer que les obstacles à la continuité des soins médicaux, au moins du point de vue des médecins, s'articulent autour de 2 grandes catégories: 1- au niveau stratégique et décisionnel, la continuité n'est pas une vraie priorité; 2- coté pratique: l'organisation du système de soins est inadéquate. En effet, on remarque, dans la liste des obstacles identifiés dans notre Delphi, une domination des éléments de système comme la rémunération. Penchansky avait déjà souligné combien l'organisation des soins influence la continuité (103). De plus, les problèmes de rémunération et d'allocation des ressources renvoient à une problématique plus fondamentale, celle de la volonté des administrateurs ou la mission de notre système de santé. En effet, ces deux éléments reflètent traditionnellement les vraies priorités d'une organisation. Malgré les énoncés et les objectifs des organisations et des administrations, la priorité des soins est-elle une vraie priorité pour nos gestionnaires? Les gestionnaires d'expérience savent que les priorités avouées mais non associées à des ressources suffisantes et à une rémunération incitative ne sont pas les « vraies » priorités de l'organisation. Cela correspondrait à un des obstacles souvent mentionnés : la continuité n'est pas une priorité (obstacles 5, 11, 17 et peut-être 25). On aurait pu penser qu'il s'agit d'un objectif obsolète mais il continue pourtant d'être réaffirmé à chaque occasion ou révision (2,3,5,9). Il se peut aussi que la contestation de l'objectif se soit transposée au niveau de l'implantation. Il peut y avoir une résistance passive à un objectif qui ne fait pas consensus. Ce genre de résistance peut susciter une divergence entre le discours officiel et la réalité, entre l'objectif officiel et les politiques d'allocation des ressources. Il nous semble évident que plusieurs obstacles mentionnés dans notre étude reflètent la perception d'une priorisation insuffisante de la continuité, que ce soit par l'allocation insuffisante de ressources, par la rémunération inadéquate, par les références aux priorités divergentes des patients et du système (obstacles #5,11,17,25). Cela peut indiquer un manque d'engagement ou d'implication des décideurs à l'objectif de continuité qu'ils ont entériné. Or il nous apparaît que personne n'a évalué les coûts de la continuité pour les acteurs concernés et qu'il est

implicite que ceux-ci seront supportés par ces même acteurs. Cette façon d'ignorer les impacts d'une pratique amène l'apparition d'obstacles comme le manque de motivation ou de collaboration. Au contraire, une analyse complète de l'environnement et de ses réactions devraient permettre d'ajuster l'objectif et de mieux identifier les ressources nécessaires.

Malgré que certaines études aient démontré que la continuité améliorait la compliance, l'efficacité, la prévention, et diminuait la duplication des analyses, nous ne trouvons pas d'écho dans notre étude et dans la littérature récente à l'effet que la continuité pourrait être rentable.

Les obstacles peuvent aussi refléter tout simplement une mauvaise organisation ou une organisation incompatible avec l'objectif en question. La plupart des efforts à ce jour ont visé à mesurer la continuité, à prouver sa valeur, et à affirmer l'objectif qu'elle devrait être améliorée. Or, il ne suffit pas de prouver la valeur d'une intervention pour que celle-ci devienne pratique courante. Il faut souvent adopter un objectif, développer une stratégie, utiliser des moyens considérables, créer des incitatifs ou éliminer les barrières. Le fait de ne pas tenir compte des problèmes opérationnels dans l'établissement d'un consensus peut aussi altérer de manière importante les résultats attendus (128). La méconnaissance ou l'ignorance des obstacles augmentent les risques d'échec (129). Pour ce qui est de la continuité, il y a eu beaucoup de travail fait pour en démontrer l'efficacité mais peu d'études ont cherché à comprendre les obstacles.

Si on peut se demander jusqu'à quel point la continuité est une priorité des gestionnaires, on note toutefois que cet objectif ne fut pas contesté par les participants, ce qui est conforme avec le consensus retrouvé dans la littérature (2,3,4,5,6). Cela peut toutefois découler aussi de ce qu'on avait affirmé dans le premier questionnaire que la continuité était un objectif. De même, les effets négatifs de la continuité ne semblent pas préoccuper les participants à notre Delphi, ce qui est consistant avec la littérature généralement positive. Personne n'a remis en question la définition de la continuité, pourtant décrite de manière très vague dans ce premier questionnaire (d'une forme

quelconque de fidélité à un médecin ou une clinique, à la qualité d'une relation thérapeutique continue entre un patient et un médecin). Enfin, les participants avaient la liberté d'ajouter mentionner n'importe quel obstacle et ils n'ont pas contesté la continuité en tant qu'objectif. Il faudrait vérifier quelle est l'importance de la continuité pour les médecins.

Le nombre final d'obstacles identifiés dans notre étude est évidemment beaucoup plus petit que le nombre total d'obstacles recensés dans l'ensemble de la littérature qui était de 53. Il faut noter que nous n'avons étudié que la perception d'un groupe d'acteurs, soit les médecins, tandis qu'on retrouvait aussi dans la littérature les perceptions des patients. De plus, la méthodologie utilisée visait à ne retenir que les obstacles les plus importants et le système de votation tendait à ramener ce nombre vers 20. Nous avons identifié un grand nombre d'obstacles dans les deux premières étapes. Enfin, certains de ces éléments se recoupent les uns les autres. Toutefois, il nous est apparu que quelques éléments qui semblent en apparence être redondants comme "l'augmentation du volume de soins" et "la pénurie de médecins" (Tableau VIII) sont des facettes différentes d'un même problème, par exemple l'un reflétant le manque de ressources et l'autre l'excès de la demande. La plupart du temps, ces variantes nous apparaissent utiles dans l'optique pragmatique qu'on a valu privilégier pour mener rapidement à des pistes de solutions.

Notre étude a permis de relever 6 obstacles concernant la rémunération : En fait, chacun de ces obstacles est une variante de la rémunération et ils pourraient se résumer en "rémunération inadéquate". L'importance de la rémunération contraste la pauvreté de cet élément dans la littérature. On n'y retrouve qu'une seule mention portant sur l'impact de la rémunération dans les HMO (30). La différence entre la littérature et notre étude peut refléter le contexte particulier au Québec. Toutefois, il nous paraît plausible que la rémunération, la non valorisation de la médecine familiale, l'accès inadéquat à certaines ressources soient aussi valables pour d'autres régions puisque ces problèmes se retrouvent un peu partout dans le monde (130). Ce que Flocke décrit peut s'appliquer à tous les systèmes de rémunération et prouve avant tout, si c'était nécessaire, que la rémunération influence le mode de pratique (66). Cette faible reconnaissance de l'impact

de la rémunération pourrait être dû à une difficulté de mesure (Flocke a profité de l'évolution du système aux USA) ou à une sorte de censure dans la littérature. En effet, les obstacles "types de pratique", "charge des médecins", "nombre insuffisant de docteurs", "attitude du médecin", "disponibilité du médecin" peuvent aussi être reliées à la rémunération. Il faut noter aussi que le système à l'acte qui prime au Québec, est lui-même basé sur une fragmentation de la pratique médicale, un des obstacles à la continuité identifiés dans notre étude. Deux autres obstacles, soit le développement de la médecine rapide et la non-valorisation de la médecine familiale peuvent aussi être vus comme des éléments découlant de la rémunération (obstacles #11, 25).

On peut ajouter qu'il n'est pas question ici de niveau global de rémunération mais de réaménagement de la distribution de l'enveloppe. Ce résultat confirme aussi l'énoncé qu'il n'est pas suffisant d'identifier les types de pratique efficaces et que la rémunération influence les décisions médicales. Cela illustre peut-être le fait que la continuité s'insère mal dans un contexte de rémunération à l'acte ou que l'objectif de continuité n'a jamais fait l'objet d'attention financière ou que la continuité relève des soins primaires qui sont déjà moins valorisés financièrement que les soins plus spécialisés. On peut penser que les médecins ne croiront pas à la continuité tant que le mode de rémunération ne la favorisera pas de manière concrète.

L'importance des obstacles concernant les communications se retrouve aussi dans la littérature. En effet, les problèmes de relation médecin-patient (bien qu'ici, on parle surtout des problèmes de communication entre les médecins et professionnels de la santé entre eux) et les problèmes de transmission des informations sont associés à une mauvaise continuité. Cette préoccupation illustre bien le lien étroit entre communication et continuité ainsi que le lien entre gestion des ressources et communications.

Roberge avait noté que la communication était importante (21) mais nous notons également que les problèmes de communication identifiés par les médecins concernent davantage les intervenants entre eux que la relation médecin-patient qui est au coeur de la continuité. Seuls les obstacles #24 (relation) et #31 (confiance) visent la qualité de la

relation médecin-patient. Cette constatation est assez paradoxale quand on y pense: le patient n'est-il pas au coeur de la continuité des soins? On se demande si les médecins participants ont distingué la continuité du suivi, un concept plus étroit à propos de la conclusion d'un épisode de soin ou de la communication ou transmission de résultats ou de la surveillance des effets. Cela peut suggérer la faiblesse du vocabulaire relationnel ou la pauvreté du processus d'identification des éléments relationnels. Cela suggère aussi que pour les médecins, il existe une différence entre la communication et la relation médecin-patient. Il faudrait vérifier comment les médecins perçoivent les liens entre continuité et relation médecin-patient ainsi que les obstacles qu'ils perçoivent à ce sujet.

Dans le cas des obstacles sur l'insuffisance de ressources, il semble que l'enveloppe globale des ressources soit remise en question. Comme dans la littérature, on mentionne l'impossibilité d'une disponibilité constante et la difficulté de définir une disponibilité satisfaisante, c'est-à-dire le problème de la continuité temporelle. On note aussi que certains médecins suggèrent dans les solutions une forme d'obligation de responsabilité (voir solutions aux obstacles #1,5,13). Il y aurait lieu de vérifier en quoi consiste cette obligation, ce qu'elle comprend, et en quoi elle serait différente de l'obligation de suivi qui existe déjà. Enfin, l'enregistrement des patients est mentionné comme solution (obstacles #5,14,16). Cela relève peut-être du souhait d'une description plus précise de la responsabilité médicale comme le suggérait McWhinney (18). Les problèmes de rémunération relevant surtout de l'insuffisance de rémunération, ainsi que les problèmes classés « population » comme « l'augmentation du volume de demandes de soins » sont également des obstacles de type « ressources ».

Nos résultats suggèrent que les médecins questionnés définissent la continuité par ses dimensions chronologique et informationnelle, en ligne avec le modèle de Rogers et Curtis (69). Les données recueillies ne concordent pas avec la tendance retrouvée dans la littérature à définir la continuité par sa dimension personnelle ou relationnelle. Il n'est pas nécessaire d'interpréter la continuité d'une manière rigide comme le faisait Starfield lorsqu'elle suggérait de changer l'expression parce que toute interruption annule la continuité comme s'il s'agissait d'une solution de continuité au sens mathématique et non

humain (1). Ainsi on peut croire que la continuité personnelle sous forme de relation longitudinale ou de responsabilité n'entraînera pas les mêmes craintes qu'une continuité de garde de style 24/7. Pour vérifier cette hypothèse, il serait intéressant d'évaluer les perceptions des médecins sur différents modèles de continuité.

Treize obstacles (obstacles #3,4,5,6,8,9,11,12,17,19,20,27,31) sont semblables à ceux de la revue de littérature. Les autres éléments n'ont pas été retrouvés dans la littérature. On peut les résumer ainsi: la rémunération, la fragmentation des soins, l'accès aux consultants et à certaines ressources, l'approche patient et la relation médecin-patient, le travail en équipe, le vieillissement de la population et la charge de travail. La rémunération ressort du groupe à cause de l'importance qu'on lui a accordé dans l'étude mais aussi à cause de l'écho retrouvé dans les solutions ainsi que des multiples variantes sur le même thème. On pourrait aussi dire que la rémunération est une partie de l'ensemble "ressource" pour lequel on a aussi identifié une carence majeure. Les activités en support de la continuité, comme la coordination entre intervenants, ne semblent pas rémunérées adéquatement. Nous en concluons que la continuité est perçue par les médecins d'abord comme un élément coûteux et que ceci l'emporte sur les dimensions reliées à la qualité des soins et peut-être, à une meilleure utilisation des ressources. Rappelons qu'on avait vérifié les bénéfices de la continuité dans les années 60 entre autres parce que certains croyaient que la continuité était un élément trop coûteux. Or, après une multitude d'études démontrant généralement les effets positifs de la continuité, on en revient à la même question!

Notons aussi la différence entre les évaluations faites chez les patients dans d'autres études et nos résultats en ce qui concerne l'importance des obstacles liés aux conditions de pratique (rémunération) ou à l'état de la population (vieillissement), éléments pour ainsi dire absents des évaluations faites chez les patients. À l'inverse, plusieurs éléments comme les coûts indirects (coûts du déplacement ou de l'attente par exemple) qu'on retrouve dans les études faites chez les patients ne sont jamais mentionnés par les médecins. Enfin, d'autres groupes concernés par la continuité des soins (les patients, les

autres professionnels de la santé y compris les spécialistes et les administrateurs) ont peut-être des perceptions différentes des obstacles.

Plusieurs obstacles comme les problèmes de communication et le niveau de ressources ne sont pas spécifiques à la continuité. Ils peuvent facilement être négligés ou pris pour acquis dans une planification spécifique. Or, notre revue de littérature nous a permis de constater que la continuité des soins est un élément difficile à dissocier des autres éléments clés de la médecine familiale, que ce soit la coordination des soins, la relation médecin-patient ou la gestion de la pratique. Certains de ces éléments sont probablement essentiels pour atteindre un minimum acceptable de continuité tandis que d'autres sont plutôt complémentaires.

Il en est de même pour les pratiques de groupes qui mettent probablement davantage à l'épreuve les communications, comme les patients avec problèmes psychiatriques ou venant de milieux défavorisés. Il est probablement normal que les médecins attribuent les obstacles davantage à des tiers (administration par exemple) qu'à eux-mêmes. Ainsi, il y a nettement un plus grand nombre de mentions d'obstacles de type administratif. Certains de ces obstacles sont spécifiques à leur travail comme le mode de rémunération. Toutefois, les médecins ont identifié peu d'obstacles attribuables aux patients. Si on accepte l'importance des perceptions pour la résistance ou l'adhésion des acteurs à un objectif particulier, une intervention sur ces obstacles spécifiques serait probablement essentielle.

En résumé, il y a un bon consensus dans notre groupe de participants à propos des réponses comme le reflète le score assez élevé des 8 premiers obstacles et la stabilité des résultats lors des 2 derniers cycles. De plus, certains énoncés sont assez similaires (1 et 2 par exemple, qui ont d'ailleurs à peu près les mêmes scores; i.e pour 3 et 4). Enfin, certains de ces obstacles correspondent à ce qu'on retrouve dans la littérature.

Parmi les solutions, les modifications de la rémunération dominent nettement et sont proposées en réponse à plusieurs obstacles qui ne sont pas des obstacles de rémunération

(exemple: le développement important de la médecine rapide, un accès inadéquat aux consultants). Toutefois, à notre connaissance, il n'est pas de système de rémunération qui ait déjà fait ses preuves en ce sens. Plusieurs de ces solutions sont spécifiques au système québécois. En dehors de l'amélioration de l'accessibilité aux soins (66,95), nous avons retrouvé peu de solutions différentes dans la revue de littérature: rémunération différente (50), enregistrement de la clientèle (50), la pratique en groupe (88), l'amélioration de la transmission de l'information (20,25,65,131), la formation (98), une meilleure logistique de bureau (25). Les seuls éléments différents retrouvés dans la littérature sont le meilleur partage des valeurs (65), et l'étude ou amélioration du sens de responsabilité (18).

Lorsque le coût est nul, il y a consensus à propos de la continuité. Mais le consensus s'effrite lorsque les coûts apparaissent, d'autant plus si les coûts sont supportés par certains acteurs de manière inégale. On peut donc croire que la continuité devrait être le résultat d'une forme de négociation entre les différents acteurs, et que cette négociation doit atteindre un résultat donnant une valeur globale plus grande pour l'interaction visée. Les divergences constatées dans la littérature sur la définition de la continuité reflètent peut-être le fait que la continuité est une entente dont les termes varient d'un couple médecin-patient à l'autre.

L'affirmation de Hjortdahl (59) à l'effet que la continuité ne correspond plus à la réalité est peut-être prématurée vu qu'on n'en a pas encore évalué les coûts. Et contrairement à ce que suggère Newbery, il n'est point nécessaire de mettre de côté la continuité (65). Nous croyons que l'identification des obstacles permet d'entrevoir des solutions. De plus, la continuité personnelle (18,92) propose un défi plus acceptable que la continuité temporelle et peut-être plus prometteur (1,45,50,58,65,). Or la plupart des obstacles font allusion de manière assez claire à la continuité temporelle. Le consensus sur la continuité comme objectif et comme concept n'est peut-être pas un consensus sur la continuité personnelle. Il faudrait évaluer la continuité personnelle en termes de temps, de rémunération, d'accès aux ressources. Il appartiendrait alors aux décideurs d'initier ce mouvement rentable pour le système. Pour ce faire, il est nécessaire de commencer par

valoriser la continuité en la démystifiant, en précisant et en expliquant ce qu'est la continuité personnelle.

Forces et faiblesses de l'étude

Nous avons choisi de faire une étude qualitative exploratoire. Le Delphi nous a permis d'identifier de nouvelles idées, d'obtenir une information riche en détails et de prioriser ces informations. La comparaison avec la revue de littérature montre que les préoccupations exprimées par nos répondants sont partagées par d'autres médecins oeuvrant dans d'autres systèmes de pratique et dans d'autres contextes. Ceci, ainsi que la compatibilité de nos résultats avec le concept de continuité et la clarté des énoncés nous permettent de croire à une bonne fiabilité et à une bonne validité externe.

Différentes limites sont associées à ce type d'étude qualitative au niveau des participants, du questionnaire, de la cueillette des informations, et de l'analyse.

Pour ce qui est des participants, le choix n'était pas aléatoire mais visait à recruter des personnes intéressées qui pouvaient fournir une bonne richesse d'information. Comme la représentativité de l'échantillon n'est pas primordiale dans ce genre d'étude, le choix d'utiliser les références des principales organisations médicales nous permet de croire que l'échantillon était qualifié. Des biais peuvent survenir dans le choix des participants qui nous sont suggérés par les organisations et dans la décision des participants eux-mêmes. Cette façon de faire comporte un risque de donner plus d'importance aux éléments corporatistes. Le fait que les médecins soient plus âgés que la moyenne dans notre échantillon peut aussi nous amener à sous-estimer les problèmes perçus par les médecins qui commencent à pratiquer. Enfin, les personnes qui ne vivent pas de problème de continuité ou pour qui cela n'est pas important sont automatiquement sous-représentées. Ces biais de sélection peuvent diminuer la validité externe et limiter les possibilités de généralisation. Notons également le fait que les participants étaient tous du Québec, ce qui peut diminuer la généralisabilité de certains obstacles et solutions. Par contre, l'homogénéité du groupe a permis de se concentrer sur la continuité plutôt que sur

les différences entre les systèmes. L'attrition de 8 participants sur les 20 du début est comparable à ce qu'on retrouve dans la littérature (120).

Des biais sont possibles dans la rédaction des questionnaires. Le premier questionnaire se devait de présenter une question très ouverte. L'énoncé sur la continuité des soins fourni en début d'étude peut avoir influencé les participants en causant un biais de chercheur. Les participants peuvent ne pas exprimer leurs perceptions réelles par souci de plaire, gêne ou crainte, mais la méthode choisie et l'anonymat des données nous permettent de croire que ce problème ne fut pas déterminant.

Pour ce qui est de la cueillette des informations, nous avons attribué la responsabilité de la cueillette d'information à une personne différente de l'analyste pour diminuer le biais d'observateur. L'anonymat des réponses visait à préserver l'objectivité.

L'analyse des données recueillies se devait de minimiser la variabilité inter-observateur. La reformulation ou le regroupement des énoncés était soumis à l'approbation des participants. On aurait pu présenter les versions reformulées avec les versions originales et les doublons approximatifs pour obtenir une confirmation du groupe sur la nouvelle formulation, ce qui aurait amélioré la validité des résultats. Cela aurait toutefois alourdi le processus et la présentation des résultats, au risque de créer de la confusion. Malgré cela, il est possible que des variations dans l'intégration des énoncés aient conduit à un plus grand nombre d'énoncés dans certaines catégories comme, par exemple, la rémunération, et à un plus petit nombre d'obstacles dans d'autres domaines. Le nombre d'énoncés peut avoir influencé le vote. Nous doutons que le système de score lors du vote ait pu biaiser les résultats. La méthode choisie visait à refléter la priorité votée par les participants.

Aucun énoncé suggéré après la première itération n'a été retenu. Il faut noter que l'apport de nouveaux énoncés semblait être difficile car ceux-ci sont alors traités différemment des premiers. Peu d'énoncés suggérés tardivement ont été retenus et cela peut être dû à la qualité de ces énoncés, au fait que les énoncés initiaux représentaient

bien l'opinion du groupe ou encore aux limites du processus. On aurait pu demander aux experts de justifier leurs choix en ajoutant une autre étape. Cela aurait pu améliorer la stabilité et la validité des choix par une meilleure discussion et une meilleure connaissance des arguments. Par contre, cela aurait augmenté la durée de l'étude et peut-être aussi l'attrition, les coûts, la complexité de l'étude et de l'analyse. L'absence de justification peut avoir privé les participants d'une information judicieuse. Nous n'avons pas non plus analysé le mouvement des opinions.

En rétrospective, on aurait dû cesser les itérations lorsqu'il n'y aurait plus eu de nouvel argument apporté par les participants. Cela aurait toutefois augmenté les coûts et le risque d'attrition et allongé la durée de l'étude.

CONCLUSION

Notre étude a permis d'identifier et de prioriser 35 obstacles à la continuité des soins tels que perçus par 18 médecins de famille québécois et de comprendre un peu mieux la perception des médecins de ce qu'est la continuité. Les obstacles ont été divisés en 4 classes en fonction des acteurs. Les obstacles de la catégorie « système » sont nettement prédominants. Parmi les obstacles de type « système », la rémunération, l'accès aux ressources, le volume élevé des demandes sont les principaux obstacles identifiés par les médecins. Parmi les obstacles de type « médecins », les problèmes de communications sont les plus importants. Les autres types d'obstacles sont apparus peu importants.

Nous avons identifié 2 thèmes principaux: le questionnement de la continuité comme priorité réelle, et les obstacles provenant d'une mauvaise organisation. L'allocation des ressources, la rémunération et la définition imprécise de la continuité nous laissent croire que les administrateurs n'ont pas appuyé l'objectif par des gestes concrets. Les décideurs ont un rôle important dans l'amélioration de la continuité et il y aurait lieu d'étudier leur influence autant à travers les gestes concrets que l'absence d'action. Nos résultats nous amènent à questionner l'adhésion réelle des décideurs à l'objectif de continuité. Il serait donc pertinent de vérifier l'importance réelle de la continuité pour les décideurs. Pour ce faire, il serait bon d'assumer que la continuité a un coût. En effet, il est plausible de croire que certains décideurs puissent supporter la continuité sans en avoir évalué les coûts réels et donc sans bien connaître les investissements nécessaires à l'atteinte de l'objectif. On devrait en conséquence vérifier l'importance de la continuité en termes d'investissements qu'on est prêt à lui consentir. Des sondages d'opinion ou des groupes de discussion pourraient être utilisés à cette fin. De telles informations permettraient peut-être de régler la question de la priorisation de la continuité. Enfin, il faudrait vérifier l'importance relative de la continuité et non de manière isolée. L'appréciation de la continuité de manière isolée jumulée à la pauvreté des données sur ses coûts et sur les obstacles peut entraîner des résultats aberrants liés à une perception erronée sur les coûts et les obstacles de la continuité. Idéalement, les futures politiques concernant la continuité devraient donc prendre en considération les rapports coût-efficacité ou coût-bénéfice de la continuité. De telles données faciliteraient la priorisation de la continuité. Toutefois,

les difficultés de mesure de la continuité ne rendent pas cette tâche facile. A ce titre comme à bien d'autres, les recherches sur des outils de mesure de la continuité demeurent essentiels, surtout afin de permettre d'en saisir toutes les dimensions et non seulement la dimension longitudinale ou chronologique. On pourrait aussi supporter la priorisation de la continuité en établissant clairement l'importance de cet élément dans la population ou chez les acteurs concernés par des sondages ou des groupes de discussion.

Il est aussi clair que, contrairement à ce qu'on retrouve dans la littérature, la rémunération et l'allocation des ressources constituent le principal obstacle selon nos répondants. La prédominance des obstacles de type administratif est en accord avec ce qu'avancait Penchansky à l'effet que l'organisation des soins influence significativement la continuité des soins (103). Les réflexions sur l'investissement nécessaire pour notre système de soins et les tentatives de changer le mode de rémunération des médecins pourraient être une opportunité d'améliorer la continuité. En particulier, il faudrait vérifier l'impact des différents modes de rémunération sur la continuité et tenter de déterminer les ajustements possibles.

Toujours en ce qui concerne l'organisation des soins de santé, il serait utile de mieux connaître les éléments administratifs qui affectent la continuité. De la formation au sujet de la continuité auprès des administrateurs peut sembler indiquée vu l'importance des éléments de système dans cette problématique. Les politiques sur la continuité ont semblé viser surtout les médecins mais on se rend compte qu'elles devraient prendre en considération le rôle des décideurs, administrateurs, ainsi que celui des autres professionnels de la santé.

On retrouve dans la littérature beaucoup d'évaluations sur les impacts de la continuité sur la santé des patients ou des relations médecin-patient mais peu de données sur les impacts de la continuité sur les intervenants et le système de soins. Il y aurait lieu de mieux évaluer cette dimension.

Peu d'obstacles mentionnés relèvent des patients. Les problèmes de communication mentionnés concernent le suivi médical et la transmission d'information plutôt que la relation médecin-patient. Peu d'éléments touchent la relation médecin-patient malgré que celle-ci soit au coeur de la continuité personnelle. Il faudrait quand même évaluer ces aspects et vérifier si cela signifie que les médecins font une différence entre la continuité et la relation médecin-patient.

Notre étude a permis d'identifier un ensemble de solutions potentielles. Il serait pertinent d'évaluer l'impact de ces solutions, leurs coûts respectifs et ultimement, l'impact de la levée des obstacles identifiés sur la continuité des soins. .

Notre étude suggère que la continuité représente un coût pour les médecins. Ces coûts peuvent être financiers, de temps, de qualité de vie ou de travail, de formation, etc. Il faudrait vérifier si on veut et si on peut assumer ces coûts avant de conclure à la résistance passive d'un groupe particulier. Autrement, ces coûts deviennent des obstacles parfois explicites, parfois cachés. Donc, à l'instar de Roberge (21), nous concluons qu'il est important de vérifier les perceptions des patients et de tous les acteurs concernés par la continuité des soins comme les administrateurs ou ceux qui décident des politiques de soins de santé.

Nous suggérons aussi de vérifier les coûts réels ou perçus de l'implantation de l'objectif de continuité, et ce, pour tous les acteurs concernés autant que pour le système de soins. Il est important d'évaluer l'ensemble des coûts ainsi que les impacts de la continuité, ce qui n'a jamais été fait à notre connaissance. Une planification efficace pourrait alors être faite en tenant compte de cette nouvelle connaissance de l'environnement. Ceci éviterait les remises en question de la continuité qui sont en fait l'expression de craintes liées à des obstacles ou problèmes dont personne ne s'occupe. Il restera toutefois à démontrer si l'élimination de ces obstacles a un effet réel sur l'amélioration de la continuité des soins en médecine familiale.

Enfin, il y aurait lieu de revoir l'objectif de continuité pour le distinguer clairement de la continuité temporelle ou du "suivi" et pour le rafraîchir avec ce que l'on sait de la continuité personnelle. Cette mise à jour de l'objectif permettrait probablement de diminuer la résistance tout en obtenant les mêmes résultats, c'est-à-dire l'atteinte d'un objectif qui fait consensus.

TABLEAUX

TABLEAU I : LES OBSTACLES SELON LA REVUE DE LITTÉRATURE

Population :

Déménagement du patient

Problèmes de transport

Problèmes financiers (frais, incluant le transport et le stationnement)

Besoin de confidentialité du patient

Méconnaissance de la valeur de la continuité

Politiques administratives

Contrats (ex : Managed Care aux USA)

Priorisation du choix et de la rapidité de rendez-vous avant la continuité

Problèmes de communication docteur-patient

Manque de disponibilité du patient

Insatisfaction envers son médecin

Manque de confiance envers son médecin

Choix du patient ou refus du patient

Type de problème du patient

Insatisfaction envers le personnel

Frais indirects liés aux soins

Frais indirects liés à l'absence du travail ou de la maison

Manque d'éducation

Milieu défavorisé

Croyances et valeurs du patient

Caractéristiques du patient: âge, sexe, état de santé

Médecins :

Décès/déménagement/changement de pratique du médecin

Disponibilité réduite du médecin

Disponibilité réduite en cas d'urgence

Affiliation restreinte à un établissement ou organisation

Attitude du médecin

Méconnaissance ou non-priorisation de la continuité (absence de rendez-vous de suivi, absence de système d'information de retour)

Problèmes de communications entre les travailleurs de la santé

Problèmes de communication docteur-patient

Habiletés de communications insuffisantes

Manque de compatibilité entre un patient et un médecin

Tenue de dossier inadéquate

Accès inadéquat aux informations cliniques et résultats de laboratoire

Nombre insuffisant de docteurs

Présence d'un plus grand nombre de médecins à l'hôpital

Type de pratique (incluant visites à domicile ou pas, etc))

Manque de temps alloué au patient

Charge académique des médecins

Charge administrative des médecins

Système de rendez-vous inadéquat

Liens inadéquats entre les services de soins à domicile dispensés par les CLSC et les médecins en cabinet privé qui suivent les mêmes bénéficiaires (au Québec)

Systeme

Concept irréaliste

Obligation d'aller à l'hôpital pour recevoir certains services

Localisation de la pratique

Heures d'ouverture

Coûts de la continuité

Langage

Mauvaise définition et compréhension des rôles de chacun,

Absence d'identification claire des responsables

Ordres de Cour

Conflits interprofessionnels

Promotion insuffisante de la continuité

Transformation du système (au Québec)

Environnement social

Modèle d'organisation hospitalière

TABLEAU II : LES SOLUTIONS RETROUVÉES DANS LA LITTÉRATURE**Ajustement des normes et objectifs de continuité**

Enregistrement des patients

Meilleure définition de la population à desservir pour les médecins

Rémunération appropriée

Meilleures communications

Meilleurs résumés de dossier

Meilleur accès aux dossiers

Éducation sur le rôle des médecins de famille

Ajustement du rôle des secrétaires, des infirmières, et des médecins

Travail en équipe

Partage des valeurs

TABLEAU III: CRITÈRES DE SÉLECTION POUR LES PARTICIPANTS

Ces personnes devaient :

- 1- être intéressées par la problématique de la continuité des soins en médecine familiale
- 2- avoir une information ou une expérience pertinente à ce sujet ou être des leaders en médecine familiale ou en soins primaires
- 3- être disponibles pour la durée de l'étude soit une période d'environ 2 mois. On devait aussi pouvoir les rejoindre par fax ou courriel pour faire une relance à ceux qui n'auraient pas répondu à un questionnaire.

TABLEAU IV : PORTRAIT DES PARTICIPANTS

Nombre : 20

Expérience : 23 années de pratique en moyenne

Région urbaine (15) vs rurale (5)

Certifié en médecine familiale (13) vs non certifié (7)

TABLEAU V: LIEU DE PRATIQUE DES PARTICIPANTS

Lieu de pratique	Participants	Population des Médecins québécois
Cabinet privé	65% (13 dont 5 privé-hôpital)	79%
UMF	10% (2)	
CLSC	15% (3)	
Hôpital	5% (1)	
Administration	5% (1)	

Réf : (141)

TABLEAU VI: SEXE DES PARTICIPANTS		
Sexe	Participants	Médecins québécois
Hommes	70% (14)	66%
Femmes	30% (6)	34%

Réf: (141)

TABLEAU VII: ÂGE DES PARTICIPANTS		
Âge	Participants	Population des médecins québécois
Entre 35 et 45 ans	30% (6)	56%
Entre 45 et 55 ans	45% (9)	25%
Entre 55 et 65 ans	25% (5)	11%

Réf : (141)

TABLEAU VIII : LES PLUS IMPORTANTS OBSTACLES À LA CONTINUITÉ DES SOINS

La classe est indiquée entre parenthèse, de même que le score.

Ce sont, par ordre d'importance :

1. Un mode de rémunération inadéquat. (score=189) (système)
2. Un niveau relatif de rémunération inadéquat pour les pratiques avec continuité. (score=174) (système)
3. La communication inadéquate entre les établissements et les médecins de famille. (score=171) (médecins)
4. Les communications inadéquates entre les différents intervenants : médical, social, paramédical. (score=151) (médecins)
5. La valorisation de la rapidité et du volume aux dépens de la continuité. (score=150) (système)
6. L'augmentation du volume de demandes de soins. (score=135) (population)
7. La fragmentation des soins. (score=131) (système)
8. Un accès inadéquat aux résultats des analyses et consultations. (score=124) (système)
9. Un système de garde inadéquat ou absent. (score=97) (système)
10. Un accès inadéquat aux consultants. (score=96) (système)
11. Le développement important de la médecine rapide. (score=92) (système)
12. La pénurie de médecins. (score=92) (système)
13. Un remboursement insuffisant des frais de la pratique en cabinet privé respectant la continuité des soins. (score=88) (système)
14. Une approche qui n'est pas centrée sur le patient. (score=88) (médecine)
15. Un accès inadéquat à d'autres professionnels de la santé (infirmières, diététistes, etc.) (score=85) (système)
16. Les résistances à une approche d'équipe. (score=83) (médecins)
17. La préférence de certains patients pour la rapidité avant la continuité. (score=83) (système)

18. Un accès inadéquat aux ressources diagnostiques et thérapeutiques. (score=78)
(système)
19. Les problèmes de communication entre médecins de famille et consultants.
(score=69)(médecins)
20. La pratique en cabinet privée n'est pas reliée à la pratique hospitalière. (score=53)
(système/médecins)
21. Consultations téléphoniques non rémunérées. (score=43) (système)
22. La tendance des médecins de famille à se spécialiser. (score=42)
(médecins/système)
23. Rapport des consultants incomplets et ne favorisant pas le retour au médecin de
famille. (score=41) (médecins)
24. Une mauvaise relation médecin-patient. (score=39) (médecins)
25. La non-valorisation de la médecine familiale. (score=33) (médecine/système)
26. Une formation inadéquate des médecins de famille sur la nécessité de la continuité
des soins. (score=33) (système)
27. La surcharge de travail consécutive aux tâches administratives des médecins.
(score=32) (système)
28. Des ressources de secrétariat inadéquates. (score=18) (système)
29. Le vieillissement de la population. (score=15) (population)
30. Les AMP devraient être conditionnels à la pratique en cabinet privé et à la garde à
l'étage. (score=8) (système)
31. Le manque de confiance d'un patient envers l'un des médecins du groupe.
(score=7) (population)
32. Rémunération ne favorisant pas les prélèvements et les analyses de laboratoire en
cabinet privé. (score=6) (système)
33. Mauvaise utilisation de l'expertise médicale dans une équipe. (score=5)
(médecins)
34. La maladie ou l'absence pour congé de maternité. (score=0) (système)
35. Le remplacement mutuel dans un groupe. (score=0) (médecins/système)

TABLEAU IX : OBSTACLES AJOUTÉS À LA DEUXIÈME ÉTAPE

Les AMP devraient être conditionnels à la pratique en cabinet privé et à la garde à l'étage.

Le manque de confiance d'un patient envers l'un des médecins du groupe.

Rémunération ne favorisant pas les prélèvements et les analyses de laboratoire en cabinet privé.

Mauvaise utilisation de l'expertise médicale dans une équipe.

La maladie ou l'absence pour congé de maladie.

Le remplacement mutuel dans un groupe.

Consultations téléphoniques non rémunérées

Rapport des consultants incomplets et ne favorisant pas le retour au médecin de famille

Le médecin qui ne veut pas avoir une clientèle à sa charge ????

TABLEAU X: LES SOLUTIONS SUGGÉRÉES	
1. Obstacle: Un mode de rémunération inadéquat.	<p>Solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rémunération incitative pour la continuité Rémunération mixte adaptée au volume, contexte, besoin, disponibilité, prise en charge Rémunération de la disponibilité des médecins obstétriciens Tarif horaire pour certains diagnostics Coassurance Modifications à la législation fédérale sur la santé Obligation de responsabilité du médecin pour la continuité Rémunération mixte basée sur la capitation Rémunération selon l'effort de la prise en charge dans un mode d'enregistrement de clientèle pour laquelle une équipe est responsable 24 h/jour, 7 jours/semaine
2. Obstacle: Un niveau relatif de rémunération inadéquat pour les pratiques avec continuité.	<p>Solutions:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rémunération mixte avec incitatifs et pénalités pour continuité ou le manque de continuité Meilleure reconnaissance des pratiques avec continuité par des primes spéciales Identification et priorisation des besoins et problèmes du patient Équipes multidisciplinaires Coassurance Abolition de la rémunération à l'acte
3. Obstacle: La communication inadéquate entre les établissements et les médecins de famille.	<p>Solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Modification de la mission des établissements pour tenir compte de la continuité Amélioration des communications entre hôpitaux et médecins de première ligne Meilleur usage du courrier électronique et du fax Accès aux établissements pour tous les médecins traitants
4. Obstacle: Les communications inadéquates entre les différents intervenants : médical, social, paramédical.	<p>Solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation des systèmes électroniques Rémunération des médecins pour les rencontres multidisciplinaires Création de département de médecine régionale ou de Commission médicale régionale Amélioration des communications

<p>5. Obstacle: La valorisation de la rapidité et du volume aux dépens de la continuité.</p> <p>Solutions:</p> <ul style="list-style-type: none"> Éducation de la clientèle et des soignants Règles de pratiques favorisant la continuité Rémunération différente Imposition d'une liste de patients à chaque médecin Responsabilisation obligatoire du médecin pour le suivi de sa clientèle
<p>6. Obstacle: L'augmentation du volume de demandes de soins.</p> <p>Solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Système de triage téléphonique lors de l'accès aux soins de première ligne Inscription de la clientèle pour un groupe de médecins Accent sur la prévention des maladies Meilleure gestion du processus clinique Identification et priorisation des besoins et problèmes du patient Utilisation de différents intervenants Utilisation d'une grille de consensus à remettre au patient Imposition d'une limite à la charge de travail Imposition d'un médecin de famille responsable de la continuité à tous les patients Réorganisation des soins première ligne
<p>7. Obstacle : La fragmentation des soins.</p> <p>Solutions : Rémunération pour la coordination des soins</p> <ul style="list-style-type: none"> Incentifs pour une médecine de famille polyvalente Inscription de clientèle auprès d'un médecin responsable de tous les soins de première ligne
<p>8. Obstacle: Un accès inadéquat aux résultats des analyses et consultations.</p> <p>Solutions:</p> <ul style="list-style-type: none"> Accès aux données par dossier informatisé Informatisation universelle du système de requêtes de tests Utilisation du fax pour le transfert de données Meilleur système d'archives Transmission plus rapide des documents Meilleur système de communication Informatisation des cabinets
<p>9. Obstacle: Un système de garde inadéquat ou absent.</p> <p>Solutions :</p> <ul style="list-style-type: none"> Incentifs monétaires pour la continuité Intégration des CLSC et des cabinets privés Département de médecine régionale en omnipratique Rémunération pour la garde Inscription de la clientèle Formation d'équipes de première ligne assez grandes (15 à 25) pour qu'elles soient viables

<p>10. Obstacle: Un accès inadéquat aux consultants.</p> <p>Solutions :</p> <p>Paiement des médecins pour les consultations téléphoniques</p> <p>Rémunération différente</p> <p>Éducation</p> <p>Meilleure communication</p>
<p>11. Obstacle: Le développement important de la médecine rapide (polycliniques, urgences).</p> <p>Solutions:</p> <p>Rémunération différente</p> <p>Budgets des établissements en fonction de la continuité</p> <p>Fermeture des cliniques et CLSC qui font du sans rendez-vous</p> <p>Intégration des sans rendez-vous à la clientèle du médecin</p>
<p>12. Obstacle: La pénurie de médecins.</p> <p>Solutions:</p> <p>Planification des ressources médicales</p> <p>Meilleure délégation des tâches</p> <p>Abolir la pratique sans rendez-vous en privé et les intégrer au système</p> <p>Augmentation du nombre de poste en médecine</p> <p>Coordination du travail actuel</p>
<p>13. Obstacle: Un remboursement insuffisant des frais de la pratique en cabinet privé respectant la continuité des soins.</p> <p>Solutions: Rémunération en cabinet privé permettant une compensation monétaire pour d'autres professionnels de la santé</p> <p>Frais pour l'ouverture d'un dossier et frais annuels pour son maintien</p> <p>Abolition de la rémunération à l'acte</p> <p>Responsabilisation obligatoire du médecin pour le suivi de sa clientèle</p>
<p>14. Obstacle: Une approche qui n'est pas centrée sur le patient.</p> <p>Solutions:</p> <p>Enseignement</p> <p>Liste de problèmes et de médicaments</p> <p>Définition des priorités de santé par groupe d'âge</p> <p>Approche centrée sur le patient</p> <p>Inscription des clientèles</p>
<p>15. Obstacle: Un accès inadéquat à d'autres professionnels de la santé.</p> <p>Solutions :</p> <p>Rémunération appropriée</p> <p>Réorganisation des soins</p> <p>Meilleur accès des cabinets et de leurs clientèles aux ressources des CLSC</p>
<p>16. Obstacle : Les résistances à une approche d'équipe.</p> <p>Solutions :</p> <p>Éducation</p> <p>Projets pilote avec inscription des clientèles</p>

<p>17. Obstacle : La préférence de certains patients pour la rapidité avant la continuité. Solutions : Éducation des patients sur les priorités de santé Promotion de la continuité des soins Meilleur système info-santé avec véritable triage</p>
<p>18. Obstacle : Un accès inadéquat aux ressources diagnostiques et thérapeutiques. Solutions : Meilleur accès aux responsables des ressources diagnostiques et thérapeutiques permettant de vérifier la validité des interventions Laboratoire privé Augmentation des ressources Éducation des médecins pour diminuer l'utilisation inappropriée des ressources Centrale de données pour les résultats de test afin d'éviter les duplications de tests</p>
<p>19. Obstacle : Les problèmes de communication entre médecins de famille et consultants. Solutions : Enseignement Identification des rôles de chacun Obligation pour les médecins de fournir une histoire de cas au spécialiste Meilleure communication Éducation Accès à des systèmes d'information en temps réel sur le dossier du patient</p>
<p>20. Obstacle: La pratique en cabinet privée n'est pas reliée à la pratique hospitalière. Solutions : Réforme Réforme du système</p>
<p>21. Obstacle: Consultations téléphoniques non rémunérées. Solutions : Rémunération plus favorable au triage ou aux consultations par téléphone Paiement à vacation pour la clientèle inscrite</p>
<p>22. Obstacle: La tendance des médecins à se spécialiser. Solutions : Promotion</p>
<p>23. Obstacle: Rapport des consultants incomplets et ne favorisant pas le retour au médecin de famille Solutions : Meilleurs outils et méthodes de communication entre les médecins et les consultants Approche centrée sur le patient Hiérarchisation des soins avec des règles pour le suivi en lien avec le paiement.</p>
<p>24. Obstacle: Une mauvaise relation médecin-patient. Solutions : Enseignement</p>

<p>25. Obstacle: La non-valorisation de la médecine familiale. Solutions : Faire des enseignants en médecine familiale de meilleurs Modèles avec une pratique polyvalente Rémunération différente Budgets favorisant les organisations qui contribuent à la continuité</p>
<p>26. Obstacle: Une formation inadéquate. Solutions : Enseignants modèles en matière de continuité Stages chez des médecins de famille qui font de la continuité</p>
<p>27. Obstacle: La surcharge de travail consécutive aux tâches administratives des médecins. Solutions : Personnes ressources pour conseiller les médecins et veiller à leurs intérêts Meilleure délégation des tâches Éducation Meilleure rémunération</p>
<p>28. Obstacle: Des ressources secrétaires inadéquates. Solutions : Rémunération du personnel de soutien en cabinet privé</p>
<p>29. Obstacle: Le vieillissement de la population. Solutions : Meilleure délégation des tâches Réseau intégré de soins</p>
<p>30. Obstacle: Les AMP devraient être conditionnel à la pratique en cabinet privé et à la garde à l'étage. Solutions : Abolition des AMP Structure favorisant la consultation et le suivi d'une clientèle AMP en fonction des besoins d'une population plutôt que d'un établissement Implication des spécialités pour la garde</p>
<p>31. Obstacle : Le manque de confiance d'un patient envers l'un des médecins du groupe. Solutions : Réassurances au patient sur le suivi de l'information</p>
<p>32. Obstacle : Rémunération ne favorisant pas les prélèvements et les analyses de laboratoire en cabinet privé. Solutions : Tarif horaire pour certains diagnostics et non pour les actes</p>
<p>33. Obstacle : Mauvaise utilisation de l'expertise médicale dans une équipe. Solutions : Aucune identifiée</p>
<p>34. Obstacle : La maladie ou l'absence pour congé de maternité. Solutions : Équipes plus nombreuses</p>
<p>35. Obstacle : Le remplacement mutuel dans un groupe. Solutions : Équipes plus nombreuses</p>

FIGURES

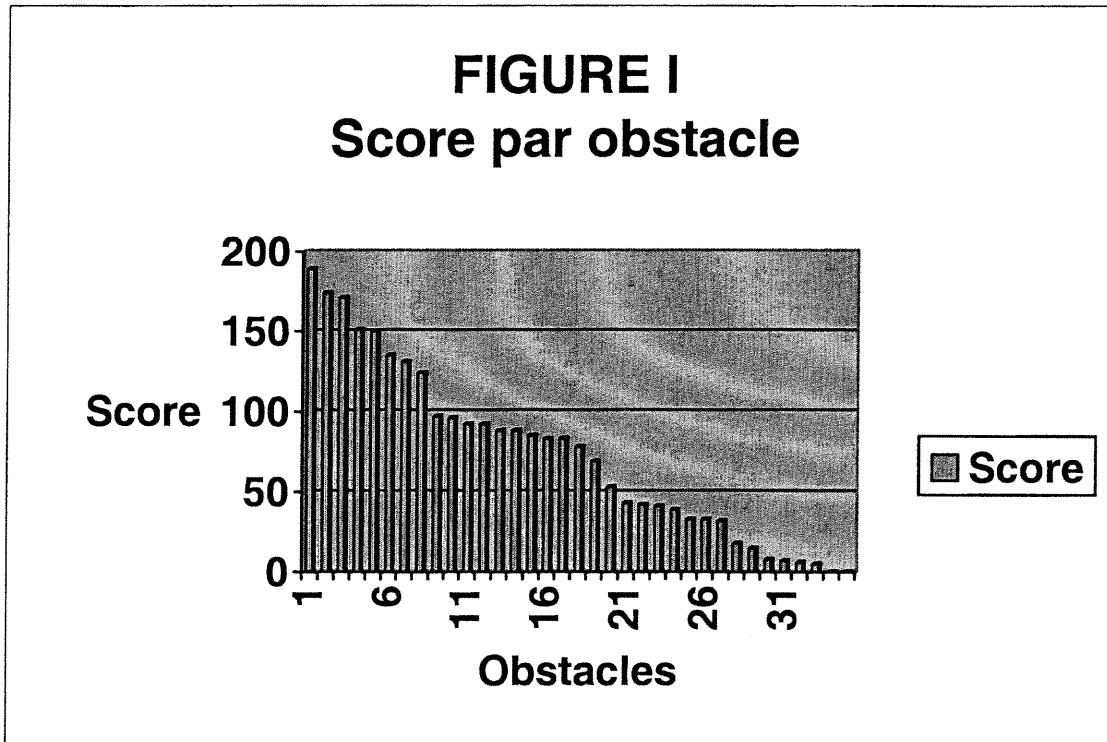
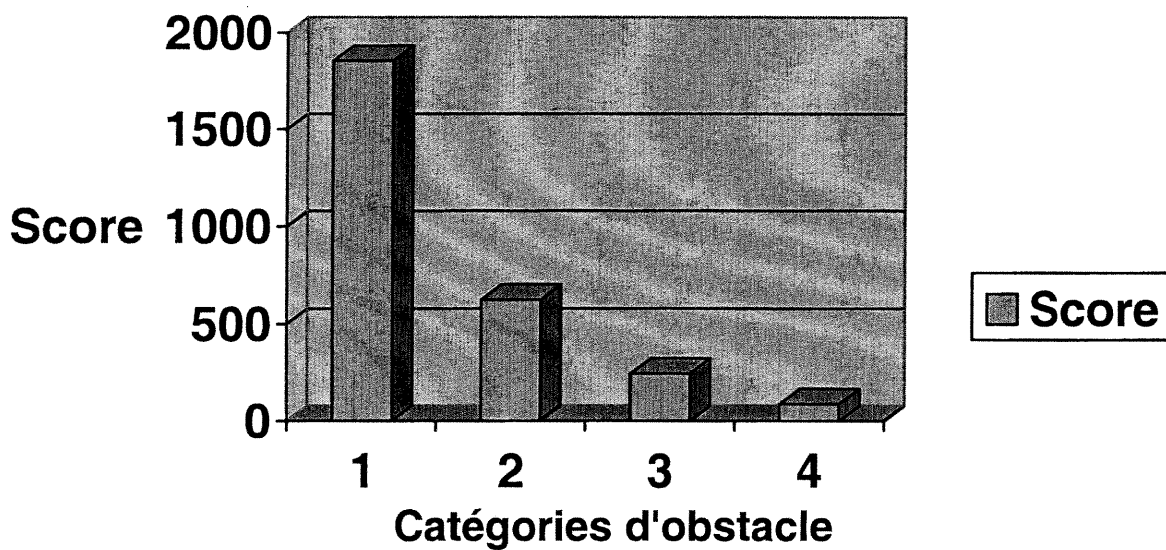


FIGURE II
Scores cumulés selon les catégories d'obstacle



RÉFÉRENCES

1. Starfield B. Primary care. New York: Oxford University Press, 1998.
2. Le Collège des médecins du Québec. Rapport du Groupe de travail sur la transformation du système de santé et la qualité des services sociaux. Montréal, 1998.
3. Le Conseil médical du Québec. Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter. La hiérarchisation des services médicaux. Québec, Juin 1995.
4. Association médicale canadienne. Consolider la base : Le rôle du médecin dans les soins de santé primaires au Canada. Ottawa, 1994.
5. Le Collège des médecins de famille du Canada. Guide du membre. Mississauga, 1998.
6. Hjortdahl P. Continuity of care: general practitioners' knowledge about, and sense of responsibility toward their patients. Fam Pract 1992 Mar; 9(1):3-8.
7. Rees LJ. Patient views on quality of care in general practice: literature review. Soc Sci Med 1994;39:653-70.
8. Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration de Alma-Ata. Conférence internationale sur les soins primaires. 1978.
9. Institute of Medicine. Primary Care: America's health in a new era. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
10. Institute of Medicine. Defining primary care: an interim report. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
11. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. J Fam Pract 1997 Jul; 45(1):64-74.
12. Gill JM, Mainous, AG. 3rd. The role of provider continuity in preventing hospitalizations. Arch Fam Med 1998 Jul- 1998 Aug 31;7(4):352-7.
13. Love M, Mainous G. Commitment to a regular physician: How long will patients wait to see their own physician for acute illness? J of Fam Pract 1999 Mar;48(3):203-7.
14. Baker R, Streatfield J. What type of general practice do patients prefer? Exploration of practice characteristics influencing patient satisfaction. Br J Gen Pract 1995 Dec; 45(401):654-9.
15. Blankfield RP, Kelly RB, Alemagno SA, King CM. Continuity of care in a family practice residency program. Impact on physician satisfaction. J Fam Pract 1990 Jul; 1(1):6973.
16. Smith WG, Buesching D. Measures of primary care and patient characteristics. Evaluation and Health Professions 1983;8:239-45.
17. Hjortdahl P. Ideology and reality of continuity of care. Fam Med 1990 Sep- 1990 Oct 3 1; 22(5):361-4
18. McWhinney IR. Continuity of care in family practice. Part 2: implications of continuity. J Fam Pract 1975 Oct; 2(5):373-4..
19. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Defining primary care. Empirical analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey. Med Care 1997 Jul;35(7):655-68.

20. Freeman G. Continuity of care in general practice: a review and critique. Family Practice 1984;1(4):245-51.
21. Roberge D, Lebeau R, Haddad S, Beaulieu MD, Pineault R. La fidélité au médecin traitant: concept et mesure. Non publié.
22. Rask KJ, Williams MV, Parker RM, McNagny SE. Obstacles predicting lack of a regular provider and delays in seeking care for patients at an urban public hospital. JAMA 1994 Jun;271(24):1931-3.
23. Kogan MD, Alexander GR, Teitelbaum MA, Jack BW, Kotelchuck M, Pappas G. The effects of gaps in health insurance on continuity of a regular source of care among preschool-aged children in the United States. JAMA 1995;274 (18):1429-35.
24. Sweeney KG, Gray DP. Patients who do not receive continuity of care from their general practitioner--are they a vulnerable group? Br J Gen Pract 1995 Mar; 45(392):133-5.
25. Pilotto LS, McCallum J, Raymond C, McGilchrist C, Veale BM. Sequential continuity of care by general practitioners: which patients change doctor? Med J Aust 1996 Apr 15; 164(8):463-6.
26. Gordis, L, Markowitz M. Evaluation of effectiveness of comprehensive and continuous pediatric care. Pediatrics 1971 Nov;48(5) :766-76.
27. Miller MH. Who receives optimal care? J Health Soc Behav 1973 Jun;14(2):176-82.
28. Steven ID, Dickens E, Thomas SA, Browning C, Eckerman E. Preventive care and continuity of attendance. Is there a risk? Aust Fam Physician 1998 Jan 27;Supp 1:S44-6.
29. Alpert JJ, Heagarthy MC, Robertson L, Kosa J, Haggerty RJ. Effective use of comprehensive pediatric care. Utilization of health resources. Am J Dis Child 1968 Nov;116(5):529-33.
30. Flocke SA, Stange KC, Zyzanski SJ. The association of attributes of primary care with the delivery of clinical preventive services. Med Care 1998 Aug; 36(8 Suppl):AS21-30.
31. Lambrew JM, DeFriese GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. Med Care 1996 Feb;34(2):138-51.
32. Heagarthy MC, Robertson LS, Kosa J, Alpert JJ. Some comparative costs in comprehensive versus fragmented pediatric care. Pediatrics 1970 Oct;46(4) :596-603.
33. Wasson JH, Sauvigne AR, Mogielnicki RP, Frey WG, Sox CH, Gaudette C, Rockwell A. Continuity of outpatient medical care in elderly men: A randomized trial. JAMA 1984 Nov;252(17):2413-2417.
34. Mainous III, AG, Gill, JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: Is site of care equivalent to a primary clinician? Am J Public Health 1998;88(10):1539-1541.
35. Bass MJ, Buck C, Turner L, Dickie G, Pratt G, Robinson HC. The physician's actions and the outcome of illness in family practice. J Fam Practice 1986 Jul;23(1):43-7.
36. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ 1995;152(9):1423-33.
37. Frank E, Kupfer DJ, Siegel LR. Alliance not compliance: a philosophy of outpatient care. J Clin Psychiatry 1995;56 Suppl1:11-6.

38. Ettlinger PR, Freeman GK. General practitioner compliance study. Br Med J (Clin Res Ed) 1981 Apr 11;282(6271):1192-4.
39. Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? J Fam Pract 1982 Nov;15(5):929-37.
40. Gabel LL, Lucas JB, Westbury RC. Why do patients continue to see the same physicians? Fam Pract Res J 1993;13(2):133-47.
41. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. Am J Public Health 1996 Dec;86(12):1742-7.
42. Weiss GL, Ramsey CA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. QRB Qual Rev Bull 1989 Jun;15(6):180-4.
43. Chao J. Continuity of care: incorporating patient perceptions. Fam Med 1988;20(5):333-7.
44. Zweig S, Kruse J, LeFevre M. Patient satisfaction with obstetric care. J Fam Pract 1986 Aug;23(1):131-6.
45. Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. BMJ 1992 May 16;304 (6837):1287-90.
46. Shear CL, Gipe BT, Mattheis JK, Levy MR. Provider continuity and quality of medical care. A retrospective analysis of prenatal and perinatal outcome. Med Care 1983 Dec;21(12) :1204-10.
47. Breslau N. Continuity reexamined: differential impact on satisfaction with medical care for disabled and normal children. Med Care 1982 Apr;20(4):347-60.
48. Breslau N, Mortimer NA. Seeing the same doctor :determinants of satisfaction with specialty care for disabled children. Med Care 1981 Jul;19(7) :741-58.
49. Linn LS. Factors associated with patient evaluation of health care. Milbank Mem Fund Q Health Soc 1975 Fall. 53(4):531-48.
50. Harris MF, Frith JF. Continuity of care: in search of the Holy Grail of general practice. Med J Aust 1996 Apr15;164(8):456-7.
51. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. Med Care 1989;27(3Suppl):S110-27.
52. Becker MH, Drachman RR, Kirscht JP. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. AJP 1974 Nov;64(11):1062-1070.
53. Rakowski W, Rimer BK, Bryant SA. Integrating behavior and intention regarding mammography by respondents in the 1990 National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention. Public Health Rep 1993 Sep-Oct;108(5) :605-24.
54. Carney PA, Dietrich AJ, Keller A, Landgraf J, O'Connor GT. Tool, teamwork, and tenacity: an office system for cancer prevention. J Fam Pract 1992;35(4) :388-94.
55. Martin LM, Calle EE, Wingo PA, Heath CW. Comparison of mammography and Pap test use from the 1987 and 1992 National Health Interview Surveys: are we closing the gaps? Am J Prev Med 1996 Mar-Apr; 12(2) :82-90.

56. McIsaac WJ, Fuller-Thomson E, Talbot Y. Does having regular care by a family physician improve preventive care? Can Fam Physician 2001 Jan;47:70-6.
57. Hill J, Schofield PF. The duty of continuity (editorial). J R Soc Med 1998 Feb;91(2):61.
58. Hjortdahl P. Continuity of care: General practitioner's knowledge about and sense of responsibility toward their patients. Fam Pract 1992 Mar;9(1):3-8.
59. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? BMJ 1997 Jun28; 314 (7098):1870-3.
60. Sox CM, Swartz K, Burstub HR, Brennan TA. Insurance or a regular physician: Which is the most powerful predictor of health care? Am J Public Health 1998 Mar;88(3):364-70.
61. Hayward RA, Bernard AM, Freeman HE, Corey CR. Regular source of ambulatory care and access to health services. Am J Public Health 1991 Apr;81(4):434-8.
62. Bertakis KD, Robbins JA. Continuity of care for family practice patients in a university hospital-based residency program. Fam Pract Res J 1989;8:100-6.
63. McAlpine RJ. Continuity of care and outcome in a family practice. Indiana Med 1987 Sep;80(9):856-61.
64. Cornelius LJ. The degree of provider continuity for African and Latino Americans. J Health Care Poor Underserved 1997 May;8(2):170-85.
65. Newbery P. Time to rethink continuity. Can Fam Phys 2000 June;46:1248-1249.
66. Flocke SA. The impact of insurance type and forced discontinuity on the delivery of primary care. J Fam Pract 1997 Aug; 45(2):129-35.
67. Freeman OK, Richards SC. How much personal care in four group practices? BMJ 1990 Nov 3; 301(6759):1028-30.
68. Leeder SR, Alexander J. Australia National Health Strategy. BMJ 1992 Oct 31;305(6861)1042-3.
69. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. Am J Public Health 1980 Feb; 70(2):122-7.
70. Buetow SA. What do general practitioners and their patients want from general practice and are they receiving it? A framework. Soc Sci Med 1995 Jan; 40 (2):213-221.
71. Commission d'étude sur les services sociaux et les services de santé. Les solutions émergentes-Rapport et recommandations. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000.
72. Lee RI, Jones LW. The fundamentals of good medical care (#22). Chicago: University of Chicago Press, 1933.
73. White Bergman A, Werner R. Failure of children to receive penicillin by mouth. NEJM 1963;268:1334-1338.
74. Solon JA, Feeney JJ, Jones SH, Rigg RD, Sheps CG. Delineating episodes of care. AJP 1967;57;(3):401-8.
75. Wallace, HM, Lofty MA, Oliver-Smith F, Assaretti, L, Rich H. Study of follow-up of children recommended for rheumatic fever prophylaxis. AJP 1956;46:1563-70. quoted in 76-1.

76. Caplan EK, Sussman MB . 1966. Rank order of important variables for patient and staff satisfaction with outpatient service. J Health Hum Behav 1966 Summer;7(2) :133-7.
77. Alpert JJ, Kosa J, Haggerty RJ, Robertson LS, Heagarty MC. 1970. Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. Am J Public Health Nations Health 1970 Mar;60(3) :499-506.
78. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966 Jul;44((3):Suppl:166-206.
79. Charney E, Bynum R, Eldrege D, Frank D, MacWhinney JB, McNabb N, Scheiner A, Sumpter EA, Iker H. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. Pediatrics 1967;40:188-95.
80. Bass RD, Windle C. Continuity of care : an approach to measurement. Amer J Psychiat 1972 August;129(2):110-115.
81. Schwartz MS, Schwartz CG. Social approaches to mental health care. New York: Columbian University Press, 1964.
82. Pugh TF, MacMahon B. Measurement of discontinuity of psychiatric inpatient care. Public Health Rep 1967 Jun;82(6):533-8.
83. Lewis C. Does comprehensive care make a difference? What is the evidence. Amer J Dis Child 1971;122:469-474.
84. Aylett MJ. Seeing the same doctor. J Royal Coll Gen Practit 1976;26:47-52.
85. Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. Medical care 1976;14:377-91.
86. Wall EM. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relationship to outcome. J Fam Pract 1981 Oct; 13(5):655-64.
87. Hansen MF. Continuity of care in family practice : Part 3 : Measurement and evaluation of continuity of care. The Journal of F P 1975;vol 2(6):439-444.
88. Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. J Fam Pract 1975 Oct;2(5):371-2.
89. Hjortdahl P. General practice and continuity of care: organizational aspects. Fam Pract 1989 Dec; 6(4):292-8.
90. Banahan BF Jr, et al. Continuity as an attitudinal contract. J Fam Pract 1981;12(4):767-8.
91. Goldberg HL, Dietrich AJ. The continuity of care provided to primary care patients. A comparison of family physicians, general internists, and medical subspecialists. Med Care 1985 Jan; 23(1):63-73.
92. Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures. An analytic and empirical comparison. Med Care 1984 Mar; 22(3):231-9.
93. Béland F. A descriptive study of continuity of care as an element in the process of ambulatory medical care utilization. Can J Public Health 1989;80:249-54.

94. Haigh-Smith C, Armstrong D. Comparison of criterias derived by governments and patients for evaluating general practitioner services. BMJ 1989;299:494-6.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. Am J Public Health 1998 Sep; 88(9):1330-6.
96. WHO. Draft Charter for general practice/family medicine in Europe, Report of a WHO meeting, Copenhagen, Denmark, 6-7 Feb 1998.
97. Johnson S, Prosser D, Bindman J, and Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill : concepts and measures. Soc Psychiatry Epidemiol 1997 Apr;32(3):137-142.
98. Brown JB, Dickie I, Brown L, Biehn J. Long-term attendance at a family practice teaching unit. Can Fam Physician 1997;43 :901-906.
99. Salisbury CJ. How do people change their doctor? BMJ 1989 Sep2;299(6699):608-10.
100. Bjerrum L, Sorensen AS. Why do patients change physician? Ugeskr Laeger 1992;154 (50):3587-9.
101. Billinghamurst B. Why do patients change their General Practitioner? A postal questionnaire study of patients in Avon. Br J Gen Pract 1993 Aug;43(373) :336-8.
102. Gandhi IG, Parle JV, Greenfield, SM, Gould, S. A qualitative investigation into why patients change their general practitioners. Family Practice 1997;14 :49-57.
103. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care 1981 Feb;19(2):127-40.
104. Talbot Y, Fuller-Thomson E, Tudiver F, Habib Y, McIsaac WJ. Canadians without regular medical doctors: Who are they? Can Fam Physician 2001;47:58-64.
105. McWhinney IR, Bass MJ, Donner A. Is population mobility an obstacle to continuity? Attrition rates over five years in 17 Ontario practices. J Fam Pract 1988;27(3):291-6.
106. Cykert S, Layson RT. Will universal health insurance assure universal access to ongoing primary care for adults? Arch Fam Med 1993 Nov;2(11):1153-5.
107. Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. Medical Care 1975;13:669-682.
108. Starfield, B. Continuous confusion? Am J Public Health 1980 Feb;70(2):117-9.
109. Balla, JI, Jamieson, WE. Improving the continuity of care between general practitioners and public hospitals. Med J Australia 1994 Dec 5-1994;161 (11-12):656-9.
110. Thomas K, Nicholl J, Coleman P. Assessing the outcome of making it easier for patients to change general practitioner: practice characteristics associated with patient movements. Br J Gen Pract 1995 Nov;45(400):581-6.
111. Freeman GK, Richards SC. Is personal continuity of care compatible with free choice of doctor? Patients' views on seeing the same doctor. Br J Gen Pract 1993 Dec;43 (377):493-7.
112. Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. Smoking cessation: Clinical Practice Guidelines No 18. Rockville, Md, US Dept of Health and Human Services. Public Health Service, Agency for Health Care policy and Research, 1996, AHCPR Publication, 96-0692.

113. Geyman JP. Continuity of care in family practice. Part 4: implementing continuity in a family practice residency program. J Fam Pract 1975 Dec;2 (6):445-7.
114. Mattsson L-G, Westman G. Evaluation of provider continuity in primary care: actual vs random and potential continuity. Fam Pract 1987 Dec;4 (4):251-9.
115. Clancy C, Cooper J. Approaches to primary care: Current realities and future vision. Am J of Med 1998 Mar;104:215-18.
116. Moy E, Bartman B, Clancy C. Changes in usual sources of medical care between 1987 and 1992. J of Health Care for the Poor and Underserved 1998;9(2):126-39.
117. Hansen NH. Family physicians and teaching hospitals: a litany of woes. Can Fam Physician. 1984;30:2319-2324.
118. Biehn JT. Continuity of care: its importance in maintaining a teaching family practice. CMAJ. 1990 Nov 1;143(9):843-5.
119. Ashley WC, Morrison JL. Anticipatory Management: 10 Power tools for achieving excellence into the 21st Century. Leesburg, VA. Issue Action Publications, 1995.
120. Verhagen AP, de Vet HCW, de Bie RA, Kessels AG, Boers M, Bouter LM, Knipschild PG. The Delphi list: A criteria list for quality assessment of randomized clinical trials for conducting systematic reviews developed by Delphi consensus. J Clin Epidemiol 1998;51:1235-41.
121. Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé. Montréal, Qc : Agence d'arc, 1986.
122. Crisp J, Pelletier D, Duffield C, Nagy S, Adams A. It's all in a name. When is a 'Delphi study' not a Delphi study? Aust J Adv Nurs 1999; 16 (3): 32-7.
123. Bowles N. The Delphi technique. Nursing Standard 1999;13:32-36.
124. Endacott R. A review of the literature and report of a modified Delphi study. Intensive & Critical Care Nursing 1998;14:66-73.
125. Des Marchais JE. The Delphi technique to identify and evaluate criteria for construction of PBL problems. Medical Education 1999;33:504-8.
126. Whitman NI. The committee meeting alternative. Using the Delphi technique. J Nurs Adm 1990;20:30-6.
127. Everett A. Piercing the veil of the future. A review of the Delphi method of research. Professional Nurse 1993;9:181-85.
128. Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. CMAJ 2001;164(6):757-763.
129. De Best. Practices Methodology: A New Approach for Improving Government Operations. Letter Report 1995;GAO/NSIAD :95-154.
130. Who and Wonca. Making Medical Practice and education more relevant to people's needs: the contribution of the family doctor. November 6-8, 1994.
131. Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, Yourtee SA. Continuity and coordination in primary care: Their achievement and utility. Medical Care 1976;14(7):625-33.

132. Becker, M. H.; Drachman, R. H., and Kirscht, J. P. A field experiment to evaluate various outcomes of continuity of physician care. Am J Public Health 1974 Nov; 64(11):1062-70.
133. Satcher D. Healthy People 2010. Rockville, Md, Department of Health and Human Services. International Medical Publishing Inc, November 2000.
134. Constandriopoulos AP. Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d'un statu quo impossible. Ruptures 1994;1 (1):8-26.
135. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. N Engl J Med 1989;321 (19):1306-11.
136. McWhinney IR. Introduction to family medicine: a textbook of family medicine. New York: Oxford University Press, 1989.
137. Roy, A, Lemieux, G. Introduction à la gestion. Sainte-Foy, Qc : Télé-Université, 1992.
138. Kawabata K. Editorial. WHO Bulletin 2000, Issue 6.
139. Morrow RW, Gooding AD, Clark C. Improving physicians' preventive health care behavior through peer review and financial incentives. Arch Fam Med 1995;4(2):165-9
140. Hjortdahl P, and Laerum E. Continuity of care in general practice : effect on patient satisfaction. BMJ 1992 May16; 304 (6837):1287-90.
141. CMFC. Sondage national du CMFC sur les effectifs médicaux en médecine familiale. Rapport sommaire. Octobre 1998.

ANNEXE A

Ressources utilisées

Budget:

Déplacements à Montréal pour 4 rencontres :	\$1000
Secrétariat :	\$1350
(invitations + 4 questionnaires + rappels + 3 Articles + 30 réponses X 4 à \$18X 75h)	
Coordination du Delphi (50 heures X \$30) :	\$1500
(Préparation des questionnaires, compilation des résultats, formatage des questionnaires et des documents)	
Consultants de recherche :	\$2000
Frais pour la collecte d'articles :	\$3000
Envoi des invitations (100) et questionnaires (4X20) :	\$200
Frais de déplacement pour présentation des résultats :	\$1000
Total :	\$10050

Personnel :

Chercheur principal : Jean De Serres, MD

Directrice de thèse : Marie-Dominique Beaulieu, MD

Secrétaire : Sylvie Bélisle

ANNEXE B

Échéancier du Delphi

Le délai de réponse pour chaque questionnaire sera fixé à 10 jours ouvrables plus 5 jours ouvrables pour le courrier.

Jour 0	Début de l'étude. Contact avec les organisations médicales pour le recrutement des participants (JDS). Établissement de la liste des « valideurs » (JDS). Envoi de la lettre d'invitation et contact téléphonique (Sec).
Jour 14	Envoi du questionnaire-pilote pour validation (Sec).
Jour 28	Rappel téléphonique aux participants au questionnaire pilote (Sec).
Jour 35	Date limite de réception des questionnaires complétés pour le questionnaire-pilote.
Jour 42	Lecture et validation (JDS-MDB-RL). Rédaction du questionnaire final (JDS). Établissement de la liste des participants potentiels (JDS-MDB-RL). Envoi de la lettre d'invitation aux participants (Sec).
Jour 56	Établissement de la liste finale des participants (JDS). Envoi du premier questionnaire (Sec).
Jour 70	Rappel téléphonique aux participants (Sec).
Jour 77	Date limite pour les réponses au 1er quest. Analyse des réponses et rédaction du 2e quest. (JDS).
Jour 84	Envoi du deuxième questionnaire (Sec).
Jour 98	Rappel téléphonique (Sec).
Jour 105	Date limite pour les réponses au 2e quest.

	Analyse ...(JDS).
Jour 112	Envoi du troisième questionnaire (sec).
Jour 126	Rappel téléphonique (sec).
Jour 133	Date limite pour les réponses au 3e quest. Analyse ...(JDS).
Jour 140	Envoi du quatrième questionnaire (sec).
Jour 144	Rappel téléphonique (sec).
Jour 151	Retour des dernières réponses. Analyse du quatrième questionnaire et préparation du rapport final (JDS).
Jour 165	Révision du rapport final (MDB-RL).
Jour 172	Envoi du rapport final aux participants (sec).

ANNEXE C

Organisations consultées

La sélection s'est faite à partir d'une consultation avec les organisations suivant :

Collège des Médecins du Québec

Collège Québécois des Médecins de Famille

Collège des Médecins de Famille du Canada

Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec

Fédération des Médecins Résidents du Québec

Association Médicale du Québec

Association Médicale du Canada

Association des Médecins de Langue Française

Conseil Médical du Québec

Département de Médecine Familiale de l'Université de Montréal

Département de Médecine Familiale de l'Université Laval

Département de Médecine Familiale de l'Université Sherbrooke

Département de Médecine Familiale de l'Université McGill

ANNEXE D

Lettre aux organisations

Bonjour,

Nous travaillons présentement sur une étude portant sur les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale. Il existe une littérature abondante sur les bénéfices de la continuité des soins et la plupart des organisations ont fait de la continuité des soins un objectif. Or, il appert que la continuité des soins est un objectif difficile à atteindre. Pourtant, la littérature scientifique est plutôt pauvre en ce qui concerne les obstacles à la continuité et on trouve peu d'information sur les moyens d'améliorer la continuité. Il m'apparaît que pour l'objectif devienne réalité, il faut bien connaître le terrain et les obstacles afin d'établir une stratégie appropriée. Le but de cette étude est de réaliser la première étape de ce processus et d'identifier les obstacles avec l'aide d'un groupe d'experts et de leaders dans le domaine et avec la méthode Delphi. L'équipe de recherche est composée de Jean De Serres (chercheur principal), Marie-Dominique Beaulieu et Ronald Lebeau .

L'étude se fera par courrier et ne comportera aucune rencontre de groupe ni déplacement de votre part. Il s'agira de répondre à une série de 4 questionnaires envoyés à 2-3 semaines d'intervalle demandant soit d'identifier des obstacles à la continuité des soins ou de choisir ceux qui apparaissent comme les plus importants après avoir pris connaissance des réponses du groupe. Toutes les réponses seront traitées de manière anonyme. Chaque questionnaire ne devrait prendre pas plus de 15 minutes à remplir. Un rapport final sera envoyé à tous les participants et aux organisations impliquées.

Notre but est d'identifier 30 à 40 personnes qui accepteront de participer au Delphi.

Est-ce que votre organisation pourrait identifier une ou quelques personnes qui soient experts en continuité des soins en médecine familiale ou des leaders dans le domaine? Je contacterai chacune de ces personnes pour leur expliquer l'étude et vérifier si elles

acceptent de participer. La revue de littérature et les résultats de l'étude seront soumis pour publication à une revue scientifique pertinente.

Nous apprécierions une réponse de votre part avant le XX.

Avec l'expression de mes sentiments les plus distingués,

Jean De Serres, MD, CCMF

ANNEXE E

Lettre d'invitation aux participants

Bonjour,

Nous préparons une étude sur la continuité des soins et votre nom nous a été donné par XX. Nous recherchons des experts en continuité des soins ou des personnes intéressées par ce sujet pour participer à une étude qui vise à identifier et prioriser les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale en utilisant la méthode Delphi. L'équipe de recherche est composée de Dr Jean De Serres (chercheur principal), Dr Marie-Dominique Beaulieu et Ronald Lebeau.

L'étude se fera par courrier et ne comportera aucune rencontre de groupe ni déplacement de votre part. Il s'agira de répondre à une série de 4 questionnaires envoyés à 2-3 semaines d'intervalle et vous demandant soit d'identifier des obstacles à la continuité des soins ou de choisir ceux qui vous apparaissent comme les plus importants après avoir pris connaissance des réponses du groupe. Toutes les réponses seront traitées de manière anonyme. Une secrétaire éliminera les données nominales et retranscrira toutes les réponses avant leur analyse. 15 minutes devraient suffire pour répondre à chacun des questionnaires. Un rapport final sera envoyé à tous les participants.

Le premier questionnaire sera envoyé le 1er Octobre . L'étude devrait donc s'étendre jusqu'à février 2001.

Si vous êtes :

- 1- Intéressé par le sujet
- 2- Et disponible durant la période du XXX au XXX

Veuillez nous le signifier par fax, courrier ou courriel d'ici le XXX et remplir le formulaire ci-joint. Ces données ne seront pas recoupées avec les réponses de l'étude. Elles serviront simplement à faire un portrait global des répondants et à communiquer avec vous pour les fins de l'étude. Toutes ces données seront détruites après l'étude et ne seront utilisées à aucune autre fin. Seule la secrétaire de l'étude aura accès à vos

réponses. Toutes les réponses seront transcrites et anonymisées avant leur transmission aux chercheurs.

Avec l'expression de mes sentiments les plus distingués,

Jean De Serres, MD, CCMF

ANNEXE F**Questionnaire de renseignements généraux pour les participants au Delphi**

Numéro d'identification : XXX

1- Précisez votre groupe d'âge (encerclez le chiffre correspondant) :

1. Moins de 35 ans
2. Entre 35 et 44 ans
3. Entre 45 et 54 ans
4. Entre 55 et 64 ans
5. Plus de 65 ans

2- Indiquez votre sexe (encerclez votre choix):

1. Masculin
2. Féminin

3- En quelle année avez-vous obtenu votre permis d'exercice de la médecine au Québec?

19 ____

4- Quelle est votre spécialité s'il y a lieu? (Indiquez CCMF pour les certifiés en médecine familiale) :

5- Où est situé votre lieu de pratique?

1. Zone urbaine
2. Zone rurale

6- Quel est votre type de pratique principal?

1. Cabinet privé
2. CLSC
3. Hopital
4. Autre : _____

7- Adresse :

1. Rue :
2. Ville :
3. Province :
4. Code Postal :
5. Téléphone :
6. Fax :
7. Courriel :

Veillez retourner ce formulaire dans l'enveloppe affranchie ci-jointe, avant le 5 octobre 2000 s'il-vous-plaît. Nous vous remercions de votre collaboration.

ANNEXE G

Premier envoi

Merci d'avoir accepté de participer à cette étude.

Un numéro d'identification vous a été assigné et sera inscrit sur tous les questionnaires et formulaires de réponses. Il ne servira qu'à identifier les retardataires pour les relancer une fois. La secrétaire de l'étude est Sylvie Bélisle. C'est elle qui recevra toutes vos réponses et qui les retranscrira après avoir effacé les données nominales, de sorte que les chercheurs n'auront aucune idée de la source des réponses et commentaires. Il n'y aura pas de recoupement entre les réponses et les données fournies sur cette page. Ces données ne serviront qu'à faire un portrait global des participants à l'étude. Vous avez 10 jours pour répondre au questionnaire. Une secrétaire pourrait vous contacter par téléphone pour vous rappeler de remplir le formulaire. Pour toute question sur le processus, n'hésitez pas à nous contacter au 819-712-0405 (Dr Jean De Serres).

Coordonnées de la secrétaire

Coordonnées de JDS

ANNEXE H

Premier Questionnaire

La continuité des soins est un élément essentiel de la pratique en médecine familiale. Il s'agit d'un concept assez large allant d'une forme quelconque de fidélité à un médecin ou une clinique, à la qualité d'une relation thérapeutique continue entre un patient et un médecin.

La continuité est aussi un objectif des principales organisations médicales québécoises et de notre système de santé. Or, il appert que la continuité des soins n'est pas facile à atteindre. Plusieurs auteurs constatent une diminution de la continuité des soins (3-4) ou une continuité insuffisante. Or, si on possède plusieurs données sur les effets de la continuité, la littérature concernant les coûts et les obstacles à la continuité est assez réduite. Il existe peu ou pas de données sur les perceptions des médecins face aux problèmes qui entravent la continuité.

Les obstacles peuvent se situer au niveau de la structure, du mode de rémunération des médecins, des acteurs, de la relation médecin-patient ou du processus médical. Ils risquent de varier en fonction des différents acteurs concernés. Or il nous apparaît essentiel pour les décideurs de bien connaître ces obstacles avant de prioriser la continuité des soins ou d'établir des stratégies pour la faciliter.

Nous cherchons par cette étude à identifier les obstacles perçus par les médecins comme nuisant à la continuité des soins, celle-ci étant la fidélité à un même médecin pour les soins primaires, ou étant une relation thérapeutique continue et de bonne qualité entre un médecin et un patient.

Dans un premier temps, il s'agit d'identifier tous les obstacles possibles sans les expliquer ou les défendre. Dans une étape ultérieure, nous chercherons à les prioriser par ordre d'importance.

Veillez nommer ou identifier tous les obstacles à la continuité des soins que vous pouvez imaginer, peu importe le type d'obstacle (financier, philosophique, structurel, personnel, etc.). A cette étape, ne tentez pas de justifier ou développer vos réponses. Il s'agit d'une sorte de brainstorming qui doit permettre de faire une liste exhaustive des obstacles possibles. Vous pouvez nommer autant d'obstacles que vous le souhaitez. Au besoin, faites une copie de cette page.

Obstacle 1 :

Obstacle 2 :

etc.

ANNEXE I

Réponses au premier questionnaire

LES OBSTACLES SONT :

- 1- L'augmentation du volume de demandes de soins.
- 2- Un accès inadéquat aux ressources diagnostiques et thérapeutiques.
- 3- Un accès inadéquat aux consultants.
- 4- Un accès inadéquat aux résultats des analyses et consultations.
- 5- Un accès inadéquat à d'autres professionnels de la santé (infirmières, diététistes, etc).
- 6- Un mode de rémunération inadéquat .
- 7- Un niveau relatif de rémunération inadéquat pour les pratiques avec continuité.
- 8- Un remboursement insuffisant des frais de la pratique en cabinet privé respectant la continuité des soins.
- 9- Le coût élevé de la continuité.
- 10- Une valorisation abusive du rapport coût/bénéfice.
- 11- La fragmentation des soins.
- 12- Le développement important de la médecine rapide (polycliniques, urgences).
- 13- La valorisation de la rapidité et du volume aux dépens de la continuité.
- 14- La non valorisation de la médecine familiale.
- 15- La pénurie de médecins.
- 16- Des critères de performance incompatibles avec la continuité.
- 17- Un système de rappel inadéquat ou absent.
- 18- Un système de triage inadéquat ou absent.
- 19- Un système d'archives inadéquat.
- 20- Des ressources secrétaires inadéquates.
- 21- Des dossiers médicaux inadéquats.
- 22- L'existence de 2 systèmes parallèles : Cabinets privés et CLSC.

- 23- La communication inadéquate entre les établissements et les médecins de famille.
- 24- Le manque d'information du réseau.
- 25- La confusion des rôles respectifs des médecins de famille et des spécialistes.
- 26- Les communications inadéquates entre les différents intervenants : médical, social, paramédical.
- 27- Les résistances à une approche d'équipe.
- 28- Le non-respect de la libéralité de la profession.
- 29- La mobilité et la variabilité du personnel de soutien.
- 30- Un système de garde inadéquat ou absent.
- 31- L'absence d'enregistrement des patients.
- 32- Le refus des secrétaires de participer à certaines tâches favorisant la continuité des soins.
- 33- Une priorisation inadéquate des patients.
- 34- La surcharge de travail consécutive aux tâches administratives des médecins.
- 35- L'avantage des salles d'attente est de permettre au médecin traitant de se reposer.
- 36- L'obligation de travailler en établissement nuit à la continuité.
- 37- Le nombre trop élevé d'intervenants.
- 38- Les variations dans le type et la qualité des services offerts par les médecins.
- 39- Les problèmes d'horaire.
- 40- L'augmentation de la complexité des pathologies.
- 41- Le vieillissement de la population.
- 42- L'augmentation des maladies chroniques.
- 43- La mobilité de la population.
- 44- La préférence de certains patients pour la rapidité avant la continuité.
- 45- Une vision différente de la continuité de la part des patients.
- 46- Le manque de compréhension du patient.
- 47- Le magazinage des médecins par certains patients.
- 48- Le rejet de la continuité par certains patients.
- 49- Le manque de connaissances médicales de la part des patients.

- 50- La croyance de certains patients que l'idéal est de voir des « spécialistes ».
- 51- La sensibilisation graduelle des patients à leurs risques de vie ou à leurs risques génétiques.
- 52- La féminisation de la profession.
- 53- La perte de qualité de vie associée à la pratique avec continuité des soins.
- 54- Une formation inadéquate des médecins de famille sur la nécessité de la continuité des soins.
- 55- Le manque de disponibilité des médecins.
- 56- La diminution des heures des médecins.
- 57- Des heures limitées de bureau sans garde.
- 58- Le manque de compréhension du médecin.
- 59- Le manque d'intérêt des médecins.
- 60- Le manque d'intérêt de la part des médecins de famille pour le travail en établissements de longue durée.
- 61- Le manque d'intérêt de la part des médecins pour les soins à domicile.
- 62- La tendance des médecins de famille à se spécialiser.
- 63- Ne pas travailler en milieu hospitalier .
- 64- Ne pas travailler dans plusieurs milieux.
- 65- L'attitude négative des spécialistes envers les médecins de famille.
- 66- Le manque de connaissance à propos de l'interdisciplinarité et le manque d'habiletés pour le travail en équipe.
- 67- Les problèmes de communication entre médecins de famille et consultants.
- 68- Le manque d'intérêt des médecins pour la vaccination.
- 69- La pratique solo.
- 70- La fatigue du médecin.
- 71- L'augmentation de la complexité des soins.
- 72- La difficulté de suivre les cas lourds.
- 73- La difficulté de suivre les patients avec un problèmes somatoforme.
- 74- La lourdeur de l'examen médical périodique.
- 75- La variabilité des conceptions de la continuité des soins parmi les médecins de famille.

- 76- La médicalisation de certains problèmes qui n'appartiennent pas à la médecine.
- 77- Une mauvaise relation médecin-patient.
- 78- Une approche qui n'est pas centrée sur le patient.
- 79- L'absence de «contrat de soins» .
- 80- Le manque de données probantes sur la continuité.
- 81- Le fait que la médecine soit curative plutôt que préventive.
- 82- _____
- 83- _____
- 84- _____
- 85- _____

ANNEXE J

Questionnaire numéro 2

Cher docteur,

Nous vous remercions une fois de plus pour votre participation à cette étude visant à identifier les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale perçus par les médecins. Nous en sommes à la deuxième étape.

Voici la liste de tous les obstacles reçus en réponse au premier questionnaire. 142 obstacles nous ont été proposés. Les duplications ont été éliminées et certains énoncés ont été décomposés en 2 ou plusieurs énoncés, ce qui ramène le nombre d'obstacles à 81. Certains énoncés ont été reformulés par souci de clarté et pour fondre en un seul plusieurs obstacles similaires. Dans tous les cas, nous avons tenté autant que possible de préserver les idées initiales.

Le but de cette étape est de clarifier les énoncés soumis dans la première étape, de les valider dans leur nouvelle formulation et de faire un premier tri par ordre d'importance.

Nous vous demandons :

- 1- De faire un crochet devant chaque énoncé qui est selon vous un véritable obstacle à la continuité des soins en médecine familiale.
- 2- De rayer les énoncés avec lesquels vous n'êtes pas d'accord.
- 3- Au besoin, ajouter d'autres obstacles à cette liste
- 4- D'identifier les 20 énoncés qui vous apparaissent comme les 20 plus importants obstacles à la continuité des soins en inscrivant les numéros correspondants dans l'espace prévu à cette fin.
- 5- De nous retourner votre réponse dans l'enveloppe préadressée et préaffranchie avant le 12 janvier 2001.

Encore une fois, nous vous rappelons que vos réponses demeureront anonymes.

Toutes les réponses sont transcrites de manière anonyme par la secrétaire de

recherche avant remise aux chercheurs. Nous vous soumettrons les réponses du groupe pour validation finale dans le prochain envoi.

Les 20 principaux obstacles

Les 20 principaux obstacles à la continuité des soins sont les suivants. L'ordre exact importe peu. Il s'agit surtout d'identifier 20 obstacles qui sont importants selon vous :

- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-
- 11-
- 12-
- 13-
- 14-
- 15-
- 16-
- 17-
- 18-
- 19-
- 20-

ANNEXE K**Réponses au deuxième questionnaire**

1	8
2	7
3	7
4	5
5	6
6	6
7	6
8	5
9	2
10	1
11	4
12	5
13	9
14	6
15	9
16	3
17	3
18	1
19	0
20	4
21	2
22	3
23	8
24	2
25	3
26	6
27	4

28	2
29	1
30	4
31	2
32	0
33	2
34	4
35	0
36	0
37	1
38	1
39	2
40	2
41	4
42	2
43	3
44	6
45	3
46	1
47	3
48	3
49	1
50	1
51	1
52	1
53	3
54	5
55	3
56	1
57	3
58	0

59	3
60	0
61	3
62	4
63	1
64	2
65	0
66	3
67	4
68	0
69	2
70	1
71	3
72	3
73	2
74	0
75	3
76	0
77	4
78	4
79	2
80	1
81	1

Total 236/236

ANNEXE L

Questionnaire numéro 3

Cher docteur,

Nous vous remercions une fois de plus pour votre participation à cette étude visant à identifier les obstacles à la continuité des soins en médecine familiale perçus par les médecins. Nous en sommes maintenant à la dernière étape.

Voici la liste des 26 énoncés retenus à la suite de l'étape précédente. 16 énoncés avaient reçu 5 votes ou plus tandis que 26 avaient reçu 4 votes ou plus. Certains énoncés d'obstacles ont été suggérés et sont ajoutés à cette liste.

Le but de cette étape est double.

D'une part il s'agit de valider le choix des 20 énoncés les plus importants en votant une dernière fois. Il s'agit d'inscrire le numéro des énoncés choisis **PAR ORDRE D'IMPORTANTANCE cette fois-ci.**

D'autre part, nous vous demandons d'identifier des solutions possibles lorsque vous en connaissez.

Enfin, veuillez nous retourner ce formulaire dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie avant le 2 mars 2001.

Encore une fois, nous vous rappelons que vos réponses demeureront anonymes. Toutes les réponses sont transcrites de manière anonyme par la secrétaire de recherche avant remise aux chercheurs. Nous vous remercions infiniment pour votre collaboration à ce projet. Nous vous enverrons une copie du texte final dès qu'il sera prêt.

**LES PLUS IMPORTANTS OBSTACLES À LA CONTINUITÉ DES SOINS
SONT :**

1- L'augmentation du volume de demandes de soins.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

2- Un accès inadéquat aux ressources diagnostiques et thérapeutiques.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

3- Un accès inadéquat aux consultants.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

4- Un accès inadéquat aux résultats des analyses et consultations.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

5- Un accès inadéquat à d'autres professionnels de la santé (infirmières, diététistes, etc).

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

6- Un mode de rémunération inadéquat .

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

7- Un niveau relatif de rémunération inadéquat pour les pratiques avec continuité.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

8- Un remboursement insuffisant des frais de la pratique en cabinet privé respectant la continuité des soins.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

9- La fragmentation des soins.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

10- Le développement important de la médecine rapide (polycliniques, urgences).

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

11- La valorisation de la rapidité et du volume aux dépens de la continuité.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

12- La non valorisation de la médecine familiale.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

13- La pénurie de médecins.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

14- Des ressources secrétaires inadéquates.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

15- La communication inadéquate entre les établissements et les médecins de famille.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

16- Les communications inadéquates entre les différents intervenants : médical, social, paramédical.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

17- Les résistances à une approche d'équipe.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

18- Un système de garde inadéquat ou absent.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

19- La surcharge de travail consécutive aux tâches administratives des médecins.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

20- Le vieillissement de la population.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

21- La préférence de certains patients pour la rapidité avant la continuité.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

22- Une formation inadéquate des médecins de famille sur la nécessité de la continuité des soins.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

23- La tendance des médecins de famille à se spécialiser.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

24- Les problèmes de communication entre médecins de famille et consultants.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

25- Une mauvaise relation médecin-patient.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

26- Une approche qui n'est pas centrée sur le patient.

SOLUTIONS_POSSIBLES : _____

27- Rapport des consultants incomplets et ne favorisant pas le retour au médecin de famille

28- Consultations téléphoniques non rémunérées

29- Les AMP devraient être conditionnel à la pratique en cabinet privé et à la garde à l'étage

30- La pratique en cabinet privée n'est pas reliée à la pratique hospitalière

31- Rémunération ne favorisant pas les prélèvements et les analyses de laboratoire en cabinet privé

32- Le manque de confiance d'un patient envers l'un des médecins du groupe

33- La maladie ou l'absence pour congé de maternité

34- Le remplacement mutuel dans un groupe

35- Mauvaise utilisation de l'expertise médicale dans une équipe

Les 20 principaux obstacles

Les 20 principaux obstacles à la continuité des soins sont les suivants, PAR ORDRE D'IMPORTANCE (veuillez inscrire le numéro correspondant à chaque énoncé retenu):

1-

2-

3-

4-

5-

6-

7-

8-

9-

10-

11-

12-

13-

14-

15-

16-

17-

18-

19-

20-

REMERCIEMENTS

Je désire remercier sincèrement le Dr Marie-Dominique Beaulieu pour ses conseils et l'inspiration qu'elle a su donner à ce travail; la FMOQ qui m'a accordé une bourse de recherche qui a servi à élaborer le protocole de recherche; le CMFC qui m'a fait confiance pour présider le comité des politiques de santé et aborder la problématique de la continuité des soins; Sylvie Bélisle qui a fourni le travail secretarial avec tant de gentillesse, le Dr Claire Bérard qui m'a aidé de nombreuses manières à mener à bien ce travail, et Suzanne Chagnon qui m'a donné tant d'énergie.

