

# L'ACCÈS ADAPTÉ : UNE INNOVATION POUR AMÉLIORER L'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN EN PREMIÈRE LIGNE



**Mylaine Breton**, MBA, PhD,  
Université de Sherbrooke  
Centre de recherche, Hôpital Charles-LeMoyne

**Alexis Guilbert-Couture**,  
Direction de l'organisation des services de première ligne  
intégrés  
Ministère de la santé et des services sociaux

Le 26 janvier 2016

 UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

 @bretonmylaine

Santé  
et Services sociaux  
Québec 

# Plan

- 1) Problème d'accessibilité aux services de première ligne. Le Québec comparé Enquête Commonwealth Fund (2013)
- 2) Origine Accès adapté et ses principes directeurs
- 3) MSSS/FMOQ formation AA
- 4) Résultats empiriques – premières cohortes de médecins ayant implanté AA
- 5) Discussion/conclusion

# Contexte: Québec a une piètre performance selon les indicateurs d'accessibilité (CSBE, Commonwealth Fund, 2013)

## Problèmes:

- Nombre élevé de patients orphelins – sans médecin de famille
  - Patients déclarant avoir un médecin de famille; 77% Qc vs 90% Ontario (moyenne 85% Canada).
  - Patients inscrits à un médecin de famille. %
- Accessibilité populationnelle: Délai pour voir un médecin ou infirmière en cas de besoin.
  - Qc: 40 % peuvent voir un médecin ou une infirmière le même jour ou le lendemain. Proche de la moyenne canadienne.
- Accessibilité à son médecin de famille en cas de besoin

# Origine et postulats de l'Accès adapté

- Origine

- Dr Mark Murray et Mme Catherine Tantau (Kaiser Permanente)
- Les principes de "l'Advanced Access" sont issue de théories appliquées, notamment du génie industriel

*Une pratique où le patient peut avoir accès à des services médicaux de 1ère ligne en temps opportun*

- Postulats

- Équilibre entre l'offre et la demande de services
- Modèle ajustable

# Les concepts et principes de l'Accès adapté

- Réorganisation de l'agenda et de la prise de rendez-vous
  - Modèles d'accès adapté
  - Horaire accordéon
  - Lisser l'offre et standardiser les plages horaires
  - Lisser la demande
- Actualisation des rôles et tâches
  - Intégrer les services
  - Partage de tâches et interprofessionnalisme
  - Optimiser le temps médecin-infirmière
- Planification stratégique
  - Effectuer des mesures périodiques
  - Éliminer la liste d'attente
  - Plan de contingence et périodes de débordement
  - Élaboration d'un plan stratégique
- Communication
  - Outils
  - Responsabilisation du patient

# Les mythes associés à l'Accès adapté

## Mythes

- La demande de services est infinie
- Les listes d'attente sont inévitables

## L'Accès adapté ce n'est pas...

- Une clinique “walk-in”
- Un nouveau système de prise de rendez-vous
- Une simple réorganisation de l'agenda du médecin
- Une réorganisation basée sur l'anecdote
- Un projet clé en main

*“La folie, c'est de faire toujours la même chose et de s'attendre à un résultat différent”*

Albert Einstein

# La formation en Accès adapté FMOQ-MSSS

- Formation régionale
- Équipe de formation
- Personnes visées par la formation
- Présentation de différents modèles
- Capsule vidéo (FMOQ)

*Plus de 2000 médecins de famille et  
professionnels de la santé formés jusqu'à maintenant*

# PROJET RECHERCHE: L'IMPLANTATION DE L'ACCÈS ADAPTÉ PARMIS LES PREMIERS MÉDECINS DE FAMILLE AU QUÉBEC

---



Mylaine Breton, Université de Sherbrooke

Lara Maillet, ENAP

Isabelle Paré, FMOQ

Sabina Abou-Malham, Université de Sherbrooke

Nassera Touati, ENAP

Alexis Guilibert-Couture, DOSPLI, MSSS

 UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

Centre de santé et de services sociaux  
Champlain—Charles-Le Moyne

Centre affilié universitaire et régional de la Montérégie

 UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE

# Objectifs

**Volet qualitatif:** Explorer l'expérience de l'implantation des principes directeurs de l'accès adapté dans la pratique des premiers médecins de famille au Québec l'ayant adopté

- 1) Décrire l'accès adapté implanté selon les principes directeurs définis par Murray
- 2) Analyser les facteurs influençant l'implantation de l'accès adapté
- 3) Documenter les effets perçus par les médecins de famille sur leurs pratiques, leurs collègues et leurs patients

**Volet quantitatif:** Mesurer les effets de l'implantation de l'accès adapté sur les profils de pratiques des médecins et l'utilisation des services médicaux par les patients (en attente CAI).

# Méthode – Volet qualitatif

## **Participants:**

- Deux premières cohortes de médecins de famille ayant participé à la Formation AA MSSS/FMOQ
  - (2011-2012, 2012-2013; n=43).

## **Collecte de données:**

- Entrevues semi-dirigées (face-à-face ou par téléphone) (n=21)

## **Analyse:**

- Analyse thématique basée sur les principes directeurs de AA (Murray) et sur les facteurs influençant l'implantation (Chaudoir).
- Logiciel utilisé: QDA Miner

# RÉSULTATS

---

- 1) Décrire l'accès adapté selon les principes directeurs selon Murray

# 1) Équilibrer l'offre et la demande

- **Offre et demande équilibrée:**
  - *caseload = temps consacré prise en charge, durée moyenne des consultations, taux retour des patients*
- Grande variation de l'offre
  - Caseload: de 500 à 2400 patients
  - Pratique multi-sites
  - Durée des consultations: entre 15 et 45 minutes

## Reflexions sur leur pratique

- Engagement dans AA amène les MD à prioriser et délaisser certaines activités

## 2) Réduire les retards accumulés

### Identifier une date d'implantation

- Planifier en avance
- Informer les patients (lettres, affiches, journaux locaux).

### Phase de transition

- Charge additionnelle de travail temporaire (6 mois à 1an1/2) pour éliminer la liste d'attente
- *« Au début donc, j'ai dû travailler plus parce que je leur avais promis que je les verrais quand ils seraient malades. Mais il y avait pas de place tant que ça au début, donc au début j'ai travaillé plus, j'ai rajouté des rendez-vous à la fin de la journée, tout ça, pour pouvoir vraiment répondre à leurs demandes, et la liste d'attente tranquillement a baissé. Ça a pris un an et demi pour éliminer ma liste d'attente ».*
- Adoption d'une stratégie "Reset" (1 MD): Rendez-vous planifiés annulés à partir de la date d'implantation.

# 3) Revoir le système de rendez-vous

- **Principe: diminuer le nombre de RDV pour réduire les délais**

- 3 types de conditions cliniques
  - Condition aigue
  - Suivi maladies chroniques, suivi de grossesse, CSST/SAAQ
  - Examen routine (général\*, pédiatrique)

- **Système de RDV**

- 1<sup>er</sup> Type (n=13)
  - 35% des RDV sont ouverts sur une période de 2 à 4 semaines (suggéré par Murray).
  - Suivi maladies chroniques, clientèles particulières: suivi de grossesse, pédiatrique, CSST, etc.
- 2<sup>ième</sup> type (n=3)
  - 100% des RDV sont ouverts sur 2 semaines

- **Patients vulnérables**

- Responsabilités accrues des patients: Défis pour certains types de patients. Ex. problèmes cognitifs, problèmes santé mentale
- Inquiétudes des médecins - perte de suivi de certains patients vulnérables
- Stratégies:
  - Liste de rappel.
  - Monitoring des patients vulnérables qui n'ont pas consulté au cours de la dernière année (n=1MD)

## 4) Pratiques interdisciplinaires

### Transformation des rôles professionnels:

- Secrétaires

- Nouvelles habiletés

- la raison de consultation
- l'urgence de la demande (suivi, demande aigue).

*«Il y a un premier triage à faire au téléphone sur la raison de la consultation; Donc elles ont un premier rôle à jouer pour vraiment voir la demande du patient c'est quoi, puis bien l'orienter. Elles ne sont pas là pour trier par pathologies. Elles n'ont pas la formation et elles ne peuvent pas faire ça».*

## 4) Pratiques interdisciplinaires

### **Transformation des rôles professionnels:**

- Infirmières
  - Rendez-vous séquentiels pour le suivi de maladies chroniques
  - Suivi conjoints
  - Accès adapté pour les infirmières (n=2). Plages horaires disponibles ouvertes chaque jour pour urgence mineure.

## 5) Plan contingence

### **Pratique individuelle:**

- Jumelage avec un autre médecin de famille lorsque absent (n=12).
  - Suivi résultats examens (laboratoires, imagerie, etc.).
  - **Parfois**, RDV avec patients.
  - **Souvent**, walk-in clinic (autres médecins de la clinique).

### **Pratique organisationnelle:**

- Pratique de groupe
- Partage la responsabilité d'une population **inscrite**

# FACTEURS FACILITANTS/ BARRIÈRES AU CHANGEMENT

---

## **Dimensions**

Patients

Professionnelle

Organisationnelle

Environnementale

# Patients

- Insatisfaction des patients

*« Avant notre utilisation de l'accès adapté, c'est sûr qu'on avait toujours des patients un peu insatisfaits, ils étaient pas capables d'avoir des rendez-vous, des listes d'attente qui sont longues, des secrétaires qui se font engueuler. Mais je pense qu'en prémisse, c'est un peu l'insatisfaction et l'attente qu'on avait depuis longtemps, nos patients qui avaient de la difficulté à nous voir et tout et tout, qui a motivé le changement, parce que si ça allait très bien avant, on n'aurait probablement pas embarqué dans un modèle si on était tous heureux et tout allait bien »*

# Professionnelle

- Irritants professionnels
  - Insatisfaction de leur faible disponibilité
  - Pratiques cliniques moins intéressantes et stimulantes (problématique non aigue)
  - Réflexion sur la pertinence de l'examen annuel pour tous
- *« Tu avais des journées de bureau, on s'entend, qui étaient plates en titi, parce que tu voyais un paquet de monde qui finalement a pas besoin de te voir. Ils avaient besoin de te voir deux mois avant, mais ils n'étaient pas capables de te voir; ils sont venus à l'urgence, leur problème est réglé. Finalement, ils n'ont rien à te dire, là. Puis on s'entend qu'à 30 ans, ils n'ont pas besoin d'un bilan annuel ».*
- Leaders au Québec
- Ouverture face aux changements de pratique

# Organisationnelle

- Démarche collective (n=3)
- Initié par un médecin – effet entraînement
- Disponibilité de ressources professionnelles
- « *Bien, ce que je dis souvent c'est qu'il faut avoir absolument des gens à qui on délègue. Il faut avoir des infirmières. Tu peux le faire toute seule si d'autres veulent pas suivre. Ça se fait. Mais ne tu peux pas le faire toute seule, toute seule, là. Il faut que tu délègues. Donc il faut avoir du personnel compétent. C'est sûr. Secrétaire et infirmière, elles font partie du deal; sinon ça ne fonctionne pas. Moi, docteure toute seule, je veux bien les voir un peu moins souvent, mais je suis limitée. Donc ça prend absolument une secrétaire et une infirmière compétentes et qui embarquent là-dedans. Ça, c'est essentiel; sinon, ça fonctionne pas* ».
- Réceptivité à un fonctionnement multidisciplinaire
- Mentorat pour former à l'AA
- Flexibilité dans l'embauche ressources cléricales
- Absence d'implantation simultanée du dossier électronique

# Environnementale

- Pressions cognitives et normatives AA
- Formation MSSS/FMOQ
- Peu influence DRMG
- AMP – pratique multi-sites

# RÉSULTATS

---

Effets perçus par les médecins de famille

# Perceptions des médecins de famille

- Points positifs:
  - Satisfaction des patients
  - Satisfaction des autres professionnels
  - Pratique clinique stimulante
  - Diminution : recours au Sans RDV et urgences
  - Prise en charge de nouveaux patients
- Points négatifs/ à revoir:
  - Perte de suivi de certains **patients vulnérables**
    - « *Pour moi, le seul désavantage de l'accès adapté, c'est que moi j'ai pas de liste de rappel, puis j'ai quelques patients vulnérables que là ils n'ont pas de rappel. Ils ne viennent pas. Ça fait que ça, c'est certain qu'on perd peut-être certains vulnérables qui, quand on leur disait de venir, venaient. Mais là en les appelant pas, ils viennent juste pas. Tu sais, des diabétiques plus ou moins compliants ou des gens avec de la santé mentale, bien, peut-être qu'on en a perdus une couple et que ça va prendre un peu de temps avant qu'ils viennent nous voir. C'est le seul désavantage de l'accès adapté* »

# Limites de l'étude

- Premières cohortes des médecins de famille (leaders, N=21)
- Perceptions limitées aux médecins de famille et non pas de l'ensemble des professionnels et des patients impliqués dans le changement vers l'accès adapté

# Messages clés

- 1) Accès en temps opportun = pas plus 48 heures délais.
  
- 2) Enjeux
  - Accès en temps opportun vs continuité relationnelle
  - Continuité relationnelle vs continuité équipe
  - Responsabilité individuelle vs responsabilité collective

# Conclusion

- Le rôle de la DOSPLI dans la diffusion de l'accès adapté au Québec
- Nouveau cadre GMF

# Questions?

[mylaine.breton@usherbrooke.ca](mailto:mylaine.breton@usherbrooke.ca)

[alexis.guilbert-couture@msss.gouv.qc.ca](mailto:alexis.guilbert-couture@msss.gouv.qc.ca)



@bretonmylaine



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE