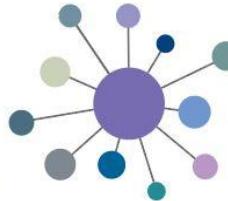


## Réseau sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés



## Primary and Integrated Health Care Innovations Network

**Sondage rapide sur la COVID-19 auprès des cliniciens en soins primaires : résumé du septième sondage (5-8 juin 2020) pancanadien auprès des cliniciens en soins primaires de première ligne concernant leur expérience relative à la COVID-19.**

Le vendredi 5 juin, le Réseau de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés, en partenariat avec le Larry A. Green Center, a lancé la série 7 du Sondage rapide hebdomadaire pancanadien sur la COVID-19 en soins primaires. Pour cette semaine, nous avons également coopéré avec la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse ainsi qu'avec les associations Nurse and Nurse Practitioners of British Columbia, Doctors of BC et Doctors Nova Scotia.

La majorité des cliniciens en soins primaires (> 80 %) mentionnent que les patients apprécient leurs soins. Un grand nombre d'entre eux (48 %) mentionnent également que la santé publique apprécie les soins primaires. Ces chiffres contrastent fortement avec le peu de valeur accordée aux soins primaires, à leur avis, par le gouvernement fédéral (31 %), les hôpitaux (20 %), les systèmes de santé régionaux (30 %) et les assureurs gouvernementaux (38 %). Bien que les systèmes de paiement continuent à sous-estimer les options de soins virtuels, l'adoption rapide et l'utilisation des soins virtuels par les cliniciens ont commencé à révéler de nettes préférences. Selon la majorité des cliniciens, les visites par vidéo et par téléphone conviennent bien aux consultations auprès d'adultes ayant des affections chroniques stables (70 %), au counseling en santé mentale et comportementale en soins primaires (69 %), et aux interactions avec leurs patients habituels (1-5 ans dans leur cabinet) et à long terme (> 5 ans dans leur cabinet) (> 60 %). Les soins virtuels semblent convenir le moins aux évaluations physiques et/ou cognitives (71 %), aux traumatismes (65 %), aux maladies aiguës ou aux douleurs aiguës (54 %) et au bilan comparatif des médicaments (54 %). Les cliniciens estiment que les soins virtuels ne conviennent pas aux visites prénatales (51 %), à l'évaluation d'un enfant en bonne santé ou du développement d'un enfant (48 %), aux affections chroniques non stables (44 %) ou aux soins aux personnes que la présence de plusieurs déterminants sociaux de la santé interreliés rend vulnérables (41 %). En général, les cliniciens mentionnent que le courriel n'est pas un moyen approprié de donner des soins aux patients.

Trois mois après avoir commencé à adopter rapidement les soins de santé numériques, les cliniciens prennent conscience des principales forces et faiblesses de ceux-ci :

- 9 % donnent maintenant des soins par vidéo, par téléphone et en personne en proportion égale;
- 85 % ont recours aux plateformes virtuelles (vidéo ou téléphone) plus qu'à tout autre mode de prestation de soins durant la pandémie.
- Pour ce qui est de savoir si les soins virtuels conviennent bien à la transition des soins, les résultats sont partagés : 20 % des cliniciens mentionnent que les soins virtuels ne conviennent pas alors que 40 % mentionnent le contraire. Une réponse semblable apparaît concernant les formalités administratives (p. ex. formulaires scolaires ou d'invalidité).

La difficile « nouvelle normalité » des soins primaires ne semble pas vouloir s'atténuer :

- 50 % des cliniciens mentionnent que la pandémie a un fort impact ou un impact important sur leur cabinet;

- 48 % manquent toujours d'équipement de protection individuelle, et 37 % mentionnent qu'ils réutilisent l'EPI et/ou utilisent des EPI improvisés;
- 36 % mentionnent qu'ils n'ont pas la capacité de dépister la COVID chez les patients;
- 9 % mentionnent que leur stock de vaccins sera bientôt périmé sans avoir servi, ce qui signifie une perte d'investissement;
- 77 % continuent à signaler un nombre limité de visites concernant des patients en bonne santé ou atteints de maladies chroniques, dont 44 % de visites d'enfants en bonne santé retardées par leurs parents;
- 5 % des cabinets mentionnent qu'ils sont temporairement fermés, et 37 % ont mis à pied des membres du personnel de façon temporaire ou définitive;
- 34 % des répondants s'occupent de leurs enfants et/ou font la classe à la maison tout en travaillant à domicile.

**Conséquences en matière de politiques.** Plus de trois mois après le début de la pandémie, il y a peu de signes d'amélioration concernant les conditions relatives aux soins primaires. Par conséquent, beaucoup se demandent si le système de santé et les payeurs appuient leur rôle en tant que principaux et premiers prestataires de soins pour la majorité de la population. À court terme, les responsables des politiques doivent prendre des mesures immédiates pour soutenir les soins primaires par le moyen de ressources réservées à cette fin. Alors que nous voyons moins de cas de COVID-19 un peu partout au Canada, c'est maintenant qu'il faut renforcer les soins primaires en prévision de ce qui pourrait s'avérer une saison de la grippe très chargée au milieu de cette pandémie. Le secteur des soins primaires a besoin de réserves adéquates d'EPI. En outre, un engagement à réformer l'infrastructure de base à long terme est nécessaire. L'absence de réforme dans ce domaine pourrait compromettre de façon permanente la capacité des soins primaires à se rétablir et à répondre aux besoins de la population en matière de santé.

**Méthode.** Le vendredi 5 juin, le Réseau de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés, en partenariat avec le Larry A. Green Center, a lancé la série 7 du Sondage rapide hebdomadaire pancanadien sur la COVID-19 en soins primaires. Une invitation à participer au sondage a été diffusée auprès des cliniciens en soins primaires partout au pays; celle-ci était valide jusqu'au 8 juin à 23 h 59, heure du Pacifique.

**Échantillon.** Cent répondants cliniciens, dans le domaine de la médecine familiale (86 %), de la pratique infirmière avancée (9 %), de la gériatrie (2 %) ou relevant d'autres disciplines (p. ex. infirmière ou infirmier en soins primaires) (3 %), ont répondu au sondage de cette semaine. Les réponses provenaient principalement de la Nouvelle-Écosse, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Ontario; quelques-unes provenaient de l'Alberta. Parmi les cabinets, 41 % étaient situés en milieu rural, 74 % comptaient entre un et neuf cliniciens, et 87 % offraient un éventail complet de soins primaires. La plupart des cliniciens de notre échantillon (64 %) ont mentionné que leur cabinet servait seulement des patients anglophones ou francophones. Soixante-deux pour cent des répondants étaient propriétaires de leur cabinet; une autorité sanitaire ou le gouvernement possédait ou soutenait financièrement 30 % des cabinets. Un répondant sur cinq a mentionné que son cabinet était axé sur les soins de dépannage (p. ex. sans rendez-vous).

#### Citations :

« J'aurais aimé avoir davantage de tarifs virtuels que ce dont nous disposions au début, ou au moins avoir la possibilité de faire une rétrofacturation appropriée. J'ai perdu une bonne part de mon revenu – mais j'ai continué à travailler! J'ai l'impression que nous n'étions pas appréciés pour le travail que nous faisions en vue de prévenir les hospitalisations. Nous avons dû apprendre du jour au lendemain une

toute nouvelle façon de pratiquer la médecine, tout en étant stressés concernant nos propres familles, la garde des enfants et notre propre santé. Moins de patients ont pris rendez-vous avec moi, mais le seul résultat a été de raccourcir le temps d'attente. Je n'avais aucune case horaire vacante! J'ai continué à travailler et même à faire mes consultations post-partum mère-bébé (qui ne peuvent pas être retardées!), mais finalement je n'ai pu facturer que 37 \$ et non 94 \$ comme d'habitude. C'est comme si j'avais travaillé gratuitement durant six semaines. Merci au ministère de la Santé du Manitoba. »

[Médecin de famille n° 6]

« La situation est extrêmement difficile en raison du manque d'EPI et de ressources. C'est également difficile de gérer les soins primaires généraux, parce que les ressources sont limitées et que différents tests ne se font pas. Dans l'ensemble, de très mauvaises conditions dans lesquelles exercer la médecine. » [Médecin de famille n° 32]

« Nous n'avons pas assez d'EPI pour accepter un plus grand nombre de rendez-vous à la clinique. Parmi nos 7 soignants, une seule personne voit des patients tous les jours. Cette personne voit les patients des autres soignants, ce qui n'est pas habituel pour notre clinique. Nous réutilisons les blouses. Nous avons alloué 2 masques par jour pour les personnes qui voient des patients. Notre responsable des TI est en arrêt de travail, alors les visites virtuelles sont en pause. Seulement 2 soignants ont cette capacité. En matière de diabète, tous les rendez-vous sont des appels téléphoniques; il n'y a pas assez d'EPI pour faire venir les patients. Quatre membres de notre personnel travaillent à plein temps dans un centre d'évaluation de la Covid. Cinq membres sont en congé à cause de la Covid (garde des enfants, problème de santé chronique, manque de travail, choix personnel). » [Médecin de famille n° 102]

« Les restrictions dues à la COVID-19 ont amplifié les disparités et les inégalités en matière de santé qui existaient déjà chez nos populations vulnérables. » [Médecin de famille n° 24]

« Il y a des problèmes croissants concernant les médecins payés à l'acte qui refusent de s'occuper de plus d'un problème de santé grâce aux soins virtuels à cause de la structure de facturation. Pour cette raison, ils envoient des patients atteints d'affections très courantes et prévisibles aux soins urgents ou à d'autres cliniques communautaires pour la prise en charge (la dermatophytose en est un exemple récent). Nous devons soit changer le système de facturation concernant le paiement à l'acte pour accroître les services facturables et prévenir les rendez-vous en personne non nécessaires, SOIT (de préférence) changer radicalement la culture des soins médicaux payés à l'acte pour la centrer sur les patients et non sur les prestataires de soins. Ce changement contribuerait à ce que les patients ayant des problèmes non urgents ne se mettent pas en danger en allant dans des centres de soins urgents parce que leur médecin a refusé de prendre en charge un problème qui se traite facilement à cause des règles relatives à la facturation. » [Infirmière praticienne n° 96]