

# Relationship between Family Physicians and Specialist/Consultants in the Provision of Patient Care

*Report of a joint task force of The College of Family Physicians of Canada and The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*

## EXECUTIVE SUMMARY

The task force was established to advise The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (RCPSC) and The College of Family Physicians of Canada (CFPC) on matters affecting the relationship between family physicians and specialist/consultants. We invited comments on our terms of reference from groups within and outside the health professions and circulated the first draft of our report to them. We reviewed previous work on the subject and obtained responses to a structured questionnaire from representative groups within the RCPSC and the CFPC.

There was considerable interest in the subject. Some respondents were already studying it or had set up study groups. We identified problems in communication, controversies and misunderstandings about the respective roles of family physicians and specialist/consultants, and a lack of adequate undergraduate and postgraduate teaching about consultation and referral.

A harmonious relationship between family physicians and specialist/consultants is essential for high quality medical care. Patients are crucial partners in the relationship, and important ethical principles have to be considered. Efforts to improve the relationship must have as a primary goal the welfare of patients. To these ends, we propose guidelines for the consultation and referral process to the CFPC and RCPSC and a set of specific recommendations in two categories: patient-centred and profession-centred.

### Patient-centred recommendations

Referring physicians should involve

patients in the decision to refer, the choice of specialist/consultant, and the proposed management plan, including follow up and continuity of care. Referring physicians and specialist/consultants are responsible for making available to patients appropriate consultations within reasonable times.

### Profession-centred recommendations

Recommendations are addressed to RCPSC and CFPC, to universities and hospitals, and to other interested parties. They deal with the roles, responsibilities, and functions of family physicians and specialist/consultants; with guidelines on the referral process; with the need for review and evaluation of consultation and referral; with education, training, and demonstration of consultation and referral to students and residents; and with ethical aspects of the referral process.

The family physician's role is to provide comprehensive, continuing primary medical care; the specialist/consultant's role is to address the problem that led to the referral, assess the patient, and promptly communicate findings and recommendations to the patient and the referring physician. Normally specialist/consultants should send patients back to their family physicians for continuing care, but sometimes it is appropriate for specialist/consultants to provide concurrent, ongoing care. If referral to another specialist is indicated, specialist/consultants should discuss the matter with both the patient and the referring physician. A patient who has no personal family physician should be encouraged to select one.

Guidelines on the consultation and referral process have been developed

and we recommend their adoption by both RCPSC and CFPC. The RCPSC, the CFPC, and other interested parties are encouraged to develop methods for reviewing the consultation and referral process, including process and outcome measures. Education, training, and demonstration of consultation and referral, with assessment by RCPSC and CFPC during examinations and accreditation, are also recommended.

## GUIDELINES FOR CONSULTATION AND REFERRAL

The primary purpose of consultation or referral is to improve the quality of health care by making available to patients and referring physicians the knowledge and skills of specialist/consultants at appropriate times.

To achieve optimal benefit from consultation and referral, referring physicians, patients (and sometimes their families), and specialist/consultants have to accept certain responsibilities.

### Responsibilities of referring physicians:

- to ensure patients understand the need for, and purpose of, referral and consultation;
- to demonstrate courtesy and respect for patients and specialist/consultants during consultation or referral;
- to communicate clearly to specialist/consultants the purpose and problems for which help is needed;
- to send specialist/consultants (where necessary and possible) the results of findings and investigations, including copies of radiological films, so that they will be available at the time of consultation; and

- to participate in peer and system review of the consultation and referral process.

**Responsibilities of patients:**

- to understand the need for, and purpose of, the consultation or referral;
- to demonstrate courtesy and respect for both physicians;
- to ensure they understand the time and place of the consultation and the records they are to bring, and to advise both physicians if they are unable to attend;
- to understand that the results of the consultation or referral will be communicated to them by the specialist/consultant;
- to understand that the results of tests carried out by laboratory-based specialist/consultants will be reported to them by the physician who ordered them so the results can be interpreted in the appropriate clinical context;
- to understand that, after the consultation or referral, they should return to the referring physician for continuing care and advice as a result of the consultation;
- to participate in peer and system review of the consultation and referral process.

**Responsibilities of specialist/consultants:**

- to provide ease of access to their consultation services through courteous and collegial responses to referring physicians;
- to provide consultation at appropriate times or assist referring physicians to find other consultants;
- to demonstrate courtesy and respect for patients and referring physicians;
- to communicate clearly and promptly the results of consultation to referring physicians and patients;
- to promptly report the results of laboratory tests to referring physicians so the results can be

reported to patients in the appropriate clinical context;

- to advise referring physicians promptly of their patients' admission to hospital and provide prompt reports on discharge;
- to recognize referring physicians' concerns about lateral or cross referrals for unrelated medical problems;
- to return patients to referring physicians for continuing care at the appropriate time (Under some circumstances it is appropriate for specialist/consultants to provide concurrent, ongoing care for specific or complex problems. Where possible, this decision should be made with the consent of patients and referring physicians);
- to participate in peer and system review of the consultation and referral process.

**Joint physician responsibilities:**

One physician should have overall responsibility for a patient at any one time, and the patient's care should be coordinated by that physician. Referring physicians and specialist/consultants should help patients understand the reasons for this principle. Responsibility could be transferred temporarily to another physician, or be shared between physicians according to the patient's best interests and optimal care; however, transfer or sharing of care should occur only after discussion and agreement among patients, referring physicians, and specialist/consultants.

- to ensure patients know who has responsibility for follow-up care for the specific problem that led to the referral or consultation (referring physicians should discuss this with patients when referral is being considered, specialist/consultants at the conclusion of the consultation);
- to share patient care appropriately, ie, specialist/consultants usually give advice, share concurrent care, and assume interim care;

- to decide on the type of postconsultation involvement of a specialist/consultant based on discussion between referring physician and specialist/consultant after the consultation has been completed, and on discussion with the patient;
- to allow a second opinion to be sought by referring physicians and patients if a difference of opinion exists over what degree of follow up or concurrent ongoing care is appropriate.

**RECOMMENDATIONS**

**Guiding principles**

Interactions involving family physicians and specialist/consultants vary in time, place, and complexity. They may be brief or sustained, take place in doctors' offices, patients' homes, community clinics, or hospitals. Significant problems exist in the relationship among family physicians, specialist/consultants, and patients. Therefore we must find and agree on guiding principles if we are to achieve high quality, effective, and efficient medical care, especially as we face social and medical trends that could make medical care even more fragmented, episodic, and impersonal. Patient-centred and professional principles must be delineated.

**Patient-centred principles**

Because medicine is at heart a moral enterprise for the benefit of patients, we should seek our initial guiding principles in this domain. If good family physician–specialist/consultant relationships are necessary for the benefit of patients, what are patients' expectations and needs?

Recent empirical research in Canada suggests a dichotomy in patients' desire for participation in treatment decisions. Patients actively sought information, but most preferred physicians to be the primary decision makers. The ethical principles involved (ie, respect for autonomy, informed consent rules) suggest full involvement of patients in any decision

affecting them. This was emphasized by the Canadian Cancer Society: "Most cancer patients have a great need for information and usually they wish to participate fully in treatment decisions that affect them." Referring physicians, therefore, must always identify and respond to their patients' personal preferences.

**Recommendation 1:** *Referring physicians should involve patients in the decision to refer, the choice of specialist/consultant, and the proposed management plan including follow up and continuity of care.*

Many respondents to the task force commented on waiting times in offices, delay before patients could be seen by specialist/consultants, and delay by family physicians in requesting a consultant's opinion. Family physicians and specialist/consultants need constantly to reassess their own limitations and strive to maintain their competence, seeking help when needed. Specialist/consultants with long waiting lists who have colleagues who are available should encourage family physicians and patients to develop alternative referral networks and assist them to do so. Hospitals that permit long waiting lists for some physicians and surgeons while others are available should consider alternative methods of making their services available to patients sooner. Everyone in Canada should have access to comprehensive and continuous primary medical care.

**Recommendation 2:** *Referring physicians and specialist/consultants should be responsible for making available to patients appropriate consultations within a reasonable time.*

**Recommendation 3:** *Both Colleges' planning for their educational programs should be based on the understanding that everyone in Canada should have access to comprehensive and continuous primary medical care.*

### Profession-centred principles

The following professional principles are recommended to begin to resolve identified problems.

**Respect for roles.** If family physicians are to be central to the provision of primary medical care, they have a responsibility to organize systems of personal care both for their own patients when they are unavailable and for patients without family physicians who present with acute problems. Every practice and every community would then have a known pattern of practice that incorporated personal care, continuity of care, and comprehensive care.

**Recommendation 4:** *Both Colleges should affirm the central role of family physicians in the provision of comprehensive and continuous primary medical care to patients of all ages.*

We have discussed the role of specialist/consultants in several sections of this report. We emphasize the importance of the consultation process in the provision of optimal medical care.

**Recommendation 5:** *Both Colleges should emphasize that the consultation and referral process is central to the provision of optimal patient care.*

**Recommendation 6:** *Both Colleges should agree that the role of specialist/consultants is to address the problems that lead to referrals, assess patients, and promptly communicate findings and recommendations to patients and referring physicians. Under normal circumstances, specialist/consultants should return patients to referring physicians. However, it can be appropriate for specialist/consultants to provide concurrent, ongoing care for specific problems.*

**Recommendation 7:** *If, during a consultation, other problems are identified, specialist/consultants should discuss the management of these problems with referring physicians whenever feasible.*

Some patients initially present to specialist/consultants because they do not have family physicians or because of the particular circumstances of the onset of their illness.

**Recommendation 8:** *Specialist/consultants should encourage any patient who does not have a personal family physician to select one.*

### Consultation and referral

Respondents to the task force indicated a need for teaching CFPC and RCPSC residents about the consultation and referral process. Guidelines for an ideal process would facilitate this teaching. Also the task force noted that organizations concerned with particular diseases are enlisting the advice of physicians in defining guidelines for care, and some of these contain recommendations about referral. It is important in such considerations that family physicians, generalist specialist/consultants, and subspecialty specialist/consultants be involved in these deliberations.

**Recommendation 9:** *Both Colleges should adopt the guidelines on the referral and consultation process.*

**Recommendation 10:** *Both RCPSC and CFPC should discuss specialty-specific guidelines on the referral and consultation process with national specialty societies, RCPSC specialty committees, and CFPC. Such guidelines should encompass requests from referring physicians to specialist/consultants for direct patient care or laboratory services in ambulatory care, hospitals, or other facilities.*

Problems and issues arising from the consultation and referral process and provision of follow-up, continuing, and joint care by family physicians and specialist/consultants were discussed in our report. We concluded that consultation/referral is an essential system of medical care. Accountability and quality assurance are as essential here as in all other aspects of medical care. The system ought to be subjected to peer review and system analysis, such as continuous quality improvement. The task force agreed that this dynamic process ought to be under review by participants (ie, family physicians,

specialist/consultants, and patients). Many of the identified problems, some of which can be substantially influenced by local factors, could be addressed through these reviews. There is also a need to acknowledge high levels of performance (eg, with helpful letters) and to encourage better habits, such as avoiding delay in initiating referral, in responding to requests, and in sending letters or reports, in order to get even better value out of the process.

**Recommendation 11:** *The CFPC and RCPSC, together with other interested parties where appropriate, should encourage the development of methods for reviewing the consultation and referral process; in terms of quality assurance and accountability, these might include methods of peer review and system analysis, such as continuous quality improvement. These methods should be used to make qualitative and quantitative assessments of requests and responses, and to define and determine measures of success.*

**Medical education.** Some of the problems identified in communication and in family physician and specialist/consultant roles will need to be addressed through educational activities. A significant issue is the loss of family physicians from teaching hospitals due both to their declining interest and their exclusion by hospital policy (leaving those practitioners in areas of large populations without meaningful hospital affiliations). This has an effect on family physicians and on medical students: family physicians lack day-to-day interaction with specialist/consultant colleagues, and this can sometimes affect the quality and character of their practice; and medical students do not observe appropriate family physician role models in their formative years.

Faculties of medicine in Canada have made significant advances in recent decades in respect to family physician training. Every medical school in Canada has a department of family medicine. However, there is

still much to be done. For example, not all teaching hospitals have active departments of family medicine. If medical students and postgraduate trainees are to receive their education in appropriate model teaching units, how is this to be achieved? A 6-month rotation to a community hospital might only indicate that the model was appropriate for community hospitals. We believe there should be congruence between the *Guidelines for the Consultation and Referral Process* and the practices prevailing in CFPC and RCPSC clinical teaching units.

**Recommendation 12:** *Universities and both national Colleges should include effective models of the referral and consultation process and of the family physician-consultant relationship in their undergraduate and postgraduate medical education.*

**Recommendation 13:** *Both national Colleges, universities, and hospitals should ensure the appointment of family physicians in hospitals and health care facilities that will enable them to participate in the care of their patients, in medical staff activities, and in continuing medical education activities. They would then be role models for residents in family medicine and specialty training programs.*

**Recommendation 14:** *The CFPC's accredited family medicine programs should ensure that residents learn their role as referring physicians. One strategy might be to invite specialists to work as consultants in the family medicine clinical teaching unit.*

**Recommendation 15:** *The RCPSC's accredited specialty programs should ensure that residents learn their role as consultants. Relevant clinical experience, where specialists interact with family physicians over patient care, should be part of the training program.*

Within teaching units we hope for greater understanding of the factors that influence relationships among patients, family physicians, specialist/consultants, health professionals, and indeed all members of the health care team. We expect these will be repeatedly identified in formal and bedside teaching about

consultation and referral that would include medical ethics, elements of effective communication, patient-centred clinical decision making, and the appropriate roles for CFPC and RCPSC trainees. Further, both trainees and programs should be evaluated to determine whether they have achieved the desired understandings and objectives.

**Recommendation 16:** *Both Colleges' training programs should emphasize that physicians should demonstrate courtesy, respect, and good communication in their interactions with patients, colleagues, health professionals, and all members of the health care team.*

**Recommendation 17:** *Both Colleges' training programs should emphasize that family physicians should provide their patients with a system of primary medical care that is accessible, comprehensive, and continuous.*

**Recommendation 18:** *Universities and both Colleges should ensure that graduates have demonstrated competence in the consultation and referral process, including its ethical aspects, patient-centred clinical decision making, effective communication, and awareness of the roles of the health professionals involved in the process.*

**Recommendation 19:** *Both Colleges should evaluate the consultation process through assessment of programs and trainees for which they are responsible.*

...

**For information on ordering copies of the full report, please contact either College.**

*The College of Family Physicians of Canada*  
2630 Skymark Ave, Mississauga,  
Ont L4W 5A4  
Telephone (416) 629-0900  
Fax (416) 629-2761

*The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*  
774 Promenade Echo Drive  
Ottawa, Canada K1S 5N8  
Telephone (613) 730-8177  
Fax (613) 730-8250

Aussi disponible en français

# Rapport du Groupe de travail du CMFC et du CRMCC

## *La relation entre le médecin de famille et le spécialiste consultant en matière de prestation des soins de santé*

### RÉSUMÉ

Le groupe de travail a été créé pour proposer au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) et au Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) des recommandations sur les relations entre le médecin de famille et le spécialiste consultant. Nous avons invité des professionnels de la santé et d'autres groupes intéressés à se prononcer sur notre mandat et nous leur avons adressé la première ébauche de notre rapport. Nous avons recensé les travaux déjà publiés sur la question et demandé à des groupes choisis au sein des deux collèges de répondre à un questionnaire structuré.

Le sujet suscitait déjà un intérêt considérable. Certains groupes consultés avaient formé des groupes de travail pour étudier la question. Nous avons relevé, de notre côté, des problèmes de communication, des controverses et des malentendus à propos des rôles respectifs du médecin de famille et du spécialiste consultant. Enfin, nous avons constaté le manque d'enseignement aux étudiants et aux résidents en ce qui concerne la démarche de référence et de consultation.

L'harmonie des relations entre médecins de famille et spécialistes consultants est essentielle pour assurer des soins de santé de haute qualité. Les malades sont des partenaires majeurs dans ces relations où les grands principes d'éthique doivent être respectés. Tout effort d'amélioration dans ce sens doit d'abord avoir pour objectif le bien-être des malades. C'est pourquoi nous proposons aux deux collèges les lignes de conduite suivantes à propos de la référence et de la consultation. Nos recommandations se divisent en deux

catégories, selon qu'elles sont axées sur les malades ou sur les médecins.

### Recommandations axées sur les malades

Le médecin référant devrait faire participer son malade à la décision de consulter un spécialiste, au choix du consultant et à l'acceptation du programme de traitement, y compris le suivi et la continuité des soins. Il incombe au médecin référant et au spécialiste consultant de fournir au malade des consultations appropriées dans un délai raisonnable.

### Recommandations axées sur les médecins

Les recommandations de cette catégorie s'adressent au CRMCC et au CMFC, aux universités et aux hôpitaux et à tous les autres intéressés. Elles portent sur les rôles, les responsabilités et les fonctions des médecins de famille et des spécialistes consultants; sur la conduite à tenir en matière de référence; sur le besoin d'évaluer la démarche de référence et de consultation; sur la formation des étudiants et des résidents à la démarche de référence et de consultation, par l'enseignement et par l'exemple; et enfin sur les questions éthiques reliées à ce sujet.

Le rôle du médecin de famille consiste à donner des soins de santé primaires, continus et globaux. Celui du spécialiste consultant est d'évaluer le problème porté à son attention, de juger de l'état du malade et de communiquer sans tarder ses conclusions au malade et à son médecin référant. Normalement, les médecins consultants devraient renvoyer les malades à leur médecin de famille pour la poursuite du traitement; cependant, il est parfois approprié

que le spécialiste consultant dispense des soins simultanés ou de longue durée. Le spécialiste consultant, s'il juge nécessaire de référer à un autre spécialiste, doit en discuter à la fois avec le malade et avec le médecin référant. Il faut par ailleurs inciter les malades qui n'ont pas de médecin de famille à en choisir un.

Nous recommandons aux deux collèges d'adopter les lignes de conduite que nous avons élaborées au sujet de la référence et de la consultation. Nous encourageons ces deux organismes et les autres intéressés à mettre au point des moyens d'évaluer cette démarche, du point de vue des méthodes utilisées aussi bien que des résultats obtenus. Nous recommandons enfin que les deux collèges évaluent, lors des visites d'agrément et lors des examens en vue du certificat, l'atteinte d'objectifs relatifs à la démarche de référence et de consultation.

### LIGNES DE CONDUITE POUR LA RÉFÉRENCE ET LA CONSULTATION

L'objet principal de la référence et de la consultation est d'améliorer la qualité des soins de santé en mettant à la disposition des malades et de leurs médecins les connaissances et les habiletés de spécialistes consultants, en temps opportun.

Afin de profiter le plus possible de la démarche de référence et de consultation, le médecin référant, le malade et sa famille, de même que le spécialiste consultant doivent assumer certaines responsabilités.

### Responsabilités du médecin référant :

- s'assurer que le malade comprend la nécessité et le but de la référence et de la consultation;

- témoigner courtoisie et respect à l'égard du malade et du spécialiste consultant à l'occasion de la référence et de la consultation;
- faire connaître clairement au spécialiste consultant le motif de la consultation;
- transmettre au spécialiste consultant (au besoin et dans la mesure du possible) les résultats des examens (et même les copies de radiographies) qui pourraient servir au moment de la consultation; et
- participer à l'évaluation de la démarche de référence et de consultation selon des critères établis par les pairs ou par les responsables du système de santé.

**Responsabilités du malade :**

- comprendre la nécessité et le but de la référence et de la consultation;
- faire preuve de courtoisie et de respect à l'égard de chacun des deux médecins en cause;
- vérifier l'heure et l'endroit prévus et les documents à apporter pour la consultation et avertir chacun des deux médecins en cas d'empêchement imprévu;
- comprendre que le spécialiste consultant lui fera part des résultats de la consultation;
- comprendre que le médecin référant qui a demandé des examens de laboratoire tiendra le malade au courant des résultats et les interprétera dans le contexte clinique approprié;
- comprendre qu'une fois la consultation du spécialiste terminée, le malade devra revoir son médecin de famille afin de recevoir les soins et les conseils qui découlent de cette consultation;
- participer à l'évaluation de la démarche de référence et de consultation selon les critères établis par les pairs ou par les responsables du système de santé.

**Responsabilités du spécialiste consultant :**

- rendre ses services plus accessibles

- par une attitude courtoise et respectueuse à l'égard du médecin référant;
- effectuer la consultation en temps opportun ou aider le médecin référant à trouver un autre médecin consultant;
- faire preuve de courtoisie et de respect à l'égard du malade et du médecin référant;
- faire connaître clairement et sans tarder les résultats de sa consultation au malade et au médecin référant;
- transmettre sans tarder les résultats des examens de laboratoire au médecin référant afin qu'il puisse en informer le malade dans le contexte clinique approprié;
- tenir le médecin référant au courant de l'hospitalisation du malade, le cas échéant, et lui faire parvenir un rapport le plus tôt possible après le congé du malade;
- reconnaître les difficultés que posent au médecin référant la demande d'une nouvelle consultation à un autre spécialiste consultant;
- redonner au médecin référant, en temps opportun, la responsabilité de son malade pour la poursuite des soins (bien que, dans des cas particuliers ou complexes, le spécialiste consultant doit dispenser des soins simultanés ou de longue durée; si possible, une décision de ce genre sera prise avec le consentement du malade et du médecin référant);
- participer à l'évaluation de la démarche de référence et de consultation selon des critères établis par les pairs ou par les responsables du système de santé.

**Responsabilité conjointe des médecins**

En tout temps, la responsabilité globale à l'égard du malade devrait revenir à un seul médecin, chargé de coordonner les soins. Le médecin référant et le spécialiste consultant devraient aider le malade à comprendre le bien-fondé de ce principe. Il est acceptable de confier le soin d'un

malade temporairement à un autre médecin, ou de partager cette responsabilité avec plus d'un médecin dans l'intérêt du malade et pour son plus grand bien. Cependant, ce genre de transfert ou de partage des soins exige une entente et une acceptation préalables de la part du malade, du médecin référant et du spécialiste consultant.

Cette responsabilité comporte les obligations suivantes :

- s'assurer que le malade sache qui est responsable du suivi de la consultation (le médecin référant devrait s'entendre là-dessus avec le malade dès qu'il est question de référence, ce que le spécialiste consultant confirmera à la fin de sa consultation);
- partager le soin du malade de façon appropriée; habituellement, le spécialiste consultant donne son opinion, dispense des soins simultanés ou assume le traitement pour un temps donné;
- décider, une fois la consultation terminée, du rôle que jouera dorénavant le spécialiste consultant, après entente entre les médecins et le malade;
- permettre au médecin référant et au malade de solliciter l'avis d'un second consultant en cas de divergence d'opinion sur la nature du suivi ou du traitement à donner.

**RECOMMANDATIONS**

**Principes directeurs**

Les interactions entre médecins de famille et spécialistes consultants ont lieu dans des situations, dans des endroits et à des moments fort différents. Elles peuvent être brèves ou de longue durée, se dérouler au cabinet du médecin, au domicile du malade, dans une clinique communautaire ou dans un hôpital. Des problèmes importants compromettent les relations entre médecins de famille, spécialistes consultants et malades. Nous devons donc nous entendre sur des principes qui

permettront de dispenser des services efficaces et de haute qualité, surtout en ces temps de changements sociaux et de progrès scientifiques rapides qui risquent de fragmenter, de dépersonnaliser et de rendre épisodiques les soins médicaux. Nous énoncerons des principes axés d'une part sur les malades et d'autre part sur les médecins.

**Principes axés sur les malades**

La médecine étant une entreprise essentiellement d'ordre moral et orientée vers le bien-être des malades, nous devons élaborer d'abord des principes dans ce domaine. S'il est vrai que les bonnes relations entre médecins de famille et spécialistes consultants sont indispensables à cette fin, quels sont les besoins et les attentes des malades?

Selon des recherches effectuées récemment au Canada, l'attitude des malades face à la prise de décision reflète une certaine dichotomie. Les malades sont en quête d'information, mais la plupart préfèrent laisser aux médecins l'essentiel des décisions. Les principes éthiques en cause (respect de l'autonomie, conditions d'un consentement éclairé) présupposent la pleine participation des malades aux décisions qui les concernent. La Société canadienne du cancer a d'ailleurs bien souligné que la majorité des malades atteints de cancer ont un grand besoin d'information; d'habitude, ils désirent prendre part pleinement aux décisions qui les concernent. Le médecin référant doit donc déterminer les préférences du malade et en tenir compte.

**Recommandation 1 :** *Le médecin référant devrait faire participer le malade à la décision de consulter un spécialiste, au choix du consultant et à l'acceptation du programme de traitement, y compris le suivi et la continuité des soins.*

Plusieurs participants à l'étude ont traité de l'attente dans les bureaux, du délai qui s'écoule avant que le

spécialiste consultant ne puisse recevoir le malade et du retard du médecin de famille à demander l'opinion d'un spécialiste consultant. Les médecins de famille et spécialistes consultants doivent constamment évaluer leurs propres limites, aspirer à maintenir leur compétence et demander de l'aide quand ils en ont besoin. Les spécialistes consultants qui ont de longues listes d'attente et qui ont des collègues disponibles devraient non seulement encourager les médecins de famille et les malades à établir de nouveaux réseaux de référence, mais les aider à le faire. Les hôpitaux où certains médecins et chirurgiens sont débordés tandis que d'autres sont disponibles devraient envisager des façons plus expéditives de procurer une consultation aux malades. Au Canada, toute personne devrait avoir accès à des soins de santé primaires, continus et globaux.

**Recommandation 2 :** *Le médecin référant et le spécialiste consultant doivent assumer la responsabilité de mettre à la portée du malade les consultations appropriées dans un délai raisonnable.*

**Recommandation 3 :** *Les deux collègues devraient tenir compte, dans la planification de leurs programmes de formation, du principe selon lequel tous les Canadiens devraient avoir accès à des soins de santé primaires, continus et globaux.*

**Principes axés sur les médecins**

Nous recommandons d'aborder la solution des problèmes existants à la lumière des principes d'ordre professionnel suivants.

**Respect des rôles.** Les médecins de famille sont au centre même de la prestation des soins primaires. Ce rôle comprend la responsabilité de prendre les mesures nécessaires pour se faire remplacer quand ils s'absentent et d'être à la disposition des malades qui présentent des problèmes aigus et qui n'ont pas de médecin de famille. Dans chaque collectivité, on trouverait alors un

réseau de pratique médicale capable d'assurer les soins individuels, les soins continus et les soins globaux.

**Recommandation 4 :** *Les deux collègues devraient affirmer le rôle primordial des médecins de famille dans la prestation des soins primaires, continus et globaux aux malades de tous âges.*

Plusieurs parties du présent rapport traitent du rôle des spécialistes consultants. Nous y soulignons l'importance de la démarche de consultation pour la prestation de soins de la plus haute qualité.

**Recommandation 5 :** *Les deux collègues devraient mettre en lumière l'importance de la démarche de référence et de consultation dans la prestation de soins de la plus haute qualité.*

**Recommandation 6 :** *Les deux collègues devraient reconnaître que le rôle du spécialiste consultant est d'évaluer le problème porté à son attention, de juger de l'état du malade et de communiquer sans tarder ses conclusions au malade et au médecin référant. Normalement, le spécialiste consultant devrait retourner le malade à son médecin de famille pour la poursuite du traitement; cependant, il est parfois approprié que le spécialiste consultant dispense des soins simultanés ou de longue durée pour un problème particulier.*

**Recommandation 7 :** *Si le spécialiste consultant découvre de nouveaux problèmes à l'occasion de sa consultation, il devrait discuter avec le médecin référant de la conduite à tenir à ce propos, dans la mesure du possible.*

Certains malades consultent d'emblée un spécialiste parce qu'ils n'ont pas de médecin de famille ou à cause des circonstances particulières de leur maladie.

**Recommandation 8 :** *Le spécialiste consultant devrait inciter les malades qui n'ont pas de médecin de famille à en choisir un.*

### La démarche de référence et de consultation

Les correspondants du groupe de travail ont reconnu la nécessité d'enseigner la référence et la consultation aux résidents des programmes reconnus par le CMFC et le CRMCC. On pourrait simplifier cette tâche en établissant des lignes de conduite appropriées. Le groupe de travail a aussi constaté que certains organismes qui s'intéressent à des maladies particulières ont fait appel à des médecins pour définir des lignes de conduite spécifiques. Certaines de ces lignes de conduite contiennent des recommandations sur la référence et la consultation. Il est important que les médecins de famille, les spécialistes consultants généralistes et les surspécialistes participent aux discussions sur la question.

**Recommandation 9 :** *Les deux collèges devraient adopter des lignes de conduite portant sur la démarche de référence et de consultation.*

**Recommandation 10 :** *Les deux collèges devraient collaborer, avec les associations nationales de spécialistes et les comités de spécialité du CRMCC, à l'élaboration de lignes de conduite propres à chaque spécialité. Ces lignes de conduite devraient s'appliquer aux demandes qu'adresse le médecin référant à un spécialiste consultant pour le traitement proprement dit d'un malade ou pour des services de laboratoires dans des centres hospitaliers, cliniques ou autres.*

Notre rapport traite des problèmes et des questions que soulèvent la démarche de référence, le suivi et la prestation de soins continus et simultanés par les médecins de famille et les spécialistes consultants. Il conclut que la référence est un rouage essentiel des soins médicaux. La responsabilité et le maintien de la qualité sont aussi importants pour la référence et la consultation que pour tous les autres actes médicaux. Le système doit se prêter à

l'évaluation par les pairs et à l'analyse par des procédés comme la technique de l'amélioration constante de la qualité. Le groupe de travail reconnaît que ce processus dynamique devrait être évalué par les médecins de famille, les spécialistes consultants et les malades. Cette évaluation pourrait porter sur plusieurs des problèmes relevés, dont certains sont fortement influencés par des facteurs locaux. Il faut aussi trouver un moyen de valoriser le comportement exemplaire tel l'envoi d'une documentation de bonne qualité, et de promouvoir l'amélioration de la démarche, par exemple, agir promptement pour référer les malades, pour répondre aux demandes de consultation et pour transmettre les rapports. Ainsi, la démarche de référence et de consultation sera encore plus profitable à tous points de vue.

**Recommandation 11 :** *Le CRMCC et le CMFC, en collaboration s'il y a lieu avec d'autres organismes intéressés, devraient mettre au point des méthodes d'évaluation de la démarche de référence et de consultation; dans la perspective du maintien de la qualité des soins et de la prise de responsabilités, ces méthodes pourraient inclure l'évaluation par les pairs et des procédés d'analyse de systèmes (par ex., la technique de l'amélioration constante de la qualité). Ces méthodes devraient également servir à évaluer quantitativement et qualitativement les étapes de cette démarche, à en définir les critères et à en mesurer le succès.*

**Formation médicale.** C'est par l'enseignement que l'on pourra régler certains problèmes concernant la communication et le rôle des médecins de famille et des spécialistes consultants. Le manque d'intérêt du médecin de famille pour les hôpitaux d'enseignement et même son exclusion suite à certaines politiques hospitalières ont amené ces médecins à désertir les milieux universitaires des grandes régions urbaines. Outre les médecins de famille et les spécialistes, les résidents et les étu-

dians en médecine en subissent les conséquences. Les résidents sont privés d'une interaction quotidienne entre les spécialistes consultants et les médecins de famille, ce qui peut nuire au profil et à la qualité de leur pratique. De leur côté, les étudiants en médecine perdent l'occasion d'observer des modèles de rôle appropriés en médecine de famille pendant leurs années de formation.

Au cours des dernières décennies, les facultés de médecine du Canada ont fait d'énormes progrès dans la formation des médecins de famille. Chacune des facultés de médecine a créé un département de médecine familiale. Toutefois il reste encore beaucoup de travail à faire. Par exemple, tous les hôpitaux universitaires n'ont pas de département de médecine familiale. Comment donc réussir à former des étudiants en médecine et des résidents en l'absence d'unités d'enseignement qui servent de modèles? Un stage de six mois dans un hôpital communautaire pourrait donner l'impression que seul ce type d'hôpital puisse offrir un modèle d'interaction entre médecins de famille et spécialistes consultants. Nous croyons que les pratiques médicales des unités d'enseignement clinique agréées par le CRMCC et le CMFC devraient se conformer aux lignes de conduite qui s'appliquent à la démarche de référence et de consultation.

**Recommandation 12 :** *Les deux collèges et les universités devraient mettre à leur programme de formation pré- et postdoctorale l'apprentissage d'une démarche efficace de référence et de consultation, et l'étude des relations entre médecins de famille et spécialistes consultants.*

**Recommandation 13 :** *Les deux collèges, les universités et les hôpitaux devraient encourager la nomination de médecins de famille dans les hôpitaux et les établissements de soins afin qu'ils y contribuent aux soins des malades, aux activités du Conseil des médecins et dentistes et aux programmes d'éducation médicale continue. Ces médecins*

*pourraient à leur tour servir de modèles aux résidents des programmes de médecine familiale et de spécialités.*

**Recommandation 14 :** *Les programmes agréés par le CMFC devraient assurer que chaque résident soit capable d'agir à titre de médecin référent. On pourrait par exemple inviter des spécialistes à devenir consultants au sein d'une unité d'enseignement clinique en médecine familiale.*

**Recommandation 15 :** *Les programmes agréés par le CRMCC devraient assurer que chaque résident soit capable d'agir à titre de spécialiste consultant. Ces programmes devraient fournir un cadre clinique favorable à l'interaction entre médecins de famille et spécialistes dans le traitement des malades.*

Les unités d'enseignement devraient illustrer une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur les relations entre malades, médecins de famille, spécialistes consultants, professionnels de la santé et en fait, tous les membres de l'équipe de soins. Nous espérons que dans les cours magistraux autant que dans les contacts quotidiens avec les malades, l'enseignement intégrera la démarche de référence et de consultation et que l'on abordera des sujets tels que la bioéthique, les principes d'une communication efficace, la prise de décision clinique axée sur le malade ainsi que le rôle des résidents des programmes agréés par le CMFC et le CRMCC. Enfin, résidents et programmes devraient être évalués pour vérifier la compréhension et l'atteinte des objectifs.

**Recommandation 16 :** *Les programmes de formation agréés par les deux collèges devraient insister pour que les médecins manifestent de la courtoisie, du respect et le souci d'une bonne communication dans leurs relations avec les malades, les collègues, les professionnels de la santé et tous les membres de l'équipe de soins.*

**Recommandation 17 :** *Les programmes de formation agréés par les deux*

*collèges devraient insister pour que les médecins de famille mettent à la disposition des malades un système de soins médicaux primaires faciles d'accès, continus et globaux.*

**Recommandation 18 :** *Les universités et les deux collèges devraient assurer que les diplômés ont démontré leur compétence en ce qui a trait à la démarche de référence et de consultation, notamment des points de vue de l'éthique, de la prise de décision clinique axée sur le malade, de la communication efficace et de la compréhension des rôles respectifs des professionnels de la santé qui participent à cette démarche.*

**Recommandation 19 :** *Les deux collèges devraient évaluer la démarche de référence et de consultation au même titre que les autres objectifs qui sont évalués chez les résidents et dans les programmes de formation.*

...

**Renseignez-vous auprès de l'un ou l'autre Collège pour vous procurer des copies du rapport détaillé.**

*Le Collège des médecins de famille du Canada*  
2630 Skymark Avenue,  
Mississauga, ON L4W 5A4  
Téléphone (416) 629-0900  
Fax (416) 629-2761

*Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada*  
744 Promenade Echo  
Ottawa, Canada K1S 5N8  
Téléphone (613) 730-8177  
Fax (613) 730-8250

Also available in English

# GROUP LIFE and DISABILITY INSURANCE

FOR MEMBERS OF THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA



Group coverage features:

- **Income Replacement Plan for Members** – provides up to \$3,500 per month when unable to work due to sickness or accident.
- **Income Replacement Plan for Employees of Members** – provides up to \$1,500 per month when unable to work due to sickness or accident.
- **Term Life Insurance Plans for Members and Employees of Members** – provides a choice of two plans through which benefits of up to \$300,000 are available.
- **Family Term Life Insurance Option** – provides up to \$100,000 in benefits for a spouse of a member or employee of a member, and \$5,000 for each dependent child.

For further information write to:

**COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA**

2630 Skymark Avenue,  
Mississauga, Ontario,  
Canada L4W 5A4