

"My practice is full and I can't take any new patients"

John Wootton, MD
Shawville, Que.

Scientific editor, CJRM

Correspondence to:
Dr. John Wootton,
Box 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

All across the country, this refrain is heard with dismay by patients seeking a primary care physician. Although the concept is debated, there is consensus that it is good for patient care that every person be able to access a primary care provider to assist him or her with both routine and urgent care.

Physicians are independent practitioners, no less when demand for their services is high than when it is low. They are free to decide to work more or less, part-time or full-time, and even, perish the thought, to take holidays or retire. Against this backdrop are increasingly forceful demands for social accountability, "populational responsibility" and other demands that limit a physician's ability to manage his or her own time.

It is therefore not surprising to me that in the one area over which physicians have absolute control — the patient–physician relationship — they push back.

I say this because although I am among those who instruct their secretaries to advise inquiring patients that my practice is "closed," I am not quite sure how I know this. Digging a bit deeper, I think I am saying "I have as much work as I want, and I prefer to continue to care for patients I know than to take on new challenges with patients I don't." This is not quite the same thing as saying that my existing patients would be harmed (by waiting longer to see me) if I took on others. Even if on occasion an afternoon office is particularly lightly booked, my reflex is not to fill the slot with a new patient, but rather to take a coffee break!

I don't feel too guilty about all this. As a rural physician, I work long enough hours as it is. Nevertheless, I would welcome some tools to help me identify when and how to take on new patients, rather than doing so on a whim or as a result of a particularly effective lobby from a colleague, a patient or family member.

What I would like to see would look something like this:

- The responsibility for accepting new patients in a community becomes a "group" responsibility of the physicians of that community, and mechanisms need to be found to fairly distribute the load.
- There should be "1 number to call" for patients seeking a physician.
- The acceptance of a new patient should be remunerated in recognition of the challenge that a "new" patient presents, compared with a patient well-known for many years.
- Patients should have in their possession a standardized medical history, which would allow priority to be given to those with greater medical need.

Perhaps this already exists in various forms. If so, there would be benefit to making this known to the larger community. Certainly physicians have their limits, and only they can define them, but patients have a right to have their access to care determined on an objective rather than ad hoc basis. This achieved, the pressure could more effectively be applied where it belongs: on those responsible for physician supply — governments, colleges and medical schools.

© 2007 Society of Rural Physicians of Canada



«Malheureusement, je n'accepte plus de nouveaux patients»

John Wootton, MD

Shawville (Qué.)

Rédacteur scientifique,
JCMR

Correspondance :
Dr John Wootton,
CP 1086, Shawville
QC J0X 2Y0

D'un bout à l'autre du Canada, les patients qui cherchent un médecin de première ligne sont découragés en entendant cette réponse. Même si le concept soulève des débats, on reconnaît qu'il est bon pour le soin des patients que chacun puisse avoir accès à un fournisseur de soins primaires qui l'aidera à la fois pour les soins de routine et pour les soins d'urgence.

Les médecins sont des professionnels indépendants, aussi bien lorsque leurs services sont très en demande que lorsqu'ils le sont moins. Ils sont libres de décider de travailler plus ou moins, à temps partiel ou à temps plein, et même, imaginez-vous, de prendre des vacances ou de prendre leur retraite. Le tout dans un contexte de pressions accrues de responsabilité sociale, de «responsabilité devant la population» et autres exigences qui limitent la capacité d'un médecin de gérer son propre temps.

Je ne m'étonne donc pas de voir les médecins réagir dans le seul domaine où ils ont le contrôle absolu – la relation patient–médecin.

Je dis cela parce que même si je suis de ceux qui demandent à leur secrétaire de répondre aux patients que ma pratique est «fermée», je ne suis pas tout à fait sûr de savoir comment je le sais. En réfléchissant un peu plus, je pense que je me dis : «J'ai autant de travail que j'en veux et je préfère continuer de traiter les patients que je connais, plutôt que de relever de nouveaux défis posés par des patients que je ne connais pas.» Ce n'est pas tout à fait la même chose que dire que je ferais du tort à mes patients actuels (qui devraient attendre plus longtemps pour me voir) si j'en acceptais d'autres. Même s'il m'arrive de temps en temps d'avoir un après-midi particulièrement peu chargé, j'ai le réflexe de profiter du temps disponible non pas pour accueillir un nouveau patient, mais plutôt pour prendre une pause!

Je ne ressens guère de culpabilité à cet égard. Comme médecin rural, mes heures de travail sont bien assez longues, mais je serais heureux d'avoir des outils qui m'aideraient à déterminer quand et comment accepter de nouveaux patients au lieu de le faire impulsivement ou à la suite d'interventions particulièrement efficaces d'un collègue, d'un patient ou d'un membre de ma famille.

Ce que j'aimerais voir ressemblerait à ceci :

- La responsabilité d'accepter de nouveaux patients dans une communauté est une responsabilité «collective» des médecins de celle-ci et il faut trouver des moyens de répartir équitablement la charge de travail.
- Il devrait y avoir un seul numéro à composer pour les patients qui recherchent un médecin.
- Il faudrait rémunérer l'acceptation de nouveaux patients pour reconnaître le défi que pose un «nouveau» patient comparativement à un patient que le médecin connaît bien depuis des années.
- Les patients devraient avoir en leur possession un dossier normalisé de leurs antécédents médicaux, ce qui permettrait d'accorder la priorité à ceux dont le besoin médical est le plus grand.

Ces outils existent peut-être déjà sous diverses formes. Dans ce cas, il serait avantageux de les faire connaître davantage. Les médecins ont certes leurs limites et sont les seuls à pouvoir les définir, mais les patients ont le droit d'avoir accès aux soins en fonction de critères objectifs plutôt que ponctuels. Une fois cet objectif atteint, il serait possible ensuite d'exercer des pressions plus efficacement là où il le faut : sur les responsables de l'offre de médecins — les gouvernements, les ordres et les facultés de médecine.

© 2007 Society of Rural Physicians of Canada