



Médecins de famille à titre de généralistes

Margaret Tromp, MD¹

¹Department of Family Medicine, Queen's University, Kingston, Canada

Correspondance:
Margaret Tromp,
margaret.tromp@gmail.com

La Société de la médecine rurale du Canada a pour mission de «se faire l'ambassadeur des soins de médecine générale en milieu rural par l'entremise de l'éducation, de la collaboration, du militantisme et de la recherche¹.»

Les Canadiens en milieu rural partout au pays vivent dans une gamme de contextes. Certains vivent près des grandes agglomérations, d'autres sont très isolés et ne peuvent quitter leur communauté que par avion. Les compétences nécessaires au généraliste en milieu rural varient d'une communauté à l'autre. Plus tôt cette année, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) a publié son Profil professionnel en médecine de famille. Ce profil reflète l'exhaustivité de la médecine familiale, mais aborde aussi le besoin que les médecins s'adaptent à leur communauté:

«En tant que généralistes hautement qualifiés, les médecins de famille sont une ressource pour leur milieu de pratique et leur communauté; ils peuvent gérer des conditions complexes dans divers contextes et gérer l'incertitude. Ils peuvent prendre en charge un vaste éventail de situations cliniques et de troubles de santé, en s'adaptant avec souplesse aux ressources disponibles et aux besoins de leur communauté².»

Les programmes de résidence en milieu rural accrédités par le CMFC forment des généralistes en milieu rural qui répondent aux besoins de leur communauté. Ces programmes sont

enseignés par de nombreux membres de la SRMC. Récemment, le CMFC a publié ses «Sujets prioritaires pour l'évaluation des compétences pour la médecine familiale en régions rurales et éloignées³». La plupart des sujets prioritaires sont liés aux soins d'urgence ou hospitaliers (p. ex. traumatisme, soins de maternité). Certains sont directement liés à la vie en communauté rurale (p. ex. santé des Autochtones, adaptation à la vie en milieu rural et sécurité et sensibilité culturelles). Le CMFC offre aussi une formation en compétences avancées adaptée aux médecins en milieu rural (p. ex. anesthésie en médecine de famille). La SRMC est représentée dans les groupes de travail du CMFC qui définissent les habiletés nécessaires à la certification de compétences acquises en matière de compétences avancées en chirurgie et en chirurgie obstétrique.

La SRMC et le CMFC co-président le comité de mise en œuvre du Plan d'action pour la médecine rurale⁴. Ce comité travaille en collaboration avec plusieurs organisations médicales pour appuyer les soins généraux dans les communautés rurales. L'un de ses objectifs consiste à «renforcer l'effectif médical grâce à des compétences et des habiletés permettant d'offrir des soins de grande qualité, sécuritaire du point de vue culturel, dans des milieux novateurs centrés sur le travail d'équipe en collaboration avec des professionnels de la santé connexes, afin de répondre aux besoins des populations vivant dans des milieux ruraux.» Pour atteindre ces objectifs, le comité de mise en œuvre du Plan d'action pour la médecine rurale

collabore avec des organismes communautaires, d'éducation et de soins de santé. L'Association médicale canadienne (AMC) se penche sur l'intérêt envers une licence nationale de suppléance. La SRMC est d'avis qu'une licence de cette nature serait bénéfique à la promotion des compétences de médecine générale en milieu rural.

La formation des généralistes avance progressivement, quoique parfois lentement. Dorénavant, nous devons peut-être nous concentrer plus activement sur les enjeux d'obtention de licence et de délivrance de titres

et certificats. La SRMC continue de militer en faveur du changement à l'appui de l'amélioration des soins de santé en milieu rural.

REFERENCES

1. <https://www.srpc.ca/Regional> Consulté le 23 Nov. 2018.
2. https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/About_Us/FM-Professional-Profile-FR.pdf Consulté le 23 Nov. 2018.
3. https://www.cfpc.ca/uploadedfiles/Education/Rural-KF-Final_FR.pdf Consulté le 23 Nov. 2018.
4. https://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Rural%20Road%20Map%20Directions%20FRE.pdf Consulté le 23 Nov. 2018.

It's the Island calling

FAMILY PHYSICIAN OPPORTUNITIES
Vancouver Island, B.C.

Your career can be a demanding one...so why not consider a location where the benefits are *naturally distracting*?

Family Practice opportunities are available in rural and urban locations, including **Port Hardy, Campbell River, Comox Valley, Qualicum Beach, Port Alberni, Cowichan Valley** and on **Quadra, Gabriola and Salt Spring Islands**. With expansive natural beauty, access to amazing recreational activities and one of the best climates in Canada -- Vancouver Island is a mecca for outdoor enthusiasts and offers a quality of life second to none!

An Alternative Payment contract is available in some locations and in designated communities, a range of attractive **Rural Benefits** are provided including:

- ◆ \$10,000 - \$20,000 Recruitment Incentive
- ◆ Up to \$15,000 Relocation Reimbursement
- ◆ Fee-for-Service Premium
- ◆ Annual Retention Payment
- ◆ Annual CME Allowance
- ◆ Rural GP Locum Program

View all our current opportunities at: www.islandhealth.ca/, follow us on Twitter @VIphysicians or contact us directly for more information:

Sheila Leversidge, Medical Staff Recruitment Coordinator
Tel: 250-740-6972 Email: physicians@viha.ca

Bring your life to Vancouver Island where the outdoor living is easy!

island health

Physician attendance during interhospital patient transfer in Ontario: 2005–2015

David Wonnacott,
MD^{1,2},
Eliot Frymire, MA^{3,4},
Shabriar Khan, MSc⁵,
Michael E. Green, MD,
MPH^{1,3,4,5}

¹Department of Family Medicine, Queen's University, Kingston, ON, Canada, ²Department of Emergency Medicine, Grey Bruce Health Services, Owen Sound, Ontario, ³Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario, Canada, ⁴Centre for Health Services and Policy Research Institute, Queen's University, Kingston, ON, Canada, ⁵Department of Public Health Sciences, Queen's University, Kingston, ON, Canada

Correspondence to:
David Wonnacott,
dwonnacott@gbhs.on.ca

This article has been peer reviewed.

Access this article online

Quick Response Code:



Website:
www.cjrm.ca

DOI:
10.4103/CJRM.CJRM_22_18

Abstract

Introduction: Interhospital transfer of patients may be attended by a variety of healthcare providers, including physicians. The role of physicians in ambulance transfer in Ontario is not well studied. This study aims to describe the cohort of physicians providing intra-ambulance patient care in Ontario from 2005 to 2015. Secondary outcomes of interest were geographical characteristics of physician-attended transfers and patient characteristics.

Methods: OHIP billing data were used to find all instances of physician-attended air or land ambulance transfer from 2005 to 2015. These data were matched to physician data from the Corporate Providers Database and the Institute for Clinical Evaluative Sciences Physicians Database to describe the physicians providing intra-ambulance care. Patient and geographical data came from the National Ambulatory Care Reporting System and Registered Persons Database to describe the rurality of physician-attended transfers and patient characteristics.

Results: There were 916–1216 physician-attended transfers performed by 508–639 unique physicians in any given year. Physicians were mostly family physicians without anaesthesia or emergency medicine training (58%), with CCFP-EM physicians accounting for 17% and family medicine anaesthetists 10%. Thirty-eight per cent of physicians providing intra-ambulance care practised in rural settings. Seventy-three per cent of physician-attended land transfers originated in suburban, rural or remote hospitals.

Conclusions: Physician-attended ambulance transfer in Ontario is largely provided by family physicians in suburban to remote settings. This may have implications for the education of resident physicians in this unique skill set. Further research is needed into current education practices in intra-ambulance care.

Keywords: Emergency medicine, patient transfer, pre-hospital medicine

Introduction au résumé: Une gamme de fournisseurs de soins, y compris les médecins, sont présents durant les transferts de patients entre hôpitaux. Le rôle du médecin durant les transferts en ambulance en Ontario n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études. Cette étude décrit la cohorte de médecins ontariens ayant dispensé des soins en ambulance entre 2005 et 2015. Les paramètres d'évaluation secondaires d'intérêt étaient les caractéristiques géographiques des transferts en présence d'un médecin et les caractéristiques des patients.

Méthodes: Les données de facturation à l'Assurance-santé de l'Ontario ont servi à relever tous les transferts par ambulance aérienne ou terrestre ayant eu lieu entre

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 License, which allows others to remix, tweak, and build upon the work non-commercially, as long as appropriate credit is given and the new creations are licensed under the identical terms.

For reprints contact: reprints@medknow.com

How to cite this article: Wonnacott D, Frymire E, Khan S, Green ME. Physician attendance during interhospital patient transfer in Ontario: 2005–2015. Can J Rural Med 2019;24:37-43.

2005 et 2015. Ces données ont été appariées aux données sur les médecins tirées de la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé et de la base de données sur les médecins de l'*Institute for Clinical Evaluative Sciences* afin de décrire les médecins qui dispensent des soins en ambulance. Les données géographiques et sur les patients visant à décrire le caractère rural des transferts en présence d'un médecin et les caractéristiques des patients provenaient du Système national d'information sur les soins ambulatoires et de la Base de données sur les personnes inscrites.

Résultats: Bon an, mal an, on compte 916–1216 transferts en présence d'un médecin effectués par 508–639 médecins uniques. Les médecins étaient pour la plupart des médecins de famille n'ayant reçu aucune formation en anesthésie ou en médecine d'urgence (58%), la proportion des médecins ayant reçu la désignation CCMF-MU était de 17% et des médecins de famille anesthésistes, de 10%. Trente-huit pour cent des médecins ayant dispensé des soins en ambulance pratiquaient en région rurale. Le point de départ de 73% des transferts en présence d'un médecin était des hôpitaux de la banlieue ou des régions rurales ou éloignées.

Conclusion: Les médecins présents durant les transferts en ambulance en Ontario sont principalement des médecins de famille pratiquant en banlieue ou dans les régions éloignées. Ces résultats pourraient se répercuter sur la formation des résidents en médecine pour acquérir ces compétences uniques. Plus de recherches portant sur les pratiques actuelles d'éducation sur les soins en ambulance sont nécessaires.

Mots-clés: Médecine d'urgence, transfert des patients, médecine préhospitalière

INTRODUCTION

There is a significant variability by jurisdiction in the organisation and staffing of patient transport. Ambulance transfer of patients may be primary transfers, from the site of injury or illness to the first hospital of contact, or secondary transfer, from the hospital of initial contact to another hospital. Primary transfer is generally the domain of the Emergency Medical Services (EMS). Secondary interhospital transfer of patients from the initial hospital to another may be done for diagnostic, therapeutic or logistical reasons. The practice of secondary transfer is generally less well studied, and this includes the role of physicians providing care during secondary transfer.

Currently, in Ontario, urgent interhospital patient transfers are arranged by the sending and receiving hospitals through the local EMS system or through the provincial air ambulance service, ORNGE. ORNGE provides air ambulance services throughout Ontario and ground transport for critical care patients in the Greater Toronto, Peterborough and Ottawa regions. ORNGE vehicles are manned by primary, advanced and critical care paramedics as well as specialised nursing staff for paediatric transfers. Physicians are not used routinely as ambulance crew by ORNGE, but the sending facility may send a physician in an ORNGE vehicle as medical escort, if ORNGE paramedic/nursing

staff are not available.¹ For transfers not arranged through ORNGE, the selection of personnel attending transfer in the EMS vehicle is at the discretion of the sending facility: paramedics, nurses, respiratory therapists or physicians may attend. This decision depends on the needs of the patient, the personnel demands of the sending facility and the resources available, among other factors.²

While 80% of interhospital transfers in Ontario are non-urgent,³ for the purposes of this paper, physician-attended transfers in Ontario were generally assumed to be urgent or emergent; in non-urgent cases, waiting for appropriate paramedic transfer would be preferred to physician-attended transfer. There are no studies in the published literature exploring frequency of physician attendance during ambulance transfer of patients within Ontario. Physician attendance in ambulance transfer is a component of some EMS systems: physicians attend 5% of calls in the STARS Air Ambulance Service in Western Canada,⁴ and physician-staffed air ambulances are routine in some Australian and European jurisdictions.⁵⁻⁷ Rural general practitioners in Norway routinely attend ambulance calls and aid paramedics with on-scene assistance.^{8,9}

In the authors' experience, physician attendance in ambulance transfer in Ontario ranges from routine to exceptionally rare, depending on physician specialty and geography. How often, and