



Fondation canadienne pour
**l'amélioration des
services de santé**

Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada

Décembre 2012

Monica Aggarwal
Brian Hutchison

Fondation canadienne pour l'amélioration
des services de santé

cfhi-fcass.ca

Ce document est disponible à www.cfhi-fcass.ca

Le présent rapport est publié par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ou FCASS. La FCASS a pour mandat d'accélérer l'amélioration et la transformation des services de santé pour les Canadiens et les Canadiennes et est financée selon une entente avec le gouvernement du Canada. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCASS ou du gouvernement du Canada.

ISBN 978-1-927024-68-3

Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada © Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2012.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCASS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à info@cfhi-fcass.ca.

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, tous droits réservés, (année de publication du rapport). »

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@cfhi-fcass.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

REMERCIEMENTS

Document de travail rédigé par Monica Aggarwal et Brian Hutchison pour le compte du Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de santé de première ligne (voir la liste des membres à l'annexe 2).

Cette initiative a bénéficié du soutien financier des organismes suivants :

- ▼ Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (formerly Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé)
- ▼ Alberta Health Services
- ▼ Association médicale canadienne
- ▼ Association des infirmières et infirmiers du Canada
- ▼ Réseau canadien de recherche et d'innovation en soins de santé primaires
- ▼ Collège des médecins de famille du Canada
- ▼ Dalhousie University Department of Family Medicine
- ▼ Santé Canada
- ▼ Conseil canadien de la santé
- ▼ Chaire de recherche en médecine familiale et communautaire de McGill au Centre hospitalier St. Mary
- ▼ Département de médecine familiale de l'Université McMaster
- ▼ Ministère de la Santé de la Saskatchewan
- ▼ Saskatchewan Health Quality Council
- ▼ Centre hospitalier de St. Mary (Montréal)
- ▼ Département de médecine familiale de l'Université de Calgary

Les commentaires sur les versions préliminaires du présent document ont été fournis par les partenaires financiers, ainsi que par les membres du Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de santé de première ligne. Or, cette version intègre bon nombre des suggestions que nous avons reçues. Cependant, les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Santé Canada ni celui des autres partenaires financiers. La responsabilité ultime du contenu du document incombe au Groupe de travail canadien pour l'amélioration des services de santé de première ligne.

Les sections du document *Features of High-Performing Primary Care and Measuring Progress* (Les caractéristiques d'un système de soins primaires à haut rendement et mesures des progrès) s'appuient sur la documentation qui a été préparée par Monica Aggarwal et Brian Hutchison pour le groupe de travail sur la qualité de l'Ontario Primary Healthcare Planning Group (groupe de planification des soins de santé primaires de l'Ontario) et qui est utilisée avec la permission du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée et de Qualité des services de santé Ontario.

La figure 1, qui est une adaptation du modèle de système de santé centré sur les soins de première ligne (*Primary Care Oriented Health System*) de Charles Kilo par l'équipe d'amélioration de la qualité des soins de santé primaires de Qualité des services de santé Ontario, est utilisée avec la permission de cette dernière.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
1.0 MESSAGES PRINCIPAUX.....	1
2.0 RÉSUMÉ.....	2
3.0 POURQUOI UNE STRATÉGIE? POURQUOI MAINTENANT?	6
4.0 DÉFINITION DES SOINS PRIMAIRES ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE	8
5.0 VALEUR DES SOINS PRIMAIRES ET INVESTISSEMENTS DANS LES AMÉLIORATIONS DES SOINS PRIMAIRES	10
6.0 PROGRÈS À CE JOUR	12
7.0 OBJECTIFS DES SOINS PRIMAIRES	15
8.0 MESURES DES PROGRÈS	16
9.0 POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION.....	18
9.1 Vie longue et en santé : santé de la population	18
9.2 Accessibilité	19
9.3 Souci de la personne	19
9.3.1 Communication entre prestataire et patient.....	19
9.3.2 Continuité et rétroaction sur le rendement.....	19
9.3.3 Participation et préférences des patients	20
9.4 Sécurité	20
9.5 Efficacité	20
9.5.1 Prévention.....	20
9.5.2 Soins des maladies chroniques.....	21
9.6 Efficience	21
9.7 Équité	21
9.8 Coordination/intégration	22
9.9 Catalyseurs de la qualité	23
9.10 Résumé.....	23

10.0 CARACTÉRISTIQUES DES SOINS TRÈS PERFORMANTS	24
10.1 Orientation stratégique explicite ancrée dans les valeurs, les besoins et les préférences de la population	24
10.2 Mécanismes de gouvernance des soins primaires aux niveaux communautaire, régional et provincial/territorial.....	24
10.3 Recrutement des patients	26
10.4 Équipes interprofessionnelles	26
10.5 Participation des patients	26
10.6 Modalités de financement et de paiement des prestataires s'alignant avec les objectifs du système de santé	27
10.7 Une technologie de l'information de la santé qui soutient efficacement les patients et les prestataires	27
10.8 Mesure continue du rendement	28
10.9 Formation et soutien à l'amélioration de la qualité.....	28
10.10 Développement du leadership.....	29
10.11 Coordination, intégration et partenariat avec d'autres services de santé et sociaux.....	30
10.12 Évaluation systématique de l'innovation	30
10.13 Capacité de recherche et productivité.....	30
10.14 Soutien à la décision.....	31
11.0 PRINCIPES DE LA TRANSFORMATION DES SOINS PRIMAIRES.....	32
12.0 QUE RESTE-T-IL À FAIRE?.....	33
13.0 RÉFÉRENCES.....	37
ANNEXE 1 : PERFORMANCE DU CANADA EN MATIÈRE DE SOINS PRIMAIRES	52
ANNEXE 2 : GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE/CANADIAN WORKING GROUP FOR PRIMARY HEALTHCARE IMPROVEMENT	63

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 – CADRE TRIPLE AIM DE L'INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT	16
FIGURE 2 – SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS.....	34

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : UN CADRE DE MESURE DU RENDEMENT DES SOINS PRIMAIRES.....	17
TABLEAU 2 : COMPARAISON DES CARACTÉRISTIQUES D'UN SYSTÈME DE SOINS PRIMAIRES TRÈS PERFORMANTS ENTRE LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES	35

TABLEAUX DE L'ANNEXE 1

TABLEAU 1 : SANTÉ DE LA POPULATION : UNE VIE LONGUE ET EN SANTÉ	52
TABLEAU 2 : ACCESSIBILITÉ	52
TABLEAU 3 : SOUCI DE LA PERSONNE	53
TABLEAU 4 : SÉCURITÉ	55
TABLEAU 5 : EFFICACITÉ	56
TABLEAU 6 : EFFICIENCE	57
TABLEAU 7 : ÉQUITÉ.....	58
TABLEAU 8 : COORDINATION/INTÉGRATION.....	60
TABLEAU 9 : CATALYSEURS DE LA QUALITÉ.....	61

1.0 MESSAGES PRINCIPAUX

Pourquoi une stratégie et pourquoi maintenant?

- Des soins primaires très performants sont unanimement reconnus comme étant le fondement d'un système de santé efficace et efficient.
- Les pays ayant un solide secteur des soins primaires obtiennent de meilleurs résultats de santé à moindre coût.
- Au cours de la dernière décennie, les provinces et les territoires canadiens ont mis en place des initiatives de réforme des soins primaires qui portent sur le renforcement de l'infrastructure pour les soins primaires, ainsi que sur l'établissement de modèles de financement et de paiement favorisant l'amélioration du rendement.
- Malgré d'importants progrès depuis 2000, le rendement des systèmes des soins primaires du Canada est loin derrière celui de nombreux autres pays à revenu élevé (qu'il s'agisse de l'accès à des soins en temps opportun, de l'organisation et de la coordination des soins, du souci du patient, des soins dispensés en équipe, de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et de l'amélioration de la qualité), d'où les possibilités d'améliorations appréciables.
- Les données de recherche et les expériences accumulées ont permis d'éclaircir de plus en plus les objectifs, les fonctions, les caractéristiques et les effets d'un système de soins primaires à haut rendement.
- Nous sommes plus que jamais en mesure d'œuvrer en vue d'un large consensus entre les principaux intervenants sur une stratégie des soins de santé primaires qui s'appuie sur les progrès réalisés au cours de la dernière décennie.
- Cette stratégie pourrait servir de pierre angulaire aux responsables des politiques et aux dirigeants du système de santé aux niveaux fédéral, provincial/territorial, régional, local et organisationnel.
- Les données et expériences canadiennes et internationales ont brossé un tableau clair des caractéristiques d'un système des soins primaires à haut rendement.

Que faut-il faire?

- La transformation des soins de santé primaires au niveau provincial/territorial, régional et local devrait cibler les caractéristiques des soins primaires et être guidée par un ensemble de principes convenus.
- Les exigences minimales pour la poursuite des progrès comprennent : des investissements ciblés dans la transformation des soins primaires, des mécanismes de gouvernance des services de santé aux niveaux communautaire, régional et provincial/territorial, l'engagement des prestataires de soins de santé à appliquer une approche de collaboration à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques et des mesures du rendement global pour soutenir l'amélioration de la qualité et la reddition de comptes.
- Grâce à des efforts concertés et guidés par une vision éclairée par des données probantes, ainsi que par de solides principes de transformation, les provinces et les territoires du Canada peuvent construire, au cours de la prochaine décennie, des systèmes de soins primaires comme fondement des systèmes de santé intégrés qui produisent les meilleurs résultats pour la santé, la meilleure expérience pour les patients et la meilleure optimisation des ressources dans le monde.

2.0 RÉSUMÉ

Pourquoi une stratégie? Pourquoi maintenant?

Les pays ayant un solide secteur des soins primaires affichent manifestement une amélioration des résultats pour la santé, une baisse des taux de mortalité et une réduction des coûts globaux des soins de santé. Au cours de la dernière décennie, les provinces et les territoires canadiens ont mis en œuvre des réformes axées sur le renforcement de l'infrastructure des soins primaires, ainsi que sur l'établissement de modèles de financement et de paiement visant à promouvoir l'amélioration du rendement. Malgré des progrès importants depuis 2000, le rendement du secteur des soins primaires au Canada est à la remorque de celui de nombreux autres pays à revenu élevé. La piètre performance des soins primaires au Canada, accompagnée de la turbulence financière continue, appelle à l'adoption d'une approche réfléchie et déterminée à la transformation du système. Les données de recherche et les expériences accumulées au cours des 20 dernières années ont permis d'éclaircir de plus en plus les objectifs, les fonctions, les caractéristiques et les effets des systèmes de soins primaires à haut rendement. Nous pouvons et devons plus que jamais œuvrer pour un large consensus entre les principaux intervenants sur une vision atteignable des soins de santé primaires comme fondement d'un système de soins hautement performant, ainsi que sur une approche qui permet d'atteindre cette vision – en somme, une stratégie de transformation des soins primaires. Une telle stratégie pourrait servir de pierre angulaire aux responsables des politiques et aux dirigeants du système de santé aux niveaux fédéral, provincial/territorial, régional, local et organisationnel.

Progrès à ce jour

Des groupes, des réseaux et des équipes interprofessionnelles de soins primaires ont été mis en œuvre à des degrés divers dans toutes les provinces et tous les territoires, le recrutement des patients a été largement adopté dans deux provinces, un nombre croissant de médecins de soins primaires participe à des modèles de rémunération mixtes et la plupart des provinces et des territoires ont investi dans la technologie de l'information. La Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec semblent avoir fait le plus de progrès en matière de transformation des soins primaires au Canada.

Buts des soins primaires

Il existe un large consensus tant au Canada qu'à l'étranger que les soins primaires et le système de santé devraient être centrés sur le patient et sa famille, accessibles, efficaces, efficients, sûrs, coordonnés et axés sur la santé de la population.

Mesure des progrès

L'approche Triple Aim (triple but), élaborée par l'Institute for Healthcare Improvement, propose un cadre simple, mais précis pour mesurer les progrès sur l'amélioration des soins primaires. Elle encourage les prestataires et les décideurs à se concentrer sur l'amélioration des résultats de santé au niveau individuel et de la population, sur la bonification de l'expérience des soins, ainsi que sur le contrôle des coûts des services de santé.

i Dans le présent document, nous utilisons les termes « soins primaires » pour désigner l'éventail de modèles de services de santé communautaires dispensés lors du premier contact, allant des modèles qui mettent l'accent sur des services de santé globaux, axés sur le patient et durables aux modèles qui tiennent aussi compte de la promotion de la santé, du développement communautaire et de l'action intersectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

Possibilités d'amélioration

Les possibilités d'amélioration résident dans les écarts entre le rendement actuel et le rendement réalisable. Pour cerner et estimer l'ampleur de ces écarts, nous avons comparé le rendement des systèmes de soins primaires au Canada aux systèmes les plus performants des pays ayant un niveau de développement économique comparable au Canada. Pour ce faire, nous avons résumé les résultats relatifs à la capacité de vivre longtemps et en bonne santé (santé de la population), à l'accessibilité, au souci de la personne, à la sécurité, à l'efficacité, à l'efficience, à l'équité, à la coordination et à l'intégration, ainsi qu'aux catalyseurs de la qualité (les équipes de soins primaires interprofessionnelles, les activités d'amélioration de la qualité et les technologies de l'information). Le Canada est en retard par rapport aux pays les plus avancés pour ce qui est de l'accès aux soins en temps opportun, du souci du patient, de la participation du patient, de la communication entre les établissements de soins de santé, les équipes de travail interdisciplinaires, de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques, de rétroaction sur le rendement et de la réduction des inégalités en matière de santé et de services de santé.

Caractéristiques d'un système de soins primaires à haut rendement

Selon les données et les expériences canadiennes et internationales, un système de soins primaires à haut rendement se caractérise essentiellement par :

- son orientation politique explicite;
- ses principaux mécanismes de gouvernance de soins aux niveaux communautaire, régional et provincial/territorial;
- le recrutement des patients;
- ses équipes interdisciplinaires;
- la participation des patients;
- des modalités de financement et de paiement des prestataires s'alignant avec ses objectifs;
- une technologie de l'information de la santé qui soutient efficacement les patients et les prestataires;
- la mesure continue du rendement;
- la formation et le soutien à l'amélioration de la qualité;
- le développement du leadership;
- la coordination, l'intégration et l'établissement de partenariats avec d'autres services de santé et sociaux;
- l'évaluation systématique de l'innovation;
- la capacité et la productivité de recherche;
- l'aide à la décision des patients, des cliniciens, des gestionnaires et des responsables des politiques.

Principes de la transformation

Les principes qui suivent devraient guider le processus de transformation des soins primaires ayant lieu aux niveaux provinciaux/territoriaux, régionaux et locaux, avec le soutien approprié de l'administration fédérale :

- le strict respect des principes d'universalité et d'accès aux soins fondé sur les besoins;
- la priorité à l'intérêt public par opposition à l'intérêt professionnel ou privé;
- une participation notable des patients et des citoyens à la conception du système de soins primaires;
- l'application d'une perspective d'équité à la planification et à l'évaluation des services de santé;
- l'attention aux besoins en santé et en services de santé des communautés et des populations, ainsi que des particuliers – surtout des communautés et des populations socialement défavorisées et ayant des besoins élevés;
- une innovation multidimensionnelle et une stratégie de changement basée sur une perspective à long terme;
- la sensibilité au contexte et aux besoins locaux;
- la participation d'un large éventail d'intervenants clés;
- le pluralisme des modèles de soins primaires;
- le choix par le patient du prestataire « habituel » de soins primaires;
- la surveillance et l'évaluation systématiques, pertinentes et rigoureuses de l'impact de la transformation.

Que reste-t-il à faire?

Bien que la dernière décennie ait vu des changements profonds dans le financement et l'organisation des soins primaires dans plusieurs provinces, il reste encore beaucoup à faire. En fait, aucune province ni aucun territoire n'ont mis en place tous les éléments nécessaires pour élever les systèmes de soins primaires au niveau des systèmes les plus performants à l'échelle internationale.

La récente récession économique et les déficits publics résultants constituent une menace pour le processus de transformation, ce qui nécessite des investissements considérables et continus dans les caractéristiques d'un système de soins primaires à haut rendement. Paradoxalement, en retardant ces investissements, on paralyserait les stratégies les plus prometteuses destinées à réduire les coûts globaux des soins de santé : l'amélioration des soins préventifs, l'accès opportun aux soins des maladies aiguës et chroniques et aux soins proactifs, et la gestion des maladies chroniques éclairée par les données probantes.

Les exigences minimales pour assurer la continuité des progrès comprennent :

- un leadership ainsi que des investissements bien ciblés (et bien coordonnés) dans la transformation des soins primaires de la part des gouvernements fédéral et provinciaux/ territoriaux, ainsi que des autorités sanitaires régionales;
- la création de mécanismes de gouvernance des soins primaires inclusifs aux niveaux communautaires, régionaux et provinciaux, et l'apport de soutien à cet égard;
- l'engagement des prestataires de services de santé à plusieurs niveaux au regard d'une approche collaborative de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques qui place l'intérêt public avant l'intérêt professionnel personnel;
- le développement de systèmes globaux de mesure du rendement des soins primaires afin de soutenir les efforts d'amélioration, de transparence et de recherche aux niveaux de la pratique, de l'organisation, de la communauté, de la région, de la province ou du territoire et du pays.
- Grâce à des efforts concertés et guidés par une vision éclairée par des données probantes et par de solides principes de transformation, les provinces et les territoires du Canada peuvent construire, au cours de la prochaine décennie, des systèmes de soins primaires comme fondement des systèmes de santé intégrés qui produisent les meilleurs résultats pour la santé, la meilleure expérience pour les patients et la meilleure optimisation des ressources dans le monde.

3.0 POURQUOI UNE STRATÉGIE? POURQUOI MAINTENANT?

Des soins primaires très performants sont unanimement reconnus comme étant le fondement d'un système de santé efficace et efficient. Les pays ayant un solide secteur des soins primaires obtiennent de meilleurs résultats de santé à moindre coût¹.

Jusqu'au début des années 2000, le financement, l'organisation et la prestation des soins de santé primaires ne constituaient pas une priorité pour les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux du Canada. Cependant, au cours de la dernière décennie, les provinces et les territoires canadiens ont mis en œuvre des réformes des soins primaires axés sur le renforcement de l'infrastructure des soins primaires, ainsi que sur l'établissement de modèles de financement et de paiement visant à favoriser l'amélioration du rendement. Ces initiatives de réforme ont donné suite aux recommandations découlant des examens des services de santé à l'échelle provinciale²⁻⁴ et pancanadienne^{5,6} à l'engagement commun à l'égard du renouvellement des soins primaires par les premiers ministres du Canada et des provinces et territoires dans les accords de 2000, 2003 et 2004, ainsi qu'à l'établissement des objectifs des soins primaires par chaque gouvernement provincial/territorial⁷. Les efforts de réforme des soins primaires ont été soutenus, de 2000 à 2006, par un produit de l'Accord de 2000 des premiers ministres sur la santé, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) d'une valeur de 800 millions de dollars du gouvernement fédéral.

Malgré des progrès importants depuis 2000, la performance des soins de santé au Canada – et en particulier son secteur des soins primaires – est à la remorque de celle de nombreux autres pays à revenu élevé. Dans les années 1980 et 1990, alors que d'autres systèmes de santé nationaux se sont engagés avec détermination dans la transformation des soins primaires, le Canada restait à l'arrêt. Bien que plusieurs provinces et territoires aient fait de grands progrès dans la réforme des soins primaires au cours de la dernière décennie, la nature et l'étendue des progrès varient grandement d'un bout à l'autre du pays. D'autre part, le partage des expériences, l'apprentissage mutuel et la coordination de la surveillance, ainsi que l'évaluation des initiatives de réforme des soins primaires ont fait cruellement défaut.

En conséquence, le Canada est en retard par rapport à la plupart de ses pairs sur les nombreux indicateurs de la qualité qui sont suivis de près par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) ainsi que par les enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Dans une récente évaluation du rendement des systèmes de santé des sept pays à revenu élevé (le Canada, les États-Unis, l'Australie, les Pays-Bas, la Nouvelle-Zélande, l'Allemagne et le Royaume-Uni), le Canada s'est classé à l'avant-dernier rang, ne devançant que les États-Unis pour ce qui est du rendement des soins primaires⁸. Ces résultats de rendement ne sont pas tout à fait surprenants compte tenu des différentes approches que chaque pays adopte pour mettre en œuvre la réforme des soins de santé, de l'ambiguïté et de la variabilité des objectifs d'amélioration précis, ainsi que de longues périodes d'attente pour voir les résultats des initiatives de réforme des soins de santé.

Dans son récent rapport intitulé « Un changement transformateur s'impose : un examen de l'Accord sur la santé de 2004 », le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a attiré l'attention sur le fait que les provinces et les territoires n'ont pas réussi à atteindre le principal but de l'Accord qui était d'assurer que 50 % des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 avant 2011, et a recommandé :

« que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mettent en commun des pratiques exemplaires afin d'envisager des solutions pour les problèmes communs associés à la réforme des soins primaires, comme la rémunération des professionnels de la santé; l'établissement de structures de gestion pour guider la réforme des soins primaires; et le recours à des accords de financement liés aux objectifs de santé publique » et

« que le gouvernement fédéral travaille avec les provinces et les territoires en vue de rétablir l'objectif de veiller à ce que 50 % des Canadiens aient accès 24 heures par jour et 7 jours sur 7 à des équipes multidisciplinaires d'ici 2014 ».

La piètre performance des soins primaires au Canada, accompagnée de la turbulence financière continue, appelle à l'adoption d'une approche réfléchie et déterminée à la transformation du système. Les données de recherche et les expériences accumulées au cours des 20 dernières années ont permis d'éclaircir de plus en plus les objectifs, les fonctions, les caractéristiques et les effets des soins primaires performants. Dorénavant, nous pouvons et devons plus que jamais œuvrer pour un large consensus entre les principaux intervenants sur une vision atteignable des soins de santé primaires comme fondement d'un système de soins à haut rendement, ainsi que sur une approche qui permet d'atteindre cette vision – en somme, une stratégie de transformation des soins primaires. Une telle stratégie pourrait servir de pierre angulaire aux responsables des politiques et aux dirigeants du système de santé aux niveaux fédéral, provincial/territorial, régional, local et organisationnel.

Ce document de travail vise à stimuler le dialogue entre les principaux intervenants de soins primaires, un dialogue qui vise à forger un consensus sur une feuille de route afin de renforcer les soins primaires dans le contexte plus large de la transformation du système de santé au Canada. Non seulement il examine le rôle et l'état actuel des soins primaires, ainsi que leur contribution à l'ensemble du système de santé au Canada, mais il présente aussi une vision de la transformation des soins primaires dans le cadre de la réforme de l'ensemble du système. Le document aborde les questions suivantes :

- Quelle est la contribution potentielle des soins de santé primaires et des investissements dans la transformation des soins primaires aux résultats de santé et au contrôle des coûts des services de santé au Canada?
- Quels progrès ont été réalisés au Canada au cours de la dernière décennie relativement à la transformation des soins primaires?
- Compte tenu du consensus canadien et international, quels sont les objectifs appropriés pour les soins primaires et l'amélioration des soins primaires?
- Quel cadre pourrait être utilisé pour mesurer les progrès et l'impact de la transformation des soins primaires?
- Quelles sont les possibilités d'amélioration?
- Basées sur les données et les expériences canadiennes et internationales, quelles sont les caractéristiques d'un système de soins primaires à haut rendement?
- Basés sur l'expérience canadienne et internationale, quels sont les principes essentiels de la transformation des soins primaires?
- Que reste-t-il à faire?

4.0 DÉFINITION DES SOINS PRIMAIRES ET DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE

Les termes de soins primaires et de services de santé de première ligne ont été interprétés de diverses manières^{10,11}. Barbara Starfield a défini les soins primaires comme étant « le niveau de premier accès au système de santé pour tout nouveau besoin ou problème et offrant des services axés sur la personne (et non sur la maladie), qui procure des services pour tous les cas sauf les plus rares ou inhabituels, et qui coordonne ou intègre les soins offerts ailleurs par d'autres intervenants »¹². L'Institute of Medicine décrit les soins primaires dans les mêmes termes, à savoir « des services de soins de santé accessibles et intégrés, dispensés par des cliniciens qui sont chargés de répondre aux très divers besoins en soins de santé des gens, de renforcer une collaboration soutenue avec les patients et les praticiens dans la famille et la collectivité »¹³.

Les soins primaires sont tant une philosophie d'orientation qu'une stratégie globale pour promouvoir et préserver la santé des gens. La Déclaration d'Alma-Ata de 1978 de l'Organisation mondiale de la Santé a défini les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer... Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »¹⁴. La Déclaration ajoute que les soins de santé primaires « visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet » et qu'ils « font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs ». Selon la définition de l'OMS, les soins primaires constituent un élément clé des services de santé de première ligne. Ainsi, les soins primaires ont été décrits comme « la représentation clinique des services de santé de première ligne »^{11,15}.

Sous l'influence des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), le terme « soins de santé primaires communautaires » (SSPC) a commencé à gagner du terrain. Selon la définition des IRSC, les soins de santé primaires communautaires « couvrent un large éventail de services de prévention primaire (notamment en santé publique) et de soins primaires au sein de la communauté, y compris la promotion de la santé et la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies chroniques et épisodiques, le soutien à la réadaptation et les soins de fin de vie. Les SSPC impliquent la coordination et la prestation de soins intégrés fournis par divers prestataires de soins, notamment des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens, des nutritionnistes, des praticiens de la santé publique des médecins et autres dans de multiples milieux communautaires, y compris le domicile des personnes, les cliniques de soins de santé, les cabinets de médecin, les unités de santé publique, les centres de soins palliatifs et les lieux de travail. Ils sont prodigués de façon à être axés sur patient et la population, et tiennent compte des différences de genre, et d'ordre économique, social et culturel »¹⁶.

Au Canada et à l'étranger, les nouveaux modèles de soins primaires ont de plus en plus tendance à combiner une orientation vers la population avec des soins centrés sur la personne et à s'associer à d'autres modèles pour promouvoir et préserver la santé, pour renforcer la littératie en santé et pour aborder les déterminants sociaux de la santé – les soins primaires reposent sur les principes des services de santé de première ligne. Pour reconnaître et appuyer cette tendance, et compte tenu de l'esprit des soins de santé primaires communautaires, nous utilisons les termes soins primaires, dans le présent document, pour désigner tous les modèles de services de santé de premier contact ou de première ligne, allant des soins globaux, prolongés et axés sur la personne à des modèles de soins qui intègrent la promotion de la santé, le développement communautaire et l'action intersectorielle pour aborder les déterminants sociaux de la santé.

5.0 VALEUR DES SOINS PRIMAIRES ET INVESTISSEMENTS DANS LES AMÉLIORATIONS DES SOINS PRIMAIRES

Les pays ayant une forte inclinaison pour des soins primaires obtiennent manifestement de meilleurs résultats de santé et une meilleure équité en santé, de plus faibles taux de mortalité et des coûts globaux des services de santé plus bas^{17 19}. L'accès à un centre médical, qui fournit des soins de premier contact axés sur la personne, globaux et coordonnés, est associé à une meilleure santé des individus et de la population, à une baisse des coûts des soins et à une réduction de l'inéquité²⁰.

Effets sur la santé

Macinko et ses collègues ont examiné la contribution des systèmes de soins primaires dans 18 pays riches de l'OCDE pendant près de trois décennies (de 1970 à 1998)¹⁷. Les pays ayant de solides systèmes de soins primaires ont enregistré une baisse de la mortalité toutes causes confondues, de la mortalité prématurée toutes causes confondues ainsi que de la mortalité due à l'asthme, à la bronchite, à l'emphysème, à la pneumonie et à la maladie cardiovasculaire. En examinant les données probantes tirées des études transnationales et nationales, Starfield, Shi et Macinko ont conclu que les soins primaires permettent de prévenir la maladie et la mort et qu'ils sont associés à une répartition plus équitable de la santé dans les populations²¹.

Aux États-Unis, le nombre de médecins de première ligne est positivement corrélé à de meilleurs résultats pour la santé, notamment à la baisse de la mortalité toutes causes confondues²²⁻²⁶, de la mortalité infantile, de la mortalité attribuable au cancer, aux maladies du cœur et de l'incidence du faible poids de naissance, ainsi qu'à l'allongement de l'espérance de vie^{23, 25} et à une meilleure autoévaluation de la santé^{25, 27}. La densité de médecins de première ligne va aussi de pair avec le dépistage précoce du cancer du sein^{28, 29}, du cancer colorectal³⁰, du cancer du col de l'utérus³¹ et du mélanome^{32, 33}, et avec la qualité de l'ensemble des services de santé²⁶. Au Royaume-Uni, un grand nombre de médecins de première ligne est associé à un meilleur état de santé autodéclaré³⁴ et à un risque réduit d'obésité³⁵. Des études canadiennes ont démontré qu'un plus grand nombre de médecins de famille favorise le dépistage précoce du cancer du sein³⁶, la fréquence des consultations de prévention recommandées pour les nouveaux nés et les enfants³⁷ ainsi que de meilleurs résultats pour la santé de la population à l'échelle provinciale³⁸.

Utilisation des services de santé et coûts

Selon des études américaines, un plus grand nombre de médecins de première ligne est associé à une réduction des coûts^{39, 40} et à une meilleure qualité⁴⁰ des services de santé. Des régions où la densité de médecins de première ligne est élevée enregistrent une réduction non seulement des hospitalisations en général^{21, 26}, mais aussi des hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires⁴¹ et des hospitalisations évitables chez les patients âgés dont l'état de santé est passable ou mauvais⁴². Des études au Royaume-Uni ont montré la même corrélation : une baisse du nombre de médecins de première ligne s'accompagne d'une augmentation de l'utilisation de l'hôpital tant pour les maladies aiguës que pour les maladies chroniques⁴³.

Une étude de la Colombie-Britannique a constaté que plus les liens, entre les patients souffrant de maladies chroniques multiples et un centre de soins primaires, sont étroits moins les coûts sont élevés pour le système de santé en général⁴⁴. La plus grande partie des réductions de coûts est attribuable à une diminution des coûts des services hospitaliers. Selon une étude menée en Ontario, les comtés où le nombre de médecins de première ligne est élevé affiche de faibles taux de consultation aux urgences et d'admission à l'hôpital chez les enfants³⁷. Une étude américaine a montré que les cas de patients qui reçoivent de multiples soins de spécialistes au lieu des soins primaires d'une source habituelle engendrent des coûts plus élevés ainsi qu'un nombre d'interventions et de médicaments plus important⁴⁵.

Dahrouge et ses collègues ont utilisé différentes approches pour examiner la relation entre les résultats économiques et l'amélioration des soins de santé primaires, notamment 1) un examen systématique de l'impact économique de l'inclusion d'un pharmacien à la pratique des soins primaires ainsi que de la mise en place des stratégies pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques; 2) un exercice de simulation pour évaluer les répercussions économiques des améliorations apportées à la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées et 3) une analyse des publications démontrant les améliorations des soins primaires par rapport aux coûts économiques. Leur modélisation économique a indiqué que l'augmentation des taux de vaccination antigrippale chez les personnes âgées entraîne une réduction de l'utilisation des soins de santé et d'importantes économies de coûts⁴⁶.

Ils ont conclu que l'investissement dans les rappels aux patients et aux prestataires pour la gestion des soins préventifs et des maladies chroniques – y compris l'inclusion de pharmaciens à des équipes de soins de santé primaires – et dans des stratégies de gestion de cas visant à améliorer la prise en charge des maladies chroniques (p. ex. le diabète, l'hypertension et le cancer) s'avère efficace pour accroître la capacité des soins de santé et la qualité des services. Ils ont laissé entendre que de meilleurs soins de santé primaires conduisent à de meilleurs résultats de santé, lesquels génèrent des économies de coûts en réduisant le nombre d'hospitalisations, les visites professionnelles et l'utilisation des services d'urgence et, indirectement, en augmentant l'emploi, la productivité et la croissance économique.

6.0 PROGRÈS À CE JOUR

Au début des années 2000, le programme de réformes des soins primaires gagne en importance au Canada, et ce, en raison des recommandations des commissions provinciales et fédérales, des préoccupations croissantes du public et des instances politiques concernant l'accessibilité et la qualité des soins, de la montée de l'insatisfaction des médecins de famille face à leurs conditions de travail et à leur capacité de fournir la qualité des soins, de la baisse de l'intérêt des diplômés de facultés de médecine pour la médecine familiale, ainsi que de la disponibilité du soutien du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires⁷. Dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur la santé, le gouvernement fédéral s'est engagé à investir 16 milliards de dollars dans un fonds pour la réforme de la santé axé sur les soins primaires, les soins à domicile et la couverture des médicaments sur ordonnance dont le coût est exorbitant. En 2004, les premiers ministres se sont fixés pour objectif que, vers 2011, la moitié des Canadiens aient accès 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à des équipes de soins multidisciplinaires, et ont convenu « d'accélérer la conception et la mise en œuvre des télédossiers ».

De nombreuses initiatives de réforme des soins primaires ont été mises en œuvre au Canadaⁱⁱ. Plusieurs provinces et territoires y intègrent des soins dispensés par des équipes interprofessionnelles, des cabinets et des réseaux de groupes, des modalités de financement et de paiement à plusieurs volets, le recrutement et la participation des patients, la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, les mesures permanentes du rendement, la gouvernance des soins primaires, ainsi que la formation et le soutien en matière d'amélioration de la qualité. Les initiatives de réforme s'appuient généralement sur la participation volontaire, le changement progressif et le pluralisme des modèles, ce qui offre aux médecins de première ligne des possibilités flexibles d'améliorer leur efficacité, la satisfaction au travail et le revenu^{7, 47}.

Bien que les initiatives de réforme des soins primaires provinciales et territoriales visent des objectifs différents, non seulement elles abordent des thèmes communs, dont l'accès aux services de santé de première ligne, la coordination et l'intégration des soins, ainsi que la qualité et la pertinence des soins, mais elles mettent aussi toutes l'accent sur la prévention et sur la prise en charge des maladies chroniques et complexes. Leurs objectifs comprennent en général l'amélioration de l'expérience des patients et des prestataires, ainsi que de l'équité en santé; une plus grande réceptivité aux besoins des patients et des collectivités, et le renforcement de la transparence, de l'efficacité et de la viabilité des systèmes de santé⁷. Quoique ces objectifs soient louables, l'absence de mesures et de cibles précises est une source d'incertitude concernant les progrès réalisés et le succès remporté quant à leur atteinte.

La promotion des groupes et des réseaux de soins primaires est un thème récurrent dans la plupart des provinces et des territoires et constitue un élément clé des initiatives de réforme au Québec, en Alberta et en Ontario⁷. Alors que les groupes ou les réseaux de soins primaires dans certaines provinces incluent une gamme de modèles (p. ex., en Ontario), d'autres provinces ne soutiennent que des innovations dirigées par des médecins dans le cadre d'un modèle organisationnel unique (p. ex. au Québec)⁴⁷. Néanmoins, dans toutes les provinces, la participation des prestataires et des patients dans ces groupes ou réseaux est volontaire.

D'après notre examen provincial/territorial, nous constatons que les principales différences entre les modèles de réforme des soins primaires des provinces et des territoires résident dans la rémunération des médecins, les types de prestataires de soins primaires qui sont intégrés dans les modèles,

ii Un rapport, qui décrit les principales initiatives de réforme des soins primaires dans chaque province et territoire et qui est basé sur des entretiens auprès des personnes-ressources clés et sur un examen de la documentation publiée et grise, est en préparation et sera publié comme un document distinct.

les mécanismes de gouvernance (p. ex. communautaire, médicale, interprofessionnelle), le recrutement (l'établissement des listes) de patients, le degré de soutien aux patients dans leur propre prise en charge, l'ampleur du soutien à l'amélioration de la qualité, la gamme des services offerts à la population, la nature de la population desservie, ainsi que dans l'application d'une approche populationnelle à la planification et la prestation des soins.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs provinces ont mis en place des modalités de paiement qui combinent la rémunération à l'acte avec le paiement par capitation ou la prime de rendement⁴⁷, alors que seuls l'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest se sont catégoriquement éloignés de la rémunération à l'acte⁴⁷. Quelques provinces et territoires ont adopté des modèles visant à améliorer les soins pour des populations de patients précis en versant un montant annuel fixe pour le recrutement des patients âgés ou souffrant de maladies chroniques ou en augmentant les frais pour les soins aux populations vulnérables et ayant des besoins de santé plus importants⁴⁷.

Le Québec et l'Ontario ont favorisé le recrutement officiel des patients des prestataires de soins primaires. Trois quarts des Ontariens et un tiers des Québécois sont actuellement recrutés^{7,48}. La Colombie-Britannique, l'Alberta et la Nouvelle-Écosse ont activement mis en œuvre des programmes structurés d'auto-prise en charge et d'éducation des patients.

La mise en place d'équipes de soins primaires multidisciplinaires et interprofessionnelles est un objectif commun à toutes les provinces canadiennes. Au cours de la dernière décennie, les systèmes de santé provinciaux ont augmenté le nombre et les types de prestataires de soins primaires, dont les médecins de famille, le personnel infirmier praticien et les sages-femmes^{7,47}, en multipliant les possibilités de formation et d'emploi, en modifiant les exigences et les règlements concernant la délivrance de permis pour les prestataires non-médecins et en offrant des incitations aux médecins de famille pour inclure d'autres prestataires à une pratique interprofessionnelle⁴⁷. L'Alberta, le Québec et l'Ontario ont réalisé les progrès les plus importants au regard de l'objectif fixé par les premiers ministres qui est de permettre, vers 2011, à la moitié des Canadiens et des Canadiennes d'avoir accès des équipes de soins multidisciplinaires. L'inclusion du personnel infirmier dans des équipes de soins primaires est commune à toutes les provinces et à tous les territoires. Dans l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008, 27 % des adultes ayant un médecin traitant ou un lieu de soins habituel ont déclaré qu'une infirmière a participé régulièrement à leurs soins, et 16 % ont déclaré que d'autres professionnels de santé l'ont été⁴⁹. Récemment, le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé du Conseil de la fédération a mis sur pied les sous-groupe des modèles de soins dispensés en équipe dans le but d'évaluer plusieurs modèles interprofessionnels de soins en fonction d'une série de principes et de critères établis, ce qui a permis d'en dégager les attributs de base et les facteurs clés de réussite pour la mise en œuvre et la diffusion⁵⁰.

Dans certaines provinces et certains territoires, des prestataires interdisciplinaires (c.-à-d. non médecins) sont à l'emploi des systèmes de santé publics ou régionaux et ont pour responsabilités, entre autres, d'entretenir des liens officiels avec ces derniers, alors que dans d'autres, ce sont des cliniques individuelles ou des groupes dirigés par un médecin qui les embauchent directement⁴⁷. L'Alberta et le Manitoba ont mis en œuvre des programmes pour faciliter les liens entre les spécialistes et les médecins de soins primaires.

Les initiatives de gestion des maladies chroniques (p. ex., des collaborations en matière d'amélioration de la qualité, des programmes incitatifs, des réseaux ciblés) sont en cours en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et au Québec. La Saskatchewan, le Manitoba,

l'Ontario, le Québec et le Nouveau-Brunswick ont financé des centres de santé communautaires qui se penchent sur les déterminants sociaux de la santé, en plus de fournir des services de soins de première ligne. L'Alberta, l'Ontario, le Québec, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et le Manitoba ont mis en place un accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 à l'aide d'un numéro d'urgence, alors que l'Alberta et l'Ontario ont, en plus, investi dans la prestation des soins après les heures d'ouverture.

Dans le cadre de l'Inforoute Santé du Canada, le gouvernement du Canada verse des fonds pour aider les provinces et les territoires dans l'élaboration et la mise en œuvre des dossiers médicaux et de santé électroniques⁵¹. Les six principales bases de données des dossiers de santé électroniques (registre des clients, registre des prestataires, images diagnostiques, résultats des analyses de laboratoire, systèmes d'information sur les médicaments, rapports cliniques/vaccination) sont maintenant disponibles aux prestataires de soins de santé pour tous les résidents de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de l'Île-du-Prince-Édouard et seulement pour certains en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick et à Terre-Neuve-et-Labrador⁵². Neuf provinces ont mis en place au moins quatre de ces six bases de données⁵².

La Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, et les Territoires du Nord-Ouest ont élaboré des programmes et affecté des ressources pour encourager les médecins à utiliser les dossiers médicaux électroniques⁵¹. L'Alberta, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse, la Colombie-Britannique, Terre-Neuve-et-Labrador, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest enregistrent le plus grand nombre de médecins de famille qui utilisent les dossiers médicaux électroniques⁵³.

L'Alberta, la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Ontario ont mis en œuvre des programmes d'amélioration de la qualité de diverses portées, intensités et visées^{7, 47} et ont créé des conseils de la qualité⁵⁴. Cependant, les progrès relatifs aux mesures systématiques du rendement et aux rapports aux prestataires, aux payeurs et aux patients sont limités⁴⁷.

Le Québec et la Colombie-Britannique ont établi des structures de gouvernance des soins primaires au niveau régional ou local. Le Québec a mis en œuvre des ententes contractuelles entre les pratiques de soins primaires et des établissements de santé à l'échelon local, régional et provincial, et a créé des services régionaux et locaux de médecine familiale, dont le mandat est de coordonner l'offre et la planification des services de soins primaires et de collaborer avec les autorités sanitaires régionales et des centres de santé locaux⁷. La Colombie-Britannique a soutenu l'expansion des divisions de médecine familiale qui permettent aux médecins de famille de travailler ensemble au niveau communautaire ou régional afin d'améliorer la pratique clinique, d'offrir des services globaux aux patients et de participer à la prise de décision en partenariat avec les autorités sanitaires régionales et le ministère des Services de santé⁷.

En résumé, de nombreuses initiatives de réforme des soins primaires sont en cours au Canada; des équipes interprofessionnelles ainsi que des groupes et des réseaux de soins primaires ont été mis en place à des degrés divers dans toutes les provinces et tous les territoires; le recrutement des patients a été largement adopté dans deux provinces; un nombre croissant de médecins de soins primaires participent à des modèles de rémunération mixte, et la plupart des provinces et territoires ont investi dans la technologie de l'information. La Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario et le Québec semblent avoir fait le plus de progrès vers la transformation des soins primaires au Canada⁷. Toutefois, aucune province ni aucun territoire n'ont implanté tous les éléments nécessaires pour tirer pleinement parti d'un solide système de soins de santé primaires.

7.0 OBJECTIFS DES SOINS PRIMAIRES

Un large consensus s'est dégagé, tant au Canada qu'à l'échelle internationale, sur les principaux objectifs des soins de santé en général et des soins primaires en particulier. Les six premiers des huit objectifs énoncés ci-dessous sont des « objectifs d'amélioration », déterminés par l'Institute of Medicine dans son fameux rapport de 2001 intitulé « Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century »⁵⁵.

Les soins de santé primaires au Canada doivent être accessibles, centrés sur la personne, sûrs, efficaces, efficaces, équitables, coordonnés et axés sur la santé de la population.

Accessibilité : le système de soins primaires doit s'assurer que tous les Canadiens et toutes les Canadiennes aient accès à une équipe ou à un prestataire de soins primaires habituel identifiable^{4,56-59}, en temps opportun^{5, 55, 59-70}, et ce, dans le cadre des dispositions qui facilitent l'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 aux services appropriés^{2,3,5, 71-77}.

Souci de la personne : les services de soins primaires devraient être dispensés d'une manière qui est sensible et réceptive aux besoins, aux valeurs et aux préférences des patients^{4,5, 55-57, 60-62, 67, 78-80}. La culture, la religion, la langue, le contexte social et les besoins précis des patients doivent être respectés, et les patients et leur famille devraient jouer un rôle actif dans la prise de décisions concernant leurs propres soins.

Sécurité : les services de soins primaires doivent être prodigués aux patients sans leur nuire ni les blesser^{5,6, 55, 60-62, 80}.

Efficacité : les services de soins primaires devraient être financés et dispensés de manière à éviter une sur-utilisation des soins inefficaces ou une sous-utilisation des soins efficaces. Les patients devraient recevoir des soins éclairés par la meilleure information scientifique disponible^{4,5, 55, 60-62, 65, 76, 80}.

Efficacité : le système de soins primaires doit continuellement viser à réduire les gaspillages, ainsi que les coûts des fournitures, du matériel, de l'espace, des capitaux, des idées, du temps et des possibilités^{2,4 6, 55, 56, 58, 60-62}.

Équité : le système de soins primaires doit non seulement fournir des services de santé en fonction des besoins, sans distinction de race, d'origine ethnique, de sexe, d'orientation sexuelle ou de revenu, mais aussi s'employer à éliminer les disparités de santé liées à la géographie ou au statut social^{4-6, 55, 56, 60, 62, 80}.

Coordination/intégration : un solide système de soins primaires devrait faciliter la prestation de soins continus^{2,5, 6, 59, 61, 62, 70, 78} et être organisé, relié et coordonné avec d'autres volets d'autres services de santé, ainsi qu'avec des services communautaires et sociaux afin de fournir des soins de qualité^{2,4,5, 56, 58, 59, 61, 62, 64-66, 68, 70-74, 78-92}.

Orientation vers la santé de la population : le système de soins primaires doit adopter une orientation vers la santé de la population^{2, 58, 60, 63, 70, 73, 80} qui met l'accent sur des approches systématiques et dynamiques de la prévention précoce et de la promotion de la santé^{45, 56, 62, 64, 70-72, 74} et sur une meilleure gestion des maladies chroniques^{56, 62, 71, 75, 78, 79, 84}, et collaborer avec des partenaires pour aborder les déterminants sociaux de la santé^{45, 56, 57, 72, 85, 86}.

8.0 MESURES DES PROGRÈS

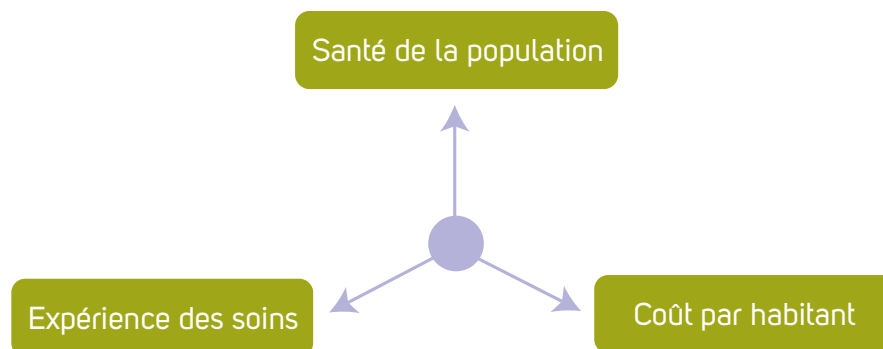
Ces nobles buts doivent être traduits en objectifs et mesures du rendement pour déterminer les améliorations nécessaires et suivre de près les progrès réalisés afin de corriger les points faibles du système de santé. Sinon, comment saurons-nous que nous avons poursuivi avec succès nos efforts pour renforcer les soins primaires au Canada? Comment pourrions-nous savoir si nos objectifs sont atteints? Comment pourrions-nous apprendre de diverses initiatives provinciales et territoriales en matière de politique et de leur succès respectif?

Pour que l'apprentissage soit optimal et que la gestion du système de santé soit efficace, il faut adopter une approche cohérente, équilibrée et, de préférence, commune qui permet de suivre de près le rendement du système. Deux séries complémentaires d'objectifs d'amélioration – le *Triple Aim* de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) et les buts d'amélioration de l'Institute of Medicine – peuvent ensemble constituer l'architecture de base d'un tel système de mesure du rendement.

Le secteur de la santé au Canada et à l'étranger adopte de plus en plus le cadre *Triple Aim* pour mesurer et améliorer le rendement des soins de santé, ainsi que – notamment en Colombie-Britannique, en Alberta et en Saskatchewan – pour guider et suivre les progrès des initiatives d'amélioration des soins de santé.

Le cadre *Triple Aim* porte sur trois objectifs (le « triple objectif »), à savoir 1) améliorer la santé de la population; 2) bonifier l'expérience des soins du patient et 3) réduire, ou du moins contrôler, les coûts de santé par habitant. Familièrement, ces objectifs sont parfois appelés « meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur » (figure 1)^{93, 94}.

Figure 1 – Cadre *Triple Aim* de l'Institute for Healthcare Improvement



L'IHI a réuni un ensemble de mesures permettant de définir de façon opérationnelle le triple objectif et propose que les mesures fondées sur les objectifs d'amélioration de l'Institute of Medicine servent de base pour évaluer l'expérience des soins des patients.

Les objectifs que nous avons soulignés dans la section précédente, Objectifs des soins primaires, et qui comprennent les objectifs d'amélioration de l'Institute of Medicine, peuvent être reliés au *Triple Aim* (tableau 1). Ils offrent conjointement un cadre d'évaluation du rendement qui peut être alimenté par des mesures propres à chaque domaine et utilisé pour suivre au fil du temps l'impact des efforts de transformation des soins primaires. La collecte d'un ensemble de base de mesures dans différents contextes permet de comparer les rendements et de partager l'apprentissage.

Tableau 1 : Un cadre de mesure du rendement des soins primaires

	Santé de la population	Expérience du patient	Coût de santé par habitant
Accessibilité		X	
Souci de la personne		X	
Sécurité		X	
Efficacité		X	
Efficience			X
Équité	X	X	
Coordination/intégration		X	X
Orientation vers la santé de la population	X	X	

Il convient de prendre note que ce cadre examine les mesures du rendement des organisations et des systèmes de santé à des fins de planification, de gestion, d'amélioration de la qualité, de reddition de comptes et de présentation de rapports publics, et met l'accent sur les résultats. Il ne porte pas sur les aspects importants des soins primaires et ne comprend pas toutes les mesures qui seraient nécessaires pour la recherche ou l'évaluation des programmes⁹⁵.

9.0 POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION

Les possibilités d'amélioration résident dans les écarts entre le rendement actuel et le rendement réalisable. Pour déterminer et estimer l'ampleur de ces lacunes, nous comparons le rendement des services de santé de première ligne canadiens à celui des services les plus performants dans les provinces et territoires du Canada ainsi que dans les pays de même niveau de développement économique que le Canada. La présentation des résultats est conforme aux objectifs des soins primaires décrits ci-dessus. Les résultats relatifs à une vie longue et en santé (santé de la population), à l'accès, aux soins centrés sur la personne, à la sécurité, à l'efficacité, à l'efficience et à la coordination sont résumés à l'aide du cadre élaboré par Davis et coll.⁸. Quant aux conclusions concernant l'équité, elles sont basées sur la comparaison des indicateurs de l'Enquête internationale de 2011 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes dont le revenu était supérieur ou inférieur à la moyenne⁹⁶. Par contre, nous ne disposons pas de données nous permettant d'examiner les possibilités d'amélioration de l'orientation vers la santé de la population (par opposition aux résultats de santé de la population). Une sous-section – Catalyseurs de la qualité – étudie la mise en place des équipes de soins primaires, des initiatives d'amélioration de la qualité et de la technologie de l'information.

Les données de cette analyse ont été extraites de sources multiples, y compris des enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé (2008-2011)⁹⁶⁻¹⁰⁰, des publications de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹⁰¹, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2007-2008^{102,103}, du Sondage national des médecins de 2010⁵³, des renseignements de Statistique Canada¹⁰⁴ et de l'Enquête canadienne de 2008 sur l'expérience des soins de santé primaires^{49, 105, 106}.

9.1 Vie longue et en santé : santé de la population (Annexe, tableau 1)

Bien que la santé des populations soit principalement déterminée par des facteurs qui sont hors du domaine des services de santé (p. ex., les revenus et les inégalités de revenu, le soutien et l'exclusion, la petite enfance, la sécurité alimentaire, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le chômage et la sécurité d'emploi)^{107,108}, les soins primaires contribuent grandement à la santé de la population comme en témoignent les indicateurs tels que la mortalité prématurée, la mortalité infantile et l'espérance de vie en santé⁸.

Bien que l'espérance de vie à la naissance au Canada soit plus élevée que la moyenne de l'OCDE (80,7 ans comparativement à 79,5), le taux de mortalité infantile l'est également (5,1 décès pour 1 000 naissances vivantes comparativement à 4,4). Le Canada enregistre un taux de mortalité prématurée plus faible chez les hommes (4 168 années potentielles de vie perdues – APVP – pour 100 000 habitants, contre 4 689 pour 100 000) et plus élevé chez les femmes (2 554 APVP pour 100 000 habitants contre 2 419 pour 100 000)¹⁰¹. À l'échelle mondiale, le Japon affiche l'espérance de vie à la naissance la plus longue (83 ans) et l'Islande, les plus faibles taux de mortalité prématurée (2 995 APVP pour 100 000 hommes et 1 492 APVP pour 100 000 femmes) et de mortalité infantile (1,8 décès pour 1 000 naissances vivantes).

La mortalité infantile et la mortalité prématurée varient considérablement dans l'ensemble du pays. Le Nunavut a un taux de mortalité infantile (16,1 décès pour 1 000 naissances vivantes) qui est huit fois plus élevé que celui de l'Île-du-Prince-Édouard (2,0 décès pour 1 000 naissances vivantes)¹⁰⁴ et un taux de mortalité prématurée (1 017 décès pour 100 000 naissances vivantes) qui est le double de celui de la Colombie-Britannique (508 décès pour 100 000 naissances vivantes)¹⁰⁴.

9.2 Accessibilité (Annexe, tableau 2)

Parmi les 11 pays à revenu élevé, le Canada a le cinquième pourcentage le plus bas d'adultes (77 %) qui déclarent avoir un médecin traitant (94 % aux Pays-Bas, le pays le plus performant)⁹⁹ et le troisième pourcentage le plus bas d'adultes maladesⁱⁱⁱ (88 %) ayant un médecin traitant (99 % aux Pays-Bas)⁹⁶. Le nombre de Canadiens malades ayant un médecin traitant est sensiblement plus élevé dans les provinces de l'Atlantique (94 %) qu'au Québec (80 %)⁹⁶

Le Canada a le plus haut pourcentage d'adultes (32 %) et d'adultes malades (23 %) qui déclarent attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous ou ne pas pouvoir obtenir de rendez-vous la dernière fois qu'ils étaient malades, comparativement à 2 % des adultes en Suisse et 5 % des malades adultes en Nouvelle-Zélande^{96,99}. Parmi les Canadiens les plus malades, les Québécois sont beaucoup plus susceptibles (37 %) que les répondants des provinces de l'Ouest et des territoires (19 %) d'attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous ou de ne pas pouvoir obtenir de rendez-vous la dernière fois qu'ils étaient malades.

Le Canada a le troisième pourcentage le plus bas de médecins des soins primaires ayant déclaré que leur pratique a pris des dispositions pour permettre à des patients de consulter un médecin ou une infirmière après les heures de bureau, soit 43 % comparativement à 9 % aux Pays-Bas, le pays le plus performant¹⁰⁰. Le Canada a, par ailleurs, le pourcentage le plus élevé d'adultes et d'adultes malades qui déclarent qu'il était assez ou très difficile d'avoir accès à des soins médicaux en soirée, durant les fins de semaines et pendant les jours fériés^{96,99}

9.3 Souci de la personne (Annexe, tableau 3)

Les données concernant les trois dimensions du souci de la personne – communication entre prestataire et patient, continuité des médecins et rétroaction, participation et préférences des patients – sont tirées des enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé.

9.3.1 Communication entre prestataire et patient

Parmi les 11 pays riches, le Canada se classe avant-dernier pour ce qui est du pourcentage des adultes déclarant que la communication par téléphone avec leur médecin pendant les heures normales est assez ou très facile (62 % comparativement à 90 % pour la Suisse)⁹⁹. Il a par contre le plus bas pourcentage d'adultes malades qui ont toujours ou souvent reçu une réponse à une question ou une préoccupation médicale le jour même lorsqu'ils appellent le bureau de leur médecin de famille pendant les heures normales de bureau (50 % comparativement à 79 % aux Pays-Bas)⁹⁶. Le Canada se classe au quatrième rang en ce qui concerne le pourcentage d'adultes malades qui déclarent recevoir des directives claires sur les symptômes à surveiller (66 %) et au troisième rang pour ce qui a trait au pourcentage des malades chroniques qui déclarent recevoir des explications sur les effets secondaires possibles des médicaments (73 %)⁹⁶.

iii Âgés de 18 ans et plus; état de santé autodéclaré passable ou mauvais, ou ayant reçu des soins médicaux au cours de la dernière année pour maladie grave ou chronique, blessure ou incapacité ou ayant été hospitalisés au cours des deux dernières années (pour tout autre motif qu'un accouchement sans complications) ou ayant subi une intervention chirurgicale au cours des deux dernières années.

9.3.2 Continuité et rétroaction sur le rendement

Parmi les 11 pays développés, le Canada se classe dans la moyenne pour ce qui est du pourcentage des adultes (6^e à 64 %) et des adultes malades (ex aequo au 7^e à 64 %) qui déclarent avoir le même médecin depuis plus de cinq ans^{96, 99}.

En 2009, 17 % des médecins de famille canadiens ont déclaré avoir reçu et examiné régulièrement les données sur les résultats cliniques, le Canada se classant ainsi à l'avant-dernier rang des 11 pays inclus dans l'enquête. Le Royaume-Uni était le pays le plus performant à ce chapitre (89 %)⁹⁸.

9.3.3 Participation et préférences des patients

Le Canada est le troisième pays le moins performant en ce qui a trait au pourcentage des adultes malades qui déclarent que leur médecin traitant passe toujours ou souvent assez de temps avec eux (77 % par rapport à 96 % de la Suisse) et a le quatrième pourcentage le plus bas d'adultes qui déclarent avoir toujours ou souvent la possibilité de poser des questions sur le traitement recommandé (85 % par rapport à 92 % pour la Nouvelle-Zélande).

Le Canada est au quatrième rang relativement au pourcentage des adultes ayant au moins avec une maladie chronique qui déclarent que leurs professionnels de la santé ont discuté des principaux objectifs des soins qui leur sont dispensés (67 % comparativement à 81 % pour la Suisse, le pays le plus performant) et qu'ils les ont aidés à préparer un plan de traitement (63 % par rapport à 80 % pour le Royaume-Uni, le pays le plus performant).

9.4 Sécurité (Annexe, tableau 4)

Le Canada se classe au troisième rang pour ce qui est du pourcentage des malades chroniques qui déclarent que quelqu'un de leur lieu de soins habituel leur a expliqué les effets secondaires d'un médicament donné (73 %) et au quatrième rang en ce qui concerne le pourcentage des malades chroniques qui déclarent que leur lieu de soins habituel a examiné tous les médicaments, y compris ceux qui sont prescrits par d'autres médecins (69 %).

Parmi les 11 pays participant à l'enquête de 2009 du Fonds du Commonwealth auprès des médecins de soins primaires, le Canada est au troisième rang des moins performants pour ce qui est du pourcentage de médecins qui ont indiqué que leur pratique a un processus pour déterminer les événements indésirables et pour prendre des mesures de suivi (10 % comparativement à 56 % au Royaume-Uni, le pays le plus performant)⁹⁸. Le Canada affiche le quatrième pourcentage le plus bas pour ce qui est 1) des adultes souffrant de maladies chroniques qui déclarent avoir connu, à l'extérieur de l'hôpital, un problème dû à un mauvais médicament, à une erreur médicale ou à un résultat d'analyse de laboratoire incorrect, 2) des malades chroniques adultes qui déclarent recevoir de quelqu'un de leur lieu de soins habituel une liste écrite des médicaments (47 %) et 3) des médecins de soins primaires qui déclarent fournir régulièrement aux patients une liste écrite des médicaments (16 %)^{96, 98, 99}.

9.5 Efficacité (Annexe, tableau 5)

9.5.1 Prévention

Le Canada est au premier rang, ex aequo avec la Suisse et les États-Unis, pour ce qui est du pourcentage des femmes (âgées de 25 à 64 ans) qui déclarent avoir eu un test PAP au cours des deux dernières années (70 %) et se classe juste derrière la Suisse pour ce qui est du dépistage au cours des dernières années (80 % comparativement à 85 %)⁹⁹. Le Canada a le troisième pourcentage le plus élevé de femmes âgées de 50 à 64 ans qui déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années (76 %) ainsi que de personnes âgées qui déclarent avoir été vaccinées contre la grippe au cours

de la dernière année (68 % comparativement à 83 % aux Pays-Bas). Les taux de vaccination contre la grippe varient grandement entre les provinces et les territoires, le taux étant deux fois plus élevé au Nunavut (83 %) qu'à Terre-Neuve-et-Labrador (48 %)104. Le Canada se classe au cinquième rang pour ce qui est de la vérification de la tension artérielle des adultes (82 % comparativement à 95 % pour la France, le pays le plus performant) et au huitième rang dans l'utilisation des rappels de patients pour des soins préventifs : à 39 %, il est bien en dessous des Pays-Bas qui sont au premier rang avec 59 %.

9.5.2 Soins des maladies chroniques

Le Canada se classe au sixième rang pour ce qui est du pourcentage d'adultes qui déclarent avoir fait vérifier leur tension artérielle au cours de la dernière année (94 %), au deuxième rang pour ce qui est du pourcentage de diabétiques adultes qui déclarent avoir fait mesurer leur taux de cholestérol au cours de la dernière année (88 %) et au quatrième rang pour ce qui est du pourcentage de diabétiques adultes qui déclarent avoir fait examiner leurs yeux au cours de la dernière année (77 %)96, 99.

Le Canada se classe au septième rang avec 50 % des diabétiques adultes qui déclarent avoir fait vérifier leurs pieds au cours de la dernière année, comparativement à 86 % au Royaume-Uni95. Au Canada, les variations régionales sont frappantes, 84 % des répondants de l'Ontario indiquent qu'ils ont fait examiner leurs yeux et 61 %, leurs pieds, comparativement à 65 % et 29 % respectivement chez les répondants du Québec96.

9.6 Efficience (Annexe, tableau 6)

Les Canadiens sont les plus grands utilisateurs de services d'urgence parmi les pays inclus dans l'enquête du Fonds du Commonwealth96, 99. Le Canada a le plus haut pourcentage d'adultes (44 %) et d'adultes malades (58 %) qui utilisent les services d'urgence au cours des deux années précédentes, comparativement à 22 % des adultes en Suisse et en Allemagne et à 31 % des adultes malades en Allemagne. Le Canada a également le pourcentage le plus élevé d'adultes malades qui déclarent que, lors de leur dernière visite aux urgences, qu'ils pourraient être traités à leur lieu de soins habituel si ces services étaient disponibles, soit 41 % comparativement à 16 % des répondants du Royaume-Uni. Alors que 55 % des malades adultes dans les provinces de l'Atlantique déclarent qu'ils auraient pu être traités à leur lieu de soins habituel comparativement à 37 % en Ontario96.

Le Canada a également le pourcentage le plus élevé d'adultes qui déclarent que les soins qu'ils ont reçus étaient mal organisés et mal coordonnés (19 % comparativement à 6 % en Suisse), et le deuxième pourcentage plus élevé d'adultes qui déclarent avoir connu des situations où les dossiers médicaux ou les résultats d'analyse n'étaient disponibles au moment de leur rendez-vous (11 % comparativement à 7 % en Suisse). Parmi les malades adultes, 19 % des Canadiens déclarent que les résultats d'analyse, les dossiers médicaux ou les raisons de la référence n'étaient pas disponibles au moment de leur rendez-vous avec le médecin, un pourcentage qui était plus élevé que celui de n'importe quel autre pays et qui était le triple de celui de la Suisse (7 %)96.

9.7 Équité (Annexe, tableau 7)

Nous avons examiné les données de 2011 du Fonds du Commonwealth sur les adultes malades au Canada selon deux catégories de revenus : ceux qui ont déclaré leurs revenus supérieurs à la moyenne du pays et ceux qui ont déclaré leurs revenus inférieurs à la moyenne du pays96. Dans la présentation des résultats, nous nous concentrons sur les mesures pour lesquelles les différences de revenus sont considérables et statistiquement significatives.

Les répondants à faible revenu étaient beaucoup plus susceptibles que les répondants à revenu élevé de déclarer que leur santé les empêche de travailler à plein temps ou limite leur capacité d'effectuer des

travaux ménagers ou d'autres activités quotidiennes (43 % comparativement à 20 %), ce qui suggère que leurs problèmes de santé peuvent contribuer à leur perte de revenus⁹⁶.

Des adultes malades dont le revenu est inférieur à la moyenne sont plus susceptibles que ceux ayant un revenu supérieur à la moyenne de déclarer 1) avoir une santé passable ou mauvaise (45 % comparativement à 24 %), 2) avoir au moins deux maladies chroniques (52 % comparativement à 27 %) et 3) souffrir d'hypertension, de maladie du cœur, de diabète, de douleurs articulaires et d'arthrite, d'asthme, de maladie pulmonaire obstructive chronique et d'autres problèmes pulmonaires chroniques, de dépression, d'anxiété et d'autres problèmes de santé mentale, et de douleur dorsale chronique. Les adultes malades ayant des revenus inférieurs à la moyenne sont plus susceptibles d'indiquer avoir de la difficulté à effectuer des activités quotidiennes et avoir ressenti une douleur ou malaise modérée ou forte⁹⁶.

Les Canadiens malades dont le revenu est inférieur à la moyenne sont plus susceptibles que ceux ayant un revenu supérieur à la moyenne de déclarer attendre six jours ou plus pour obtenir un rendez-vous lorsqu'ils sont malades, ne pas prendre des médicaments en raison du coût et avoir de sérieux problèmes pour payer leurs factures médicales. Ils sont moins susceptibles de déclarer que leur médecin traitant ou quelqu'un du cabinet du médecin leur consacre assez de temps et leur explique les choses d'une manière compréhensible, qu'un professionnel de la santé discute des principaux objectifs de leur traitement.

Parmi les Canadiens malades qui prennent des médicaments sur ordonnance, les personnes ayant un revenu inférieur à la moyenne (68 %) qui déclarent qu'un pharmacien ou un médecin a examiné tous les médicaments et en a discuté avec eux au cours de la dernière année sont moins nombreux que les personnes ayant un revenu supérieur à la moyenne (76 %)⁹⁶. D'autre part, ils sont plus susceptibles que ceux ayant un revenu plus élevé d'avoir une liste écrite de leurs médicaments (74 % comparativement à 65 %)⁹⁶.

Parmi les Canadiens souffrant d'hypertension, de maladie cardiaque ou de diabète, ceux dont le revenu est inférieur à la moyenne sont moins susceptibles de déclarer avoir fait mesurer leur taux de cholestérol au cours de la dernière année (81 % comparativement à 91 %). Les Canadiens malades dont le revenu est inférieur à la moyenne sont plus susceptibles que ceux ayant des revenus élevés d'évaluer la qualité des soins médicaux reçus au cours de la dernière année comme étant passables ou médiocres (17 % comparativement à 9 %)⁹⁶.

Parmi les répondants à l'Enquête canadienne de 2008 sur l'expérience des soins de santé primaires qui avaient des conditions propices aux soins ambulatoires (c.-à-d. l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiaques), les Canadiens appartenant au quintile de revenu inférieur étaient moins susceptibles que ceux du quintile de revenu supérieur de déclarer avoir accès à des soins après les heures de bureau ou que leur médecin de soins primaires les a mis à contribution dans les décisions cliniques ou les a aidés à élaborer un plan de traitement¹⁰⁶.

9.8 Coordination/intégration (Annexe, tableau 8)

Le Canada se classe au troisième rang parmi 11 pays développés pour ce qui est du pourcentage d'adultes ayant déclaré que leur médecin coordonne ou organise toujours ou souvent leurs soins (68 % comparativement à 69 % pour les deux pays les plus performants, à savoir la Nouvelle-Zélande et les États-Unis)⁹⁹, et au quatrième rang dans le cas des adultes malades (62 % comparativement à 66 % au Royaume-Uni)⁹⁶. À l'échelle nationale, le pourcentage d'adultes malades qui indiquent que leur médecin coordonne ou organise toujours ou souvent leurs soins est plus élevé dans les provinces de l'Ouest, dans les territoires et en l'Ontario (65 %) qu'au Québec (66 %)⁹⁶.

Le Canada a le sixième pourcentage le plus élevé d'adultes malades qui déclarent que leur spécialiste avait des renseignements sur leurs antécédents médicaux (76 % comparativement à 91 % au Royaume-Uni) et le quatrième pourcentage le plus bas d'adultes malades qui indiquent que leur médecin traitant semblait informé des soins qu'ils ont reçus de leur spécialiste (72 % par rapport à 88 % au Royaume-Uni)⁹⁷. Au Canada, un plus grand nombre de répondants des provinces de l'Atlantique (88 %) déclarent que leur spécialiste avait des informations sur leurs antécédents médicaux qu'au Québec (61 %).

9.9 Catalyseurs de la qualité (Annexe, tableau 9)

Des équipes interprofessionnelles de soins primaires, la surveillance du rendement, la capacité d'amélioration de la qualité et la technologie de l'information sont largement acceptées comme étant des catalyseurs efficaces de l'amélioration de la qualité.

Parmi les 11 pays riches, le Canada a le deuxième pourcentage le plus bas de médecins de soins primaires qui déclarent travailler avec le personnel non médical (p. ex. le personnel infirmier) afin de fournir des soins primaires (52 % par rapport à 98 % pour Suède)⁹⁸. Dans l'ESCC de 2008, seulement un tiers (27 %) des adultes ayant un médecin traitant ou un lieu de soins habituels ont déclaré qu'une infirmière participait régulièrement à leurs soins, tandis que 16 % ont indiqué que d'autres professionnels de la santé, tels que des diététistes et des nutritionnistes, ont participé à leur traitement⁴⁹.

Le Canada a le deuxième pourcentage le plus faible de médecins de soins primaires qui déclarent que leur rendement clinique est régulièrement comparé à d'autres pratiques (11 % comparativement à 92 % des médecins généralistes au Royaume-Uni). Le Canada est également en retard par rapport à d'autres pays dans l'utilisation des lignes directrices cliniques et des incitations financières pour améliorer la qualité^{98,100}. En 2009, le Canada s'est classé au bas des pays participant à l'enquête du Fonds du Commonwealth pour ce qui est des médecins qui utilisaient des dossiers médicaux électroniques (37 % comparativement à un sommet de 99 % dans les Pays-Bas)^{98,100}. En 2010, les taux d'utilisation des dossiers médicaux électroniques varient considérablement au Canada, le nombre de médecins de famille qui indiquaient utiliser des dossiers médicaux électroniques était deux fois plus élevé en Alberta (68 %) qu'au Québec (28 %)⁵³.

9.10 Résumé

Le Canada est au milieu du peloton parmi les pays de l'OCDE pour ce qui est l'espérance de vie et de la mortalité prématurée chez les hommes, mais il est presque au bas du classement de la mortalité infantile et de la mortalité prématurée chez les femmes. Le rendement du système des soins primaires du Canada relativement à la plupart des aspects de la prévention, à la gestion des maladies chroniques et à coordination des soins est moyen à satisfaisant, comparativement aux pays à revenu élevé qui participent aux enquêtes du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé. Les progrès sont probablement plus importants au regard de l'accès en temps opportun aux soins (à la fois en personne et par téléphone pendant et après les heures normales de bureau), du souci et de la mobilisation du patient, de la communication entre les établissements de santé, des processus de soins, de la mise en place des équipes interprofessionnelles, de l'utilisation et de la fonctionnalité des dossiers médicaux et de santé électroniques, de la rétroaction systématique concernant le rendement, ainsi que de l'atténuation des inégalités en matière de santé et de soins de santé. Les comparaisons au niveau national (lorsque des données sont disponibles) montrent d'importantes variations entre les provinces et les territoires, ce qui suggère des possibilités de tirer des leçons stratégiques grâce au partage des expériences et des conclusions d'évaluation.

10.0 CARACTÉRISTIQUES DES SOINS TRÈS PERFORMANTS

Cette section répond à la question de savoir quelles sont les percées que les organismes et les prestataires de soins primaires, ainsi que les personnes qu'ils servent devraient réaliser en matière de santé, d'expérience des soins et de maîtrise des coûts de santé. Basés sur les données probantes et les expériences canadiennes et internationales, nous examinons les caractéristiques fondamentales d'un système de soins primaires très performant. Ces caractéristiques soulignent les fonctions de « premier contact », le souci de la personne au fil du temps, l'intégralité et la coordination des soins primaires, ainsi que leur soutien à la réalisation des objectifs indiqués ci-dessus. Aucune de ces caractéristiques ne suffit en elle-même : la gamme complète est nécessaire pour générer d'importantes améliorations.

10.1 Orientation stratégique explicite ancrée dans les valeurs, les besoins et les préférences de la population

Bien que la réforme des soins primaires soit entreprise dans toutes les provinces, la plupart n'ont pas une vision claire de l'avenir des soins primaires ni une stratégie de transformation pour progresser vers cette vision. Dans notre système fédéral, la responsabilité des politiques de santé incombe principalement aux provinces et aux territoires. Cependant, il est fort probable que la réforme des soins primaires progresse encore plus rapidement et plus efficacement si les efforts provinciaux/territoriaux sont éclairés et encouragés par une orientation partagée de la part des gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, une corrélation que le Conseil de la fédération a d'ailleurs reconnue en créant le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. Des efforts déployés dans les domaines d'intérêt commun aux provinces et territoires, par exemple le déploiement de modèles de soins dispensés en équipe et des guides de pratique clinique, peuvent contribuer à l'innovation, à la transformation des systèmes et à l'amélioration de la qualité dans les soins de santé primaires, ainsi que dans d'autres secteurs de la santé.

Pour transformer le système, mieux harmoniser les soins et offrir des services de santé dont la population a besoin, il faut se doter d'une vision claire et d'un ensemble cohérent de stratégies^{80,82}. Il est nécessaire d'élaborer non seulement des feuilles de route stratégiques qui précisent clairement les objectifs d'amélioration du système de soins de santé primaires ainsi que son rôle dans le système de santé en général, mais aussi et parallèlement un éventail de stratégies pour y parvenir.

Une direction politique sans ambages aide les fonctionnaires, les gestionnaires des soins de santé et les dirigeants professionnels à maintenir l'accent sur les principaux objectifs du système de santé et à réduire l'ambiguïté. Elle envoie également au public un message clair sur ce qu'il peut ou doit s'attendre d'un système de soins primaires très performant. Une feuille de route stratégique est le moyen le plus efficace pour obtenir du soutien, surtout si elle est ancrée dans les valeurs, les besoins et les préférences des usagers des soins de santé primaires, si elle est éclairée par des données probantes et les expériences pertinentes et si elle est fondée sur un large consensus (ou au moins un compromis) parmi les principaux intervenants.

10.2 Mécanismes de gouvernance des soins primaires aux niveaux communautaire, régional et provincial/territorial

Compte tenu du fait que la plupart des médecins de famille exercent dans des cabinets indépendants ou collectifs, le secteur des soins primaires est souvent comparé à une industrie artisanale. Des organismes de soins primaires inclusifs sont souvent absents aux niveaux régional et local. En conséquence, les prestataires de soins primaires dans la plupart des collectivités canadiennes et des régions sanitaires n'ont pas une voix commune ni la capacité de partage de la responsabilité et de la reddition de comptes pour répondre aux besoins de leurs patients et des populations⁷. Des structures de gouvernance,

d'administration et de gestion efficaces au niveau local/régional sont nécessaires pour améliorer l'intégration des systèmes et appuyer l'adoption de pratiques exemplaires¹⁰⁹. L'existence d'une structure de gestion appropriée entre les ministères de la santé et les soins primaires au niveau régional/communautaire donne à un organisme la responsabilité et l'autorité nécessaires pour mener et soutenir le changement¹¹⁰.

L'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni ont mis en place des mécanismes de gouvernance des soins primaires afin d'intégrer la prestation des soins de santé primaires à d'autres services de santé qui visent à accroître l'influence des organisations de soins primaires – en particulier des médecins généralistes – dans la planification de la santé et dans l'affectation des ressources¹¹¹. Bien que leurs objectifs varient, ces organismes ont tous pour but fondamental d'établir des liens entre les activités au micro-niveau de la prestation des soins (des soins cliniques prodigués par des praticiens individuels) et celles au macro-niveau de la prestation des soins (systèmes responsables des politiques, du financement et des infrastructures)¹¹¹.

La Nouvelle-Zélande a créé des organismes de santé primaires (OSP) pour coordonner et fournir des services de soins de santé primaires à la population locale. Ces organismes qui sont gérés dans le cadre des activités des District Health Board (conseils régionaux de santé) sont explicitement tenus d'inclure un large éventail de prestataires dans le processus de prise de décision et de se concentrer sur l'accès, la santé de la population et les soins aux groupes défavorisés¹¹¹⁻¹¹³. Ils ont d'ailleurs réussi à faciliter la participation des prestataires¹¹³. Quant à l'Australie, elle a mis en place des Medical Locals (sections médicales locales) – anciennement des Divisions of General Practice ou DGP (divisions de pratique générale) – pour fournir un soutien professionnel aux médecins généralistes, promouvoir la participation des médecins généralistes dans la planification de la santé et encourager l'intégration entre la médecine générale et d'autres services de santé^{659, 114, 115}. Ces organismes jouent un rôle essentiel dans les initiatives d'amélioration de la qualité, dans l'expansion des équipes multidisciplinaires, dans l'intégration régionale, dans l'adoption des technologies de l'information, ainsi que dans le renforcement de l'accès aux soins¹¹⁴. Le Royaume-Uni a mis sur pied des Primary Care Trusts (PCT) – autorités de soins primaires – chargées de l'évaluation des besoins locaux, de l'élaboration d'une stratégie pour des systèmes de santé locaux, de la mise en place d'une gamme de services de prévention, primaires, secondaires et tertiaires, de l'intégration des services de santé et sociaux, de la fourniture des services de surveillance et de la prestation des services à leur population locale^{111, 116}. L'Angleterre envisage actuellement d'établir des consortiums de cabinets de médecine générale (Clinical Commissioning Consortia) qui assureront aux médecins généralistes un contrôle de plus des deux tiers du budget du National Health Service (service national de santé) pour les spécialistes et les soins hospitaliers. Selon Russell et ses collègues, ces organismes ont permis d'améliorer l'accès aux soins après les heures normales, d'accroître l'utilisation des dossiers médicaux électroniques et de faciliter les activités d'assurance de la qualité liées à la prévention et à la gestion des maladies chroniques¹¹¹. Au Canada, la Colombie-Britannique et le Québec ont examiné la question de la gouvernance régionale des soins primaires, mais ont adopté des approches très différentes (voir la section « Progrès à ce jour »).

Les organismes prestataires de soins primaires locaux peuvent répondre ensemble aux besoins de la collectivité, participer avec d'autres organismes à la planification des soins de santé, négocier avec d'autres secteurs (p. ex. les hôpitaux et les spécialistes) pour le compte du système des soins primaires, appuyer les mesures du rendement et l'établissement de rapports à cet égard, parrainer et coordonner les initiatives d'amélioration de la qualité, ainsi que faciliter la mise en commun et le partage des compétences et des ressources entre les pratiques et les organismes de soins primaires. Idéalement, les dispositions relatives à la gouvernance des soins, que ce soit au niveau local, régional ou provincial/territorial, doivent inclure un large éventail de prestataires de soins primaires et d'intervenants afin de promouvoir la collaboration et d'offrir un forum dans lequel les intérêts concurrents peuvent être abordés, étudiés et résolus.

10.3 Recrutement des patients

Le recrutement des patients est un processus dans lequel les patients sont officiellement inscrits auprès d'un organisme, d'une équipe ou d'un prestataire des soins primaires. Le recrutement des patients favorise, d'une part, la reddition de comptes en déterminant la population dont l'organisme ou le prestataire des soins primaires est responsable¹¹⁷ et, d'autre part, la relation longitudinale entre le patient et le prestataire. Le recrutement des patients est adopté au Royaume-Uni, aux Pays-Bas⁵⁹, au Danemark et en Nouvelle-Zélande¹¹⁸.

Le recrutement officiel des patients et leur inscription auprès d'un prestataire de soins primaires 1) jettent les bases de l'application d'une approche populationnelle proactive aux soins préventifs et à la gestion des maladies chroniques, de l'évaluation systématique du rendement des pratiques et de l'amélioration de la qualité⁹⁴; 2) clarifient les responsabilités et 3) énoncent clairement que les prestataires de soins primaires sont les gardiens et protecteurs de la santé d'une population donnée, plutôt que simplement des fournisseurs de services.

10.4 Équipes interprofessionnelles

Selon un nombre croissant de données probantes, la collaboration entre des équipes de soins primaires peut améliorer la santé et la qualité de vie des patients, surtout des malades chroniques^{119, 120}. Des soins dispensés par des équipes ont donné lieu à des améliorations de la chimie sanguine, du fonctionnement physique et social, de l'énergie et des douleurs corporelles chez des patients atteints de diabète¹²¹, à une réduction du nombre de jours par an de symptômes chez les enfants souffrant d'asthme¹²², à une réduction des symptômes psychologiques et comportementaux chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et à l'amélioration de la détresse et de la dépression chez les aidants naturels¹²³, à l'amélioration du fonctionnement du rôle émotionnel, du fonctionnement social, de la douleur corporelle, de la santé mentale, de la vitalité et de la santé en général chez les patients en phase terminale¹²⁴, ainsi qu'à la diminution de poids des patients obèses¹²⁵. Les équipes de soins primaires peuvent réduire le recours à des services d'urgence¹²⁶, améliorer l'accès aux soins et renforcer la satisfaction des patients¹²⁷. En se penchant sur les examens systématiques et les méta-analyses, Dahrouge et ses collègues ont constaté que les équipes multidisciplinaires sont associées à des améliorations en matière de santé mentale et de soins de prévention⁴⁶.

Alors que les équipes de soins primaires permettent d'optimiser les ressources en donnant à chaque membre d'équipe la possibilité d'exercer pleinement toutes leurs compétences, les équipes interprofessionnelles peuvent faciliter la prestation de soins complets, continus et centrés sur la personne, la mobilisation des ressources en soins de santé et le travail des intervenants-pivots du système de santé⁸⁰. Des améliorations, reconnues à leur juste valeur, dans la qualité, la satisfaction des patients, l'accès et l'équité devraient compenser les ressources supplémentaires nécessaires pour mettre en place des équipes interprofessionnelles¹²⁸.

10.5 Participation des patients

Une approche centrée sur le patient est une composante fondamentale des soins de santé primaires. Les patients ont besoin d'être soutenus pour participer activement à leurs soins de santé. Quant aux patients et aux citoyens, il faut leur donner les moyens de participer à la conception et à la planification des services de santé.

Sur le plan clinique, les patients sont plus susceptibles de se sentir engagés non seulement lorsqu'ils ont facilement accès à leurs prestataires, qu'ils comprennent les renseignements qui leur sont fournis, qu'ils obtiennent des conseils et du soutien qui les aident à comprendre les choix de traitement

disponibles, que les risques et les bienfaits de leurs médicaments font l'objet d'examen, qu'ils reçoivent des soins qui sont coordonnés, mais aussi lorsque l'information pertinente est communiquée entre et avec les prestataires, les institutions, etc.¹²⁹

Les patients qui participent à leurs soins sont plus susceptibles de se souvenir des renseignements, d'acquiescer des connaissances et de la confiance pour se prendre en charge, d'indiquer l'option thérapeutique qui est adéquate pour eux, de se dire satisfaits de leurs soins, de participer à la surveillance et à la prévention et de montrer des signes d'amélioration, notamment dans le cas de diabète, de dépression, de troubles alimentaires, d'asthme, d'hypertension et de changement comportemental^{130,131}. Les patients qui prennent part à la prise de décisions thérapeutiques optent souvent pour des traitements qui sont moins interventionnistes (donc moins coûteux) que ceux qu'auraient choisis les cliniciens¹³².

« Un système de santé véritablement axé sur le patient doit être conçu pour intégrer les caractéristiques qui sont importantes pour les patients, notamment l'aspect "holistique" des soins, l'intégralité, la communication et la coordination, le soutien aux patients et leur autonomisation, ainsi que la facilité d'accès. Sans ces caractéristiques et sans la contribution des consommateurs à la conception, à la pratique en cours et à l'évaluation de nouveaux modèles, toute nouvelle approche pourrait faire l'objet de résistance de la part des patients »¹³³ [Traduction].

10.6 Modalités de financement et de paiement des prestataires s'alignant avec les objectifs du système de santé

La dernière décennie a vu le développement des modèles de paiement des médecins des soins primaires qui combinent le paiement par capitation, la rémunération à l'acte, le salaire, le financement des infrastructures et le paiement ciblé pour un niveau de service ou de rendement donné. Cette vaste gamme de modèles a permis d'aligner les paiements avec des objectifs propres aux services de santé et d'équilibrer les incitations souhaitables et perverses inhérentes aux différents modes de paiement.

Les nombreuses études relatives aux mécanismes de remboursement qui ont été publiées sont arrivées à des conclusions semblables : aucun mécanisme unique ne peut fournir toutes les incitations nécessaires pour atteindre les objectifs stratégiques en matière de santé^{81, 134, 135}. De plus, il existe une ambiguïté concernant les avantages de la rémunération au rendement et ses effets pervers potentiels sur le système de soins primaires¹³⁶. À ce jour, il n'y a que quelques études rigoureuses des modèles de rémunération au rendement et quelques données probantes sur leur efficacité¹³⁷. Les incitations financières visant des professionnels de santé individuels semblent être efficaces à court terme pour des objectifs de comportement simples, distincts et bien définis, mais on ne dispose pas d'assez de données indiquant que ces incitations peuvent soutenir les changements à long terme.

Des données probantes viennent éclairer la conception de modèles de paiement et de financement mixtes qui atténuent les effets pervers liés à la rémunération à l'acte, au salaire, au paiement par capitation et à la rémunération au rendement^{128, 135, 138, 139}. Des évaluations et des ajustements continus sont nécessaires pour assurer que les structures d'incitation atteignent leurs objectifs.

10.7 Une technologie de l'information de la santé qui soutient efficacement les patients et les prestataires

Une technologie de l'information de pointe pour soutenir la pratique clinique est essentielle à la prestation de soins primaires efficaces et de grande qualité. Des systèmes de gestion de l'information bien conçus appuient les décisions et les soins cliniques éclairés par des données probantes, la

détermination des besoins en soins des patients, les mesures du rendement, l'amélioration de la qualité, la participation des patients et la planification des soins, ainsi que la coordination et l'intégration dans tout le continuum des soins.

L'utilisation de la technologie de l'information pour appuyer la prise de décisions cliniques et produire des rappels de patients favorise tant l'efficacité opérationnelle que la qualité des soins aux patients. Les avantages potentiels comprennent : l'amélioration des soins préventifs et de la prise en charge des maladies¹⁴⁰⁻¹⁴³ l'augmentation des prescriptions de médicaments génériques¹⁴⁰, l'optimisation de la gestion des médicaments¹⁴⁴⁻¹⁴⁸; ainsi que la réduction des erreurs médicales¹⁴⁷, des analyses inutiles et des coûts¹⁴⁰. Selon une analyse documentaire récente, la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques permettrait au système de santé de réaliser des économies substantielles.¹³⁷ Cependant, aucune des études incluses dans cette analyse ne portait sur les soins primaires.

Des dossiers médicaux et de santé électroniques sont de précieux outils pour générer des mesures de rendement afin de surveiller les soins aux patients, de planifier les soins de santé, d'évaluer de nouvelles innovations et de déterminer l'affectation des ressources. Aussi est-il nécessaire d'investir dans la technologie de l'information et de la mettre en œuvre pour améliorer les résultats, atteindre une plus grande efficacité et renforcer l'intégration des soins⁵⁴.

10.8 Mesure continue du rendement

Une mesure continue et systématique du rendement est nécessaire à plusieurs niveaux (celui de la pratique, de l'organisation et de la collectivité, ainsi que les niveaux régional, provincial/territorial et national) pour éclairer les activités de planification, de gestion et d'amélioration, évaluer leur impact sur les services de santé et servir de base aux processus de reddition de comptes. La mesure du rendement est essentielle à l'amélioration continue de la qualité, car elle permet de déterminer les possibilités d'amélioration, de suivre les progrès au regard des objectifs de l'organisation et de comparer le rendement aux normes internes et externes.

10.9 Formation et soutien à l'amélioration de la qualité

Des initiatives d'amélioration constante de la qualité liées à la mesure continue du rendement sont essentielles à la transformation des soins primaires transformation^{7, 59,81} et à l'amélioration de la qualité des soins, des résultats de santé et de l'efficacité¹⁴⁹⁻¹⁵¹.

La formation en amélioration de la qualité et le soutien continu de la part des fournisseurs de soins primaires sont nécessaires pour assurer le succès des efforts d'amélioration de la qualité. Un examen de trois initiatives fructueuses de restructuration des systèmes qui appliquaient des méthodes d'amélioration de la qualité aux soins primaires a révélé qu'elles véhiculaient un thème commun, à savoir l'investissement dans le renforcement des connaissances et des compétences de l'équipe pour soutenir l'amélioration de la qualité. Chaque organisme définit clairement les attentes selon lesquelles le personnel s'emploie à améliorer les soins aux patients afin de bâtir la capacité organisationnelle en vue de l'amélioration continue⁵⁴.

Dans un examen récent qui examinait l'impact de l'amélioration de la qualité (définie comme « un effort soutenu pour améliorer la qualité des soins de santé, lequel intègre les mesures répétées du rendement et les commentaires aux prestataires de services de santé ») sur les soins primaires, O'Beirne et ses collègues ont trouvé des données « très probantes, probantes ou moyennement probantes » que l'amélioration de la qualité augmente le dépistage du cancer colorectal et l'examen des pieds pour diabète¹⁵⁵. Par contre, les données étaient « moyennement ou faiblement probantes »

concernant l'impact positif de l'amélioration de la qualité sur les activités d'abandon du tabac, sur les taux d'HbA1c, de LDL et de HDL sur la tension artérielle chez les patients atteints de diabète et de maladies cardiovasculaires, sur le traitement de la dépression, sur la diminution de la prescription de médicaments par les fournisseurs aux patients souffrant de diverses affectations, ainsi que sur l'adoption de lignes directrices cliniques.

La collaboration et la facilitation de la pratique (encadrement), souvent employées conjointement, sont les deux approches qui sont largement appliquées à la formation et au soutien en matière d'amélioration de la qualité. L'apprentissage en collaboration axé sur les maladies chroniques s'est avéré efficace pour améliorer la santé des patients, l'éducation des patients, les indicateurs de la qualité de vie et l'accès aux soins, augmenter les procédures de prévention et réduire les hospitalisations⁸¹. Le modèle Breakthrough Series (Série Innovations) de l'Institute for Healthcare Improvement vise à permettre aux participants de partager leurs expériences, d'accélérer l'apprentissage et de diffuser les pratiques exemplaires. L'apprentissage en collaboration, fondé sur ce modèle, a donné lieu à une réduction des temps d'attente pour obtenir un rendez-vous et dans le cabinet du médecin; à une amélioration de la continuité des soins et à une augmentation de la satisfaction des patients et des prestataires⁸¹.

La facilitation de la pratique a un effet positif sur l'utilisation des lignes directrices cliniques fondées sur les données probantes¹⁵⁶ et aide le personnel à appliquer les techniques d'amélioration de la qualité^{157, 158}. Quant aux moniteurs en amélioration de la qualité, ils jouent un rôle important dans l'augmentation de l'efficacité de bureau, dans l'amélioration des soins aux patients atteints de diabète ou d'asthme¹⁵⁹, dans le renforcement de la communication, de la confiance, de l'esprit d'équipe et du leadership, dans la création d'une culture de changement autogéré¹⁶⁰, ainsi que les économies de coûts¹⁶¹.

L'offre de formation et de soutien pratique à des professionnels de la santé et l'inclusion des théories d'amélioration dans les programmes d'études des étudiants du secteur de la santé peuvent faciliter l'adoption et l'utilisation des méthodes et des outils d'amélioration de la qualité.

10.10 Développement du leadership

Un système de soins primaires à haut rendement nécessite un leadership efficace. Or, un leadership à tous les niveaux (gouvernemental, exécutif et clinique) s'avère essentiel dans la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité¹⁶²⁻¹⁶⁷ et des dossiers médicaux électroniques¹⁶⁸.

Dans les systèmes complexes de soins de santé qui font face à diverses pressions internes et externes, une approche de leadership partagé – selon laquelle le leadership incombe à différents acteurs d'une organisation ou d'un système – est en train de gagner des appuis^{166, 167, 169-172}. Un thème commun dans une étude comparative transversale de cinq systèmes de santé internationaux à haut rendement (déterminés par des spécialistes internationaux en matière d'amélioration de la qualité et de surveillance des systèmes de santé), est que l'approche du leadership est distributive, qu'elle comporte des objectifs communs et qu'elle harmonise les activités entre les organisations¹⁷²⁻¹⁷³. Selon une étude canadienne, la mise en œuvre d'équipes de soins primaires multidisciplinaires et intégrées a été un succès lorsque les dirigeants internes et externes ont mis en commun leurs ressources en vue des changements¹⁶⁶.

Un leadership efficace nécessite une vision convaincante de la qualité, des objectifs de rendement et des échéanciers qui tiennent compte de la vision; une stratégie qui inclut des pratiques fondées sur les données probantes et qui établit clairement les responsabilités et les attentes au niveau organisationnel et individuel; une culture d'amélioration de la qualité qui met l'accent sur l'apprentissage, l'innovation et la mesure de la qualité; l'engagement du personnel de première ligne et des champions; la célébration des réussites et le partage des pratiques exemplaires⁶⁰.

Une approche systémique du développement du leadership, qui vise tant les prestataires que les gestionnaires, est primordiale pour la transformation du système et l'amélioration de la qualité¹⁷³. Les interventions relatives au développement du leadership devraient non seulement se concentrer sur les organisations dans leur ensemble et enseigner aux stagiaires les attributs uniques du leadership qui stimulent le changement transformateur, mais aussi faire valoir les approches collaboratives et les évaluations continues¹⁷⁴.

10.11 Coordination, intégration et partenariat avec d'autres services de santé et sociaux

Les prestataires de soins primaires ont pour responsabilité de faciliter la trajectoire de leurs patients dans le système de santé et de à l'utilisation appropriée des services de santé et sociaux. Pour assurer à la population qu'ils servent l'accès à une gamme complète de services appropriés, les prestataires de soins primaires doivent aider les patients dans leur prise de décisions et servir de médiateurs entre les patients et les autres niveaux du système de santé, les ressources communautaires et les services sociaux⁸⁰. Les stratégies de coordination et d'intégration comprennent des relations informelles, des accords et des partenariats officiels et la gouvernance intégrée⁸¹. Toutes ces mesures doivent énoncer clairement les rôles et les responsabilités de chaque participant.

Une prestation intégrée des services de soins primaires améliore la qualité des services et les résultats : un recours plus efficace aux médecins, aux hôpitaux et aux services de laboratoire; des modes de vie plus sains; une plus faible utilisation des services de santé et une meilleure satisfaction des patients⁸¹. Les systèmes conçus pour améliorer la coordination entre les médecins de soins primaires et les spécialistes ont donné lieu à une réduction des taux d'hospitalisation et de l'utilisation des ressources. Alors que les modèles intégrés axés sur les maladies chroniques entraînent des améliorations dans la prescription⁸¹, ceux axés sur la santé mentale conduisent à une augmentation des taux de persévérance dans les programmes de traitement et de la satisfaction des patients, à une utilisation plus rationnelle des ressources et des tests de diagnostic, à un renforcement des compétences cliniques, ainsi qu'à la fréquence du recours aux stratégies de traitement appropriées et à des choix cliniques visant à déceler les complications⁸¹.

10.12 Évaluation systématique de l'innovation

En plus de la mesure et de la surveillance continues du rendement, une planification et une gestion efficaces du système de soins primaires nécessitent des évaluations ciblées de la mise en œuvre et de l'impact des principales innovations en matière de politiques et de gestion de système. Ces évaluations permettent de repérer et corriger les lacunes, ainsi que de renforcer et généraliser les réussites. Une diffusion efficace des enseignements tirés de ces innovations est également essentielle à la transformation du système.

10.13 Capacité de recherche et productivité

Le Canada est en retard sur l'investissement dans la recherche en soins primaires et dans la transposition de la connaissance en pratique et en politique¹⁷⁵. Selon Starfield, comme le Canada n'a pas investi de façon judicieuse dans la recherche et dans l'évaluation des soins primaires, il accuse donc au moins 10 ans de retard par rapport à d'autres pays¹⁷⁶. Une étude récente, qui examinait la productivité de la recherche en soins primaires en fonction de la quantité de publications (2001-2007) dans six pays, a révélé que les chercheurs du Royaume-Uni (suivis par ceux des Pays-Bas et des États-Unis) ont été les plus productifs, contrairement à ceux du Canada et de l'Australie¹⁷⁷. Néanmoins, des progrès significatifs ont été accomplis sur ce front dans le cadre de l'« initiative phare » sur les soins de santé primaires communautaires des Instituts de recherche en santé du Canada¹⁶.

Un flux constant de données de recherche pour éclairer les politiques et la pratique des soins de santé primaires est un pilier essentiel d'un système de soins primaires à haut rendement et en constante évolution. Un financement adéquat tant de la recherche que de la formation en recherche est nécessaire pour créer et soutenir un secteur de la recherche en soins primaires dynamique et productif.

10.14 Soutien à la décision

Le processus décisionnel éclairé par des données probantes par des patients, des prestataires de soins de santé ainsi que par des décideurs, des responsables de politiques et des législateurs organisationnels et de systèmes de santé exige que les données probantes pertinentes soient disponibles sous une forme utile au moment de la prise de décision. Le défi est de taille, mais il doit être relevé avec créativité et acharnement. Tous les décideurs en santé doivent avoir accès à des résumés de données qui sont conviviaux et adaptés à leurs besoins. Pour réussir ce défi, il faut investir considérablement dans l'élaboration d'approches de rechange, ainsi que dans leur mise à l'épreuve et en œuvre.

11.0 PRINCIPES DE LA TRANSFORMATION DES SOINS PRIMAIRES

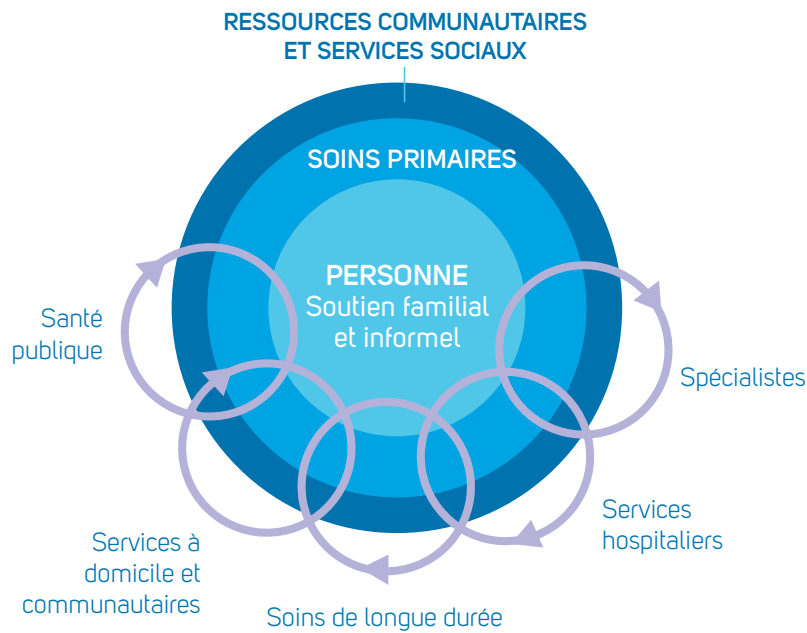
Bien que la vision et les objectifs soient clairs et convaincants, ils ne permettent pas seuls de mener à bien la transformation du système. L'application d'une approche réfléchie au processus de changement est également cruciale. Alors que la transformation des soins de santé primaires s'opère aux niveaux provincial, régional et local – avec le soutien approprié du gouvernement fédéral – quels sont les principes qui devraient guider ce processus? Nous suggérons ce qui suit :

- le strict respect des principes d'universalité et d'accessibilité des soins basés sur les besoins^{5, 6, 59, 61, 80, 178, 179};
- une stratégie ciblée sur l'intérêt public^{5, 179-182} par opposition à l'intérêt professionnel ou privé;
- la participation concrète des patients et des citoyens à la conception du système (conception d'un système axé sur la personne)^{5, 56, 57, 62, 76, 79, 80, 178, 179};
- l'application des principes d'équité à la planification et à la mesure des services de santé^{45, 55, 56, 60-62, 70, 76, 80, 171, 172};
- l'attention à la santé et aux besoins de soins des collectivités et des populations ainsi que des particuliers – surtout des collectivités et des populations socialement défavorisées et aux besoins élevés^{2, 58, 60, 63, 70, 73, 76, 80, 82, 83, 179, 180};
- une stratégie de changement à multiples facettes basée sur une perspective à long terme^{5, 6, 57, 61, 70, 76, 80};
- la sensibilité au contexte et aux besoins locaux^{2, 4, 57, 61, 70, 76};
- la participation d'un éventail complet d'intervenants clés^{62, 76, 80};
- le pluralisme des modèles de soins de santé primaires^{53, 57, 182, 183};
- le choix du patient d'un prestataire de soins primaires « habituel »^{76, 180};
- la promotion d'une culture de l'innovation^{176, 182};
- la surveillance et l'évaluation systématiques, pertinentes et rigoureuses de l'impact de la transformation^{66, 70, 79, 80, 175, 176, 184}.

12.0 QUE RESTE-T-IL À FAIRE?

Les soins primaires, ainsi que les soins de santé publique et communautaire ont été longtemps considérés comme les parents pauvres des soins de spécialistes et hospitaliers des systèmes de santé du Canada. Pour surmonter notre rendement médiocre – ou pire – comparativement à celui de la plupart des autres pays à revenu élevé, il nous faudra réorienter les investissements vers ces secteurs – non pas en niant l'accès aux soins de spécialistes et hospitaliers indispensables, mais en réduisant leur nécessité, ce qui exige une transformation du système : qu'il soit centré sur les patients, leur famille et les aidants naturels, qu'il réponde aux besoins de la collectivité et qu'il s'appuie sur des soins de santé primaires non seulement très performants et intégrés aux soins de spécialistes et hospitaliers, aux services de santé publique et communautaire, aux soins de longue durée ainsi qu'aux services sociaux et de soutien communautaire, mais aussi soutenus par ces derniers. Dans un tel système, qui est représenté à la figure 2, les patients, leur famille et les aidants naturels sont des partenaires de soins; l'équipe de soins primaires fournit la majorité des soins de santé, assure l'intégration et la coordination avec d'autres prestataires et services du système et collabore avec différents intervenants pour aborder les déterminants sociaux de la santé; tous les secteurs interagissent les uns avec les autres, ainsi qu'avec l'équipe de soins primaires pour former un système intégré; tous les participants sont résolus à poursuivre l'amélioration de l'état de santé (meilleure santé) et de l'expérience du patient (meilleurs soins) tout en contrôlant les coûts de la santé (meilleure valeur) et tous les intervenants sont tenus de s'assurer que le système est efficace et responsable. Cette vision d'un système de soins de santé centré sur les patients pris en charge par une équipe de soins primaires est conforme au concept de centre médical axé sur le patient qui a galvanisé la réforme des soins primaires aux États-Unis et qui a été adapté au contexte canadien par le Collège des médecins de famille du Canada⁵⁶, ainsi qu'aux modèles de soins primaires qui font valoir le rôle de premier plan des professionnels infirmiers dans la gestion des maladies chroniques¹⁸⁵⁻¹⁸⁷.

Figure 2 – Services de santé intégrés



Adaptation du modèle de « système de santé axé sur les soins de santé primaires » de Charles Kilo par l'équipe d'amélioration de la qualité des soins primaires de Qualité des services de santé Ontario

Bien que la dernière décennie ait vu des changements profonds dans le financement et l'organisation des soins primaires dans plusieurs provinces, il reste encore beaucoup à faire. La récente récession économique et les déficits publics résultants représentent une menace pour le processus de transformation, ce qui nécessite des investissements considérables et continus visant les caractéristiques des soins primaires hautement performants. Le tableau 2 montre la variabilité de la mise en œuvre de ces caractéristiques entre les systèmes de santé des provinces et des territoires canadiens. En fait, aucune province ni aucun territoire n'ont mis en place tous les éléments nécessaires pour élever les soins primaires au niveau des systèmes les plus performants à l'échelle internationale.

Tableau 2 : Comparaison des caractéristiques d'un système de soins primaires très performants entre les provinces et les territoires

	COLOMBIE-BRITANNIQUE	ALBERTA	SASKATCHEWAN	MANITOBA	ONTARIO	QUÉBEC	NOUVEAU-BRUNSWICK	ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	NOUVELLE-ÉCOSSE	TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	YUKON	NUNAVUT	TERRITOIRES DU NORD-OUEST
Caractéristique													
Orientation politique explicite, axée sur les valeurs, les besoins et les préférences du public	X		X	X		X	O	O	X		O		O
Mécanismes de gouvernance des soins primaires aux niveaux provincial/territorial et régional ou local	X	O	O	O		X	O	O	O		O	O	O
Recrutement des patients	O			O	X	X	O	O					
Équipes interprofessionnelles	O	X	O	O	X	X	O	O	O	O	O	X	O
Participation des patients	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O		O
Modes de financement et modalités de paiement des prestataires s'alignant avec les objectifs du système de santé	X	X	O	O	X	O		O			O	X	X
Technologie de l'information sur la santé qui appuie effectivement les patients et les fournisseurs Electronic Medical Record (EMR) Implementation Mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques (DME)													
Pourcentage de généralistes et de médecins de famille qui déclarent utiliser seulement les DME ou une combinaison de DME et de papiers graphiques ⁵³	54%	68%	44%	41%	58%	28%	35%	45%	54%	47%	86%+	20%+	55%+
DME seulement ⁵³	19%	28%	18%	18%	20%	4%	8%	2%	18%	13%	ND	ND	ND
Appui financier aux DME	O	X	X	X	X	O		O	X		O		X
Mesure continue du rendement	O	O	O	O	O	O	O						O
Formation et soutien à l'amélioration de la qualité	X	X	X	O	X	O	O				O		O
Développement du leadership	X		O	O	O		O	O	O		O	O	O
Coordination, intégration et établissement de partenariat avec d'autres services sociaux et de santé	O	O	O	O	X	X	O		O		X	X	O
Évaluation systématique de l'innovation	X	X	O	O	X	O			O				
Capacité de recherche et de productivité	O		O	O	O	O	O	O	O				O

*Les données présentées dans ce tableau proviennent de Hutchison et coll. (2011)⁷, de Strumpf et coll. (2012)⁴⁷, du Collège des médecins de famille du Canada (2010)⁵³, de Marchildon et Chatwood (2012)¹⁸⁸ ainsi que des personnes-ressources et de notre analyse des documents publiés et de la littérature grise.

+ Les données sur la mise en œuvre des DME ont été fournies par des personnes-ressources.

Nota : X indique une mise en œuvre généralisée ou au niveau du système et O, une mise en œuvre limitée (p. ex. des initiatives locales, des projets pilotes ou de démonstration ou la mise en œuvre dans le cadre d'un projet de recherche), alors qu'une cellule vide indique qu'il n'y a aucune mise en œuvre et N/D, qu'aucune donnée n'est disponible.

Le Canada jouit d'un grand nombre de médecins de famille bien formés et de prestataires de soins primaires interdisciplinaires. Les réformes et les innovations en matière de soins primaires, depuis 2000, ont jeté les bases pour le développement d'un système de soins primaires à haut rendement. Cependant, la transformation requise est incomplète et pour assurer la continuité des progrès, il faut :

- ▼ assurer un leadership et des investissements bien ciblés (et bien coordonnés) dans la transformation des soins primaires de la part des gouvernements fédéral et provinciaux/ territoriaux, ainsi que des autorités sanitaires, ce qui nécessite inévitablement une réaffectation des fonds et des ressources tant au sein des secteurs et des programmes de santé qu'entre eux [nous proposons deux initiatives fédérales précises, à savoir la mise en place d'un fonds d'innovation en matière de soins primaires visant à mettre en œuvre les caractéristiques d'un système des soins primaires très performant et la création d'un institut de soins de santé primaires au sein des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour accélérer la production, la diffusion et l'application des données probantes et guider ainsi la transformation des soins primaires aux niveaux de la pratique et du système];
- ▼ créer des mécanismes de gouvernance des soins primaires inclusifs aux niveaux communautaires, régionaux et provinciaux et l'apport de soutien à cet égard;
- ▼ mobiliser des prestataires de services de santé de plusieurs niveaux en faveur d'une approche collaborative de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques qui place l'intérêt public avant l'intérêt professionnel personnel;
- ▼ mettre au point des systèmes globaux de mesure du rendement des soins primaires afin de soutenir les efforts d'amélioration, de transparence et de recherche aux niveaux de la pratique, de l'organisation, de la communauté, de la région, de la province ou du territoire et du pays;
- ▼ surveiller et évaluer de façon méthodique la mise œuvre et l'impact des innovations en matière de santé, et en faire rapport.

Grâce à des efforts concertés et guidés par une vision éclairée par des données probantes et par de solides principes de transformation, les provinces et les territoires du Canada peuvent construire, au cours de la prochaine décennie, des systèmes de soins primaires comme fondement des systèmes de santé intégrés qui produisent les meilleurs résultats pour la santé, la meilleure expérience pour les patients et la meilleure optimisation des ressources dans le monde.

Pour promouvoir ce programme, nous proposons, dans une prochaine étape, un processus qui vise à forger un large consensus entre les principaux intervenants de soins primaires – notamment des associations professionnelles, des patients, des citoyens et des groupes de défense de la santé, des organismes de santé et autres – sur une vision et une stratégie réalisables afin de renforcer les soins de santé primaires au Canada. Pour atteindre ce consensus, il faudra de la détermination et des ressources dédiées, mais une fois atteint, il exercera une influence beaucoup plus grande sur les organismes finançant les soins de santé et sur les responsables de politiques à tous les niveaux que la voix isolée de chaque intervenant.

13.0 RÉFÉRENCES

1. Saltman, R.B. et J. Figueras, dir. (1997). *European health care reform. Analysis of current strategies* (en anglais seulement), Publications régionales de l’OMS, série européenne, n° 72.
2. Gouvernement de la Saskatchewan (2001). *Caring for medicare: Sustaining a Quality System*, rapport de la Commission de la Saskatchewan sur l’assurance maladie (commissionnaire Kenneth J. Fyke), Regina (Saskatchewan).
3. Gouvernement du Québec (2001). *Les solutions émergentes*, rapport de la Commission d’étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair), Québec (Québec).
4. Gouvernement de l’Alberta (2001). *A Framework for Reform*, rapport du Conseil consultatif du premier ministre de l’Alberta sur la santé (présidé par Don Mazankowski), Edmonton (Alberta).
5. Romanow, R.J. (2002). *Guidé par nos valeurs : l’avenir des soins de santé au Canada*, rapport final, Commission sur l’avenir des soins de santé au Canada, Ottawa (Ontario) : Santé Canada.
6. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (octobre 2002). *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Volume 6 : Recommandations en vue d’une réforme*. Rapport final sur l’état du système de soins de santé au Canada, Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada.
7. Hutchison, B., J.F. Levesque, E. Strumpf et N. Coyle (2011). « Primary health care in Canada: Systems in motion », *Milbank Quarterly*, vol. 89, n° 2, p. 256-288.
8. Davis, K., C. Schoen et K. Stremikis (2010). *Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally – 2010 Update*, The Commonwealth Fund : [http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund %20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf](http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf) (consulté le 25 février 2012).
9. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2012). *Un changement transformateur s’impose : un examen de l’Accord sur la santé de 2004*, Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada.
10. Vuor, H. (1984). « Primary health care in Europe - problems and solutions », *Community Medicine*, vol. 6, n° 3, p. 221-231.
11. Muldoon, L.K., W.E. Hogg et M. Levitt. (2006). « Primary care (PC) and primary health care (PHC): what is the difference? », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 97, n° 5, p. 409-411.
12. Starfield, B. (1998). *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, 2^e édition, New York : Oxford University Press, p. 8-9.
13. Molla, S., J. Donaldson, D. Yordy, K.N. Lohr et N.A. Vanselow (dir.) (1996). Washington : N *Primary Care: America’s Health in a New Era. Report of a Study by a Committee of the Institute of Medicine, Division of Health Care Services*, ational Academies Press, 395 pages.
14. Organisation mondiale de la Santé (1978). *Déclaration d’Alma-Ata*. Alma-Ata, USSR, 6-12 septembre 1978.

15. Starfield, B. (2008). *Is the patient-centered medical home the same as "primary care"?* Measurement issues, exposé à l'intention du National Committee on Vital and Health Statistics, 20 mai.
16. Instituts de recherche en santé du Canada (2012). *Soins de santé primaires communautaires* : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/43626.html> (consulté le 27 juin 2012).
17. Macinko, J., B. Starfield et L. Shi (2003). « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries, 1970-1998 », *Health Services Research*, vol. 38, no 3, p. 831-865.
18. Starfield, B. et L. Shi (2002). « Policy relevant determinants of health: an international perspective », *Health Policy*, vol. 60, no 3, p. 201-218.
19. Starfield, B. (2012). « Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services, SESPAS report 2012 », *Gaceta Sanitaria*, vol. 26, Suppl. 1, p. 20-26.
20. Starfield, B. et L. Shi (2004). « The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence », *Pediatrics*, vol. 113, Suppl. 4, p. 1493-1498.
21. Starfield, B., L. Shi et J. Macinko (2005). « Contributions of primary care to health systems and health », *Milbank Quarterly*, vol. 83, no 3, p. 457-502.
22. Shi, L. (1992). « The relationship between primary care and life chances », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 3, p. 321-335.
23. Shi, L. (1994). « Primary care, specialty care and life chances », *International Journal of Health Services*, vol. 24, no 3, p. 431-458.
24. Shi, L., J. Macinko, B. Starfield, R. Politzer et J. Xu (2005). « Primary care, race and mortality in US states », *Social Science and Medicine*, vol. 61, p. 65-75.
25. Macinko, J., B. Starfield et L. Shi (2007). « Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States », *International Journal of Health Services*, vol. 37, no 1, p. 111-126.
26. Cooper, R.A. (2009). « States with more physicians have better-quality health care », *Health Affairs*, vol. 28, no 1, p. w91-102.
27. Shi, L. et B. Starfield (2000). « Primary care, income inequalities and self-rated health in the United States: A mixed-level analysis », *International Journal of Health Services*, vol. 30, p. 541-555.
28. Ferrante, J.M., E.C. Gonzalez, N. Pal et R.G. Roetzheim (2000). « Effects of physician supply on early detection of breast cancer », *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 13, no 6, p. 408-414.
29. Davidson, P.L., R. Bastani, T.T. Nakazono et D.C. Carreon (2005). « Role of community risk factors and resources on breast carcinoma stage at diagnosis », *Cancer*, vol. 103, no 5, p. 922-930 : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15651072> (consulté le 25 février 2012).

30. Roetzheim, R.G., N. Pal, E.C. Gonzalez, J.M. Ferrante, D.J. Van Durme, J.Z. Ayanian, et J.P. Krischer (1999). « The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer », *Journal of Family Practice*, vol. 48, p. 850-858.
31. Campbell, R.J., A.M. Ramirez, K. Perez et R.G. Roetzheim (2003). « Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida », *Family Medicine*, vol. 35, p. 60-64.
32. Roetzheim, R.J., N. Pal, D.J. van Durme, D. Wathington, J.M. Ferrante, E.C. Gonzalez et J.P. Krischer (2000). « Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier state of melanoma detection », *Journal of the American Academy of Dermatology*, vol. 43, no 2, p. 211-218.
33. Van Durme, D.J., R. Ullman, R.J. Campbell et R. Roetzheim (2003). « Effects of physician supply on melanoma incidence and mortality in Florida », *Southern Medicine Journal*, vol. 96, p. 656-660.
34. Gravelle, H., S. Morris et M. Sutton (2008). « Are family physicians good for you? Endogenous doctor supply and individual health », *Health Services Research*, vol. 43, no 4, p. 1128-1144.
35. Morris, S. et H. Gravelle (2008). « GP supply and obesity », *Journal of Health Economics*, vol. 27, no 5, p. 1357-1367.
36. Gorey, K.M. et coll. (2009). « Associations of physician supplies with breast cancer stage at diagnosis and survival in Ontario, 1988 to 2006 », *Cancer*, vol. 115, no 15, p. 3563-3570.
37. Guttman, A., S.A. Shipmann, K. Lam, D.C. Goodman et T. Stukel (2010). « Primary care physician supply and children's health care use, access and outcomes: Findings from Canada », *Pediatrics*, vol. 125, p. 1119-1126.
38. Piérard, E. (2009). *The effect of physician supply on health status as measured in the NPHS*, Université de Waterloo : <http://www.rdc-cdr.ca/effect-physician-supply-health-status-measured-nphs> (consulté le 25 février 2012).
39. Mark, D.H., M.S. Gottlieb, B.B. Zellner, V.K. Chetty et J.E. Midtling (1996). « Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians », *Journal of Family Practice*, vol. 43, p. 33-39.
40. Baicker, K. et A. Chandra (2004). « Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care », *Health Affairs*, supplément exclusif Web, p. W4-184-197.
41. Laditka, J.N., S.B. Laditka et J.C. Probst (2005). « More may be better: evidence of a negative relationship between physician supply and hospitalization for ambulatory care sensitive conditions », *Health Services Research*, vol. 40, no 4, p. 1148-1166.
42. Parchman, M.L. et S.D. Culler (1999). « Preventable hospitalizations in primary care shortage areas: An analysis of vulnerable Medicare beneficiaries », *Archives of Family Medicine*, vol. 8, p. 487-491.
43. Gulliford, M.C. (2002). « Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 24, p. 252-254.

44. Hollander, M.J., H. Kadlec, R. Hamdi et A. Tessaro (2009). « Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services », *Healthcare Quarterly*, vol. 12, no 4, p. 32-44.
45. Starfield, B., H.Y. Chang, K.W. Lemke et J.P. Weiner (2009). « Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans: correlates and consequences », *Journal of Ambulatory Care Management*, vol. 32, no 3, p. 216-225.
46. Dahrouge, S., R.A. Devlin, B. Hogg, G. Russell, D. Coyle, D. Fergusson, T. Dinh, C. Hebert, K. Mill, M. Prentice et N. Ward (2011). *Impact économique des améliorations apportées au rendement des soins de santé primaires*, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
47. Strumpf, E., J.F. Levesque, N. Coyle, B. Hutchison, M. Marsha Barnes et R.J. Wedel (2012). « Innovative and diverse strategies toward primary health care reform: lessons learned from the Canadian experience », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, p. S27 S33.
48. Le commissaire à la santé et au bien-être du Québec. (2011). *Assurer l'inscription de la population qui le désire auprès de groupes de médecins de première ligne*. Québec : Gouvernement du Québec.
49. Institut canadien d'information sur la santé (2009). « Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada », *Analyse en bref*, juillet : https://secure.cihi.ca/free_products/cse_phc_aib_fr.pdf (consulté le 25 février 2012).
50. Health Care Innovation Working Group. (2012). *From Innovation to Action: The First Report of the Health Care Innovation Working Group*. <http://www.councilofthefederation.ca/pdfs/Health%20Innovation%20Report-E-WEB.pdf>
51. Inforoute Santé Canada (2010). « Le Canada investit 500 million \$ dans les dossiers de santé électroniques principalement à l'intention des médecins et du personnel infirmier » : <https://www.inforoute.ca/index.php/fr/nouvelles-medias/communiqués-2010/le-canada-investit-500-millions-dans-les-dossiers-de-santé-electroniques-principalement-a-l'intention-des-medecins-et-du-personnel-infirmier>.
52. Conseil canadien de la santé (2011). *Rapport de progrès 2011 : renouvellement des soins de santé au Canada* : http://healthcouncilcanada.ca/en/index.php?page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=137&category_id=14&manufacture_id=0&option=com_virtuemart&Itemid=170.
53. Collège des médecins de famille du Canada, Association médicale canadienne et Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2010). *Sondage national des médecins* : http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2010_Survey/downloadcenter2010-f.asp (consulté le 25 février 2012).
54. Baker, G.R. et J.L. Denis (2011). *Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
55. Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: Building the Health System of the 21st Century*, Washington, DC : National Academy of Sciences.

56. Collège des médecins de famille du Canada. (2011). *Une vision pour le Canada – La pratique de la médecine familiale : le Centre de médecine de famille* : http://toolkit.cfpc.ca/en/files/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada%5B1%5D.pdf (consulté le 25 février 2012).
57. Saskatchewan Ministry of Health (2011). *Draft Patient-centred Community Designed Team Delivery*, Regina: Saskatchewan Ministry of Health.
58. Conseil canadien de la santé (2006). *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Frayer la voie de la qualité* : http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=332 (consulté le 25 février 2012).
59. Willcox, S., G. Lewis et J. Burgers (2011). « Strengthening primary care: recent reforms and achievements in Australia, England, and the Netherlands », *The Commonwealth Fund Publications*, 1564, vol. 27 : http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Issue%20Brief/2011/Nov/1564_Willcox_strengthening_primary_care_Aus_Engl_Neth_intl_brief.pdf (consulté le 25 février 2012).
60. Qualité des services de santé Ontario. (2011). *Observateur de la qualité : rapport annuel 2011 sur le système de santé de l'Ontario* : http://www.ohqc.ca/pdfs/2011_report_-_french.pdf (consulté le 25 février 2012).
61. Australian Government. (2010). *Patient Safety in Primary Health Care – Discussion paper* : [http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/B9CBDD0DA7EC8C88CA2573210022C464/\\$File/38689-DiscussionPaper.pdf](http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/B9CBDD0DA7EC8C88CA2573210022C464/$File/38689-DiscussionPaper.pdf)
62. Government of British Columbia. (2007). *Primary Health Care Charter: A Collaborative Approach* : http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/phc_charter.pdf (consulté le 25 février 2012).
63. Santé Canada (2003). *Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-fra.php> (consulté le 5 février 2012).
64. Davis, K., S. Schoenbaum et A. Audet (2005). « A 2020 vision of patient-centred primary care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, no 10, p. 953-957.
65. Government of Alberta. (2010). *Becoming the Best: Alberta's 5 Year Health Action Plan - 2010-2015* : <http://www.health.alberta.ca/documents/Becoming-the-Best-2010.pdf> (consulté le 25 février 2012).
66. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2010). *Recueil des innovations en soins de santé primaires. Presser le pas – Comment accélérer les changements dans les soins de santé primaires?* : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
67. Dagnone, T. (2009). *For Patient's Sake - Commissioner's Recommendations* : <http://www.health.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=79bf4a96-ff32-486d-b4ab-c0d2d4d42922&MediaID=3332&Filename=patient-first-recommendations.pdf&l=English> (consulté le 25 février 2012).
68. Breton, M., J.F. Lévesque, R. Pineault et W. Hogg (2011). « Primary care reform: can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? », *Healthcare Policy*, vol. 7, n° 2, p. e122 e135.

69. Health Council of Canada (2009). Nunavut perspective : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_Nunavut_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
70. New Zealand Ministry of Health (2001). *The Primary Health Care Strategy*, Wellington : New Zealand.
71. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé (1995). *A Model for the Reorganization of Primary Care and the Introduction of Population Based Funding: The Victoria Report on Physician Remuneration*, Victoria (C. B.) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial des services de santé.
72. Mustard, J.F. (1974). *Report of the Health Planning Task Force*, Toronto : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
73. Primary Care Advisory Committee. (2001). *The Family Physician's Role in a Continuum of Care Framework for Newfoundland and Labrador: A Framework for Primary Care Renewal*. Paper presented to the Department of Health and Community Services of Newfoundland and Labrador, December 14, 2001 : <http://www.gov.nl.ca/publicat/pcac/pcac.PDF>.
74. Forster, J., W. Rosser, B. Hennen, R. McAuley, R. Wilson et M. Grogan (1994, septembre). « New approach to primary medical care: nine point plan for a family practice service », *Canadian Family Physician*, vol. 40, p. 1523-1530.
75. Nouveau-Brunswick – Ministère de la Santé et des Services communautaires (2000). *Vers une stratégie globale en matière de santé – Santé 2000 : Vision, principes et objectifs*, Gouvernement du Nouveau-Brunswick.
76. NHS East of England, NHS Primary Care Contracting and Department of Health. (2009). *World Class Commissioning: Improving GP Services*, United Kingdom.
77. Select Standing Committee on Health. (2001). *Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System*, Victoria : Assemblée législative de la Colombie-Britannique.
78. Saltman, R.B., A. Rico et W. Boerma (dir.) (2006). *Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care* (1re édition), Berkshire (R.-U.) : Open University Press.
79. Nasmith L., P. Ballem, R. Baxter, H. Bergman, D. Colin-Thomé, C. Herbert, N. Keating, R. Lessard, R. Lyons, D. McMurchy, P. Ratner, P. Rosenbaum, R. Tamblyn, E. Wagner et B. Zimmerman (2010). *Comment transformer les soins offerts aux Canadiens souffrant de maladie chronique. Plaçons la personne au premier plan, exigeons l'excellence, centrons-nous sur les résultats*, Ottawa : Académie canadienne des sciences de la santé.
80. Organisation mondiale de la Santé (2008). *Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais*, Genève : Organisation mondiale de la Santé : http://www.who.int/whr/2008/08_report_fr.pdf (consulté le 25 février 2012).

81. McMurchy, D. (2009). *Quels sont les caractéristiques et les avantages fondamentaux de services de santé de première ligne de qualité?* Rapport présenté au Groupe de travail pancanadien sur l'amélioration des services de santé de première ligne, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
82. Denis, J.L., H.T.O. Davies, E. Ferlie, L. Fitzgerald et A. McManus (2011). *Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
83. Working Group on Interdisciplinary Primary Care Models. (1997). *Interdisciplinary Primary Care Models: Final Report*. Toronto: Working Group on Interdisciplinary Primary Care Models on behalf of the Advisory Group of Interprofessional Practitioners (AGIP).
84. Health Council of Canada. (2009). *Manitoba perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_Manitoba_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
85. Health Council of Canada. (2009). *New Brunswick perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_NewBrunswick_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
86. Health Council of Canada. (2009). *Prince Edward Island perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_PEI_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
87. Health Council of Canada. (2009). *Nova Scotia perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_NovaScotia_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
88. Health Council of Canada. (2009). *Yukon perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_Yukon_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
89. Health Council of Canada. (2009). *Newfoundland and Labrador perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_Newfoundland_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
90. Health Council of Canada. (2009). *Saskatchewan perspective* : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/TeamsInAction_Saskatchewan_Summary.pdf (consulté le 25 février 2012).
91. Coalition canadienne de la santé (2001, décembre). *Extendicare is not a Model for Medicare*, mémoire au Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, en réponse à son rapport intermédiaire de septembre 2001, volume 4, Ottawa : Coalition canadienne de la santé.
92. Association canadienne des soins de santé (2001, octobre). *A Responsive, Sustainable, Publicly Funded Health System in Canada: The Art of the Possible*, mémoire à la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada, Ottawa : Association canadienne des soins de santé.
93. Berwick, D.M., T.W. Nolan et J. Whittington (2008). « The triple aim: care, health, and cost », *Health Affairs*, vol. 27, no 3, p. 759-769.

94. Ontario Primary Healthcare Planning Group (2011). *Quality in Primary Care-Final Report of the Quality Working Group to the Primary Healthcare Planning Group*, mémoire du Primary Healthcare Planning Group au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
95. Rowan, M., W. Hogg, S. Dahrouge, E. Kristjansson et L. Labrecque (2008). « A theory-based evaluation framework for primary care: setting the stage to evaluate the comparison of models of primary health care in Ontario (COMP-PC) project », *Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 23, no 1, p. 113-140.
96. Commonwealth Fund. (2011). 2011. *International Health Policy Survey data extract. Health Quality Ontario*, communication personnelle, 25 février 2012.
97. Commonwealth Fund. (2008). *International Health Policy Survey* : <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx> (consulté le 25 février 2012).
98. Commonwealth Fund. (2009). 2009. *International Health Policy Survey data extract. Health Quality Ontario*, communication personnelle, 25 février 2012.
99. Commonwealth Fund. (2010). 2010. *International Health Policy Survey data extract. Health Quality Ontario*, communication personnelle, 25 février 2012.
100. Schoen, C., R. Osborn, M.M. Doty, D. Squires, J. Peugh et S. Applebaum (2009). « A survey of PC physicians in eleven countries, Perspectives on care, costs, and experiences », *Health Affairs*, vol. 28, p. 1171-1183.
101. OCDE (2011). *Panorama de la santé 2011*. Les indicateurs de l'OCDE, OCDE : http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2011_health_glance-2011-fr (consulté le 25 février 2012).
102. Statistique Canada (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080618/dq080618a-fra.htm> (consulté le 25 février 2012).
103. Leatherman, S. et K. Sutherland (2010). *La qualité des services de santé au Canada en graphiques*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/chartbook/CHARTBOOK%20Eng_June_withdate.pdf (consulté le 25 février 2012).
104. Statistique Canada (2012). *Tendances de la santé* : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-213/index.cfm?Lang=ENG&sid=a&lid=1> (consulté le 25 février 2012).
105. Statistique Canada (2008). *Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires* : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090205/dq090205e-fra.htm> (consulté le 25 février 2012).

106. Institut canadien d'information sur la santé (2012, mars). *Disparités sur le plan de l'expérience en matière de soins de santé primaires vécue par les Canadiens présentant des conditions propices aux soins ambulatoires* : https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Expériences_AiB2012_F.pdf (consulté le 28 juin 2012).
107. Raphael, D. (dir.) (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto : Canadian Scholars' Press, p. 6-7.
108. Marmot, M. (2005). « Social determinants of health inequalities », *Lancet*, vol. 365, p. 1099-1104.
109. Kasperski, M.J. (2011). *Vision 2020: Raising the Bar in Family Medicine and Ontario's Primary Care Sector*, The Ontario College of Family Physicians : <http://www.ocfp.on.ca/docs/publications/vision-2020---raising-the-bar-in-ontarios-healthcare-system---final.pdf>
110. Conseil canadien de la santé (2010). *Au point de rupture : les chefs de file de la santé échangent des idées pour accélérer la réforme des soins de santé primaires*, Toronto : Conseil canadien de la santé.
111. Russell, G., W. Hogg et J. Lemelin (2010). « Integrated primary care organizations: the next step for primary care reform », *Canadian Family Physician*, vol. 56, p. 216-218.
112. New Zealand Ministry of Health (2011). *Primary Health Organizations* : <http://www.moh.govt.nz/pho> (consulté le 25 février 2012).
113. Goodyear-Smith, F., R. Gauld, J. Cummings, B. O'Keefe, H. Pert et P. McCormack (2012). « International learning on increasing value and effectiveness of primary care, Nouvelle-Zélande », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, p. S39-S44.
114. Nicholson, C., C. Jackson, J. Marley et R. Wells (2012). « The Australian experiment: how primary health care organizations supported the evolution of a primary health care system », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, p. S18-S26.
115. Gardner, K.L., B. Sibthorpe et D. Longstaff (2008). *Divisions of General Practice Program Guidelines*, Australian Government. Ministry of Health and Aging : [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D4CD5B43C1F3D8D1CA2574970005AB88/\\$File/Divisions%20of%20General%20Practice%20Program%20Guidelines.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D4CD5B43C1F3D8D1CA2574970005AB88/$File/Divisions%20of%20General%20Practice%20Program%20Guidelines.pdf)
116. Change Foundation. (2009). *Integrated Health Care in England: Lessons for Ontario* : <http://www.changefoundation.ca/docs/IntegratedHealthCareinEngland.pdf> (consulté le 25 février 2012).
117. Hutchison, B. (2008). « A long time coming: primary healthcare renewal in Canada », *Healthcare Papers*, vol. 8, p. 10-24.
118. Philips, R. (2012). « International learning on increasing the value and effectiveness of primary care », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 25, p. S6-S11.
119. Virani, T. (2012). *Interprofessional Collaborative Teams*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation

120. Conseil canadien de la santé (2009). *Équipes à l'œuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*, Toronto : Conseil canadien de la santé.
121. Taylor, K.I., K.M. Oberle, R.A. Crutcher et P.G. Norton (2005). « Promoting health in type 2 diabetes: nurse-physician collaboration in primary care », *Biological Research for Nursing*, vol. 6, n° 3, p. 207-215.
122. Lozano, P., J.A. Finkelstein, V.J. Carey, E.H. Wagner, T.S. Inui, A.L. Fuhlbrigge, S.B. Soumerai, S.D. Sullivan, S.T. Weiss et K.B. Weiss (2004). « A multisite randomized trial of the effects of physician education and organizational change in chronic-asthma care: health outcomes of the Pediatric Asthma Care Patient Outcomes Research Team II Study », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 158, n° 9, p. 875-883.
123. Callahan, C.M., M.A. Boustani, F.W. Unverzagt, M.G. Austrom, T.M. Damush, A.J. Perkins, B.A. Fultz, S.L. Hui, S.R. Counsell et H.C. Hendrie (2006). « Effectiveness of collaborative care for older adults with Alzheimer disease in primary care: a randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 295, n° 18, p. 2148-2157.
124. Hughes, S.L., F.M. Weaver, A. Giobbie-Hurder, L. Manhein, W. Henderson, J.D. Kubel, A. Ulasevitch et J. Cummings (2000). « Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 22, p. 2877-2885.
125. Feigenbaum, A., S. Pasternak, E. Zusk, M. Sarid et S. Vinkers (2005). « Influence of intense multidisciplinary follow-up and or listat on weight reduction in a primary care setting », *BMC Family Practice*, vol. 6, n° 1, 5.
126. Khan, S., C. McIntosh, C. Sanmartin, D. Watson et K. Leeb (2008). *Les équipes de soins de santé primaires et leur effet sur les processus et les résultats des soins*, Ottawa : Statistique Canada : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2008002-fra.pdf> (le 25 février 2012).
127. Barrett J, V. Curran, L. Glynn et M. Godwin (2007). *Synthèse de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : Collaboration interprofessionnelle et services de santé de première ligne de qualité*, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
128. Jacobson, P. (2012). *Evidence Synthesis for the Effectiveness of Interprofessional Teams in Primary Care*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation
129. Conseil canadien de la santé (2011). *Quelle part les Canadiens prennent-ils à leurs soins de santé primaires? Résultats du Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé* : http://www.healthcouncilcanada.ca/tree/2.30-Commonwealth5_FR_Final.pdf (consulté le 25 février 2012).
130. Coulter, A. et J. Ellins (2007). « Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients », *British Medical Journal*, vol. 335, p. 24-27.
131. Coulter, A. et J. Ellins (2006). *Patient Focused Interventions – a Review of the Evidence*, Londres : Health Foundation.

132. Parsons, S., A. Winterbottom, P. Cross et D. Redding (2010). *The Quality of Patient Engagement and Involvement in Primary Care*, The King's Fund : <http://www.nelm.nhs.uk/en/NeLM-Area/News/2010---July/23/Kings-Fund-research-paper-The-quality-of-patient-engagement-and-involvement-in-primary-care/> (consulté le 25 février 2012).
133. Bechtel, C. et D.L. Ness (2010). « If you build it, will they come? Designing truly patient-centered health care », *Health Affairs*, vol. 29, n° 5, p. 914-920.
134. Grignon, M., V. Paris, D. Dolton en collaboration avec A. Couffinhal et B. Pierrard (2003). « The Influence of Physician Payment Methods on the Efficiency of the Health Care System » dans P.G. Forest, G. Marchildon et T. McIntosh (dir.), *Changing Health Care in Canada : The Romanow Papers*, vol. II, p. 207-239.
135. Léger, P.T. (2011). *Mécanismes de rémunération des médecins – aperçu et options pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
136. Deber, R., W. Wodchis, K. Harris et M. Aggarwal (2007). *Pay for Performance in Primary Care Settings: A Synthesis for Ontario*, Toronto : ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
137. Lavis, J. (2010, juin). McMaster Health Forum (2010). *Supporting Quality Improvement in Primary Healthcare in Ontario - Issue Brief* : http://digitalcommons.mcmaster.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=mhf_dialogue-summaries
138. Doran, T. et M. Roland (2010). « Lessons from major initiatives to improve primary care in the United Kingdom », *Health Affairs*, vol. 29, n° 5, p. 1023-1029.
139. Robinson, J.C. (2001). « Theory and practice in the design of physician payment incentives », *Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 2, p. 149-177.
140. Mitchell, E. et F. Sullivan (2001). « A descriptive feast but an evaluative famine: systematic review of published articles on primary care computing during 1980-97 », *British Medical Journal*, vol. 322, p. 279-282.
141. Hunt, D., B. Haynes, S. Hanna et K. Smith (1998). « Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes », *Journal of the American Medical Association*, vol. 280, p. 1339-1346.
142. Shea, S., W. DuMouchel et L. Bahamonde (1996). « A meta-analysis of 16 randomized controlled trials to evaluate computer-based clinical reminder systems for preventive care in ambulatory setting », *Journal of American Medical Informatics Association*, vol. 3, p. 399-409.
143. Jacobson, V.J. et P. Szilagyi (2005). « Patient reminder and patient recall system to improve immunization rates », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 20, n° 3, p. CD003941
144. Bennett, J.W. et P.P. Glasziou (2003). « Computerised reminders and feedback in medication management: a systematic review of randomised controlled trials », *Medical Journal of Australia*, vol. 178, p. 217-222.

145. Walton, R., S. Dovey, E. Harvey et N. Freemantle (1999). « Computer support for determining drug dose: systematic review and meta-analysis », *British Medical Journal*, vol. 318, p. 984-990.
146. Walton, R.T., E. Harvey, S. Dovey et N. Freemantle (2001). « Computerised advice on drug dosage to improve prescribing practice », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 1, p. CD002894.
147. Kaushal, R., K.G. Shojania et D.W. Bates (2003). « Effects of computerized physician order entry and clinical decision support systems on medication safety: a systematic review », *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, p. 1409-1416.
148. Bates, D.W., J.M. Teich, J. Lee, D. Seger, G.J. Kuperman, N. Ma'Luf, D. Boyle et L. Leape (1999). « The impact of computerized physician order entry on medication error prevention », *Journal of American Medical Informatics Association*, vol. 6, n° 4, p. 313-321.
149. Ovreteit, J., P. Bate, P. Cleary, S. Cretin, D. Gustafson, K. McInnes, H. McLeod et coll. (2002). « Quality collaboratives: lessons from research », *Quality and Safety in Healthcare*, vol. 11, n° 4, p. 345-351.
150. Lansky, D. (2002). « Improving quality through public disclosure of performance information », *Health Affairs* (Millwood), vol. 21, p. 52-62.
151. Ellrodt, G., D.J. Cook, J. Lee, M. Cho, D. Hunt et S. Weingarten (1997). « Evidence-based disease management », *Journal of the American Medical Association*, vol. 278, n° 20, p. 1687-1692.
152. Grol, R. (2001). « Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction », *Journal of the American Medical Association*, vol. 286, n° 20, p. 2578-2585.
153. Institute of Medicine. (2002). *Leadership by Example*, Washington, DC : National Academy of Sciences.
154. Shortell, S., J. Schmittdiel, M. Wang, R. Li, R. Gillies, L. Casalino, T. Bodenheimer et T. Rundall (2005). « An empirical assessment of high-performing medical groups: results from a national study », *Medical Care Research and Review*, vol. 62, n° 4, p. 407-434.
155. O'Beirne, M., N. Oelke, P. Sterling, J. Lait, K. Zwicker, R. Lewanczuk, W. Ghali, H.L. Robertson et M. Korchagina (2011). *Synthèse de l'amélioration de la qualité et des mécanismes d'agrément dans les soins de santé de première ligne*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
156. Baskerville, N.B., C. Liddy et W. Hogg (2012). « Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings », *Annals of Family Medicine*, vol. 10, n° 1, p. 63-74.
157. Hearnshaw, H., S. Reddish, D. Carlyle, R. Baker et N. Robertson (1998). « Introducing a quality improvement programme to primary healthcare teams », *Quality in Health Care*, vol. 7, n° 4, p. 200-208.
158. Lawrence, M. et T. Packwood (1996). « Adapting total quality management for general practice: evaluation of a programme », *Quality in Health Care*, vol. 5, n° 3, p. 151-158.

159. Steiner, R.M. et D.T. Walsworth (2010). « Using quality experts from manufacturing to transform primary care », *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 30, n° 2, p. 95-105.
160. Nutting, P.A. et coll. (2009). « Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient centred medical home », *Annals of Family Medicine*, vol. 7, p. 254-260.
161. Hogg, W., N. Baskerville et J. Lemelin (2005). « Cost-savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis », *BMC Health Services Research*, vol. 5, n° 20, p. 1-15.
162. Dickinson, H. et C. Ham (2008). *Engaging Doctor in Leadership: Review of the Literature*, Health Services Management Centre, University of Birmingham : <http://www.leadership.londondeanery.ac.uk/home/links/downloads/Engaging-Doctors-Review.pdf>.
163. Ferlie E.B. et S.M. Shortell (2001). « Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change », *Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 2, p. 281-315.
164. Ovretveit, J. et D. Gustafson (2002). « Evaluation of quality improvement programmes », *Quality and Safety in Health Care*, vol. 11, n° 3, p. 270-275.
165. Gallagher, K., P.A. Nutting, D.E. Nease, D.G. Graham, A.J. Bonham, W.P. Dickinson et S. Deborah (2010). « Sustainability of depression care improvements: Success of a practice change improvement collaborative », *The Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 23, n° 5, p. 598-605.
166. Palmer, R.H., J.L. Hargraves, E.J. Orav, E.A. Wright et T.A. Louis (1996). « Leadership for quality improvement in group practices », *Medical Care*, vol. 34, n° 9, p. 40-51.
167. Powell, A.E., R.K. Rushmer et H.T.O. Davies (2008). *A Systematic Narrative Review of Quality Improvement Models in Health Care – In support of NHS Quality Improvement Scotland*, Social Dimensions of Health Institute at the Universities of Dundee and St Andrews : http://fkilp.iimb.ernet.in/pdf/Healthcare_Quality/Approaches%20to%20Improve%20Quality/Powell_etal_Sys_narr_review_of_QI_models_hlthcare.pdf.
168. Ludwick, D.A. et J. Doucette (2009). « Adopting electronic medical records in primary care: lessons learned from health information systems implementation experience in seven countries », *International Journal of Medical Informatics*, vol. 78, n° 1, p. 22-31.
169. Cherim, S., B.E. Williams, L. Janz et A. Dastmalchian (2010). « Change agency in primary health care context: the case of distributed leadership », *Health Care Management Review*, vol. 35, n° 2, p. 187-199.
170. Buchanan, D.A., R. Addicott, L. Fitzgerald, E. Ferlie et J. Baeza (2007). « Nobody in charge: distributed change », *Human Relations*, vol. 60, p. 1065-1090.
171. Denis, J.L., L. Lamothe et A. Langley (2001). « The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations », *Academy of Management Journal*, vol. 44, p. 8809-8837.

172. Baker, R. (2011). *The Roles of Leaders in High-performing Health Care Systems*, préparé pour le Kings Fund.
173. Baker, G.R. et J.L. Denis (2011). *Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (consulté le 25 février 2012).
174. Leatt, P. et J. Porter (2003). « Where are the health care leaders? The need for investment in leadership development », *Healthcare Papers*, vol. 4, n° 1, p. 14-31.
175. Russell, G., R. Geneau, S. Johnston, C. Liddy, W. Hogg et K. Hogan (2007). *Planifier l'avenir de la recherche en soins de santé primaires au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/> (consulté le 25 février 2012).
176. Starfield, B. (2008). « Primary care in Canada: Coming or going? », *Healthcare Papers*, vol. 8, p. 58-62.
177. Glanville, J. et J. Campbell (2011). « Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: Bibliometric analysis », *British Medical Journal*, vol. 342, d1028.
178. Association médicale canadienne – Association des infirmières et infirmiers du Canada (2011, juillet). *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada* : http://www.cma.ca/multimedia/CMA/Content/Images/Inside_cma/Advocacy/HCT/HCT-Principles_fr.pdf (consulté le 25 février 2012).
179. Association des infirmières et infirmiers du Canada (2011). *Plan canadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé* : http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Pre-budget_Brief_Canada_Health_Accountability_Plan_2011_f.pdf (consulté le 25 février 2012).
180. Calgary Chamber of Commerce. (2006). « Calgary Chamber of Commerce proposes ideas for health care reform », *Alberta Doctors' Digest*, vol. 33, no 2, p. 18-19.
181. Gouvernement de l'Ontario (2012). *Des services publics pour la population ontarienne : cap sur la viabilité et l'excellence*, rapport de la Commission de réforme des services public de l'Ontario (Commission Drummond), Toronto.
182. Lamarche, P.A., M.D. Beaulieu, R. Pineault, A.P. Contandriopoulos, J.L. Denis et J. Haggerty (2003). *Sur la voie du changement : Postes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
183. Muldoon, L., M. Rowan, R. Geneau, W. Hogg et D. Coulson (2007). « Models of primary care service delivery in Ontario: why such diversity? », *Health Care Management Forum*, vol. 19, no 4, p. 18-23.

184. Katz, A., R.H. Glazier et J. Vijayaraghavan (2009). « *Utiliser ce qui fonctionne au Canada : rétrécir l'écart* » : *Rapport sur les conséquences d'ordre économique et sur la santé de l'offre de services de première ligne de qualité au Canada*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://www.cfhi-fcass.ca/>.
185. Browne, G., Birch, S. and Thabane, L. (2012). *Better Care: An Analysis of Nursing and Healthcare System Outcomes*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.
186. Registered Nurses' Association of Ontario. (2012). *Primary Solutions for Primary Care: Maximizing and Expanding the Role of the Primary Care Nurse in Ontario*. Toronto.
187. Registered Nurses' Association of Ontario (2012). *Enhancing Community Care for Ontarians (ECCO) White Paper: A Three Year Plan*. Retrieved October 22, 2012 from: www.rnao.ca/ecco.
188. Marchildon, G. et S. Chatwood (2012). « Chapter 3 – Northern Canada » dans *Circumpolar Health Supplements: A Comparative Review of Circumpolar Health Systems*, Kue Young et Gregory Marchildon (dir.), Oulu (Finlande) : International Association of Circumpolar Publishers, p. 41-51.

ANNEXE 1 : PERFORMANCE DU CANADA EN MATIÈRE DE SOINS PRIMAIRES

Tableau 1 : Santé de la population : une vie longue et en santé

Indicateur	Résultats canadiens	Moyenne de l'OCDE	Pays le plus performant	Résultats du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 36 pays	Source de données
Espérance de vie à la naissance (2009)	80,7 ans	79,5 ans	Japon	83 ans	12,5 (ex aequo avec le Luxembourg)	OCDE, 2011; Statistique Canada, 2011
Mortalité infantile (2009)	5,1 décès pour 1 000 naissances vivantes	4,4 décès pour 1 000 naissances vivantes	Islande	1,8 décès pour 1 000 naissances vivantes	27,5 (ex aequo avec la Hongrie)	OCDE, 2011; Statistique Canada, 2011
Taux de mortalité prématurée chez les hommes (2009)	4 168 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants	4 689 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants	Islande	2 995 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants	14	OCDE, 2011; Statistique Canada, 2011
Taux de mortalité prématurée chez les femmes (2009)	2 554 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants	2 419 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants	Islande	1 492 années potentielles de vie perdues pour 100 000 habitants	25	OCDE, 2011; Statistique Canada, 2011

Tableau 2 : Accessibilité

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays ^{iv}	Source de données
Déclarent avoir un médecin traitant	Adultes	77 %	Pays-Bas	94 %	7,5 (ex aequo avec l'Allemagne)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir un médecin traitant ou un lieu de soins habituel	Adultes	86 %	Pays-Bas	99 %	8	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir un médecin traitant	Adultes malades	88 %	Pays-Bas	99 %	9	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir un médecin traitant ou un lieu de soins habituel	Adultes malades	96 %	Pays-Bas	100 %	9	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir attendu 6 jours ou plus pour obtenir un rendez-vous – voire ne jamais pouvoir en obtenir – en cas de maladie	Adultes	32 %	Suisse	2 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010
	Adultes malades	23 %	Nouvelle-Zélande	5 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010

iv Les classements ont été calculés selon la méthode utilisée par Davis et coll. (2010).

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Déclarent que leur cabinet offrait la possibilité de consulter un médecin ou une infirmière après les heures de travail	Médecins de soins primaires	43 %	Pays-Bas	97 %	9	Schoen et coll., 2009
Déclarent qu'il était assez ou très difficile d'avoir accès à des services médicaux en soirée, en fin de semaine et les jours fériés	Adultes	57 %	Pays-Bas	20 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010
	Adultes malades	51 %	Suisse et États-Unis	18 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010

Tableau 3 : Souci de la personne

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Communication entre prestataires et patients						
Déclarent qu'il est assez ou très facile communiquer le médecin par téléphone pendant les heures normales de travail	Adultes	62 %	Suisse	90 %	10	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent obtenir toujours ou souvent une réponse le jour même à leur question ou préoccupation lorsqu'ils téléphonent au cabinet de leur médecin traitant pendant les heures normales	Adultes malades	50 %	Pays-Bas	79 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent obtenir des directives claires concernant les symptômes à surveiller	Adultes malades	66 %	Suisse	84 %	4.5 (ex aequo avec l'Australie)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent recevoir de quelqu'un du lieu de soins habituel des explications sur les effets secondaires d'un médicament	Malades chroniques adultes	73 %	Australie	78 %	3	Fonds du Commonwealth, 2010

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Commentaires sur la continuité et le rendement						
Même médecin depuis 5 ans ou plus or more	Adultes	64 %	Pays-Bas	78 %	6	Fonds du Commonwealth, 2010
Même médecin depuis 5 ans ou plus	Adultes malades	64 %	France et Pays-Bas	80 %	7.5 (ex aequo avec l'Australie)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent recevoir et examiner régulièrement des données sur les résultats cliniques des soins aux patients	Médecins de soins primaires	17 %	Royaume-Uni	89 %	10	Schoen et coll., 2009
Déclarent recevoir et examiner régulièrement des données sur l'expérience ou la satisfaction des patients	Médecins de soins primaires	15 %	Royaume-Uni	96 %	8	Schoen et coll., 2009
Participation et préférences des patients						
Déclarent que leur médecin traitant leur consacre toujours ou souvent assez de temps	Adultes	80 %	Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Suisse	90 %	8	Fonds du Commonwealth, 2010
	Adultes malades	77 %	Suisse	96 %	9	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir toujours ou souvent la possibilité de poser des questions sur le traitement recommandé	Adultes	85 %	Nouvelle-Zélande	92 %	8	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir toujours ou souvent pris part aux décisions concernant leurs soins	Adultes	86 %	Nouvelle-Zélande et Suisse	92 %	7.5 (ex aequo avec les États-Unis)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir discuté des principaux objectifs du traitement de leurs maladies avec un professionnel de la santé	Adultes souffrant d'au moins une maladie chronique	67 %	Suisse	81 %	4.5 (ex aequo avec les Pays-Bas)	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent recevoir de l'aide de leur professionnel de la santé pour élaborer un plan de traitement	Adultes souffrant d'au moins une maladie chronique	63 %	Royaume-Uni	80 %	4	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent que leur cabinet a fourni régulièrement à leurs malades chroniques des directives sur la prise en charge à domicile	Médecins de soins primaires	16 %	Italie	63 %	7	Schoen et coll., 2009

Tableau 4 : Sécurité

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Déclarent avoir reçu de quelqu'un de leur lieu de soins habituel des explications sur les effets secondaires d'un médicament	Malades chroniques adultes	73 %	Australie	78 %	3	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent que quelqu'un de leur lieu de soins habituel a examiné tous les médicaments, y compris ceux prescrits par d'autres médecins	Malades chroniques adultes prenant au moins un médicament sur ordonnance	69 %	Australie	78 %	4	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir un processus pour déterminer les événements indésirables et pour en assurer le suivi	Médecins de soins primaires	10 %	Royaume-Uni	56 %	9	Schoen et coll., 2009
Déclarent avoir connu, à l'extérieur de l'hôpital, un problème dû à un mauvais médicament, à une erreur médicale ou à un résultat d'analyse de laboratoire incorrect	Malades chroniques adultes ayant connu un problème dû à un mauvais médicament, à une erreur médicale ou à un résultat d'analyse de laboratoire incorrect	86 %	Suisse	68 %	8.5 (ex aequo avec la Nouvelle-Zélande et les États-Unis)	Fonds du Commonwealth, 2010
	Adultes malades ayant connu un problème dû à un mauvais médicament, à une erreur médicale ou à un résultat d'analyse de laboratoire incorrect	79 %	Allemagne	46 %	6.5 (ex aequo avec les Pays-Bas, la Suède et les États-Unis)	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent recevoir de quelqu'un de leur lieu de soins habituel une liste écrite de tous les médicaments d'ordonnance	Malades chroniques adultes	47 %	États-Unis	53 %	8	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent fournir régulièrement aux patients une liste écrite des médicaments	Médecins de soins primaires	16 %	Royaume-Uni	83 %	8	Schoen et coll., 2009

Tableau 5 : Efficacité

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Prévention						
Les femmes (entre 20 et 64 ans) indiquent avoir eu un test PAP au cours des deux dernières années	Adultes	70 %	Canada, Suisse et États-Unis	70 %	1.5 (ex aequo avec la Suisse et les États-Unis)	Fonds du Commonwealth, 2010
Les femmes (entre 20 et 64 ans) déclarent avoir eu un test PAP au cours des trois dernières années	Adultes	80 %	Suisse	85 %	2	Fonds du Commonwealth, 2010
Les femmes (entre 50 et 64 ans) déclarent avoir eu une mammographie au cours des deux dernières années	Adultes	76 %	Nouvelle-Zélande	80 %	3	Fonds du Commonwealth, 2010
Les femmes (entre 50 et 64 ans) déclarent avoir eu une mammographie au cours des trois dernières années	Adultes	84 %	Pays-Bas	93 %	6	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir été vaccinés contre la grippe au cours de la dernière année	Personnes âgées (plus de 65 ans)	68 %	Pays-Bas	83 %	3.5 (ex aequo avec les É.-U.)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir fait vérifier leur tension artérielle par un médecin ou un professionnel infirmier au cours de la dernière année	Adultes	82 %	France	95 %	5	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent recevoir des rappels relatifs aux soins préventifs	Adultes	39 %	Pays-Bas	59 %	8	Fonds du Commonwealth, 2010
Soins des maladies chroniques						
Déclarent avoir fait vérifier leur tension artérielle par un médecin ou un professionnel infirmier au cours de la dernière année	Adultes souffrant d'hypertension, de maladie du cœur ou de diabète	97 %	Australie et Nouvelle-Zélande	100 %	5.5 (ex aequo avec le R.-U. et les É.-U.)	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours de la dernière	Adults with diabetes	94%	New Zealand and France	99%	6	Commonwealth Fund, 2010
Déclarent avoir fait mesurer leur taux de cholestérol au cours de la dernière année	Diabétiques adultes	88 %	Australie	89 %	2.5 (ex aequo avec les É.-U.)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir fait examiner leurs yeux au cours de la dernière année	Sicker Adults with diabetes	77%	United Kingdom	81%	4.5 (tied with Netherlands)	Commonwealth Fund, 2011
Déclarent avoir fait vérifier leurs pieds en raison des risques de blessures ou d'irritations	Diabétiques adultes	77 %	Royaume-Uni	81 %	4.5 (ex aequo avec les Pays-Bas)	Fonds du Commonwealth, 2011

Tableau 6 : Efficience

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Déclarent avoir utilisé les services d'urgence au cours des deux dernières années	Adultes	44 %	Suisse et Allemagne	22 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010; Conseil canadien de la santé, novembre 2010
	Adultes malades	58 %	Allemagne	31 %	11	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent qu'ils pourraient être traités à leur lieu de soins habituel si les services d'urgence étaient disponibles	Adultes ayant un lieu de soins habituel qui ont utilisé les services d'urgences au cours des deux dernières années	45 %	France	22 %	10	Fonds du Commonwealth, 2010; Conseil canadien de la santé, novembre 2010
	Adultes malades ayant un lieu de soins habituel qui ont utilisé les services d'urgence au cours des deux dernières années	41 %	Royaume-Uni	16 %	11	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir perdu du temps à cause de la mauvaise organisation ou coordination des soins	Adultes	19 %	Suisse	6 %	11	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent que les dossiers ou les tests médicaux n'étaient pas disponibles au moment du rendez-vous	Adultes	11 %	Suisse	7 %	9,5 (ex aequo avec l'Australie)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent avoir connu des situations où les résultats d'analyse, les dossiers médicaux ou les raisons de la référence n'étaient pas disponibles au moment de leur rendez-vous avec le médecin	Adultes malades	19 %	Suisse	7 %	10,5 (ex aequo la Norvège)	Fonds du Commonwealth, 2011

Tableau 7 : Équité

Indicateur	Échantillon	% des répondants canadiens dont le revenu est inférieur à la moyenne	% des répondants canadiens dont le revenu est supérieur à la moyenne	Source de données
Santé de la population				
Déclarent avoir une santé passable ou mauvaise	Adultes malades	45 %	24 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir au moins deux maladies chroniques	Adultes malades	52 %	27 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent souffrir d'hypertension	Adultes malades	33 %	19 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent souffrir de maladie du cœur, y compris l'angine ou de crise cardiaque	Adultes malades	14 %	6 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent souffrir de diabète	Adultes malades	16 %	9 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent souffrir de douleurs articulaires et d'arthrite	Adultes malades	50 %	31 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Report asthma, COPD and other chronic lung problems	Sicker Adults	21%	11%	Commonwealth Fund 2011
Déclarent souffrir d'asthme, de BPCO ou d'autres problèmes pulmonaires chroniques	Adultes malades	21 %	11 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent souffrir de dépression, d'anxiété ou d'autres problèmes de santé mentale	Adultes malades	24 %	16 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent souffrir de douleur dorsale chronique	Adultes malades	35 %	19 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir de la difficulté à marcher	Adultes malades	37 %	15 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir de la difficulté à marcher ou à s'habiller	Adultes malades	8 %	4 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir de la difficulté à effectuer des activités quotidiennes	Adultes malades	37 %	20 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir ressenti une douleur ou une malaise modérée ou forte	Adultes malades	67 %	50 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent être modérément ou extrêmement inquiets ou déprimés	Adultes malades	31 %	20 %	Fonds du Commonwealth, 2011

Accessibilité				
Déclarent avoir attendu 6 jours ou plus pour obtenir, voire ne jamais pouvoir obtenir, un rendez-vous lorsqu'ils étaient malades	Adultes malades	28 %	21 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir une assurance maladie privée	Adultes malades	46 %	82 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent ne pas faire remplir une ordonnance ou sauter des doses au cours de la dernière année en raison du coût	Adultes malades	22 %	8 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir de sérieux problèmes pour payer les frais médicaux au cours des 12 derniers mois	Adultes malades	12 %	3 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Souci de la personne				
Déclarent que le médecin traitant ou quelqu'un du cabinet du médecin leur consacre toujours ou souvent assez de temps	Adultes malades ayant un médecin traitant ou un lieu de soins habituel	73 %	79 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent que le médecin traitant ou quelqu'un du cabinet du médecin leur explique les choses de manière compréhensive	Adultes malades	82 %	89 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent que le professionnel de la santé a discuté des principaux objectifs du traitement au cours de la dernière année	Adultes malades ayant au moins une maladie chronique	63 %	74 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Sécurité				
Déclarent que le pharmacien ou le médecin a examiné tous les médicaments et en a discuté avec eux au cours de la dernière année	Adultes malades prenant des médicaments sur ordonnance	68 %	76 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent avoir une liste écrite des médicaments	Adultes malades prenant des médicaments sur ordonnance	74 %	65 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Efficacité				
Déclarent avoir fait mesurer leur taux de cholestérol au cours de la dernière année	Adultes malades souffrant d'hypertension, de maladie cardiaque ou de diabète	81 %	91 %	Fonds du Commonwealth, 2011
Évaluent la qualité des soins médicaux reçus au cours des 12 derniers mois comme étant passable ou médiocre	Adultes malades	17 %	9 %	Fonds du Commonwealth, 2011

Tableau 8 : Coordination/intégration

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Déclarent que le médecin coordonne ou organise toujours ou souvent les soins	Adultes	68 %	Nouvelle-Zélande et États-Unis	69 %	3,5 (ex aequo avec le Royaume-Uni)	Fonds du Commonwealth, 2010
Déclarent que quelqu'un du bureau du médecin ou du généraliste les aidait toujours ou souvent à coordonner ou organiser les soins reçus d'autres médecins ou lieux de soins, p. ex. les rendez-vous	Adultes malades ayant un médecin traitant	62 %	Royaume-Uni	66 %	4	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent que leur spécialiste avait des renseignements sur leurs antécédents médicaux	Adultes malades ayant un médecin traitant et ayant besoin de consulter un spécialiste au cours des deux dernières années	76 %	Royaume-Uni	91 %	6	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent que leur généraliste semblait être informé des soins qu'ils avaient reçus d'un spécialiste	Adultes malades	72 %	Royaume-Uni	88 %	8	Fonds du Commonwealth, 2011
Déclarent que les renseignements sur un patient qui avait reçu son congé de l'hôpital étaient disponibles dans les 5 à 14 jours suivant le congé	Médecins de soins primaires	40 %	Norvège	60 %	7	Commonwealth Fund, 2009

Tableau 9 : Catalyseurs de la qualité

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Équipes interprofessionnelles en soins primaires						
Déclarent collaborer avec le personnel non médical (p. ex., le personnel infirmier) dans la prestation des soins primaires	Médecins de soins primaires	52 %	Suède	98 %	10	Schoen et coll., 2009
Déclarent recevoir du soutien ou des incitatifs financiers pour avoir inclus des professionnels non médecins à la pratique	Médecins de soins primaires	21 %	Pays-Bas	60 %	5	Schoen et coll., 2009
Gestion du rendement, lignes directrices cliniques et incitatifs						
Déclarent que leur rendement clinique est comparé régulièrement à ceux d'autres cabinets	Médecins de soins primaires	11 %	Royaume-Uni	92 %	10	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser régulièrement des lignes directrices écrites pour traiter l'asthme ou la maladie pulmonaire obstructive	Médecins de soins primaires	76 %	Royaume-Uni	97 %	9	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser régulièrement des lignes directrices écrites pour traiter le diabète	Médecins de soins primaires	82 %	Pays-Bas	98 %	8,5 (ex aequo avec les États-Unis)	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser régulièrement des lignes directrices écrites pour traiter la dépression	Médecins de soins primaires	45 %	Royaume-Uni	80 %	7	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser régulièrement des lignes directrices écrites pour traiter l'hypertension	Médecins de soins primaires	81 %	Royaume-Uni	96 %	6,5 (ex aequo avec la Norvège)	Schoen et coll., 2009
Déclarent se voir offrir du soutien ou des incitatifs financiers	Médecins de soins primaires	62 %	Pays-Bas	81 %	6	Schoen et coll., 2009
Déclarent se voir offrir des incitatifs financiers basés le degré élevé de satisfaction des clients	Médecins de soins primaires	1 %	Royaume-Uni	41 %	11 (ex aequo avec la Norvège)	Schoen et coll., 2009
Déclarent se voir offrir des incitatifs financiers basés sur des interactions à distance avec des patients	Médecins de soins primaires	16 %	Pays-Bas	35 %	4	Schoen et coll., 2009
Déclarent se voir offrir des incitatifs financiers basés sur des objectifs cliniques	Médecins de soins primaires	21 %	Pays-Bas	60 %	7	Schoen et coll., 2009

Indicateur	Échantillon	Pourcentage de répondants (Canada)	Pays le plus performant	Pourcentage de répondants du pays le plus performant	Classement du Canada parmi les 11 pays	Source de données
Déclarent se voir offrir des incitatifs financiers pour inclure des professionnels non médecins à leur équipe de soins	Médecins de soins primaires	21 %	Royaume-Uni	84 %	5	Schoen et coll., 2009
Déclarent se voir offrir des incitatifs financiers pour prendre en charge des patients atteints de maladie chronique ou ayant des besoins complexes	Médecins de soins primaires	54 %	Royaume-Uni	82 %	5	Schoen et coll., 2009
Déclarent se voir offrir des incitatifs financiers pour dispenser des soins de prévention	Médecins de soins primaires	26 %	Nouvelle-Zélande	38 %	5	Schoen et coll., 2009
Technologie de l'information						
Déclarent utiliser des dossiers médicaux électroniques	Médecins de soins primaires	37 %	Pays-Bas	99 %	11	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser la commande électronique d'analyses	Médecins de soins primaires	18 %	Italie	91 %	10	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser l'ordonnance électronique	Médecins de soins primaires	27 %	Pays-Bas	98 %	11	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser des alertes de médicaments informatisées	Médecins de soins primaires	20 %	Pays-Bas	95 %	10	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser des rappels de patients informatisés	Médecins de soins primaires	10 %	Nouvelle-Zélande	92 %	9	Schoen et coll., 2009
Déclarent utiliser des rappels de médecins informatisés	Médecins de soins primaires	9 %	Australie	67 %	8.5 (tied with Netherlands)	Schoen et al, 2009
Déclarent utiliser une liste informatisée des patients selon le diagnostic	8,5 (ex aequo avec les Pays-Bas)	Schoen et coll., 2009	New Zealand	97%	10	Schoen et al, 2009
Déclarent utiliser une liste informatisée des patients selon le diagnostic	Médecins de soins primaires	37 %	Nouvelle-Zélande	97 %	10	Schoen et al, 2009

ANNEXE 2 : GROUPE DE TRAVAIL CANADIEN SUR L'AMÉLIORATION DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE/CANADIAN WORKING GROUP FOR PRIMARY HEALTHCARE IMPROVEMENT

« Pour promouvoir des politiques et la prestation de soins primaires éclairées par les données probantes au profit des Canadiennes et des Canadiens »

Membres

Fred Burge (coprésident)

Professeur
Médecine familiale
Université Dalhousie

Brian Hutchison (coprésident)

Professeur émérite
Départements de médecine familiale,
d'épidémiologie clinique et de biostatistique, et
Centre for Health Economics and Policy Analysis
Université McMaster

Marsha Barnes (comité directeur)

Sous-ministre adjointe
Ontario Ministry of Citizenship and
Immigration

Bonnie Brossart (comité directeur)

Directrice générale
Saskatchewan Health Quality Council

William Hogg (comité directeur)

Professeur
Département de médecine familiale
Conseiller principal de la recherche
Centre C.T. Lamont
Université d'Ottawa

Janusz Kaczorowski (comité directeur)

Professeur et directeur de recherche
Département de médecine familiale et médecine
d'urgence
Université de Montréal

Susan Law (comité directeur)

Vice-présidente
Affaires académiques
Centre hospitalier de St Mary

Jean-Frédéric Lévesque (comité directeur)

Directeur scientifique
Direction des systèmes de soins et services et
maladies chroniques
Institut national de santé publique

Cathie Scott (comité directeur)

Directrice principale
Leading Practices and Innovation
Alberta Health Services

Amanda Terry (comité directeur)

Assistant Professor Centre d'études en
médecine familiale
Département de médecine familiale
Université Western Ontario

Donald Wildfong (comité directeur)

Infirmier-conseiller
Politique et leadership
Association des infirmières et infirmiers
du Canada

Ruth Wilson (comité directeur)

Professeure
Département de médecine familiale
Université Queen
Directrice associée
Politiques en matière de santé et relations
gouvernementales
Collège des médecins de famille du Canada

Ewan Affleck

Directeur médical
Yellowknife Health and Social Services Authority
Territoires du Nord-Ouest

Marie-Dominique Beaulieu
Professeur titulaire
Département de médecine familiale
Chaire Docteur Sadok Besroun en
médecine familiale
Centre de recherche du CHUM
Hôpital Notre-Dame

Bachir Belhadji
Gestionnaire intérimaire
Division des soins chroniques et continus
Direction générale de la politique stratégique
Santé Canada

Beverley Clarke
Chef de l'exploitation
Eastern Health
Community, Children & Women, Primary and
Mental Health Services

Krista Connell
Présidente et chef de la direction
Fondation de la recherche en santé de la
Nouvelle-Écosse

Kim Critchley
Doyenne
École des sciences infirmières
Université de l'Île-du-Prince-Édouard

Bronwyn Davies
Directrice
Soins de santé primaires
Ministère de la Santé
Nouveau-Brunswick

Alba DiCenso
Professeure
École des sciences infirmières et Département
d'épidémiologie clinique et de biostatistique
Université McMaster

Mark Dobrow
Directeur
Analyse et rapports
Conseil canadien de la santé

Lisa Dolovich
Professeure agrégée et directrice de recherche
Département de médecine familiale
Université McMaster
Scientifique et directrice adjointe
Centre d'évaluation des médicaments
St. Joseph's Healthcare

Jeanette Edwards
Conseillère spéciale du sous-ministre de la Santé
sur les soins primaires
Santé Manitoba

Martin Fortin
Professeur et chercheur
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Département de médecine de famille
Université de Sherbrooke

Richard Glazier
Scientifique principal
Institute for Clinical Evaluative
Sciences Professeur
Départements de la médecine familiale et
communautaire et des sciences de santé publique
Université de Toronto

Marshall Godwin
Directeur
Primary Healthcare Research Unit
Professeur de médecine familiale
Université Memorial de Terre-Neuve

Jeannie Haggerty
Chaire de recherche en médecine familiale et
communautaire de l'Université McGill au Centre
hospitalier de St. Mary
Professeure agrégée
Département de médecine familiale
Université McGill

Brendan E. Hanley
Médecin hygiéniste en chef
Yukon

Alan Katz

Professeur agrégé
Département de médecine familiale et des sciences de la santé communautaire
Directeur de recherche
Département de médecine familiale
Directeur associé de la recherche
Centre manitobain de politiques en matière de santé
Université du Manitoba

Erik Landriault

Directeur adjoint
Institut des services et des politiques de la santé
Instituts de recherche en santé du Canada

W. Alexander (Sandy) MacDonald

Directeur des affaires médicales
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nunavut

Sandra MacDonald-Rencz

Directrice exécutive
Bureau de la politique des soins infirmiers
Santé Canada

Cathy MacLean

Professeur et directrice
Département de médecine familiale
Université de Calgary

John Maxted

Professeur adjoint
Département de médecine familiale et communautaire
Unité d'enseignement en médecine familiale à Markham
Université de Toronto

Dale McMurchy

Dale McMurchy Health Care Consulting

Louise Nasmith

Directrice
Collège des disciplines de la santé
Université de la Colombie-Britannique

Glen Roberts

Directeur
Canadian Policy Network

Jean Rodrigue

Sous-ministre adjoint
Direction générale des services de santé et de médecine universitaire
Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec)

Sam Shortt

Directeur
Initiative d'amélioration de la qualité
Association médicale canadienne

Moira Stewart

Directrice
Département de médecine familiale
Centre d'études en médecine familiale
Université Western Ontario

Valerie Tregillus

Responsable
Inter-Divisional Strategy Council
Interior Health
Colombie-Britannique

Greg Webster

Directeur
Information sur les soins de santé primaires
Institut canadien d'information sur la santé

Sabrina Wong

Professeure agrégée
École des sciences infirmières
Université de la Colombie-Britannique