

**Rapport du Forum de synthèse et d'échange
des connaissances sur l'impact des modèles d'organisation
des soins de première ligne et de leurs contextes**

Regarder en arrière pour mieux avancer : synthèse de l'évaluation de la réforme des soins de première ligne dans les provinces canadiennes



AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL /
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec 

REGARDER EN ARRIÈRE POUR MIEUX AVANCER : SYNTHÈSE DE L'ÉVALUATION DE LA RÉFORME DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES PROVINCES CANADIENNES

RAPPORT DU FORUM DE SYNTHÈSE ET D'ÉCHANGE DES CONNAISSANCES SUR L'IMPACT DES MODÈLES D'ORGANISATION DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE ET DE LEURS CONTEXTES

Équipe santé des populations et services de santé
Secteur Services préventifs en milieu clinique
Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,

Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services
Institut national de santé publique du Québec

et

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Janvier 2012

Québec 

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
- Institut national de santé publique

AUTEURS

Jean-Frédéric Levesque

Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM), Université de Montréal

Raynald Pineault

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM)

Dominique Grimard

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec

Frederick Burge

Dalhousie University

Jeannie Haggerty

McGill University, St. Mary's Hospital

William Hogg

University of Ottawa

Alan Katz

University of Manitoba

Sabrina Wong

University of British Columbia

MISE EN PAGE

Mireille Paradis

Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec

ORGANISMES SUBVENTIONNAIRES ET PARTENAIRES

Cette recherche a bénéficié de subventions des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS) et du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ). Il bénéficie également de l'appui financier de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) et du Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ).

Le projet a reçu une approbation de conformité éthique du Comité d'éthique de la recherche de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ce document est disponible sur les sites Internet de la Direction de santé publique www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/documentation.html, de l'INSPQ www.inspq.qc.ca/publications/ et de la FCRSS www.chsrf.ca/Splash.aspx.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2012

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC

BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA

ISBN : 978-2-550-64574-0 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)

ISBN : 978-2-550-64575-7 (PDF ANGLAIS)

ISBN : 978-2-550-64558-0 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-550-64559-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

AVANT-PROPOS

Les soins de première ligne (SPL), au Canada, sont à la croisée des chemins, à l'heure actuelle, en ce qui concerne leur contribution à la santé des populations et à la performance des systèmes de santé. De nombreuses commissions, de même que diverses études ont exposé les défis importants auxquels les SPL sont confrontés. Les écarts enregistrés entre l'accès aux soins et la couverture médicale des populations ont été clairement démontrés. Des comparaisons avec d'autres systèmes de soins internationaux ont mis en évidence le manque criant d'organisation des soins de première ligne au Canada. Face à ce diagnostic, les provinces canadiennes se sont engagées dans une vague de réformes et de réorganisation, afin de s'attaquer aux causes structurelles de cette mauvaise performance. Comme prévu, la communauté des chercheurs a examiné de près ces réformes et a produit, lors de la dernière décennie, plusieurs importantes études d'évaluation, axées sur la pratique et l'organisation des soins de première ligne.

Malgré d'importants investissements dans le domaine des soins de première ligne, la connaissance intégrée sur l'impact des nouveaux modèles, le développement de programmes visant à améliorer l'expérience des soins des patients, et les facteurs liés à une mise en œuvre réussie demeurent limités. Le présent rapport tente de combler cette lacune en fournissant une synthèse intégrée d'études sélectionnées en provenance de cinq provinces du Canada. Afin d'aller au-delà des limites de la littérature scientifique publiée, nous avons organisé ce forum en visant une meilleure compréhension des connaissances actuelles concernant la réforme des soins de première ligne au Canada. Ce forum a rassemblé des chercheurs et des décideurs venant de cinq provinces du Canada. En suivant un processus de préparation et de délibération structuré, la parole a été donnée aussi bien aux chercheurs qu'aux utilisateurs des connaissances, afin d'identifier les leçons potentielles à tirer des recherches récentes. Ce forum a été organisé par l'une des provinces participantes, le Québec, en tant que partie intégrante d'un projet de recherche financé par les Instituts de recherche en santé du Canada et le Fonds de recherche du Québec – Santé. Ce projet de recherche est la suite d'un projet de recherche réalisé en 2005. Cette étude, menée dans les deux régions les plus peuplées du Québec (Montréal et la Montérégie), a mesuré l'association entre les modèles de soins de première ligne prévalant (SPL) et l'expérience des soins de la population. En 2010, une deuxième étude visait à mieux comprendre l'évolution des modèles organisationnels des SPL et leur performance relative, à travers le processus de réforme (de 2005 à 2010). Ce projet avait également pour objectif d'évaluer des facteurs associés aux transformations des organisations des systèmes de santé de première ligne et leur performance au point de vue organisationnel et contextuel. Le forum, tenu le 3 novembre 2010, avait pour objectif d'offrir une meilleure compréhension des réformes dans une perspective dépassant le contexte québécois.

Le Forum a réuni des chercheurs et décideurs de différentes provinces, pour discuter des facteurs qui influencent le processus des réformes, ainsi que de l'impact de ces réformes. Il constitue donc un complément au projet de recherche de trois façons. D'abord, l'exercice a fourni des hypothèses additionnelles et des questions de recherche à explorer à partir des données recueillies. Deuxièmement, la synthèse des connaissances a permis à l'équipe de recherche de mieux comprendre la situation des autres provinces et donc de pouvoir mieux

extrapoler les résultats obtenus. Finalement, une telle compréhension favorise une interprétation et une application plus juste des résultats à l'ensemble du Canada.

Nous sommes infiniment reconnaissants aux experts de nous avoir consacré du temps et d'avoir partagé avec nous leur expertise. Nous les remercions également d'avoir contribué à la compréhension de ces études de cas et d'avoir présenté une perspective critique durant ce forum. Nous voudrions également remercier tous les participants pour le temps qu'ils ont accordé à cette rencontre et aussi pour leur contribution aux différents débats et discussions tenus pendant ce forum.

En outre, nous tenons à mentionner que ce forum n'aurait pas pu se tenir sans le support financier de nos commanditaires. Il a été conjointement financé par l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC), le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), les Agences de la santé et des services sociaux de Montréal et de la Montérégie, l'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) et enfin, par le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CRCHUM). De plus, ce forum n'aurait pas eu lieu sans la contribution de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et sans l'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS).

RÉSUMÉ

Introduction

La réforme des soins de première ligne est en cours d'implantation à travers plusieurs provinces du Canada. Les politiques et modèles proposés à travers les différentes juridictions se situent à des degrés variables d'implantation. S'il y a eu quelques évaluations de l'impact de ces réformes, il n'y a eu que très peu d'analyses provinciales comparées. L'objectif de cette étude est de mieux comprendre l'impact des modèles issus de ces réformes et d'identifier les facteurs favorisant ou entravant leur mise en œuvre.

Méthodes

Une recension de la littérature grise et publiée sur les modèles de soins de 1^{re} ligne au Canada a été menée afin de décrire le processus de réforme dans cinq provinces canadiennes et comprendre les différents contextes d'implantation. Des experts ont été chargés de réviser ces études de cas, ainsi que formuler des hypothèses concernant les facteurs potentiels favorisant ou constituant un obstacle au processus de réforme. Un forum délibératif d'une journée a ensuite été organisé, le 3 novembre 2010. Lors de cette journée, des chercheurs (n = 40) et décideurs (n = 20) en provenance de chacune des provinces concernées se sont regroupés pour examiner ces études de cas et discuter des facteurs ayant influencé le processus de réforme au Canada et de ses principaux impacts.

Résultats

En dépit de l'absence d'évaluations publiées, nos résultats indiquent que les réformes des SPL varient en importance, et selon les leviers utilisés pour en appliquer les changements. Certaines provinces ont eu recours à des modèles d'organisation des SPL spécifiques, alors que d'autres ont institué des politiques d'ensemble, visant à modifier les comportements et pratiques professionnelles. Les principales entraves auxquelles les réformes ont été confrontées sont caractérisées par le manque de ressources financières, par la résistance des associations professionnelles, par des approches trop normatives, marquées par un manque d'adaptation et par un modèle de gouvernance excessivement centralisé. Quant aux principaux facilitateurs, ils se traduisent par un engagement financier solide, reposant sur différents modèles d'allocations et de paiement, par l'adoption du processus de réforme par les associations professionnelles, par des changements progressifs et une décentralisation des décisions et enfin, par l'adaptation aux circonstances locales. Jusqu'à présent, la majorité des bénéfices résultant de ces réformes semblent associés à une amélioration de l'expérience de soin des patients, et aussi grâce à une plus grande satisfaction de la main-d'œuvre.

Conclusion

Les réformes des SPL actuellement en cours d'application dans d'autres juridictions pourraient bénéficier d'une meilleure compréhension des facteurs identifiés comme facilitant ou faisant obstacle au changement, dans les différentes provinces ayant été les plus proactives. Les comparaisons entre les différentes réformes présentées durant la rencontre de ce forum mettent en évidence des constats allant au-delà des résultats des évaluations menées dans chaque province, en vue d'orienter la réforme en cours des SPL.

MESSAGES CLÉS

- L'environnement des soins de première ligne a réellement changé au cours de la dernière décennie. Les structures mises en place pour favoriser la collaboration entre les médecins et les responsables des politiques ont contribué aux changements enregistrés dans cet environnement. À travers le pays, les agents ayant aidé aux modifications des réformes des soins de première ligne diffèrent non seulement d'un gouvernement à l'autre, mais aussi selon les professionnels et selon les milieux universitaires.
- Le financement et la rémunération ont une influence double sur le processus de réforme. Un financement insuffisant, en ne générant pas assez de fonds pour soutenir l'implantation des différentes composantes des réformes, tout comme un financement trop généreux, en offrant un niveau de soutien qui est difficilement envisageable à long terme et à l'échelle du système lorsque les efforts de réformes s'estompent, ont été identifiés comme étant des obstacles aux réformes. Plusieurs provinces ont enregistré un certain succès, car de l'argent en quantité suffisante a été alloué pour soutenir le processus de réforme. Alors que la rémunération des médecins constitue un débat sans fin et un important facteur d'obstruction au processus de réforme, la transformation des soins de première ligne dans le domaine des activités de prévention et de l'interdisciplinarité nécessite suffisamment d'investissements pour être mise en œuvre.
- De nombreuses politiques législatives ont été appliquées à travers les provinces et plus particulièrement, la législation redéfinissant le rôle d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières autorisées et les infirmières-praticiennes; celles-ci ont joué un rôle prédominant dans le développement des équipes multidisciplinaires.
- Alors que des efforts sont actuellement déployés pour renforcer la pratique des soins de première ligne, l'intégration de ce système reste cependant limitée. Les soins de première ligne demeurent en marge du système de santé, occasionnant beaucoup de problèmes de collaboration entre les cliniques et de coordination des soins avec d'autres services.
- Dans les domaines de l'implantation du dossier médical électronique (DME) et l'utilisation des technologies de l'information dans les cliniques de soins de première ligne, le Canada est encore loin derrière d'autres pays. En conséquence, cette carence diminue les capacités des professionnels de la santé à offrir des soins continus.
- Dans le processus des réformes, l'engagement du public et des communautés est souvent identifié comme étant un élément clé du succès. Alors que certains soutiennent que les soins de première ligne et la réforme actuelle devraient mieux être expliqués au grand public, d'autres affirment que la réforme des soins de première ligne demeure un sujet trop complexe pour une population qui est surtout intéressée par l'accès aux services et par la continuité des soins.
- Les contextes géographiques et provinciaux particuliers doivent être pris en considération. Alors que des réformes des soins de première ligne similaires existent à travers le Canada, les stratégies employées pour transformer ces soins varient. Certaines provinces ont adopté une approche basée sur l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des soins. D'autres provinces ont opté pour une approche fondée sur la qualité et sur les incitatifs, afin de stimuler les pratiques.

- D'une manière générale, il y a très peu de publications disponibles se rapportant à l'impact des réformes des soins de première ligne. Jusqu'à présent, les quelques évaluations étudiant les SPL ont porté sur l'implantation de ces réformes. Il existe un besoin d'évaluer les résultats et aussi d'évaluer de véritables modèles.
- Dans l'ensemble, les évaluations disponibles ont souligné un impact positif des réformes des SPL, et ce, en termes d'expérience de soins des patients et de satisfaction de la main-d'œuvre. Cependant, peu de changement a été observé en termes d'accès aux soins, et certaines inégalités ont même pu avoir été créées.

SYNTHÈSE

Depuis l'an 2000, des transformations dans la prestation des soins de première ligne ont été observées à différents niveaux, à travers le Canada. L'environnement politique connaît actuellement des changements associés à un meilleur climat fiscal succédant à des années de compression budgétaire, à une augmentation des transferts fédéraux, y compris le Fonds pour l'adaptation des services de santé et le Fonds pour l'adaptation des soins de première ligne, et aux recommandations de commissions importantes, telles que la Commission Romanow, en 2002 (Hutchison 2008). De plus, cette réforme est arrivée au moment où il est de plus en plus reconnu que la performance des soins de première ligne au Canada continue d'accuser des retards par rapport à d'autres pays développés. La prestation de modèles collaboratifs et interdisciplinaires de soins de première ligne et les innovations visant l'amélioration de la qualité des soins de premières lignes ont été mises en œuvre, au cours de la dernière décennie, afin d'améliorer la qualité des soins prodigués à la population canadienne.

Des interrogations entourent maintenant l'impact de ces réformes. Quels facteurs ont favorisé ou nui aux changements apportés dans le domaine de la prestation des modèles des soins de première ligne et à la qualité des innovations introduites dans les différentes provinces du Canada? Comment peut-on déterminer si ces changements ont eu un impact sur la santé des populations et sur la performance des soins de première ligne?

Un forum de synthèse sur les contextes et les impacts des réformes du système des soins de première ligne au Canada a été organisé dans le cadre de ce projet de recherche. Le forum a eu lieu le 3 novembre 2010 avait comme objectif de rassembler des chercheurs et des décideurs en provenance des différentes provinces du Canada, afin de discuter des facteurs influençant le processus de réforme et des impacts des réformes initiées durant la dernière décennie.

Le contexte de la réforme des soins de première ligne au Canada

Les systèmes de santé existent au sein de structures qui doivent être attentivement examinées. Les pays procédant à la réforme de leurs systèmes de soins de première ligne ont des points de départ différents. Au Canada, les soins de première ligne n'ont pas été inclus dans les réformes des soins de santé pendant des années et ont fonctionné en marge de ce système. En effet, les SPL ont subi une crise, en raison de la pénurie de médecins de famille, du manque d'investissements, et d'une mauvaise intégration dans le reste du système. Au cours de la dernière décennie, les différentes provinces du Canada ont entrepris d'engager des réformes dans le domaine des SPL en développant des stratégies différentes, conçues dans des contextes économiques et politiques propres à chaque province.

Le forum a démontré que les politiques de soins, tout en faisant partie de l'équation, ne constituent pas une réponse complète aux défis. Si les principes directeurs des réformes étaient généralement homogènes, les différents contextes ont cependant généré un ensemble de facteurs pouvant consolider ou compromettre le processus de réforme.

L'environnement de la réforme du système de soins de première ligne a beaucoup changé au cours de la dernière décennie. Les professionnels, de même que le gouvernement et les chercheurs, ont accordé une attention particulière aux soins de première ligne. La collaboration entre les gouvernements, les autorités sanitaires locales et les médecins s'est nettement renforcée. Des structures ont été mises en place pour œuvrer en étroite collaboration avec les médecins pour le financement et l'élaboration des programmes. De plus, les programmes d'enseignement médical continu des dernières années ont également contribué au changement des attitudes. Dans cet environnement de réforme, nous avons également remarqué une diversité d'approches parmi les partisans de ces changements : si les gouvernements ont parfois été les plus actifs, à d'autres moments ce sont les professionnels et les communautés qui ont exprimé plus clairement leurs revendications ou les milieux académiques qui ont plaidé pour un changement. Les associations professionnelles sont parfois perçues comme soutenant le changement, alors qu'à d'autres moments elles semblent ralentir les réformes en défendant l'autonomie médicale et les acquis relatifs à la rémunération.

Financement et rémunération : Il a été jugé nécessaire de rehausser le financement. Cependant, les participants se sont demandé si, dans le futur, le gouvernement sera en mesure de soutenir ce type de dépenses, car les coûts des réformes pour améliorer la qualité des soins de première ligne ne feront qu'augmenter. Les participants ont fait remarquer que la question de la rémunération constitue toujours un problème à résoudre, afin de permettre à d'autres professionnels d'intégrer le système de soins de première ligne. Les participants ont également souligné la nécessité d'instaurer une rémunération mixte avec capitation, rémunération à l'acte, primes incitatives ou paiement selon la performance.

Les **lois** appuyant l'introduction des infirmières et infirmiers dans le domaine des soins de première ligne constituent un facteur stimulant le développement des équipes interdisciplinaires. Cependant, beaucoup de travail reste à faire. Les collaboratives sont encore en développement et dans de nombreux contextes, alors que les infirmières et infirmiers praticiens ont du mal à trouver un emploi. De plus, le fait que peu de considération ne soit accordée au nouveau rôle de leadership accordé aux médecins et aux défis que cela comporte a également fait l'objet de discussion.

L'absence d'**intégration des soins de première ligne** a fait l'objet de discussions intenses. Si beaucoup d'efforts sont consentis pour améliorer la prestation des soins dans les cliniques, peu d'actions sont entreprises pour favoriser l'intégration et la collaboration des cliniques dans l'ensemble du système. Dans certains cas, des réseaux et structures locaux sont créés, comme au Québec, alors qu'à d'autres moments les réformes réussissent difficilement à favoriser l'intégration de la première ligne de soins, comme Ontario. Bien souvent, l'intégration fonctionnelle n'est pas mise en place. Par conséquent, les gouvernements doivent voir à ce que l'intégration ne soit pas seulement une démarche administrative et que l'ensemble des parties du système œuvre de manière cohérente. Par ailleurs, la formation professionnelle devrait être modifiée, de façon à prendre en considération ces nouvelles réalités et les réformes devraient viser à permettre la multidisciplinarité.

En ce qui concerne les **technologies de l'information** et le **dossier médical électronique** (DME), il est reconnu que dans ce domaine, le Canada accuse un grand retard par rapport à d'autres pays. Ce retard constitue un réel obstacle à l'intégration dans le système, à l'instauration d'une meilleure coordination et à une gestion des maladies chroniques plus adéquate.

La nécessité de mieux **informer le public** a également fait l'objet de discussions. Certains pensent que le public devrait être mieux informé sur les processus de réforme et que les milieux universitaires ont de la difficulté à renseigner le public sur ces réformes. Pour d'autres, le public n'a pas besoin de connaître la complexité des problèmes auxquels sont confrontés les chercheurs en soins de première ligne. Le plus important pour le public est d'avoir, de façon continue, des services accessibles et non pas de contempler un système des soins de première ligne bien organisé. Néanmoins, les revendications du public transmises par les médias jouent un rôle important de changement, en influençant les décisions gouvernementales. En outre, la participation à la prise de décision et à l'implantation des processus a été identifiée comme un élément clé par de nombreux participants.

Les participants au forum sont d'avis que le contexte doit être pris en considération et qu'il y a un besoin d'**adaptabilité** et de **flexibilité** dans les approches, étant donné qu'un ensemble de divers facteurs influencera différemment le processus, à différentes étapes. Il est donc difficile de faire une synthèse des facteurs favorisant ou ralentissant le processus des réformes, tout comme il est difficile de savoir quelles seront les stratégies les plus appropriées pour les différents contextes canadiens.

En outre, les **leviers de changement** n'ont pas été les mêmes dans toutes les provinces. Dans plusieurs cas, le besoin de créer un partenariat avec les médecins s'est avéré efficace, afin de constituer un environnement plus propice au succès des réformes. Globalement, les changements ont été effectués sur une base volontaire et peu de choses ont été imposées aux médecins et aux cliniques, selon une approche « top-down ».

Différentes provinces ont adopté des **stratégies variées pour la réforme des soins de première ligne**. Des approches fondées sur la promotion de nouveaux modèles d'organisation des soins et sur des politiques d'amélioration de la qualité, ou sur des changements progressifs, ont été proposées. L'Ontario, par exemple, a principalement adopté une approche fondée sur les modèles d'organisation des soins et a investi massivement pour attirer les médecins, soutenir la transformation des pratiques et instaurer des structures de collaboration entre les décideurs et les médecins. L'approche du Québec a consisté en un recours à un modèle d'organisation, implanté avec une certaine flexibilité dans différents contextes, et en la création de réseaux locaux de santé et de services sociaux. La Colombie-Britannique a aussi investi dans des structures visant à accroître la collaboration entre le gouvernement et les associations professionnelles, la transformation des pratiques par le maintien de la compétence médicale, et un accroissement de la rémunération des médecins pour créer un environnement favorable aux réformes. En Nouvelle-Écosse, les changements ont été progressifs et les investissements principalement dirigés vers des interventions populationnelles, la mise en réseau des ressources, l'assistance aux citoyens pour leur orientation au sein du réseau, ainsi que la formation

médicale continue et l'investissement dans la pratique de groupe pour transformer la prestation des soins de première ligne.

Enfin, les participants ont été déçus par la **rareté** des publications disponibles se rapportant à l'impact des réformes des soins de première ligne et aussi par le fait que jusqu'à présent, très peu d'évaluations des modèles ont été réalisées. Les évaluations disponibles se sont surtout concentrées sur la mise en place des réformes et non pas sur leurs résultats. C'est pourquoi la nécessité de développer de meilleurs indicateurs de soins de première ligne a également fait l'objet de discussions. Un travail est en cours dans le but de développer des indicateurs qui pourraient être partagés par les différentes instances concernées. Cependant, des travaux sur les sources d'information relatives au développement des indicateurs de soins de première ligne doivent également être entrepris. La mise en place du DME, et la multiplication des enquêtes auprès des patients et des prestataires de soins de première ligne contribueront à réalisation de ces travaux.

Par ailleurs, les participants ont mis en évidence un **éventail d'impacts** qui se traduisent par une augmentation du nombre de cliniques collaboratives, une ouverture au changement, une amélioration de la qualité, une augmentation du nombre de patients inscrits, des changements dans la rémunération en faveur des formes de paiements mixtes et par une nette amélioration de la gestion des maladies chroniques. Tous ces éléments ont été observés, à des degrés divers, à travers l'ensemble du pays. En outre, il y a eu, dans certains cas, une réduction du nombre de praticiens travaillant en solo, de même qu'une baisse du nombre de cliniques sans rendez-vous. Cependant, certains participants ont exprimé leur déception en raison du peu de changements observés dans le domaine de l'accessibilité, et particulièrement en ce qui concerne l'usage des services d'urgence. De plus, des préoccupations ont été exprimées au sujet des réformes. On craint qu'elles n'aient accentué les iniquités et que peu de mesures n'aient été prises pour améliorer l'accès des populations vulnérables, en raison des multiples déterminants sociaux de la santé qui les affectent.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	XIII
1 INTRODUCTION.....	1
2 MÉTHODE.....	3
3 LES RÉFORMES DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES PROVINCES CANADIENNES.....	5
3.1 La réforme des soins de première ligne en Nouvelle-Écosse	5
3.2 La réforme des soins de première ligne au Québec	10
3.3 La réforme des soins de première ligne en Ontario	17
3.4 La réforme des soins de première ligne au Manitoba	23
3.5 La réforme des soins de première ligne en Colombie-Britannique.....	27
4 THÈMES ÉMERGENTS ET THÈMES TRANSVERSAUX RELATIFS AUX RÉFORMES DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES PROVINCES CANADIENNES.....	33
4.1 Facteurs favorisants et facteurs entravant les réformes des soins de première ligne	33
4.2 L'impact des réformes des soins de première ligne.....	40
5 CONCLUSIONS.....	45
RÉFÉRENCES.....	47
ANNEXE	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Nouvelle-Écosse	9
Tableau 2	Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques au Québec	16
Tableau 3	Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Ontario	22
Tableau 4	Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Manitoba	26
Tableau 5	Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Colombie-Britannique.....	32

1 INTRODUCTION

Le contexte des réformes des soins de première ligne

Depuis l'an 2000, des transformations dans la prestation des soins de première ligne ont été observées à différents niveaux à travers le Canada. L'environnement politique connaît actuellement des changements en regard d'un meilleur climat fiscal, après des années de compression budgétaire, d'une augmentation des transferts fédéraux, y compris les Fonds pour l'adaptation des services de santé et les Fonds pour l'adaptation des soins de première ligne, et des recommandations de commissions importantes, telles que la Commission Romanow, en 2002 (Hutchison, 2008). De plus, ces réformes arrivent au moment où la performance des soins de première ligne au Canada continue d'accuser des retards par rapport à d'autres pays développés (Lamarche, 2008; CSBE 2009). Tel que décrit dans les enquêtes réalisées par le Commonwealth Fund et celles de l'OCDE, la situation des services médicaux de première ligne est préoccupante et la plupart des pays riches et industrialisés performant mieux que le Canada (Hutchison, 2008; CSBE, 2009). Cette situation au Canada serait le résultat d'années de compressions budgétaires et du manque d'intérêt accordé à la médecine familiale. Ces deux facteurs auraient contribué à déséquilibrer le système en faveur des hôpitaux et des soins spécialisés (Lamarche, 2008; Katz, 2008). D'importantes commissions fédérales et provinciales (Kirby, 2002; Romanow, 2002) ont également souligné avec insistance les problèmes de l'organisation des soins de première ligne. Ces lacunes organisationnelles incluent : la fragmentation des soins et l'utilisation inefficace des services par les prestataires de soins, en raison du manque de coordination; la gestion et le suivi limités des groupes vulnérables, les problèmes liés à l'accès, la faible priorité accordée à la promotion de la santé et la prévention des maladies; les problèmes liés à la qualité, la collecte et le partage de l'information concernant le patient (CSBE, 2009). Ces différentes commissions en sont donc venues à un consensus sur la nécessité d'offrir des services médicaux de première ligne, 24 heures par jour et sept jours par semaine, assurés par des équipes multidisciplinaires, qui travaillent avec des technologies de l'information et des dossiers médicaux informatisés, qui font de la prévention des maladies et la promotion de la santé et enfin, qui ont des liens avec la santé publique (CSBE, 2009).

Au cours des dix dernières années, de nouveaux modèles d'organisation des soins de première ligne et plusieurs innovations ont été mis en place à travers le Canada, afin d'améliorer la qualité des soins offerts à la population canadienne. Les principales transformations implantées portent sur les modèles de collaboration interdisciplinaire et l'amélioration de la qualité des soins (Hutchison, 2008). Le Québec, l'Ontario et l'Alberta ont mis l'accent sur de nouveaux modèles d'organisation, tandis que la Colombie-Britannique et la Saskatchewan (Hutchison *et al.*, 2011) ont misé sur des initiatives visant à améliorer la qualité des services offerts par les modèles traditionnels de prestation de soins de première ligne. Un autre changement majeur a été l'implantation de systèmes d'information dans des cliniques médicales de soins de première ligne (Hutchison, 2008; Hutchison *et al.*, 2011). En général, ces réformes étaient volontaires, basées sur des incitatifs et ont été mises en œuvre dans un esprit de collaboration avec les associations de médecins, et ce, tout en préservant l'autonomie des médecins (Hutchison, 2008). Les provinces disposent de leviers de changement limités qui sont principalement de nature financière, puisque ces changements sont négociés plutôt qu'imposés (Hutchison *et al.*, 2011). Toutefois, plusieurs de ces

nouveaux modèles ont été critiqués pour leurs limites et pour le fait que généralement, ils ne possèdent pas les caractéristiques de modèles performants, limitant aussi le travail interdisciplinaire pour le centrer sur celui des médecins (Hutchison, 2008; Lamarche, 2008).

Des interrogations entourant l'impact de ces réformes persistent. Les questions suivantes ont été posées : quels sont les facteurs qui ont contribué ou nui aux changements apportés aux modèles d'organisation des soins de première ligne ou aux innovations visant à améliorer la qualité des services à travers le Canada? Que sait-on de l'impact de ces réformes sur la santé des citoyens et sur la performance des soins de santé de première ligne?

Ce rapport comprend plusieurs sections. À la suite de cette introduction, la première section présente la méthodologie de la consultation, ainsi que du processus de synthèse. La deuxième section présente les initiatives de réformes dans les cinq provinces suivantes : la Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique. La troisième section constitue la synthèse issue du forum organisé en novembre 2010. Dans cette dernière section, les thèmes transversaux liés aux soins de première ligne sont présentés comme des facteurs entravant ou favorisant le processus et les impacts des réformes. Une perspective internationale sur les réformes des soins de première ligne, ainsi qu'un aperçu sur l'avenir de ces réformes, sont présentés.

2 MÉTHODE

Cette synthèse sur l'impact des contextes et modèles organisationnels de soins de première ligne a été réalisée grâce à un processus de consultation entrepris en deux étapes. Cinq études de cas et du matériel de lecture ont été élaborés, avant le forum de consultation. L'examen des littératures grises et publiées, portant sur l'évaluation des organisations des soins de première ligne, a permis de faire une description des réformes engagées ou en cours d'implantation en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique. Ces provinces ont été sélectionnées sur la base de l'existence d'évaluations publiées se rapportant à la réforme des soins de première ligne. Des consultations, menées auprès d'experts choisis dans chaque province, ont été nécessaires pour ajuster les études de cas, pour formuler des hypothèses concernant les facteurs potentiels favorisant ou constituant un obstacle à ces réformes et pour documenter les impacts des modèles émergents sur les SPL. Ce matériel de lecture préparatoire, composé d'études cas et de quelques thèmes de synthèse, a été envoyé à tous les participants, avant le forum.

Le « Forum d'échange et de synthèse des connaissances sur l'impact des modèles d'organisation des soins de première ligne et de leurs contextes » a été organisé le 3 novembre 2010 à la Direction de la santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. La liste des participants, le programme de ce forum, ainsi que les questions concernant la réforme des soins de première ligne qui ont été soumises aux experts avec les études de cas se trouvent en annexe au présent document. Ces questions portent sur les informations complémentaires relatives aux études de cas, aux facteurs associés aux changements concernant les soins de première ligne, à leurs impacts et aux principales conclusions tirées de l'expérience de chaque province.

Lors de ce forum, quatre activités ont été organisées, afin de synthétiser les facteurs favorisant ou entravant le processus de réforme des soins de première ligne et les impacts des récentes réformes. De nombreux experts et décideurs, en provenance des gouvernements provinciaux ou d'associations professionnelles de la Nouvelle-Écosse, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de l'Alberta (qui ne faisait pas partie de la synthèse, étant donné le manque d'évaluations publiées sur les réformes de première ligne, mais qui a tout de même été invitée à participer au Forum, étant donné les changements importants en cours dans cette province) et de la Colombie-Britannique, ont été invités pour discuter de ces sujets et partager leurs propres expériences professionnelles.

Pour amorcer la discussion et le débat, cinq études de cas ont été présentées. Le forum a commencé par des présentations résumant les principales leçons à tirer et par des questions à discuter concernant l'expérience de chaque province. Ensuite, des groupes de discussion de 8 à 12 personnes ont été formés, pour répondre aux deux questions qui ont été posées à l'ensemble des participants.

- 1- Selon vous, quels sont les facteurs les plus importants qui favoriseraient ou entraveraient les réformes dans les organisations des soins de première ligne ou la mise en œuvre de ces réformes? Comment voyez-vous l'évolution de ces facteurs dans le futur?

2- Quels sont les impacts les plus importants des récentes réformes des soins de première ligne et de l'introduction de nouveaux modèles organisationnels? Comment voyez-vous l'évolution de ces facteurs dans le futur?

Un rapporteur a été désigné pour chaque groupe et les réponses de ces groupes ont été résumées lors de la session plénière qui a suivi, consistant en une discussion à bâton rompu entre l'ensemble des participants. À partir de ces mêmes questions, les participants ont ensuite essayé de clarifier les facteurs les plus importants et leurs impacts. À la lumière des informations obtenues suite à la lecture des documents, des études de cas et des conclusions des débats engagés par les groupes de discussion, les participants ont été invités à identifier les facteurs les plus importants, ainsi que les impacts, en se basant sur leurs propres recherches et/ou leurs expériences.

Enfin, un atelier a été organisé, afin de donner une perspective nationale et provinciale aux discussions de la journée. Chaque participant avait cinq minutes pour exposer son point de vue. Un débat général avec l'auditoire a suivi ces courtes interventions.

Ce rapport est basé sur les études de cas préparées en consultation avec les principaux experts et sur les discussions de la journée. À la lumière des présentations effectuées au début du forum, des améliorations ont été apportées aux études de cas et sont présentées dans la section 3, avec les initiatives de réforme des soins de première ligne lancées dans les provinces canadiennes. Tous les échanges et débats du forum ont été enregistrés puis transcrits et synthétisés. Ils sont présentés dans la section 4 du présent document avec les thèmes transversaux émergents concernant les réformes des soins de première ligne dans les provinces canadiennes et dans la conclusion qui inclut la perspective internationale et une vision pour l'avenir.

3 LES RÉFORMES DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES PROVINCES CANADIENNES

3.1 LA RÉFORME DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN NOUVELLE-ÉCOSSE

La Nouvelle-Écosse comprend neuf districts sociosanitaires et le Capital District Health Authority (Halifax et les environs) avec son hôpital tertiaire pour enfants. En 2006, 93 % de la population âgée de 15 ans et plus déclarait avoir un médecin de famille, laissant donc 7 % sans médecin de famille régulier (CHSRF, 2010a). Pourtant, la Nouvelle-Écosse est la province où l'on compte le plus grand nombre de médecins de famille par habitant au Canada. La majorité des soins de première ligne sont fournis par des cliniques privées, où les médecins sont rémunérés à l'acte. En comparaison avec les autres provinces du Canada, la population de la Nouvelle-Écosse est peu nombreuse. Cependant, 50 % de la population de la province vit à Halifax. La province enregistre la proportion la plus élevée de certaines morbidités. Par exemple, la Nouvelle-Écosse a le taux d'incidence du cancer le plus élevé, ainsi que la plus grande proportion de maladies cardiovasculaires autodéclarées au pays.

En Nouvelle-Écosse, la planification et la mise en œuvre des réformes des soins de première ligne ont été réalisées grâce à un processus de consultation et de collaboration auprès des principaux intervenants, bien que le ministère de la Santé ait été l'instigateur principal (Wilson *et al.*, 2004; Martin-Misener, 2004). Au lieu d'implanter de nouveaux modèles, le gouvernement a mis l'accent sur les cliniques collaboratives, les mécanismes de rémunération alternatifs, l'approche populationnelle, et l'implantation de systèmes de dossiers médicaux informatisés (Wilson *et al.*, 2004.). Cependant, les réformes ont été instaurées de façon progressive et ont essentiellement commencé à un niveau local, dans des petits sites ne nécessitant que peu d'investissement. De plus, la plupart des initiatives récentes ont davantage été orientées vers la communauté plutôt que sur la réorganisation des pratiques.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a complété avec succès un programme implanté en 1998 intitulé *Strengthening Primary Care Initiatives* (SPCI) grâce au premier transfert fédéral (Fonds pour l'adaptation des services de santé) et qui s'est poursuivi dans le cadre du Fonds de transition des soins primaires (Wilson *et al.*, 2004; Martin-Misener *et al.*, 2004; Graham *et al.*, 2006). L'objectif de ce programme était d'évaluer la capacité d'offrir des soins de première ligne centrés sur le patient et sur la réponse aux besoins des communautés, tout en améliorant l'accessibilité aux services, la promotion de la santé, la prévention des maladies en milieu clinique, le travail interdisciplinaire et l'imputabilité envers la communauté (Martin-Misener *et al.*, 2004). Le programme a été implanté dans quatre collectivités (l'une urbaine et trois rurales) sur une période de trois ans (de 2000 à 2002) afin de soutenir les cliniques et les communautés dans le processus d'amélioration des soins de santé de première ligne (Government of Nova Scotia, 2004). Ainsi, les principales composantes du programme étaient d'introduire les infirmières-praticiennes dans les cliniques collaboratives, pour exercer avec un ou plusieurs omnipraticiens; expérimenter les méthodes de rémunération alternatives (sur un seul site seulement, car les autres avaient déjà négocié une entente avec le gouvernement); implanter l'usage des dossiers médicaux informatisés;

faire participer des volontaires des communautés dans la gouvernance des cliniques; et tisser des liens avec des organismes communautaires travaillant avec des groupes vulnérables (Martin-Misener *et al.*, 2004; Government of Nova Scotia, 2004).

Au départ, il y a eu d'importantes divergences entre les principaux intervenants quant au rôle des infirmières-praticiennes et certains ont exprimé des réserves face à l'éthique professionnelle et les règles qui devaient entourer la pratique de cette nouvelle profession (Martin-Misener *et al.*, 2004). Toutefois, ces désaccords ont été résolus et ont donné lieu au *Registered Nurse Act* en 2001 qui a balisé les assises légales entourant l'introduction des infirmières praticiennes dans la province (Martin-Misener *et al.*, 2004). En Nouvelle-Écosse, il y a environ 40 infirmières-praticiennes qui exercent maintenant dans des cliniques médicales de première ligne (communication personnelle, septembre 2010).

Le SPCI a évalué le modèle et ses principales conclusions étaient entièrement positives. La première évaluation du SPCI a révélé un certain nombre de succès et de leçons à retenir (Government of Nova Scotia, 2004). À différents degrés, les bénéfices de cette initiative incluaient :

- une amélioration de la qualité des soins;
- une bonne introduction des infirmières-praticiennes;
- une amélioration de la lisibilité et de l'exhaustivité des données grâce aux technologies de l'information;
- une meilleure participation de la communauté et une meilleure réponse à leurs besoins;
- un accès accru à des équipes interdisciplinaires;
- une augmentation de la satisfaction des patients;
- une amélioration des services fournis aux groupes mal desservis;
- une meilleure collaboration entre les organismes, le ministère de la Santé et les associations professionnelles;
- et une amélioration de l'imputabilité.

De plus, Graham *et al.* (2006) ont aussi spécifiquement rapporté une amélioration significative des soins prodigués aux personnes diabétiques et hypertendues. Cependant, l'évaluation a également permis d'identifier de nombreux défis à relever et peu de changements en ce qui concerne :

- la perception des patients sur l'accès;
- l'utilisation des services d'urgence;
- le niveau d'auto-soins;
- l'impact global de la prévention (il faut dire que la période de temps couverte par l'évaluation était trop courte pour mesurer adéquatement cette composante).

Depuis la fin du Fonds de transition des soins de première ligne, des initiatives se sont poursuivies et d'autres ont été développées par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Les plus importantes sont centrées sur la formation continue, l'amélioration des soins prodigués aux autochtones, la gestion des maladies chroniques, les cliniques collaboratives,

l'assistance téléphonique, et les technologies de l'information (Government of Nova Scotia, 2010a).

L'une des stratégies élaborées, afin de soutenir aussi bien les nouvelles équipes que celles qui sont déjà en place, est la conception du ***Building a Better Tomorrow Together*** (BBTT) qui consiste en une série de modules de formation continue destinés aux cliniciens. Ces modules de formation sont basés sur une initiative précédemment mise en place entre 2003 et 2006 dans les provinces du Canada atlantique et qui s'intitule ***Building a Better Tomorrow*** (BBT). Tel que mentionné par le gouvernement, la première phase du BBTT a remporté beaucoup de succès en créant des leaders et champions du travail d'équipe interdisciplinaire en soins de santé de première ligne. S'appuyant sur ce succès, la Nouvelle-Écosse investit actuellement dans le renouvellement du programme de formation, et particulièrement dans la création d'équipes interdisciplinaires. Le nouveau programme s'inspire de l'information recueillie lors de l'évaluation du programme BBT, d'un sondage effectué auprès de gestionnaires d'organisations de soins de santé de première ligne, des directives pour la collaboration entre professionnels, ainsi que des lignes directrices provinciales sur la compétence culturelle (Government of Nova Scotia, 2010b).

Dans le même esprit, le ***Family Practice Nurse Initiative*** est un programme de soutien éducatif et de pratique pour les cliniques existantes qui désirent engager une infirmière praticienne. Initialement, ce programme de formation et de soutien a été développé par le Capital District Health Authority, mais il sera bientôt disponible à travers l'ensemble de la province. Il comprend des informations pour les médecins, une trousse d'informations, une formation complète pour les infirmières autorisées, et un soutien à leur intégration dans une équipe. Ce programme a contribué à soutenir l'implantation d'équipes interdisciplinaires et des évaluations du programme sont en cours (CDHA, 2010a). Faire travailler les infirmières praticiennes dans un cadre de pratique à large spectre constitue un véritable défi. Ce programme de formation fait partie des initiatives qui visent la promotion de leur intégration.

Par ailleurs, le Capital District Health Authority a commencé à mettre en place des ***Community Health Teams*** (CHTs) dans certaines régions de son territoire pour faire la promotion de la santé et du bien-être. Ces équipes ont été constituées sur la base d'une planification axée sur la population et sur des stratégies d'engagement communautaire. Ce modèle comprend deux éléments clés (CDHA, 2010b) :

- ***Le Wellness Programming*** élaboré en fonction des besoins de la communauté et permettant aux CHT de fournir un appui et un accès à des programmes complémentaires et à des services déjà disponibles dans la communauté;
- ***Le Wellness Navigation*** où les équipes des CHT travaillent en étroite collaboration avec des omnipraticiens, des organismes communautaires, des programmes spécialisés, et d'autres intervenants et groupes, afin d'aider les individus et les familles à créer des liens avec les services appropriés, soutien ou programmes requis pour la promotion de la santé et du bien-être.

De plus, le **Social Inclusion and Cultural Competence Program** a également été mis en place, afin de sensibiliser les prestataires de soins aux besoins engendrés par le multiculturalisme et la diversité sociale, et ce, à travers un autre programme de formation continue et des directives additionnelles. Le Health Link de la Nouvelle-Écosse est également un système d'assistance téléphonique disponible sur une base de 24 h/jour et 7 jours par semaine. Finalement, l'implantation du **Primary Health Care Information Management and Electronic Medical Records** (PHIM) se poursuit, afin de soutenir les prestataires de soins dans l'implantation des dossiers médicaux informatisés. Selon la planification actuelle, environ 50 % des cliniques utiliseront les DME d'ici 2012-2013. Par contre, seulement 30 % des cliniques médicales de première ligne sont présentement engagées dans ce processus.

D'autres innovations portant sur les équipes multidisciplinaires et la prévention des maladies sont présentement développées en Nouvelle-Écosse. Le projet **ANCHOR** (*A Novel Approach to Cardiovascular Health by Optimizing Risk*) est une initiative de recherche conjointe entre le gouvernement, l'entreprise Pfizer et la Fondation des maladies du cœur de la Nouvelle-Écosse, qui a été développée sur deux sites expérimentaux (ANCHOR, 2010). Ce projet vise à améliorer la prévention des maladies cardiovasculaires et la santé grâce à des équipes multidisciplinaires implantées dans des cliniques médicales de soins de première ligne.

Par ailleurs, d'autres expérimentations incluent les quelques coopératives de santé qui sont actuellement en phase d'implantation, notamment au Pictou Health Authority, et qui font l'objet de débats publics (Jacobs, 2004; Payne, 2005). Des médecins en pratique privée, rémunérés à l'acte, sont actuellement en train d'expérimenter ce nouveau modèle d'organisation dans leurs cliniques. Ce modèle s'appuie sur un conseil d'administration formé de membres de la communauté et sur l'imposition de frais d'inscription aux patients, comme moyen permettant d'améliorer leur charge de travail.

En général, les transformations apportées aux soins de santé de première ligne en Nouvelle-Écosse ont été réalisées par l'instauration de programmes axés sur la qualité et la performance, plutôt que sur des changements apportés aux modèles organisationnels de première ligne. Dans de nombreux cas, les autorités sanitaires ont cherché à connaître les régions où les besoins existaient, ainsi que les régions où les professionnels ont innové, et ont œuvré de manière à les aider et à les soutenir. Quelques programmes de sites pilotes devaient promouvoir les caractéristiques organisationnelles associées à une meilleure performance des soins de première ligne, tandis que d'autres programmes complémentaires ont été mis en œuvre pour promouvoir les technologies de l'information, l'accès aux services et l'utilisation d'équipes multidisciplinaires. De plus, d'importantes démarches ont été menées pour introduire les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes en Nouvelle-Écosse, afin de renforcer leur rôle. Par ailleurs, la Nouvelle-Écosse s'est également efforcée d'introduire des paiements alternatifs. Malgré toutes ces initiatives, la province fait face à de nombreux défis, notamment en ce qui concerne l'augmentation de ses investissements, son engagement à introduire de nouveaux modèles d'organisation de première ligne, dans la gestion, le financement et la mise en œuvre de ces nouveaux modèles.

Tableau 1 Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Nouvelle-Écosse

Dimensions		Traditionnel solo ou groupe rémunéré à l'acte	SPCI	BBT & BBTT	Telecare/ Health link 811	PHIM	Projet ANCHOR	Infirmière en médecine familiale	Équipes collaboratives inter-disciplinaires	Équipes de santé communautaire
Année		—	1998 et 2000-2002	2003-2006 à auj.	2009	En cours-2012	2005	2007	2002	
Structure	Gouvernance	Privée	Privée	Privée	Publique	Privée	Privée	Privée	Privée et autorités sanitaires	Autorités sanitaires
	Administration	Médecins	Médecins et volontaires de la communauté	Médecins	—	Médecins	Médecins	Médecins	Médecins, infirmières praticiennes, autorités sanitaires	Autorités sanitaires
	Rémunération des médecins	À l'acte	À l'acte et autres mécanismes de rémunération alternatifs	À l'acte	—	À l'acte	À l'acte	À l'acte	À l'acte et autres mécanismes de rémunération alternatifs	
	Inscription des patients	—			—	—	—	—		—
Ressources	Équipes multidisciplinaires	—	Introduction des infirmières-praticiennes	Programme de formation continue pour promouvoir les équipes multidisciplinaires	—	—	Oui	Omnipraticiens et infirmières praticiennes	Omnipraticiens, infirmières praticiennes et autres	Diététiciens, infirmières, psychologues, physiothérapeutes et kinésologues
	Technologies de l'information	—	Implantation des dossiers médicaux informatisés et de système d'information	—	—	Initiative du gouv. pour encourager la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques	—	—		—
Accès	Heures d'accès prolongées	—	—	—	Assistance téléphonique 24 heures/ 7 jours	—	—	—		—
	Sans rendez-vous	—	—	—		—	—	—		Référence de spécialistes et par les individus
Services	Gestion des maladies chroniques	—		—	—	—	CVD	Oui		Oui
	Prévention et promotion de la santé	—	Oui	—	—	—	Prévention maladies cardiovasculaires et évaluation du risque	Oui	Oui	Oui
	Coordination	—		—	—	—	—	Oui	Oui	Oui
	Continuité	—		—	—	—	—	—	Oui	Oui
Vision	Responsabilité	Individus	Population/Créer des liens avec les communautés	—	—	—	—	—	Individus et communauté	Territoire des autorités sanitaires
Contexte des changements		Processus consultatif et en collaboration; évaluation du SPCI; Registered Nurses Act , programmes de formation et mise en œuvre dans la province; initiatives en cours pour améliorer les soins primaires.								
Autorités sanitaires locales		Neuf autorités sanitaires municipales (District Health Authorities) et centre spécialisé de soins tertiaires à Halifax.								

Sources : Wilson *et al.*, 2004; Martin-Misener, 2004; Jacobs, 2004; Payne, 2005; Government of Nova Scotia, 2004, 2010; ANCHOR, 2010.

3.2 LA RÉFORME DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE AU QUÉBEC

La province de Québec fait face à d'importants défis quant à la pénurie d'omnipraticiens. Le Québec a la proportion la plus élevée de population sans médecin de famille, environ 25 % pour l'ensemble de la province, contre 40 % pour Montréal (CSBE, 2009; CIHI, 2009; CHSRF, 2010a). La pénurie est due à la réduction des admissions en médecine familiale, à l'incitation au départ à la retraite des médecins à la fin des années 1990, à l'augmentation du poids du fardeau en raison du vieillissement des populations, la multimorbidité, et les maladies chroniques, qui constituent autant de facteurs affectant la prestation des soins de première ligne (CSBE, 2009). En outre, de nombreux médecins de famille consacrent une partie de leur temps à la pratique hospitalière. Au début des années 1990, une politique de transfert des soins, de l'hôpital vers le secteur ambulatoire, a été entreprise par le gouvernement, pour soulager la pression sur les hôpitaux et réorienter les patients vers les soins de première ligne. Cependant, cette politique n'a pas été accompagnée par les changements nécessaires dans les budgets ou les ressources.

La province du Québec se distingue des autres provinces du Canada, puisque le ministère gouvernemental est chargé de la santé ET des services sociaux. Jusqu'à présent, l'approche du Québec visant le changement du système de santé repose principalement sur des mesures législatives. La première tentative de réforme au Québec remonte à la Loi sur les services de santé et services sociaux de 1972, qui a donné lieu à la création des premiers centres locaux de services communautaires (CLSC). Cependant, les médecins s'y sont, en grande partie, fermement opposés, en raison des propositions de modifier leur rémunération pour un mode de paiement à salaire (Pomey *et al.*, 2009; Levesque *et al.*, 2007). Suite à la promulgation de cette loi, un système de cliniques privées, où les services sont remboursés par le système public, a grandi, en marge des CLSC. En tout, 147 CLSC ont été créés contre environ 800 cliniques privées. Les centres communautaires locaux sont différents de ce qui est généralement appelé centre de santé communautaire. Les services offerts par les CLSC ne sont pas uniformes, étant donné qu'ils diffèrent en fonction des besoins locaux, et n'offrent pas tous des services médicaux généraux. Dans les centres où ils sont offerts, ils ne représentent qu'une infime composante du modèle. En outre, la gamme de services offerts varie considérablement entre les centres et les différentes régions. Globalement, les cliniciens n'ont jamais réellement intégré les CLSC (Pomey *et al.*, 2009). Au ministère de la Santé et des Services sociaux, les CLSC ont constitué le centre de la politique des soins de première ligne. Ramener les médecins de pratique privée vers la sphère d'influence des cadres de responsabilisation et les intégrer dans les institutions de santé publique a constitué un véritable défi.

La difficulté d'intégration des médecins de pratique privée est en partie due au fait qu'au Québec, deux associations différentes négocient avec le gouvernement. L'une négocie pour les médecins spécialistes et l'autre exclusivement pour les médecins généralistes. L'influence du ministère sur les médecins a été principalement médiatisée par les limitations et conditions de remboursement des services médicaux. À titre d'exemple, une entente des activités médicales particulière (AMP) a été établie. Conformément aux conditions de cette entente, les médecins sont tenus de consacrer une proportion minimale de leur temps aux activités cliniques prioritaires dans les institutions publiques. Les médecins ciblés par cette entente sont ceux qui sont dans leurs dix premières années de pratique.

En 1988, la **Commission Rochon** a formulé les premières séries de recommandations, qui ont mené à la création, en 1991, des **Départements régionaux de médecine générale** (DRMG) sous l'égide des agences régionales de santé (CSBE, 2009). Le DRMG représente le département régional de médecine générale dans chaque région sociosanitaire et regroupe des omnipraticiens élus par leurs pairs. Sa mission est d'organiser les soins de santé de première ligne sur le territoire qu'il dessert, de faire des recommandations sur la planification des ressources humaines, incluant les objectifs en terme de recrutement, et de générer la liste des **activités médicales particulières** (AMP) spécifique à chaque région. Une partie de ces réformes consistait non seulement à cibler graduellement tous les médecins, mais aussi à adapter les activités particulières aux besoins de santé spécifiques de chaque région, tel que déterminé en collaboration avec le DRMG (CSBE, 2009).

En 2000, la **Commission Clair** a brossé un tableau de la fragmentation des soins et de la difficulté d'accès aux soins de première ligne au Québec (CSBE, 2009; Pomey *et al.*, 2009). La Commission a admis la nécessité de réorganiser les soins de première ligne, pour garantir la durabilité et la revitalisation du système de santé au Québec (CSBE, 2009). À l'époque, les soins de première ligne ont connu la pénurie de médecins et la mutation vers les soins ambulatoires. La Commission Clair a émis une série de recommandations qui ont été bien accueillies par le gouvernement et les principaux intervenants. La Commission a souligné la nécessité d'offrir des soins coordonnés, avec un accès 24 h par jour et de 7 jours/semaine, et une meilleure intégration des cliniques privées dans le système public et les services sociaux.

La principale recommandation de cette commission était la création des **Groupes de médecine de famille** (GMF), que le gouvernement du Québec a rapidement adoptée et promue (CSBE, 2009, Pomey *et al.*, 2009). Le GMF représente une innovation majeure et un compromis entre le gouvernement et la médecine organisée (dans ce cas, le syndicat des médecins généralistes, la FMOQ) (Pomey *et al.*, 2009). Un GMF est constitué d'un groupe de 8 à 10 médecins de famille, qui travaillent en collaboration avec des infirmières, dans le but d'offrir des services aux patients, inscrits sur une base non géographique, et fonctionne selon des ententes contractuelles entre le GMF et l'agence régionale de santé et de services sociaux, entre le GMF et les centres de santé, entre les médecins du GMF, ainsi qu'entre les médecins du GMF et leurs patients (CSBE, 2009, Pomey *et al.*, 2009). Chaque médecin est tenu d'avoir 1 300 patients inscrits.

L'objectif du GMF vise l'inscription des patients, la coordination des services, la diminution des délais pour les rendez-vous, les heures d'ouverture étendues et les services offerts sans rendez-vous disponibles pendant toute l'année, la disponibilité sur appel pour les personnes atteintes de maladies complexes et chroniques, un rôle accru des infirmières, des ententes contractuelles, et des changements dans la rémunération. En outre, l'accent a été mis sur une disponibilité accrue pour les patients vulnérables.

Au début, il y avait de sérieux désaccords sur de nombreuses caractéristiques des GMF, mais les mécanismes progressifs, volontaires et flexibles utilisés pour les négociations ont permis de réussir (Pomey *et al.*, 2009). La proposition initiale d'accès aux soins sur appel, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine pour tous les patients inscrits a été restreinte à seulement ceux qui souffrent de maladies chroniques complexes ou de grave perte

d'autonomie. Une autre stratégie a été préconisée et consiste à affecter des infirmières du CLSC dans leur réseau de service local, afin d'appuyer l'intégration de la prestation des soins publics et privés. Une résistance à l'intégration des infirmières a été observée, ainsi que des frictions relativement à leur rôle et leur charge de travail. Toutefois, le point principal de désaccord portait sur la rémunération des médecins. La capitation a été initialement proposée dans le modèle GMF. Le modèle initial de rémunération à l'acte a été changé plus tard par un modèle de paiement mixte, consistant en une rémunération à l'acte à laquelle on ajoute des primes pour certains services et pour l'inscription de patients.

De plus, du fait que le nouvel instrument de financement ait été également accordé aux médecins qui offrent des services similaires dans d'autres types de cliniques, l'attraction pour les GMF a quelque peu diminué (Pomey *et al.*, 2009). Par ailleurs, étant donné que la structure de financement est devenue également accessible aux cliniques non GMF, il est devenu possible d'étendre l'enregistrement à l'ensemble des patients au lieu d'inscrire uniquement les patients vulnérables. Dans une certaine mesure, les mécanismes de négociation avaient déjà eu un effet avant le processus de réforme. En effet, le financement différentiel octroyé par la province a permis à une plus grande proportion de médecins d'exercer dans les zones rurales. L'élargissement de la structure de rémunération aux cliniques non GMF a permis aux organisations de fonctionner, mais sans l'étiquette du cadre de responsabilité.

En juillet 2010, il y avait 210 GMF accrédités dans la province de Québec (MSSS, 2010b). En dépit de ce succès d'implantation, l'objectif visant la mise en place de 300 GMF en 2010 n'aura pas été atteint (CSBE, 2009). Cependant, la demande et l'adoption de ce modèle peuvent être perçues comme une démonstration d'un désir de changement de la part des médecins de famille. La réduction du fardeau administratif pour en faire un GMF et les ajustements apportés au budget alloué ont favorisé l'expansion rapide de ce modèle.

Le modèle GMF n'est pas un modèle d'exclusion du secteur privé. Un nombre important de GMF sont situés dans les CLSC et travaillent parfois en collaboration avec les cliniques privées. Dans une certaine mesure, le modèle GMF a permis de consolider les liens entre la médecine familiale privée et le système public, d'encourager la participation des médecins qui opéraient en marge des initiatives gouvernementales et d'avoir eu un effet catalyseur dans le processus de changement (Levesque *et al.*, 2007; MSSS, 2008; Pomey *et al.*, 2009). En outre, des négociations par la médecine organisée pour demander des suppléments dans le système prédominant de rémunération à l'acte, ont été étendues aux médecins généralistes non GMF. Si cet état de fait a d'abord diminué l'engouement des médecins pour les GMF, il a cependant étendu les incitations pour les soins coordonnés et continus au-delà des GMF, avec un potentiel pour un impact plus large. Cependant, il n'y a pas de mécanisme de responsabilisation autre que l'éthique professionnelle pour accompagner ce système de rémunération élargi.

Les premières évaluations soulignent également que les services sont plus accessibles sans que la relation médecin-patient ne se soit détériorée (Beaulieu *et al.*, 2006; Tourigny *et al.*, 2010; MSSS, 2008). En dépit des obstacles initiaux, les infirmières des GMF ont, pour la plupart, assumé leur rôle élargi, mais cela s'est surtout fait sur une base individuelle. Cependant, le fardeau administratif, le manque de soutien vis-à-vis la mise en œuvre du

modèle, et les principales déceptions liées aux nouvelles technologies de l'information et aux dossiers médicaux informatisés constituent les principaux points négatifs des récentes évaluations (Beaulieu *et al.*, 2006; MSSS, 2008). Par ailleurs, les évaluations du modèle GMF font partie des rares évaluations au Canada qui ont rapporté un impact positif significatif sur un nouveau modèle organisationnel et sur ses performances (Hutchison *et al.*, 2011; Beaulieu *et al.*, 2006; Tourigny *et al.*, 2009; Pineault *et al.*, 2008). Cependant, ces évaluations se sont essentiellement axées sur l'implantation et sur une véritable évaluation de modèle à entreprendre.

Vers le même période, un modèle alternatif, les **cliniques réseaux** a également été créé pour la première fois dans la région de Montréal. Il devait répondre aux réalités urbaines et à la demande d'une proportion élevée de personnes relativement mobiles parmi la population de Montréal. En partie, les cliniques ont été créées, d'une part, en raison de l'insatisfaction à l'égard du processus initial d'implantation des GMF, et d'autre part, pour étendre le rôle des cliniques des soins de première ligne en donnant accès à de vastes réseaux de cliniques et aux corridors négociés de services de diagnostics spécialisés. Ainsi, les cliniques réseau ont conclu des arrangements avec d'autres cliniques, afin d'offrir à leurs patients un accès aux soins 24 h sur 24 et 7 jours par semaine, ce qui devait permettre à ces patients de parvenir à des plateformes de diagnostic étendues et leur faciliter l'accès aux médecins spécialistes. Le bureau de Montréal de la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ), le Département régional de médecine générale (DRMG), et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal ont proposé cette alternative pour surmonter certains défis d'accessibilité et de continuité. En outre, le modèle a été considéré comme étant une solution au débordement des urgences des hôpitaux qui, en partie, est dû aux tentatives des patients d'accéder plus rapidement aux médecins spécialistes et au support technique offert dans les services de diagnostic (Levine, 2005; CSBE, 2009). En janvier 2010, il y avait 29 cliniques réseau actives à Montréal (ASSS de Montréal, 2010). Jusqu'à ce jour, aucune évaluation sur l'implantation ou sur la performance de ces cliniques n'a été rendue publique.

Finalement, en 2004, le gouvernement du Québec a mis en place 95 **réseaux locaux de santé et de services sociaux** (RLS) en adoptant la Loi sur les agences de développement des réseaux locaux de santé et de services sociaux (Loi 25) (MSSS, 2010a; CSBE, 2009). Les RLS sont regroupés dans 18 agences régionales de santé et de services sociaux. Dans chaque réseau géographiquement délimité, il y avait une fusion administrative des structures de gestion des Centres d'hébergement et de soins longue durée (CHSLD), des centres locaux de services communautaires (CLSC) et la majorité des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dans une structure de gouvernance unique, le centre de santé et des services sociaux (CSSS). Ces réseaux locaux ont pour mandat d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services pour la population du territoire qu'ils desservent. L'objectif est de regrouper tous les services de santé, les services sociaux, de même que les professionnels qui reçoivent des fonds publics, pour créer des alliances avec d'autres organismes, tels les cliniques de soins de première ligne privées et les organismes communautaires. Une étude récente (Breton *et al.*, 2010) a démontré que le mandat, basé sur une responsabilité populationnelle, a bien souvent été adapté dans les CSSS et que des efforts ont été réalisés par les gestionnaires pour développer des ententes et des alliances avec différents partenaires, notamment avec les prestataires de soins de première ligne.

Les soins de première ligne au sein des RLS sont encore principalement offerts en solo dans des cabinets privés, dans des cabinets de groupes, dans des CLSC et dans les deux plus récents modèles, les Groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques réseau (CSBE, 2009, Pineault *et al.*, 2008). Entre 80 et 85 % des services médicaux généraux sont encore offerts au sein de cliniques privées gérées par des médecins (solo ou groupe) rémunérés à l'acte (CSBE, 2009). Ainsi, le modèle des cliniques privées, où les médecins sont rémunérés à l'acte, demeure le principal modèle de prestation de soins au Québec. L'un des principaux défis que le Québec doit relever pour la réforme des soins de première ligne est la non-intégration des modèles privés dans des initiatives de politiques publiques. En outre, la création de réseaux de services locaux a aussi créé quelques perturbations dans le système, en raison de la fusion dans les administrations et les nouveaux mandats populationnels.

Les soins de première ligne ont récemment enregistré un autre important développement, qui s'est traduit par la redéfinition du Code des professions (PL 90) en 2003, qui a élargi la définition du rôle des infirmières et a permis de faciliter la délégation d'actes médicaux à des infirmières en milieux cliniques (OIIQ, 2003). Quand les GMF ont été créés en attribuant à l'infirmière praticienne un rôle élargi, il n'y avait pas de programme de formation d'infirmières-praticiennes au Québec. En 2005, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ont créé un groupe de travail, dont le but était d'élargir le rôle des infirmières, par le recours aux ordonnances collectives, un mécanisme qui permet aux médecins d'une clinique de signer collectivement un protocole de soins permettant aux infirmières de poser des diagnostics et de prescrire des traitements. Ce mécanisme permet aux infirmières d'avoir un rôle élargi, localement bien défini, et qui ne se limite pas seulement aux GMF. Le premier programme de formation pour les infirmières cliniciennes en soins de première ligne a été mis en œuvre en 2006. Les premières cohortes de diplômées sont entrées en fonction en 2009 (OIIQ, 2009, 2010). Environ 40 infirmières cliniciennes travaillent actuellement dans les cliniques de soins de première ligne.

Dans l'ensemble, des changements importants ont été effectués au cours des dernières années dans la structure des soins de santé de première ligne au Québec. En effet, deux nouveaux modèles organisationnels, les Groupes de médecine familiale et les cliniques réseau, ont été négociés avec les médecins et implantés sur une base volontaire. L'introduction de ces modèles avait pour but d'améliorer la prestation de soins de santé de première ligne et de relever les défis liés à l'accès, la globalité, la coordination, la continuité, l'efficacité, la responsabilité populationnelle, la gestion des maladies chroniques, ainsi que les besoins des groupes vulnérables et les populations vieillissantes. La réorganisation majeure des autorités régionales en réseaux de santé et semble avoir créé des synergies qui ont non seulement permis d'améliorer la coordination des services et la continuité des soins, mais aussi de mieux répondre aux besoins des populations. La création des GMF a ouvert la porte au changement dans le mode de rémunération des médecins, qui s'est étendu au-delà des GMF. Ce changement a permis aux médecins de pratique privée d'inscrire des patients qui souffrent de maladies complexes, et de faciliter la coordination des soins en première ligne. De plus, les mécanismes pour les ordonnances collectives ont permis aux infirmières d'assumer un rôle élargi, malgré le petit nombre d'infirmières cliniciennes. Malheureusement, il y a peu de suivi systématique et les évaluations de ces modèles sont rares.

Le cadre réglementaire est fort au Québec. Cependant, de nombreuses transformations ont été effectuées selon des approches descendantes et mandatées. De plus, la province du Québec fait toujours face à des défis importants. En dépit des ratios médecins/population favorables, la difficulté d'accès aux médecins de famille demeure un problème majeur. Cela signifie que les médecins praticiens ont encore une charge de travail trop élevée pour pouvoir changer leurs pratiques. De plus, il n'y a pas d'incitations du marché pour les encourager à adopter ces nouveaux changements. Dans ce contexte, cela signifie également que la responsabilité croissante et l'évaluation des performances pourraient se révéler un véritable défi. Enfin, l'expansion de la multidisciplinarité et l'intégration du financement d'autres professionnels dans les cliniques des soins de première ligne représentent un travail en cours de réalisation, comme dans d'autres provinces. Malgré l'introduction de nouveaux modèles organisationnels de soins de première ligne au cours de ces dernières années, aucun changement fondamental n'a été observé dans le domaine de l'accès aux soins par la population. De plus, certaines inégalités pourraient même avoir été créées par les réformes.

Tableau 2 Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques au Québec

Dimensions		Professionnels exerçant en solo rémunérés à l'acte ou groupes de médecins	CLSC	GMF	Cliniques-réseau	Prescription collective
Année			1972	2002	2005	—
Structure	Gouvernance	Privée	Publique	Privée	Privée	Privée
	Administration	Médecins	Publique Réseaux locaux	Médecins, administrateur ou gestionnaire	Médecins	Groupes de médecins
	Rémunération des médecins	À l'acte	Rémunération basée sur le temps (Salaire et à la vacation)	Mixte (À l'acte, primes et montants forfaitaires)	À l'acte	—
	Inscription des patients	—	—	Oui	—	—
Ressources	Équipes multidisciplinaires	—	Oui	Médecins et infirmiers et parfois d'autres professionnels de la santé Pratique en collaboration Infirmières employées par les réseaux locaux	Non requise Groupe de médecins et services complémentaires combinés ou en réseau virtuel	Mécanismes permettant d'inscrire des infirmières pour avoir un rôle plus étendu dans les cliniques où les médecins signent collectivement des prescriptions à l'usage des infirmières
	Technologies de l'information	—	Appui financier pour l'implantation de technologies de l'information et de dossiers médicaux informatisés	Requise Appui financier pour l'implantation de technologies de l'information et de dossiers médicaux informatisés	—	—
Accès	Heures d'accès prolongées	—	Oui	Oui	Oui	—
	Sans rendez-vous	—	Oui	Oui	Oui	—
Services	Gestion des maladies chroniques	—	Oui	Oui	—	—
	Promotion de la santé et promotion de la santé	—	Oui	Oui	—	—
	Coordination	—	Oui	Oui	Réseau locaux Accès coordonné aux plateaux techniques et aux spécialistes	—
	Continuité	—	Oui	Oui	—	—
Vision	Responsabilité	Individus	Population	Clientèle	Individus	—
Contexte des changements		Opposition initiale au modèle des CLSC dans les années 70, suivi d'une période de statu quo. Des rapports récents et les transferts du gouvernement fédéral ont permis l'implantation de nouvelles initiatives sur une base négociée et volontaire.				
Autorités locales		Quatre-vingt-quinze réseaux locaux de services (divisés au travers des dix-huit agences régionales de santé) dirigés par un CSSS et incluant des centres de soins de longue durée, des hôpitaux généraux ou spécialisés et des cliniques de première ligne, incluant les GMF. L'assistance téléphonique 7j/7 et 24h/24.				

Sources : Beaulieu; 2006; Lévesque *et al.*, 2007; MSSS, 2008; Haggerty, 2008; Pineault *et al.*, 2008; CSBE, 2009; Pomey, 2009; Gouvernement du Québec, 2010; ASSS Montréal, 2010; Hutchison *et al.*, 2011.

3.3 LA RÉFORME DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN ONTARIO

L'Ontario est l'une des provinces canadiennes où les réformes des soins de santé de première ligne sont allées le plus loin (Hutchison, 2008). Depuis 1979, le gouvernement de l'Ontario a mis à l'essai l'inscription des patients, plusieurs modèles de financement et de rémunération, ainsi que plusieurs modèles organisationnels de cliniques de groupe et de réseaux. Une grande variété de modèles a vu le jour au cours des années 1970, 1990 et 2000, ce que Hutchison (2008) a intitulé « La soupe alphabet des modèles de soins de première ligne en Ontario ». Ces nouveaux modèles mettent l'accent, à différents niveaux, sur l'inscription des patients, l'approche communautaire, la prévention basée sur une approche populationnelle, la gestion des maladies chroniques, la capitation, les modèles mixtes de rémunération, la multidisciplinarité et les heures de service prolongées (Hutchison *et al.*, 2011; Wilson *et al.*, 2004, Hutchison, 2008, Russell *et al.*, 2010). Ces réformes ont été rendues possibles par une conjoncture économique favorable, et ont été motivées par le mécontentement des médecins de famille en raison de leur charge de travail, de leur qualité de vie, et de la diminution, durant les années 1990, du nombre d'étudiants choisissant la médecine familiale comme carrière (Hutchison *et al.*, 2011).

Par conséquent, l'Ontario a adopté plusieurs modèles d'organisation des services de première ligne. Ces modèles comprennent : les **Community Health Centres** (CHC) (1979); les **Health Service Organizations** (HSO) (1975) et les **Primary Care Networks** (PCN) (1999) qui ont récemment été fusionnés pour former les **Family Health Organizations** (FHOs) (2007); les **Family Health Networks** (FHN) (2001); les **Family Health Groups** (FHG) (2004); le **Comprehensive Care Model** (CCM) (2003); et les **Family Health Teams** (FHT) (2005) (Muldoon *et al.*, 2006; Hutchison, 2008; Green *et al.*, 2009, Russell *et al.*, 2010). Ces modèles excluent les plans de financement régionaux, ruraux et du nord de la province, ainsi que les centres communautaires dédiés à la santé des Autochtones (*Aboriginal Health Access Centres* (AHAC)).

Certains auteurs ont expliqué ce large éventail de modèles comme étant une approche graduelle par la concurrence, qui a toujours existé entre la médecine organisée qui désire protéger l'autonomie des médecins et le gouvernement. Les associations médicales favorisent le système de rémunération à l'acte, alors que le gouvernement tente de s'éloigner de tels modèles. Le résultat a été une transition volontaire, graduelle et progressive vers différents modèles qui correspondent en partie aux changements recherchés par le gouvernement (Muldoon *et al.*, 2006). L'absence de preuves sur la supériorité d'un des modèles a également favorisé cette approche caractérisée par « une étape à la fois ». Les mêmes auteurs ont également souligné la façon dont ces changements se sont accélérés au cours des dernières années. Les nouveaux modèles semblent souvent presque identiques aux précédents. Cependant, ils représentent une tentative explicite de délaissier le paiement à l'acte pour aller vers d'autres formes de rémunération et vers des paiements incitatifs. Cependant, les modèles montrent qu'un travail est en cours pour la constitution d'équipes multidisciplinaires. Les modèles les plus récents modifient quelques caractéristiques organisationnelles pour se diriger vers des modèles de soins plus globaux et orientés vers la communauté.

Le modèle classique des cliniques solos ou des cliniques de groupe, où les médecins sont rémunérés à l'acte, existe toujours à travers la province, mais elles sont peu nombreuses (< 5 %) (Russell *et al.*, 2010). Tel que mentionné ci-dessus, bien que les nouveaux modèles constituent un point de départ à partir des cliniques solo traditionnelles ou des petites cliniques de groupe, ils sont encore, pour la plupart, organisés autour des médecins et disposent de peu de ressources multidisciplinaires (Hutchison, 2008). Les *Family Health Groups* et les *Comprehensive Care Models* ont gardé plusieurs des caractéristiques des cliniques privées, où les médecins sont rémunérés à l'acte.

Quelques auteurs ont mis l'accent sur le fait que les CHC et les FHT représentent, à un certain degré, les modèles les plus globaux et explicitement interdisciplinaires (Hutchison, 2008; Muldoon *et al.*, 2010; Russell *et al.*, 2010). Certains auteurs ont démontré plus précisément que la gestion des maladies chroniques était supérieure dans les CHC, car les médecins y ont plus de temps par consultation et ont accès à des équipes interdisciplinaires (c'est-à-dire des infirmières-praticiennes) (Russell *et al.*, 2009). Ces équipes comprennent généralement des médecins, des infirmières, des infirmières-praticiennes, des diététistes, des pharmaciens, ainsi que des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé mentale (Hutchison, 2008). En Ontario, les FHT sont également considérés comme étant la vedette des innovations récentes en soins de première ligne (Hutchison, 2008). Ces deux modèles ont également l'approche populationnelle la plus étendue (Hogg *et al.*, 2009) et mettent davantage l'accent sur la prévention (Hutchison, 2008, Russell *et al.*, 2010). Néanmoins, les services les plus complets, les équipes multidisciplinaires les mieux implantées et l'approche populationnelle se trouvent principalement dans les FHT à gouvernance communautaire et qui ne constituent que le 1/5 des FHT (Hutchison, 2008). De plus, les CHC sont les organismes les plus susceptibles de desservir les populations défavorisées. Une des plus récentes innovations est l'introduction des FHTs dirigés par des infirmières-praticiennes dans des communautés mal desservies.

Dans l'ensemble, environ 66 % des médecins de l'Ontario travaillent dans des cliniques issues des réformes et reçoivent une forme mixte de rémunération (Hutchison *et al.*, 2011). En 2008, 152 FHT étaient approuvées, 129 étaient opérationnelles et la création de 50 autres équipes était planifiée. De plus, 13 % de la population était inscrite dans l'une de ces cliniques (Hutchison, 2008). Il existe actuellement 54 CHC opérationnels à travers l'Ontario (Government of Ontario, 2010b).

Certaines études ont souligné les avantages et les défis engendrés par la multidisciplinarité dans les cliniques de soins de première ligne en Ontario : l'avantage des infirmières-praticiennes générant de bons résultats en prévention (Hogg *et al.*, 2008), les défis et les avantages liés à l'intégration d'autres professionnels, tels les pharmaciens dans les FHG (Pottie *et al.*, 2008), les avantages des équipes multidisciplinaires pour les patients âgés à risques (Hogg *et al.*, 2009), et les défis de l'intégration de conseillers en activité physique (O'Sullivan *et al.*, 2010).

Une étude réalisée par Green *et al.* (2009) a également examiné les gains réalisés par les médecins qui ont adopté les modèles les plus récents. Ils ont constaté une augmentation de la rémunération des médecins exerçant suivant le nouveau modèle. Dans les FHN, cette augmentation était d'un tiers 12 % pour les médecins. En 2004, des médecins qui se sont

engagés les premiers dans le processus de réforme pour exercer dans les GSF, ont vu, six ans plus tard, beaucoup de changements dans leurs cliniques¹. Les patients du Dr Hogg sont maintenant inscrits, ce qui signifie pour lui un retour vers une orientation communautaire dans un environnement urbain. Si sa clinique est aujourd'hui informatisée, la transition a été difficile et coûteuse. Cependant, les coûts ont entièrement été pris en charge par le gouvernement. Il est aujourd'hui payé sous forme de rémunération mixte. Une partie substantielle de ses revenus provient des capitations basées sur des patients inscrits. Une petite partie provient des honoraires payés à l'acte en guise d'incitatif et pour la performance des services basés sur la population et la prévention. Et enfin, le Dr Hogg travaille dans une clinique collaborative avec une équipe multidisciplinaire composée de nutritionnistes, d'infirmières praticiennes, d'une équipe de santé mentale et sociale, tout en bénéficiant d'un soutien extra administratif et d'un soutien informatique. Il ne fait pas de bilans annuels pour les adultes en bonne santé et de plus, son équipe assure les suivis des patients atteints de maladies chroniques.

En parallèle, plusieurs programmes de soutien ont été mis en place par le gouvernement de l'Ontario. Le **ePhysicians Health Council** a été établi afin de soutenir l'introduction des technologies de l'information dans les FHN. Un système d'assistance téléphonique a été mis en place et le **Quality Improvement and Innovation Partnership** a été créé en 2007 afin de soutenir les FHT dans leur phase d'implantation.

Le **Physicians Service Committee** (PSC) a été fondé en 1996 par le gouvernement de l'Ontario et l'Association des médecins de l'Ontario (OMA) et dont le mandat est de négocier l'implantation des nouveaux modèles d'organisation des soins de première ligne (Wilson *et al.*, 2004). Le PSC est coprésidé par des représentants de l'OMA et du ministère de la Santé et a comme caractéristique unique d'intégrer la recherche comprenant de la révision par les pairs et l'utilisation de données probantes dans la prise de décision (Archibald & Flood, 2004). Le comité a permis de créer un meilleur climat de négociation avec les médecins. Cependant, les mêmes auteurs ont critiqué l'organisation pour son manque de transparence et d'imputabilité par rapport au public. Ils ont également souligné le peu de participation des autres professionnels de la santé dans ce comité.

Finalement, une autre réforme récente qui n'est pas en lien avec les soins de première ligne, mais qui est toute aussi pertinente est la création des territoires sociosanitaires nommés **Local Integrated Health Networks** (LIHN) en 2006 (Hutchison *et al.*, 2011; Government of Ontario, 2010a). Les LIHN ont été créés après la promulgation de la **Local Health System Integration Act** afin de coordonner les services de santé et d'identifier les priorités de santé dans chaque région (Government of Ontario, 2010a). L'Ontario est maintenant divisée en 14 *Local Health Integration Networks* et 31 *Public Health Units*. Par contre, en ce qui a trait au secteur des soins de santé de première ligne, les LIHN ont seulement juridiction sur les *Community Health Centers* qui n'offrent qu'une petite proportion des services de santé de première ligne en Ontario. En effet, les soins de première ligne ne font pas partie des récents changements majeurs qui ont été apportés à la structure régissant la prestation des services de santé (communication personnelle, octobre 2010).

¹ Dr William Hogg, résumé de son expérience personnelle dans le processus de la réforme, présentation du 3 novembre 2010.

Globalement, il y a un soutien et une participation accrue du gouvernement de l'Ontario et des principaux intervenants, même si l'OMA est un acteur important qui peut aisément bloquer les réformes et les négociations (Hutchison *et al.*, 2011). Les transformations les plus récentes ont été négociées et implantées sur une base volontaire (Hutchison *et al.*, 2011; Wilson, 2004; Muldoon *et al.*, 2006). Cependant, même si l'Ontario a été active dans la réforme des soins de santé première ligne au cours des dernières années, il y a eu une longue période où peu de changements ont été réalisés dans ce secteur. En 1994, les cinq présidents des programmes universitaires de médecine familiale de la province ont publié un article (Forster *et al.*, 1994) pour encourager la réforme des organisations de soins de santé de première ligne. Le ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario était convaincu de la nécessité et des avantages de ces réformes, mais a retardé le processus, afin d'éviter une confrontation avec l'OMA (communication personnelle, W. Hogg, octobre 2010). Cependant, face à l'étendue des réformes qu'elle a engagées dans le secteur des soins de santé de première ligne, l'Ontario devrait recevoir des crédits pour ces réformes. Tous ces changements se sont fait sur une base volontaire, avec des incitatifs financiers et d'importants investissements, pour soutenir ces réformes et stimuler l'approbation des professionnels.

Par ailleurs, tout comme le reste du Canada, l'Ontario doit relever de nombreux défis dans l'implantation de nouveaux modèles organisationnels : le temps requis pour mettre en place des changements de façon efficace; pour l'implantation des technologies de l'information; l'intégration d'équipes multidisciplinaires; l'adoption de cliniques collaboratives; la disponibilité d'un nombre suffisant de prestataires de soins de première ligne; l'adoption des nouveaux modèles par la communauté; le fardeau administratif imposé aux médecins et au ministère de la Santé; et le possible manque de financement et d'appui suffisants pour l'avenir (Wilson *et al.*, 2004.).

Les omnipraticiens pratiquant dans les nouveaux modèles proposés par la réforme sont mieux rémunérés et jouissent d'une plus grande satisfaction dans leur travail (Green *et al.*, 2009). De façon globale, les réformes des soins de santé de première ligne en Ontario visaient principalement l'introduction de nouveaux modèles organisationnels pour relever les défis liés à la globalité, à la coordination, à la continuité, à l'efficacité, à l'accès, au vieillissement de la population et à la gestion des maladies chroniques. Plusieurs modèles d'organisation de première ligne coexistent en Ontario comme nulle part ailleurs au Canada, ce qui permet aux médecins d'adopter les réformes de façon graduelle. Les médecins peuvent être submergés par le besoin d'inscrire leurs patients, informatiser leur clinique et adopter un mode de travail de collaboration avec une équipe interdisciplinaire. Il est difficile de travailler dans une clinique médicale multidisciplinaire et les équipes en sont encore au stade de l'apprentissage du travail en équipe. La plupart choisiront de faire la transition vers un modèle qui ne requiert que l'un de ces changements à la fois. Cependant, la prolifération de différents modèles a augmenté la complexité du système et pour certains auteurs (Muldoon *et al.* 2006) davantage de recherche et d'évaluation sont requises pour mieux comprendre le fonctionnement actuel et l'impact des modèles existants.

Néanmoins, le gouvernement de l'Ontario devrait être reconnu pour la portée de ses réformes dans le domaine des soins de première ligne. Un concours d'accès aux modèles proposés par la réforme est actuellement ouvert pour les médecins. Aujourd'hui, environ

3/4 de la population sont enregistrés, la moitié de cette proportion consulte un médecin payé selon le modèle de rémunération mixte, et 1/3 voit un médecin exerçant dans une équipe interdisciplinaire. En dépit d'une augmentation de la population en Ontario, on a observé qu'une importante partie de la population est inscrite chez un médecin de famille. Les admissions aux facultés de médecine familiale ont augmenté, du moins, à Toronto et une hausse du nombre de médecins de famille a également été observée.

Cependant, si le recours aux cliniques sans rendez-vous a diminué, aucun signe de réduction de l'affluence des patients vers les urgences n'a été décelé. Par ailleurs, il y a moins de cliniques travaillant en solo. Les modèles multidisciplinaires ont augmenté et les réseaux de médecins liés à des médecins spécialistes se sont également établis, afin d'améliorer la coordination et les relations des patients avec leurs prestataires de soins de première ligne. En outre, les avantages commencent à se faire ressentir. Étant donné que l'évaluation des impacts mesurables peut prendre du temps, à son stade actuel, la réforme des soins de première ligne s'avère coûteuse et peut se révéler décourageante. Cependant, si les investissements commencent à porter leurs fruits, on se demande si le gouvernement sera en mesure de poursuivre sa route. Enfin, les cliniques sont en compétition et il n'existe actuellement que peu de coopération entre elles. Jusqu'ici, le gouvernement de l'Ontario a enregistré un certain succès dans le perfectionnement des cliniques existantes. Cependant, les cliniques continuent de fonctionner indépendamment les unes les autres et aussi du reste du système. La prochaine étape de la réforme sera d'intégrer les soins de première ligne dans le reste du système.

Tableau 3 Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Ontario

Dimensions		Traditionnel solo ou groupe rémunéré à l'acte	CHC	FHG	FHO (HSO et PCN)	FHN	FHT
Année		—	1979	2004	2006	2001	2005
Structure	Gouvernance	Privée	Public	Privé	Privé	Privé	Privé
	Administration	Médecins	Communauté	Médecins	Médecins ou communauté	Médecins ou communauté	Médecins, communautaire ou mixte
	Rémunération des médecins	À l'acte	Salaire	À l'acte, avec des primes et du financement incitatif	Capitation mixte Capitation, à l'acte, financement incitatif	Combiné avec rémunération à l'acte	Alternatif Capitation combinée avec une compensation salariale ou du financement complémentaire
	Inscription des patients	Non	Patients inscrits par les médecins	Optionnelle	Oui	Oui	Oui
Ressources	Équipes multidisciplinaires	NON	Oui	Non requis Groupe de médecins en réseau virtuel ou en groupe	Oui Travail en collaboration	Limitée	Médecins avec infirmières et autres professionnels de la santé Travail en collaboration
	Technologies de l'information	Faible introduction	Faible Introduction	Non requises Appui à l'implantation	Appui à l'implantation	Appui à l'implantation ePhysicians Council	Oui Appui à l'implantation
Accès	Heures d'accès prolongées	Non requises	Oui	Oui	Oui	Pour les patients inscrits	Oui
	Sans rendez-vous	Variable	Oui	Oui	Oui	Pour les patients inscrits	Oui
Services	Gestion des maladies chroniques	—	Oui	—	—	—	Oui
	Prévention et promotion de la santé	—	Oui	Un peu	—	—	Oui
	Coordination	—	Oui	—	Optionnelle	Limitée	Oui
	Continuité	—	—	—	—	—	Oui
Vision	Responsabilité	Individus	Population	Individus	Individus	Individus	Population
Contexte des changements		Plusieurs initiatives poussées avec des modèles d'organisation de première ligne. Climat économique favorable et le mécontentement des médecins. Création du <i>Physicians Service Committee</i> . Transformations sur une base volontaire et négociée. Développement de programme d'éducation pour les infirmières praticiennes et élargissement de leur rôle à travers la province.					
Autorités locales		Quatorze <i>Local Health Integration Networks</i> et treize <i>Public Health Units</i> . L'assistance téléphonique 7j/7 et 24h/24.					

Sources : Wilson *et al.*, 2004; Hutchinson, 2008; Agarwal, 2009; Russell *et al.*, 2010; Hutchison *et al.*, 2011.

3.4 LA RÉFORME DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE AU MANITOBA

Les services de santé du Manitoba sont divisés en 11 régions sociosanitaires. La majorité de la population du Manitoba (67 %) vit dans la capitale, Winnipeg. La plupart des prestataires de soins sont rémunérés à l'acte. La proportion de médecins rémunérés à l'acte est de 60 % pour toute la province et de 90 % à Winnipeg (communication personnelle, octobre 2010). En 2007, 85 % de la population âgée de 15 ans et plus déclarait avoir un médecin et seuls 15 % n'en avait pas (CHSRF, 2010a). Les cliniques n'ont pas beaucoup changé au cours des quinze dernières années. Cependant, selon le Dr Alan Katz, qui travaille dans un environnement interdisciplinaire et qui est rémunéré suivant un mécanisme alternatif, les changements se sont opérés de façon très lente et ont mis beaucoup de temps à arriver. Toutefois, le gouvernement du Manitoba a pris des mesures pour transformer les soins de première ligne.

Dans ce contexte, le gouvernement central négocie l'entente provinciale avec l'association médicale, mais la prestation des services est décentralisée par région. Il y a une organisation des services de santé qui affecte la façon dont les services sont offerts, ainsi que la manière dont les programmes sont conçus. Cela signifie que les médecins travaillent pour les autorités sanitaires, mais ce ne sont pas ces dernières qui leur versent leurs salaires (excepté dans les rares cas où des mécanismes alternatifs ont été négociés avec les autorités sanitaires régionales pour attirer les médecins dans les zones rurales isolées).

Depuis 2001, le Manitoba a enregistré des changements effectifs et des initiatives ont été reçues positivement dans le domaine des soins de première ligne (Wilson *et al.*, 2004; Hutchison *et al.*, 2011). En dépit du fait que la coopération entre le Ministère, les autorités sanitaires régionales et les médecins fut auparavant quasi inexistante, l'environnement pour les réformes a été favorable et les initiatives ont été bien accueillies (Hutchison *et al.*, 2011). Par ailleurs, le modèle d'approche des réformes des soins de première ligne était limité. D'une façon générale, les fonds provenant des premiers transferts fédéraux ont été beaucoup plus utilisés pour la santé des populations que pour la prestation des services. De plus, le Ministère a été l'instigateur de ce changement, puisqu'au départ, les médecins n'étaient pas très optimistes et très peu d'entre eux ont rempli les critères d'éligibilité pour se joindre aux sites pilotes (Hutchison *et al.*, 2011). Quant à l'université, elle n'a pas été non plus un catalyseur pour le changement.

En 2002, le gouvernement du Manitoba a défini le cadre d'une politique intitulée *Primary Health Care Policy Framework*, afin de guider les réformes des soins de santé primaires (Wilson *et al.*, 2004). La vision principale de cette politique est d'assurer aux Manitobains un accès à des services de soins de première ligne intégrés, appropriés et communautaires, basés sur la participation des communautés, ciblant la santé de la population, dotés d'équipes interdisciplinaires, et offrant de l'accessibilité, de la pertinence, de la continuité, de l'efficacité, des coûts abordables et de la durabilité (Government of Manitoba, 2010). La mise en œuvre de cette politique a été planifiée en deux phases (Wilson *et al.* 2004). Ainsi, l'un des changements les plus significatifs de ces dernières années est la reconnaissance de la politique des soins de première ligne comme étant le fondement du système. Les principales initiatives entreprises jusqu'ici, conformément au *Primary Health Care Policy Framework* incluent la mise en place de centres d'appels, des programmes de formation des patients et

du personnel médical, des incitatifs financiers basés sur la qualité des services, ainsi que des réseaux de cliniques (Government of Manitoba, 2010; Hutchison *et al.*, 2011). Au cours de la première phase, le gouvernement a appuyé différentes initiatives, afin de répondre aux problèmes d'accès à des soins de première ligne efficaces. Ces initiatives se sont traduites par la mise sur pied d'un centre d'appels provincial; le développement de programmes de formation, afin d'encourager la collaboration au sein des cliniques collaboratives, la promotion de l'utilisation des technologies de l'information; l'organisation de campagnes de sensibilisation et le développement des compétences en situation d'urgence pour les prestataires de services pratiquant en milieu rural et dans le nord de la province. Actuellement, dans la seconde phase de mise en œuvre de sa politique, le gouvernement soutient les autorités sanitaires régionales, en finançant différentes initiatives. Pour soutenir le processus des réformes, des ateliers sont actuellement organisés par le Physician Management Institute, afin de promouvoir l'acquisition de nouvelles compétences et de nouvelles pratiques par les médecins.

L'initiative *Carelink* a été lancée en 2008, afin d'améliorer l'accès aux soins destinés aux personnes souffrant de maladies chroniques et d'en favoriser l'autogestion. Le *Manitoba Telehealth Initiative* a été lancé en 2005, afin de donner à la population un accès aux soins de première ligne après les heures régulières de bureau. Parallèlement à ce service, le *Mother and Child Healthcare Initiative* met en lien des patients avec des médecins, et des omnipraticiens avec des spécialistes, afin d'assurer un support et un suivi aux femmes autochtones, Inuits et métisses, par l'entremise de Telehealth, des réseaux de cliniques, et des programmes de santé.

Un programme d'*Advanced Access* est en phase d'élaboration depuis 2007. Il est présentement en début d'implantation dans les milieux cliniques et a pour but de modifier les pratiques et les méthodes de travail et de permettre aux patients de voir un médecin à un moment opportun pour eux, dans leur réseau local. Des centres d'accès communautaires ont également été mis en place. Cependant, ce programme a principalement permis la construction de centres multiservices où la disponibilité des médecins reste, malgré tout, limitée.

Finalement, le gouvernement du Manitoba a inauguré en 2007, dans certains sites sélectionnés, le *Physician Integrated Network* (PIN). Le but de ce programme est d'améliorer l'offre de services de soins de première ligne dans des cliniques où les médecins sont rémunérés à l'acte (Katz *et al.*, 2010). La logique de ce projet est de réorienter le système de santé, afin de mettre l'accent sur des soins de première ligne de très haute qualité, de réduire l'isolement et la charge de travail des médecins, de surmonter les défis liés à la gestion des maladies chroniques, au manque existant et à venir de professionnels de la santé, d'aborder les problèmes liés à l'accès, d'établir un financement prévisible et stable pour la gestion des maladies chroniques et la qualité des services, ainsi que de mettre en place des mécanismes et des outils pour faciliter la prise de décisions (Government of Manitoba, 2009). Il ne s'agit pas d'un modèle de gouvernance, mais d'un programme visant la transformation de la manière dont les soins sont administrés dans les grandes cliniques (Hutchison *et al.* 2011). Le financement de l'initiative du PIN est basé sur des indicateurs de qualité et de performance. Les financements ne sont pas directement octroyés aux médecins, comme en Ontario, mais sont plutôt réinvestis dans les cliniques.

Jusqu'à présent, le projet a consisté à aider les omnipraticiens aux méthodes traditionnelles, travaillant dans des cabinets de groupe et rémunérés à l'acte, à intégrer des équipes interdisciplinaires dans leur clinique, à implanter un système de dossiers informatisés et à améliorer la gestion quotidienne des patients, avec un financement incitatif et une rémunération basée sur la performance, en fonction de 27 indicateurs cliniques (Hutchison *et al.*, 2011).

Pour la phase 1 du projet, trois cliniques de groupe ont participé en tant que site pilote et devaient chacune choisir l'un des domaines d'intérêt suivants : la prévention et les maladies coronariennes, l'hypertension et le diabète, ou la gestion de l'information et les dossiers médicaux informatisés (PRA Inc., 2009). Globalement, après avoir surmonté les défis initiaux, la plupart des cliniques étaient optimistes quant à l'expansion de ce programme (PRA Inc., 2009). La phase 1 s'est également basée sur le *Primary Care Assessment Tool* (PCTA), sur les enquêtes relatives aux patients et aux prestataires de soins et sur le recours aux indicateurs de processus cliniques de l'Institut canadien d'Information sur la santé (ICIS).

Le projet PIN est maintenant dans sa phase 2, et a été étendu à 65 cliniques auxquelles des indicateurs additionnels de mesure et de financement ont été ajoutés (PRA Inc., 2009; Hutchison *et al.*, 2011). Les cliniques existantes qui participent au programme doivent maintenant utiliser tous les indicateurs, tandis que les nouvelles cliniques les utiliseront de manière progressive. D'autres évaluations de référence (Katz *et al.*, 2010) ont démontré la nécessité d'améliorer les indicateurs de mesure pour les évaluations futures.

Au Manitoba, le dossier médical électronique (DME) est en cours d'implantation. Les récents investissements et les appuis consacrés à cette approche ont été annoncés dernièrement. Le projet comprend également le développement d'indicateurs de qualité à extraire des DME. Enfin, des efforts ont également été fournis pour intégrer les infirmières-praticiennes dans le projet et des programmes de formation universitaire sont également offerts dans la province. Cependant, la plupart des infirmiers(es) peinent, jusqu'à présent, à trouver un emploi et de plus, il n'existe pas des mécanismes clairs permettant de les rémunérer. Par ailleurs, un programme de formation de médecin-assistant a également été conçu au cours des dernières années, lequel constitue un véritable défi pour les IPs, et qui vise la formation de professionnels qui travaillent sous la supervision de médecins.

Dans l'ensemble, la réforme des soins de première ligne au Manitoba a été axée sur la qualité, sur des programmes basés sur la performance, ainsi que sur plusieurs approches complémentaires. Au lieu d'introduire de nouveaux modèles organisationnels de soins de première ligne, le Manitoba est l'une des provinces où les changements ont principalement été introduits dans quelques sites pilotes, afin de promouvoir les caractéristiques associées à la performance et la qualité des soins. De plus, des expériences de rémunération suivant des mécanismes de paiement alternatifs ont été principalement limitées aux régions rurales, afin d'attirer des médecins dans ces régions mal desservies. Le gouvernement du Manitoba a également mis en œuvre un certain nombre de programmes complémentaires pour améliorer l'accès et la mise en réseau des ressources existantes.

Tableau 4 Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Manitoba

Dimensions		Dimensions	PIN	Advanced Access	Telehealth et Carelink	MCHS
Année		—	2007	2007	2005et 2008	2008
Structure	Gouvernance	Privée	Privée	Réseaux virtuels de fournisseurs et centres multiservices	Publique	Publique Réseau virtuel de fournisseurs
	Administration	Médecins	Médecins	—	—	—
	Rémunération du médecin	À l'acte	À l'acte avec un financement basé sur la qualité et la performance	—	—	—
	Inscription du patient	—	—	—	—	—
Ressources	Équipes pluridisciplinaires	—	Intégrer d'autres professionnels dans des cliniques où les médecins pratiquent en groupe	—	—	—
	Technologies de l'information	—	Site pilote sur la gestion de l'information et les dossiers médicaux informatisés	—	—	—
Accès	Heures prolongées	—	—	Coordination du travail afin que les patients puissent rencontrer des médecins lorsqu'ils le désirent	Assistance téléphonique 24 heures, 7 jours par semaine	Assistance téléphonique 24 heures, 7 jours par semaine
	Cliniques sans rendez-vous	—	—			
Services	Maladies chroniques	—	Site pilote axé sur les maladies coronariennes ou l'hypertension et le diabète dans la phase 1; tous les indicateurs dans la phase 2	—	Carelink afin d'améliorer l'accès par l'assistance téléphonique pour l'autogestion des patients souffrant de maladies chroniques	—
		—		—	—	—
		—		—	—	Soutien et référence à des spécialistes
		—		—	—	—
Vision	Vision	Individus	Individus	Population	Population	Populations Femmes autochtones, Inuits et Métis
Contexte des changements		Changements et initiatives appréciés. Les praticiens ont collaboré, mais le gouvernement est l'instigateur du changement; Primary Health Care Policy Framework en 2002. Transformation reliée à la formation continue et financement basé sur la qualité et la performance. La plupart des changements dans certaines cliniques pilotes.				
Autorités locales		Onze autorités sanitaires régionales.				

Sources : Wilson *et al.*, 2004; PRA Inc., 2009; Government of Manitoba, 2009, 2010; Hutchison *et al.*, 2011.

3.5 LA RÉFORME DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

En Colombie-Britannique, la juridiction en matière de soins de santé de première ligne est partagée entre le **Ministry of Health Services** (MoHS), responsable du financement et des politiques et les autorités sanitaires, une provinciale et cinq régionales, qui assurent la prestation des services. Au moment où cette étude de cas a été menée, un deuxième ministère de la santé, le **Ministry of Healthy Living and Sports** (MoHLS), était responsable des programmes de santé publique, incluant les services qui font généralement partie des soins de santé de première ligne, tels que la vaccination, les programmes prénataux et périnataux, le développement des nouveau-nés et des enfants, etc. Dans cette province, les 4 000 omnipraticiens et médecins de famille sont considérés comme des médecins offrant des soins de santé de première ligne. La plupart de ces médecins exercent dans les hôpitaux ou de grands établissements, plutôt que dans des cliniques solos ou des cliniques communautaires (McKendry *et al.*, 2006). En 2007, 87 % de la population âgée de 15 ans et plus déclarait avoir un médecin de famille, les 13 % restant n'y avaient pas accès de façon régulière (CHSRF, 2010a).

Les méthodes de rémunération prédominantes des médecins en Colombie-Britannique dictent les deux modèles principaux de prestation des soins : la majorité des médecins qui ont leur propre cabinet ou qui travaillent dans de petites cliniques sont rémunérés à l'acte, tandis qu'un petit nombre de médecins, offrant des soins de première ligne, reçoivent un salaire, une rémunération à la vacation (mécanismes alternatifs de rémunération) et sont employés selon un modèle de soins de santé communautaire qui demeure limité (Wong *et al.*, 2010). Selon Wong *et al.* (2010), l'ensemble de la Colombie-Britannique comptait 29 CHC en 2006 et 40 en 2008. Plusieurs d'entre eux sont maintenant intégrés aux autorités sanitaires régionales. Ces nouveaux CHC sont composés d'équipes multidisciplinaires (infirmières de santé publique, travailleurs sociaux, dentistes et nutritionnistes) et sont financés par les autorités sanitaires, tout en ayant des ententes contractuelles avec le MoHS. Les médecins perçoivent un salaire ou sont rémunérés à la vacation, et quelques fois ils sont payés selon une combinaison de contrats. Cependant, plusieurs d'entre eux ont soit perdu leur plan de rémunération alternative, ou dans la plupart des cas, les médecins ont adopté la rémunération à l'acte, en raison du manque de soutien des autorités sanitaires.

Le **Primary Health Care Organizations** (PHCO), un autre nouveau modèle de pratique plus récent, a été mis en œuvre en Colombie-Britannique. Le MoHS a développé plusieurs PHCO par le biais du premier transfert fédéral du Fonds pour l'adaptation des services de santé (1997-2001). Leur objectif était de soutenir des équipes multidisciplinaires et de consolider une prestation des soins globale et coordonnée, par un meilleur accès aux dossiers informatisés, aux programmes de formation et à la rémunération mixte (Watson & Wong, 2005). Cependant, seuls sept PHCO ont été implantés dans la province, principalement en raison de l'opposition de la British Columbia Medical Association (BCMA). Au total, en termes de communauté et d'autres modèles organisationnels, la Colombie-Britannique compte entre 28 et 30 PHCO et CHC opérationnels (Gouvernement of British Columbia, 2004). En outre, entre 1996-97 et 2000-01, il n'y a eu qu'une faible augmentation du nombre de cliniques de groupe et de cliniques communautaires, un gain net de 10 cabinets de groupe avec les variations existantes entre les autorités sanitaires régionales.

Les différentes réformes et innovations en soins de santé de première ligne peuvent être regroupées conceptuellement en quatre phases, le premier transfert du gouvernement fédéral, 1997-2001, la période 2000-2006 au cours de laquelle le Fonds de transition des soins primaires a été instauré, la création du General Practice Service Committee (GPSC) et la charte des soins de santé de première ligne pour la période 2007-2011 (Cohen *et al.*, 2009).

Grâce au premier fonds de transition du gouvernement fédéral au cours de la période 1997-2001, des nouvelles initiatives sur les soins de santé de première ligne ont été testées à petite échelle (incluant les PHCO). Toutefois, la BCMA s'y est opposée, en grande partie en raison de la capitation (Cohen *et al.*, 2009). Même si le MoHS a maintenu ses politiques et ses responsabilités d'évaluation, la majorité des fonds était allouée aux autorités sanitaires et utilisée pour financer différents types de projets. Cependant, sans directive politique claire, aucune approche commune n'a été développée par les différentes autorités. Par conséquent, la plupart des projets se sont arrêtés à la fin du financement.

Par la suite, au cours de la période 2000-2006, les transferts fédéraux du Fonds pour l'adaptation des soins de première ligne (FASSP) ont permis d'ouvrir la voie à la mise en œuvre, à petite échelle, d'autres projets axés sur la gestion des maladies chroniques (Cohen *et al.*, 2009). Des initiatives visant la création de nouveaux modèles organisationnels à petite échelle, telles les collaborations communautaires (sessions de formation continue), ont été mises en place de façon limitée (environ 88 à travers la province entre 2003 et 2005). Cependant, celles-ci étaient difficilement viables après la fin du financement provenant du gouvernement fédéral (Wong *et al.*, 2010). Parallèlement au FASSP, le ministère de la Santé a également commencé à travailler en coopération avec la BC Medical Association, dans le but d'améliorer la gestion des maladies chroniques, en se concentrant principalement sur le diabète et l'insuffisance cardiaque congestive. Deux petites collaborations communautaires, partiellement financées par les compagnies pharmaceutiques, ont été mises en œuvre et ont remporté beaucoup de succès.

Au moment où le Fonds pour l'adaptation des soins de première ligne arrivait à échéance, le Ministère a commencé à vouloir travailler davantage en étroite collaboration avec la BCMA. En 2002, les deux organismes ont créé le **General Practice Service Committee (GPSC)**. Coprésidé par ces deux organisations, ce comité gère maintenant plus de 15 initiatives (GPSC, 2010). Des financements importants sont aujourd'hui mis à la disposition du BCMA, et ce, par l'entremise de ce comité et du **Physician Master Agreement**. Le GPSC a également permis de développer des liens plus étroits entre le gouvernement et la BCMA, créant ainsi un climat de collaboration. Les autorités sanitaires ne sont pas des membres officiels du GPSC, mais des représentants assistent aux réunions et relaient l'information vers leurs territoires respectifs.

Cette collaboration a mené à l'adoption de la première **Primary Health Care Charter** de la Colombie-Britannique (Government of British Columbia, 2007) et à la mise en œuvre de plusieurs initiatives entre 2007 et 2010 (Cohen *et al.*, 2009). La charte précise l'orientation, les objectifs et les résultats escomptés, afin que le système des soins de première ligne soit solide, durable, accessible et efficace (Wong *et al.*, 2010). Le travail du GPSC a également mené au financement de l'**Impact BC**, un organisme à but non lucratif axé sur l'amélioration

des soins cliniques et sur la gestion des cliniques (Hutchison *et al.*, 2011), qui a soutenu le GPSC dans ses initiatives relatives à la qualité des soins et dans les changements apportés au niveau des autorités sanitaires. Le principal outil produit par ce programme est appelé « Collaboratives » et comprend une série de sessions d'apprentissage basées sur le modèle de l'**US Institute of Health Improvement**.

Le GPSC a récemment introduit le concept des Divisions qui sont actuellement mises en place (Divisions BC, 2010). L'idée des **Divisions of Family Practice** n'est pas nouvelle puisque ce concept existait déjà au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande. Une division est un regroupement d'omnipraticiens qui acceptent volontairement de créer une société à but non lucratif (qui leur permet de détenir des fonds) dans le but de favoriser la collaboration, afin de gérer les problèmes de santé communautaire, d'assurer une représentation au sein des autorités sanitaires et éventuellement d'engager des ressources humaines et obtenir des services pour la Division. Ces organismes signent également des ententes avec le ministère de la Santé, afin de fournir des services tels que les soins aux patients hospitalisés. Les médecins doivent donc avoir un réel intérêt pour ce type de pratique et être volontairement prêts à travailler comme partenaire des autorités sanitaires. Il y a actuellement 12 Divisions en activité dans la province. Au même moment, un récent rapport d'évaluation élaboré par M. Hollander et financé par le BCMA (Young, 2010), a confirmé le fait que les patients qui souffrent de maladies chroniques et qui sont inscrits auprès d'un médecin de famille reçoivent de meilleurs soins à moindre coût, et ce, au grand avantage du ministère de la Santé. Ainsi, le GPSC a mis en œuvre l'**Attachment Initiative** qui fournit un financement aux Divisions, leur permettant ainsi d'offrir une prime aux médecins, afin de non seulement les inciter à inscrire leurs patients, mais aussi les encourager à développer des programmes visant l'augmentation des inscriptions des patients non-inscrits.

Jusqu'à présent, le GPSC ne s'est pas concentré sur l'augmentation de la prestation de services, sur la qualité de la prévention et sur les services d'éducation, ni même sur les déterminants de la santé. Au cours de ces dernières années, l'accent qui a été mis sur les médecins de famille en Colombie-Britannique a orienté la plupart des réformes des soins de santé de première ligne vers un système de paiement incitatif, conçu pour rémunérer les médecins, afin de les encourager à offrir des soins de meilleure qualité (c'est-à-dire selon les lignes directrices cliniques). Ce système visait particulièrement les personnes qui souffrent de maladies chroniques, y compris la santé mentale ou les maladies qui requièrent des soins complexes. Ces programmes d'incitatifs ont également contribué à augmenter la rémunération des médecins.

En plus des paiements incitatifs, le GPSC a facilité la restructuration des cabinets et s'est impliqué dans d'autres dossiers, notamment l'introduction des dossiers médicaux informatisés (DMR). Par conséquent, les efforts ont été concentrés sur l'amélioration de la qualité des soins de première ligne et non sur l'expérimentation de différents modèles organisationnels (Hutchison *et al.*, 2011). Tel que mentionné par d'autres auteurs, des fonds ont été alloués, afin d'offrir aux médecins des incitatifs financiers pour les encourager à modifier leur manière de fonctionner, plutôt que de transformer la base du système par le financement d'initiatives à l'échelle provinciale pour créer de nouveaux modèles de prestation de soins (Cohen *et al.*, 2009).

Sur d'autres fronts, le ministère de la Santé est aussi en train d'entreprendre des initiatives plus récentes. L'Initiative d'intégration a un programme principalement axé sur l'intégration de la prestation des services communautaires par les autorités sanitaires régionales. Bien que les modalités soient encore en cours d'élaboration, il semblerait que le but est d'intégrer au moins certains services, tels que la santé mentale et la dépendance, la santé publique, les soins à domicile et communautaires, et de tisser des liens plus étroits avec les Divisions locales de médecins généralistes. Cette initiative semble remplacer le modèle **Integrated Health Networks** (IHN) qui avait été proposé dans un document de discussion du ministère de la Santé en 2007 (Cohen *et al.*, 2009), mais financé par le **Health Care Innovation Fund** du ministère des Finances. Les IHN sont « des groupes de médecins de famille/omnipraticiens qui coordonnent leurs services et collaborent dans le but d'offrir des soins à une population » (Watson *et al.*, 2009). L'objectif des initiatives d'intégration semble être le même que celui des IHN qui vise à améliorer la qualité des soins, en augmentant la coordination des services pour les personnes souffrant de maladies chroniques complexes, de désordres mentaux, les aînés à risque et les groupes vulnérables, et à partager l'information sur les patients.

Finalement, le rôle des infirmières-praticiennes en Colombie-Britannique est maintenant plus étendu, et ce conformément à la Loi sur les professions de la santé. Plusieurs projets sont financés par les autorités régionales qui désirent les intégrer dans différents contextes de soins de première ligne (Wong *et al.*, 2010). En 2000, 12 % des infirmières travaillaient dans des milieux de soins de santé de première ligne (Wong, 2009).

La grande majorité des cliniques dont les médecins sont rémunérés à l'acte offrent des soins qui sont prodigués uniquement par des médecins. Très peu d'entre elles incluent d'autres professionnels, tels que les infirmières en médecine familiale ou des infirmières-praticiennes. Par contre, dans les zones rurales, les infirmières ont exercé en qualité d'auxiliaires médicales ou de remplaçantes, en raison des problèmes liés au manque de médecins omnipraticiens et aux capacités limitées de ces derniers. Bien que le **BC Medical Service Plan Fee Guide** autorise les médecins à facturer le ministère pour des services rendus par d'autres professionnels, le manque de financement a été identifié comme étant un obstacle majeur à l'intégration des infirmières. Récemment, les autorités régionales ont entièrement financé le recrutement d'infirmières dans certaines cliniques de soins de première ligne, pour travailler en qualité d'infirmières spécialisées en maladies chroniques, mais les résultats de cette initiative différaient entre eux. Par contre, indépendamment des initiatives GPSC, l'**Interior Health** a introduit, et ce, avec un certain succès, des infirmières dans certaines cliniques privées de première ligne, où les médecins sont rémunérés à l'acte (CHSRF, 2010b).

Le GPSC examine à l'heure actuelle différentes possibilités en « soins multidisciplinaires », mais les options restent limitées, étant donné que la plupart des cliniques sont de petite taille et qu'elles s'attendent également à ce que les salaires des autres professionnels travaillant pour eux soient entièrement couverts par le système. Un essai précédent (IHN créant des équipes appariant des médecins avec des professionnels des autorités régionales) ne s'est pas étendu et ces réseaux ont été abandonnés. Bien que les infirmières-praticiennes aient été mises à l'écart des soins de première ligne en raison de véritables obstacles consistant à savoir par qui et comment elles seraient rémunérées, les organisations offrant des soins de

courte durée ont su reconnaître leur valeur. Par exemple, l'hôpital BC Children's a reconnu que plus d'efforts pouvaient être fournis, afin de promouvoir l'accès aux services de santé des enfants et les familles vulnérables. L'hôpital a donc financé, au cours des deux dernières années, le Social Paediatrics Initiative, qui emploie des infirmières-praticiennes pour offrir des soins de santé de première ligne et pour travailler directement avec les spécialistes du développement infantile.

Dans l'ensemble, les principaux défis que la Colombie-Britannique doit relever incluent : la résistance au changement au niveau du système et des professionnels; l'implantation des technologies de l'information dans les organisations de première ligne, la fragmentation du système de soins de santé et les nombreux défis auxquels les cliniciens doivent faire face, le financement limité pour pouvoir rémunérer les professionnels, ainsi qu'un système essentiellement centré sur les soins de courte durée (Wilson *et al.*, 2004).

Globalement, la stratégie adoptée par la Colombie-Britannique pour le renouvellement des soins de santé de première ligne est basée sur des programmes d'incitatifs financiers destinés aux médecins omnipraticiens, pour promouvoir la qualité des soins et la performance. Comme décrite dans cette étude de cas, l'attention a été presque exclusivement accordée aux soins médicaux de première ligne (mais pas aux soins de santé) fournis par des médecins rémunérés à l'acte et sur l'amélioration de la qualité des soins offerts aux individus souffrant de maladies chroniques, et ce, en offrant des incitatifs financiers aux médecins, afin que ceux-ci donnent ces soins selon des lignes directrices reconnues. Pour consolider les soins de première ligne, le gouvernement de la Colombie-Britannique a fourni de gros efforts pour prêter attention aux médecins et écouter leurs revendications. Afin de répondre à leurs besoins, le gouvernement de cette province a accompli un certain nombre de choses en créant notamment le GPSC, en élaborant des programmes de formation (Practice Support Program) et en instaurant des programmes de financements incitatifs. Il travaille également à améliorer et à mettre en œuvre de nouveaux modèles communautaires et des réseaux de services. Cependant, les efforts déployés pour implanter de nouveaux modèles organisationnels de soins de première ligne demeurent limités comparé à d'autres provinces canadiennes.

Les comités importants sont surtout composés de médecins de famille et de spécialistes. Par conséquent, on observe une certaine médicalisation des soins de santé de première ligne. Ainsi, l'accent est moins porté sur ceux qui offrent les services ou sur la manière dont ces derniers sont organisés pour offrir des soins aux patients. Néanmoins, des efforts considérables ont été faits pour introduire et élargir le rôle des infirmières-praticiennes dans les organisations de soins de première ligne.

Tableau 5 Résumé – Modèles d'organisations de première ligne et programmes innovateurs – Dimensions stratégiques en Colombie-Britannique

Dimensions		Professionnel solo rémunéré à l'acte ou groupes de médecins	CHC	PHCO	Primary Care Practice Support Program et Impact BC	BC Health Primary Care Innovation Fund et IHN (<i>Integration Initiative</i>)	Divisions of Family Practice
Année		—	—	2006	2007-2010	2007	2009
Structure	Gouvernance	Privée	Publique : ententes contractuelles entre les autorités régionales et le ministère	Publique	Publique		Privée – chaque division a un conseil d'administration
	Administration	Médecins	Communautaire	Intégration à des centres communautaires	—	Réseau virtuel de médecins dans différentes localités géographiques	Conseil d'administration avec des médecins
	Rémunération des médecins	À l'acte	Rémunération basée sur le temps (Salaire et à la vacation)	Combinée	Paiements incitatifs pour la formation continue afin d'améliorer les pratiques cliniques et de gestion		À l'acte et incitatifs financiers pour la prestation additionnelle de services tels que les soins de longue durée, d'hospitalisation et l'inscription de patients
	Inscription des patients	—	—	—	—	—	—
Ressources	Équipes multidisciplinaires	—	Oui	Financement d'équipes multidisciplinaires	—	—	Du financement doit en principe appuyer les équipes interprofessionnelles
	Technologies de l'information	—	—	Assistance pour les dossiers médicaux informatisés	—	—	—
Accès	Heures d'accès prolongées	—	—	—	—	—	—
	Sans rendez-vous	—	—	—	—	—	—
Services	Gestion des maladies chroniques	Rarement	—	Financement pour soutenir l'offre de soins complets et coordonnés et accès à des programmes de formation	—	Accroître la coordination et les soins de santé intégrés	
	Prévention et promotion de la santé	Rarement	—		—	—	
	Coordination	—	—		—	Partage de l'information sur les patients et coordination Emphase sur les aînés à risques, les maladies mentales et les groupes vulnérables	Les divisions doivent offrir davantage de services coordonnés
	Continuité	—	—		—		
Vision	Responsabilité	Individus Rarement population	Population	Population	Population	Population	Population
Contexte des changements		Transformations des soins primaires basées sur du financement lié à la qualité des services et des programmes de formation continue. La <i>Primary Health Care Charter</i> de 2007 sur la vision et les priorités en soins de santé primaires. Le rôle a été revu et élargi des infirmières praticiennes avec la <i>Health Practitioners Act</i> et des projets financés par les autorités sanitaires régionales.					
Autorités sanitaires locales		Cinq autorités sanitaires régionales qui se rapportent une autorité sanitaire provinciale.					

Sources : Wilson *et al.*, 2004; Watson *et al.*, 2005; McKendry *et al.*, 2006; Government of British Columbia, 2007; Cohen, 2009; Wong *et al.*, 2010; Hutchison *et al.*, 2011.

4 THÈMES ÉMERGENTS ET THÈMES TRANSVERSAUX RELATIFS AUX RÉFORMES DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE DANS LES PROVINCES CANADIENNES

Sur la base des études de cas provinciales présentées dans les sections précédentes, une étude succincte des plus importants thèmes issus des réformes des soins de première ligne a été menée par cinq experts participant au forum de synthèse. Ces experts, provenant de chacune des provinces ayant fait l'objet de l'étude, ont été interrogés sur les éléments clés qui ont joué un rôle important dans l'émergence et la mise en œuvre des nouveaux modèles et des réformes de soins de première ligne, sur les effets documentés de ces réformes, et sur les principales leçons à tirer de ces initiatives de réforme. Un éventail de thèmes, issus de ces expériences provinciales, a été résumé et soumis pour délibération lors des discussions de groupe et dans les séances plénières du forum. Cette section présente les résultats des réflexions concernant les facteurs favorisant ou constituant un obstacle pour le processus de réforme et pour les impacts de ces réformes.

4.1 FACTEURS FAVORISANTS ET FACTEURS ENTRAVANT LES RÉFORMES DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Un contexte de soutien sociopolitique pour les réformes des soins de première ligne au Canada

Historiquement, l'environnement politique a toujours été neutre à l'égard des soins de première ligne, et les professionnels se sont généralement opposés à la réforme de leur façon d'exercer. Pendant longtemps, les soins de première ligne ont été écartés des politiques explicites visant la réorganisation du système de prestation des soins de santé. En outre, il y avait un conflit entre les gouvernements provinciaux et les associations professionnelles, qui voulaient préserver l'autonomie professionnelle de leurs membres. Cependant, il est clair que le contexte sociopolitique actuel a changé à travers l'ensemble du pays. En effet, il y a une plus grande ouverture aux réformes, ou même des changements imposés, en raison d'une crise manifeste qui affecte les soins de première ligne depuis les années 1990. La force motrice des réformes provient principalement des gouvernements ainsi que des prestataires de soins, qui sont passés de neutres à favorables aux réformes. Bien que des réformes soient aujourd'hui acceptées et considérées comme étant nécessaires, peu de cas de lobbying actif ont été observés au sein de la profession pour proposer de nouveaux modèles organisationnels.

Les commissions réalisées aux niveaux provincial et fédéral ont été identifiées comme étant des éléments ayant une grande influence sur le lancement d'un processus de réformes attendues depuis longtemps. De plus, sans les transferts de fonds massifs de la part du gouvernement fédéral, qui s'était engagé pour les réformes des soins de première ligne par l'octroi des deux Fonds de transition pour la santé, de nombreuses initiatives ou nouveaux modèles n'auraient probablement pas été mis en œuvre ou n'auraient pas poursuivi leurs opérations. En fait, les transferts fédéraux ont donné l'élan nécessaire pour l'expansion des programmes et modèles.

Un désir manifeste de changement a été observé dans de nombreuses provinces. Voyant leur charge de travail augmenter en raison de la pénurie de ressources humaines par rapport à la complexité accrue des cas cliniques, les médecins sont aujourd'hui plus réceptifs au changement. Nonobstant cette réceptivité, les réformes des SSP sont souvent perçues comme n'ayant été possibles que grâce à la participation volontaire des médecins. Des transformations lentes et progressives sont prévues dans plusieurs provinces, car peu de prestataires de soins peuvent (ou veulent) faire de grosses transformations dans leurs cliniques. Des leçons ont probablement été tirées suite aux efforts antérieurs fournis pour la réforme des soins de première ligne, lorsque le gouvernement et la médecine organisée s'opposaient, puisque les réformes reposent aujourd'hui sur le consensus et le partenariat entre les intervenants.

Une collaboration naissante entre les gouvernements et les associations professionnelles

Au cours des dernières années, un certain nombre de programmes de formation continue ont aidé au soutien de la réforme des SSP. En effet, ces programmes ont contribué à la modification des normes et des valeurs et à l'instauration d'un nouveau climat ayant favorisé les réformes et le changement des attitudes chez les professionnels. De nouveaux comités composés de médecins, jouissant d'un certain pouvoir décisionnel, ont également contribué au changement des normes et des valeurs. Ces plateformes pourraient avoir favorisé la réduction de la résistance chez les médecins au profit des réformes, en donnant à la profession une plus forte voix. Ce processus d'élaboration d'une politique collaborative a été identifié comme étant un facteur favorisant les réformes des SSP.

Comme déjà mentionné, bien qu'une diminution de la résistance aux réformes a, dans certains cas, été enregistrée, les réformes n'ont généralement pas été entreprises par la base. Très souvent, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les autorités sanitaires locales ou régionales ont constitué la force motrice des récentes réformes et initiatives, et ont introduit les projets et les lois stimulant les réformes. Dans cette optique, si les professionnels peuvent être vus comme des collaborateurs importants, les associations professionnelles sont considérées comme étant les instruments facilitant les transformations plutôt que des agents actifs du changement. Cependant, la présence de champions parmi les prestataires de soins de première ligne a été cruciale dans chaque province. En effet, les prestataires de soins ont souvent agi comme modèles pour d'autres médecins, afin de générer l'appropriation nécessaire des nouveaux modèles ou initiatives. Comme décrites dans les études de cas provinciales, les initiatives sont d'abord implantées dans des sites pilotes. Dans certains cas, les sections provinciales du Collège des médecins de famille et les présidents des départements de médecine familiale ont également joué un rôle actif et habilitant. Le manque de soutien ou d'implication de certaines universités a également été considéré comme un facteur de ralentissement de l'appropriation des réformes. De plus, l'une des principales leçons à tirer du processus des réformes a été, jusqu'à ce jour, le temps nécessaire à la mise en œuvre effective des réformes et la construction d'un consensus autour de ces réformes.

Dans de nombreux cas, le plus grand changement observé au cours des dernières années a été l'intensification de la collaboration entre les médecins et les gouvernements. Diverses plateformes et plusieurs comités ont été créés pour négocier et mettre en œuvre des initiatives et de nouveaux modèles, afin de mettre fin à une longue période durant laquelle les médecins spécialisés en soins de première ligne exerçaient en marge du système ou dans une relative autonomie. Dans certaines provinces, ces plateformes, qui impliquent aussi bien des médecins que des représentants du gouvernement, sont devenues des acteurs puissants dans le processus de réformes. De plus, contrairement aux initiatives menées par les ministères de la Santé et les autorités sanitaires régionales, ces comités de collaboration ont une imputabilité limitée et demeurent essentiellement axés sur les médecins, en excluant les autres professionnels de la santé. Par ailleurs, le poids des exigences imposées aux médecins par certaines interventions de ces comités pourrait menacer leur viabilité. Les défis à relever pour conserver cet esprit de collaboration résident dans l'habileté à trouver les ressources nécessaires pour faciliter le changement et la mise en œuvre des nouvelles initiatives/modèles, et dans la possibilité de trouver un équilibre qui ne surchargera pas les médecins avec du travail administratif et de nouvelles responsabilités.

Au cours des dernières années, peu de changements ont été imposés aux prestataires de soins. Dans de nombreuses provinces, les incitatifs sont aujourd'hui plus fréquents. Très souvent, la nécessité de considérer les médecins comme des partenaires dans le processus de réforme a été identifiée comme étant l'une des clés du succès. C'est pourquoi la plupart des réformes ont été essentiellement basées sur des incitatifs financiers. Au cours de la dernière décennie, beaucoup d'argent a été injecté pour mobiliser les professionnels. En outre, le financement incitatif basé sur la qualité ou l'augmentation de la rémunération des médecins a été instauré pour les attirer dans les nouveaux modèles, ou bien les principales caractéristiques de leurs cliniques ont été modifiées conformément à des guides de pratique reconnus. Dans certains cas, les réformes ont connu du succès parce que suffisamment d'argent a été consacré au soutien des médecins dans le processus de réforme. Ce regain d'intérêt pour la structuration des soins de première ligne, afin de les considérer comme faisant partie du système de prestation des soins, s'est avéré un défi à relever dans la plupart des juridictions. Aujourd'hui, il demeure clair que, bien que les médecins fournissent un service essentiel, ils demeurent des entrepreneurs privés. Les gouvernements ont eu peu d'expérience dans la gestion de ces petites entreprises de prestation de soins de santé. Cependant, les gouvernements reconnaissent de plus en plus la nécessité de travailler avec ce secteur. Ce qui représente un véritable défi, puisque la plupart des médecins, tout en n'étant pas salariés, sont rémunérés par le gouvernement. Dans une certaine mesure, leur cas diffère de celui, par exemple, des infirmières, des pharmaciens, ou de celui des travailleurs sociaux, qui peuvent, dans une plus large mesure, être déployés pour faire des activités que l'employeur veut leur faire faire, comme les vaccinations.

Développement des cliniques collaboratives spécialisées dans les soins de première ligne

Le nouveau rôle de leaders des médecins a été soulevé par certains participants, qui l'ont considéré comme étant un facteur pouvant favoriser ou, dans certains cas, entraver le processus de réforme. Après avoir été pratiquement ignorés pendant des années par le

processus de réforme, aujourd'hui on s'attend à ce que les médecins transforment leurs cliniques, à ce qu'ils soient des catalyseurs de changement et à ce qu'ils participent activement au processus de réforme. Le rôle des médecins de famille est en mutation profonde. En effet, après avoir été axés sur une relation patient-prestataire de soins, aujourd'hui les médecins jouent le rôle de leader dans une équipe pluridisciplinaire et agissent en tant que coordinateurs des soins. Sans la formation appropriée, ce changement peut mener à une diminution de l'impact attendu des réformes.

Ces réformes surviennent à un moment où la culture du travail, chez les jeunes praticiens, est très différente de celle de leurs confrères plus âgés. Les réformes doivent prendre en compte que les jeunes médecins accordent beaucoup plus d'importance à la valeur et à la qualité de la vie, et que souvent, ils consacrent moins de temps aux heures de travail. Leur formation pourrait ne pas être appropriée aux rôles qu'ils sont appelés à assumer. Par conséquent, les programmes de formation ont également besoin d'être modifiés de façon à apprendre aux professionnels à travailler ensemble et à préparer les médecins à assumer les rôles de leadership que les gouvernements veulent leur assigner.

Pour la plupart, la législation a porté sur l'élargissement du rôle des autres professionnels de la santé, particulièrement celui des infirmières cliniciennes et des infirmières praticiennes et a favorisé leur introduction dans le système de soins de première ligne. Cette législation a promu le développement des équipes interdisciplinaires dans les cliniques collaboratives. Des règlements comme la loi sur les professions de la santé en Colombie-Britannique, la loi sur les infirmières en Nouvelle-Écosse, l'établissement des ordonnances collectives et la redéfinition du Code des professions au Québec, ont été identifiés comme étant des facteurs bénéfiques au processus de réforme. Dans certains cas, la collaboration entre les syndicats des infirmières et infirmiers et les syndicats des médecins a favorisé l'application de cette législation. Cependant, les questions relatives à la rémunération et à la formation ont entravé la mise en place des équipes interdisciplinaires et des cliniques collaboratives.

Même s'il y a eu quelques gains notables dans les cliniques collaboratives et dans la mise en place des équipes interdisciplinaires au cours des dernières années, les participants ont convenu que les gouvernements et les médecins en sont encore à s'interroger sur la façon de gérer ces cliniques. Par ailleurs, tel que mentionné plus haut, les programmes de formation doivent être modifiés, de façon à soutenir les cliniques collaboratives dès le début de la formation professionnelle.

Une double influence des mécanismes de financement sur l'implantation des réformes

Comme mentionnés plus haut, les deux fonds de transition des services de santé ont fortement stimulé la plupart des premières réformes des soins de première ligne à travers le pays, tout comme ils ont favorisé le démarrage de nombreuses initiatives. En effet, les importantes réformes menées en Ontario ont permis d'injecter de l'argent pour les incitatifs afin, d'une part, d'augmenter les salaires des médecins et d'autre part faciliter la mise en place des DME dans les nouveaux modèles de réformes. Il s'agit là de réformes qu'il faudrait poursuivre, cependant, les participants se demandent si, à l'avenir, les gouvernements pourront soutenir ce processus, et plus particulièrement dans un climat d'austérité financière. C'est pourquoi la durabilité d'un financement accru a été remise en question. En outre, les

participants ont souligné que l'argent ne doit pas être pris d'un endroit pour être placé dans un autre. C'est de l'argent neuf qu'il faut investir dans les soins de première ligne, afin que les changements puissent aller au-delà de l'introduction de modèles de réforme ou de nouvelles initiatives fondées sur la qualité.

Selon les participants, la rémunération des médecins constitue également un constant problème. Un financement accru a pu entraîner la participation des médecins dans les réformes et produire un changement dans les pratiques. Les cas de l'Ontario et de la Colombie-Britannique le montrent bien.

Si, comme en Ontario, des salaires élevés peuvent attirer les médecins vers les nouveaux modes de rémunération, les médecins demeurent réticents vis-à-vis des changements introduits à la rémunération, particulièrement la rémunération par capitation, en raison d'une perte potentielle de revenus. C'est pourquoi les participants n'ont pas manqué de souligner que la rémunération à l'acte est souvent incompatible avec la mise en place d'équipes multidisciplinaires dans les cliniques de soins de première ligne. En effet, il y a de nombreux exemples d'infirmières praticiennes qui éprouvent de la difficulté à trouver du travail dans les cliniques de soins de première ligne ou à travailler à temps plein dans leurs cliniques, parce que les médecins pourraient voir leurs revenus diminuer si certaines tâches sont déléguées aux infirmières. On se demande donc qui versera les salaires des infirmières praticiennes et celui d'autres professionnels du domaine paramédical, puisque les gouvernements ont encouragé leur recrutement dans les cliniques de soins de première ligne sans allouer de budget pour leurs salaires et que les cliniques ne veulent pas assumer la responsabilité de leur rémunération. Il est essentiel que certains des nouveaux fonds soient dirigés vers d'autres professionnels, afin de les intégrer dans le système des soins de première ligne. La question relative à la durabilité du financement s'applique également aux méthodes actuelles de rémunération, vu que certains participants sont préoccupés par la capacité de continuer à payer plus pour la prestation des services de soins de première ligne. Ces inquiétudes sont particulièrement pressantes en raison de la nécessité d'offrir des incitatifs, aussi bien aux infirmières praticiennes, aux professionnels paramédicaux ainsi qu'aux médecins.

Les participants ont également soulevé le problème des médecins exerçant en solo ou dans des cliniques en petits groupes. En effet, ces médecins ne reçoivent pas de soutien pour aller vers les nouveaux modèles de soins organisationnels ou pour modifier leur manière de fournir les soins dans leurs cliniques, et sont donc laissés en dehors du processus de réforme.

Des participants étaient également préoccupés par le fait que les gouvernements se soient mis dans une position difficile en faisant des incitatifs économiques les principaux, ou même très souvent, le seul mécanisme promoteur du changement, en affirmant que les efforts devraient être orientés également vers la récompense de l'excellence et vers les modèles innovateurs. Pour d'autres participants, le financement et la rémunération sont deux composantes des soins de première ligne que le gouvernement pourrait modifier. Par ailleurs, les questions liées à la rémunération ne peuvent plus être essentiellement axées sur les médecins, puisque les soins de première ligne multidisciplinaires constituent l'un des principaux éléments des réformes à être promu actuellement, aussi bien en tant que principe ou en tant que prescription, dans les nouveaux modèles de soins organisationnels.

Un rôle pour les technologies de l'information

Bien que l'implantation des technologies de l'information et des dossiers médicaux électroniques dans les soins de première ligne soit déjà bien avancée dans de nombreux pays, les participants du forum ont déploré que le Canada soit classé aussi loin derrière d'autres pays et considèrent ce problème comme étant un facteur constituant un obstacle à l'intégration des systèmes de santé de première ligne. Ils ont également souligné que les DME permettraient, d'une part, d'accroître les efforts fournis pour garantir la continuité et la coordination des soins offerts par les prestataires de soins de première ligne, et d'autre part, d'améliorer la gestion des maladies chroniques. L'implantation des technologies de l'information a non seulement été identifiée dans les enquêtes internationales comme étant une importante caractéristique des systèmes de soins de première ligne les plus performants, mais aussi, comme étant une partie nécessaire des nouveaux modèles organisationnels visant l'amélioration de la gestion des maladies chroniques.

Appel au soutien de la communauté

Le Canada a été, pendant de longues années, reconnu pour la qualité de ses soins de santé, mais il a malheureusement perdu ce statut. La population commence à reconnaître les problèmes et à réaliser combien il est difficile de naviguer dans le système et d'y trouver un médecin de famille.

Les participants du forum ont souligné que jusqu'à présent, très peu d'attention a été accordée à la voix du public. Pour de nombreux intervenants, la « vente » des réformes des soins de première ligne et la mise en évidence des progrès enregistrés dans la transformation de ces soins ont été un échec. L'engagement de la communauté dans le processus des réformes et dans l'implantation de nouveaux modèles a été identifié comme étant un facteur aussi important que l'émergence de la propriété collective de certains de ces nouveaux modèles, tels que les modèles de coopératives. Pour certains participants, les communautés doivent clairement être impliquées dans le processus de prise de décision.

D'autres participants ont indiqué que les soins de première ligne devraient être mieux définis. Lorsqu'il s'agit de définir les soins de première ligne, il y a souvent des désaccords. « Si les décideurs et les chercheurs n'arrivent pas à s'entendre sur une définition, comment peut-on la communiquer au public? ont-ils déclaré. Une définition est nécessaire pour informer le public sur ce qui a été fait jusqu'à présent et sur ce qui reste à faire pour transformer les SPL. Les gouvernements doivent assurer une meilleure communication avec le public sur les progrès enregistrés dans les réformes des soins de première ligne et prendre en considération la pression que l'opinion publique pourrait exercer sur le système. Un public non informé pourrait avoir des attentes irréalistes qui, si elles sont conjuguées avec la puissance des médias, pourraient pousser les gouvernements à poursuivre les réformes dans la mauvaise direction.

Certains croient encore que le système des soins de première ligne est complexe et qu'il comprend de nombreux éléments interdépendants qui pourraient affecter l'expérience d'un patient. Voilà pourquoi il a été jugé nécessaire de définir formellement les SPL. Ces intervenants pensent que le public ne veut pas être informé des détails des soins de

première ligne, mais qu'il est plutôt préoccupé par l'accès au médecin et aux services, et par la possibilité d'avoir une relation continue avec les prestataires de soins.

Intégration des soins de première ligne dans le système de santé

Pendant le forum, les participants ont souligné l'importance d'intégrer les soins de première ligne dans le système de soins. Dans les provinces canadiennes, le système de la santé est fragmenté. En effet, les soins de première ligne, en particulier, fonctionnent presque en parallèle du système. Comme déjà mentionné, les cliniques privées ont été exclues du processus de réforme pendant plusieurs années. Cette fragmentation dans le système affecte la capacité des médecins de famille à assurer la continuité des soins et à établir des liens avec d'autres lignes de services. En outre, elle rend non seulement la collaboration entre les cliniques de soins de première ligne assez difficile, mais elle rend aussi l'intégration entre les niveaux de soins quasiment inexistante. Les cliniques doivent être reliées au reste du système avec une plus grande collaboration et ne pas être délaissées, comme ce fut le cas en Ontario. S'il est nécessaire de souligner, d'une part, la modernisation et l'amélioration des services des cliniques existantes, il y a d'autre part, un besoin de créer des systèmes de soins de première ligne qui peuvent être intégrés et harmonisés avec le reste du système. Des investissements ont été consentis pour la modernisation des cliniques existantes, mais il y a un manque d'investissements pour l'implantation d'un système de SPL ou pour l'intégration du système de SPL dans le reste du système de santé.

Dans certaines provinces, telles que le Québec et la Colombie-Britannique, des structures ont été mises en place au cours des dernières années afin d'intégrer le système. Pour les participants, il est question de savoir maintenant comment fonctionnera ce système. Globalement, les participants ont fait remarquer que les gouvernements doivent veiller à ne pas faire de l'intégration du système une simple démarche administrative et devraient se fixer l'objectif de faire fonctionner ensemble chaque partie du système de manière harmonieuse.

Principes par opposition à prescription : choix des stratégies par les gouvernements

Jusqu'ici, les provinces ont choisi deux différentes voies pour les réformes : la voie fondée sur les principes et la voie normative. Dans certains cas, des programmes incitatifs, basés sur l'identification de certains principes directeurs, ont été élaborés pour encourager les médecins à transformer leurs cliniques. Dans d'autres cas, de nouveaux modèles de prestation ont été implantés au niveau provincial ou parfois même dans des sites pilotes, à des fins d'évaluation et sur la base des politiques normatives. Les provinces n'ont pas toutes opté pour les mêmes leviers politiques. Les participants ont discuté des mérites de ces deux approches et particulièrement de la flexibilité nécessaire à l'adaptation aux circonstances locales.

Plusieurs provinces ont préféré opter pour le financement incitatif et pour la rémunération selon le rendement, plutôt que pour une réforme de grande envergure. D'autres provinces sont plus avancées dans les réformes des SPL et particulièrement dans l'introduction de nouveaux modèles. Dans de nombreux cas, le choix s'est porté sur une introduction des réformes d'une manière lente et progressive, afin de mobiliser les prestataires de soins et gagner leur soutien. Si un financement est accordé pour soutenir les prestataires de soins

dans la transformation de leurs cliniques, les nouveaux modèles organisationnels ont été accueillis avec enthousiasme. Les réformes des SPL sont menées sur une base volontaire, mais très souvent, elles ne connaissent du succès que grâce aux importants incitatifs. Dans certains cas, les gouvernements ont commencé à établir les champs d'application et les étendues des réformes des SPL. C'est le cas de la Charte de la Colombie-Britannique sur les soins de première ligne et le Cadre de la Politique des soins de première ligne du Manitoba. Plusieurs provinces avaient peut-être besoin de créer d'abord l'environnement nécessaire aux réformes avant de déployer les efforts requis pour la réussite de l'implantation du système. Dans les provinces où les réformes des SPL sont basées sur les incitatifs financiers, on se demande si la saturation sera bientôt atteinte, quels seront les leviers politiques subséquents, et si les approches des réformes à employer seront normatives ou basées sur des modèles. L'un des éléments débattus par les différents groupes a été la nécessité de mettre en place un cadre réglementaire pour assurer le succès des réformes, tout en reconnaissant que ce cadre réglementaire n'était pas suffisant pour garantir le succès. Les participants ont également soulevé le problème de l'adaptabilité au contexte et la nécessité de mettre en place les cadres réglementaires pour ne pas freiner les initiatives locales, puisqu'il est évident que les circonstances locales sont un facteur influant l'impact des réformes. À travers l'ensemble du Canada, des situations telles que gouvernement majoritaire ou minoritaire, restrictions budgétaires ou richesse peuvent affecter la manière dont ces réformes sont menées. Par exemple, il a été suggéré que contrairement à ce qui se passe dans d'autres provinces, les ressources financières de l'Ontario et de l'Alberta permettent d'offrir un soutien plus conséquent à la transformation des cliniques de soins de première ligne et d'offrir des incitatifs professionnels plus importants. D'autres provinces comme les provinces maritimes, par exemple, qui n'ont pas les mêmes ressources financières, ont plus de contraintes en raison des restrictions budgétaires.

4.2 L'IMPACT DES RÉFORMES DES SOINS DE PREMIÈRE LIGNE

Un manque d'évaluations publiées

Globalement, l'ensemble du pays n'a enregistré qu'un nombre très limité d'évaluations rendues publiques sur les réformes des soins de première ligne et sur les nouveaux modèles d'organisation. Dans certains cas, les défis relatifs à la vie privée et à la confidentialité constituent des obstacles empêchant la disponibilité des données nécessaires. En effet, des entraves majeures gênent la production des preuves empiriques qui permettraient de mieux éclairer les décisions. Compte tenu de la chronologie de l'implantation des réformes des soins de première ligne au Canada, les évaluations existantes ont essentiellement porté sur la phase de mise en œuvre et sur l'expérience de la population dans les nouveaux modèles, plutôt que de porter sur les résultats de ces réformes. Finalement, les quelques initiatives menées par les organismes gouvernementaux locaux n'ont souvent pas eu la structure ou les ressources financières nécessaires pour entreprendre des études d'évaluation.

Compte tenu des préoccupations entourant l'éventualité que certaines réformes puissent créer des lacunes ou des inégalités d'accès, les participants du forum ont souligné le besoin urgent d'entreprendre un plus grand nombre d'évaluations et de créer de meilleurs indicateurs permettant d'évaluer les soins de première ligne. À court terme, les réformes ne semblent pas avoir amélioré l'accessibilité aux SPL, notamment pour les jeunes et pour les

populations vulnérables. Cependant, quelques évaluations ont fourni des preuves d'une diminution appréciable du recours aux services d'urgence. Il est donc nécessaire d'évaluer aussi bien les impacts de ces inégalités possibles, que les résultats de ces réformes, afin de suivre de près les retombées des investissements récents. Toutefois, il faudra mesurer les impacts des réformes des SPL avec beaucoup de prudence. En fait, ce ne sont pas toujours les politiques explicites qui vont transformer le système et l'impact des résultats sur la population. C'est pourquoi une meilleure compréhension des contextes dans lesquels la réforme des SPL se produit devrait également faire l'objet d'une évaluation.

Cette étude, ainsi que le processus de consultation qui a suivi, semblent indiquer que les réformes sont souvent basées sur la politique plutôt que sur des prises de décision fondées sur des preuves. De nombreuses décisions prises dans le passé sont perçues comme des décisions ayant suivi les manchettes des médias ou comme n'ayant été prises que lorsque les SPL en avaient grandement besoin. Des recherches dans le but de guider ces réformes n'ont pas été menées dans toutes les provinces. De plus, les modèles introduits au cours des dernières années n'étaient pas tous accompagnés d'une composante d'évaluation. Il y a souvent une forte dépendance à des études uniques pour éclairer le processus et peu d'études de suivi ont été planifiées. Un plus grand nombre d'évaluations des réformes garantit la transparence et aussi l'information aux décideurs. Les participants n'ont également pas manqué de souligner la nécessité d'inclure l'évaluation dans le processus de réforme.

Les participants ont eu de longues discussions sur la nécessité d'améliorer les indicateurs pour mieux évaluer les soins de première ligne, leurs processus et leur qualité. Différentes agences et organisations de recherche ont entrepris des travaux, afin de développer ces indicateurs. Cependant, les conclusions tirées de ces discussions indiquent que très peu de données sont disponibles à l'heure actuelle pour construire des indicateurs de santé de première ligne qui pourraient être approuvés et utilisés à travers l'ensemble du pays. Les DME devraient être utilisés pour obtenir plus de données leur permettant d'évaluer les SPL et combler certaines des lacunes constatées dans les données. Le reste de l'écart dans les données pourrait être comblé par les prestataires des soins et par les résultats des enquêtes sur la population.

Les participants ont également soulevé la question de la confidentialité et de son impact sur la capacité d'accéder aux données administratives. Ils ont également perçu la volonté de surprotéger l'information provenant du public, une surprotection qui entraîne des difficultés à utiliser les données administratives à des fins de recherche ou d'évaluation. Ils ont également souligné le fait que le public est souvent choqué d'apprendre, comme l'ont récemment confirmé des sondages nationaux, que la plupart de ces informations ne sont pas utilisées pour améliorer les soins de santé.

Accès, continuité des soins, soins des maladies chroniques, interdisciplinarité et satisfaction de la main-d'œuvre

Les participants ont observé, à court terme, à différents degrés et dans différents contextes, certaines incidences positives des réformes. Pour ce qui est de l'expérience sur la santé des populations et des différents modèles de soins de première ligne émergents, quelques

premières études et évaluations sont de plus en plus rendues disponibles. Selon les évaluations, l'introduction des infirmières et des équipes pluridisciplinaires est associée à une meilleure prestation de soins et à de meilleurs résultats chez les patients. En outre, on observe de plus en plus une consolidation des cliniques et une meilleure ouverture pour les cliniques collaboratives. Dans le domaine des SPL, les médecins et autres professionnels de la santé commencent à travailler à temps plein dans les cliniques. Parallèlement à une volonté de participer aux nouvelles formations et à l'engouement pour les réformes introduites dans les cliniques, un changement dans la culture de l'amélioration de la qualité des soins a également été observé. En outre, certains participants ont également constaté des améliorations dans la gestion des maladies chroniques. L'introduction des DME a été considérée comme étant un facteur d'amélioration de la prestation des services, et la réforme de certaines pratiques cliniques a été associée à l'augmentation des heures d'accès et à un meilleur accès aux services diagnostiques et thérapeutiques. Cependant, il semblerait que l'impact le plus important de ces récentes réformes serait la revitalisation de la main-d'œuvre et la mobilisation des professionnels. Ces retombées sont perçues comme étant une amélioration majeure des soins de première ligne, car les prestataires de soins de première ligne ont, pendant de longues années, été laissés en marge du système de santé, sans influence directe sur les politiques gouvernementales. Les récentes réformes ont principalement servi à interrompre cet état de fait, et peut-être même à créer l'environnement nécessaire à des réformes de grande envergure. Par ailleurs, certains participants ont également déclaré que certains patients, de même que le public, commencent à observer des changements dans les soins de première ligne, dès lors qu'ils y accèdent.

Leçons à tirer des expériences internationales

Après ce processus de recherche, de consultation avec des experts, de débats à bâtons rompus avec les chercheurs et avec les personnes directement concernées par le processus des réformes, il est clair que la diversité des stratégies adoptées dans le cadre des réformes des SPL n'est pas une particularité du Canada, mais cette diversité a également été observée au niveau international.

L'expérience du Fonds du Commonwealth dans le suivi de la performance des soins de première ligne à travers le Canada, le Royaume-Uni, la Hollande, la France, la Suède, l'Allemagne, l'Australie et la Nouvelle-Zélande a été discutée lors du forum. Les pays reconnus pour la performance de leur système de soins de première ligne, notamment la Hollande, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande, partagent certaines caractéristiques. Par exemple, les patients de ces pays sont en mesure de dire qu'ils peuvent obtenir un rendez-vous le même jour, ou des soins coordonnés avec des médecins spécialistes. Parallèlement, les prestataires de soins sont en mesure d'utiliser les DME des patients, d'avoir la liste des patients nécessitant des soins préventifs et recourir aux services des équipes multidisciplinaires.

Les pays les plus performants dans les SPL partagent également d'autres points communs: les listes des patients, des médecins exerçant dans le domaine des soins de première ligne et qui agissent en tant que point d'accès aux références, la rémunération mixte, la rémunération avec capitation, la rémunération à l'acte et les incitatifs, des infirmières très engagées dans les soins des patients et enfin, des politiques nationales exigeant certaines

pratiques dans la prestation des soins de première ligne, telles que des heures de travail prolongées ou la disponibilité de DME fonctionnels. Ce sont là autant de facteurs susceptibles de jouer un rôle important dans la performance des soins de première ligne. Ces pays sont naturellement passés par différentes stratégies pour procéder à la réforme des soins de première ligne, que ce soit dans une perspective imposée du haut vers le bas (comme en Grande-Bretagne) ou une perspective émergente du bas vers le haut (comme en Hollande), mais le résultat est le même, c'est-à-dire : une meilleure performance des soins de première ligne.

Dans ces systèmes très performants, les patients parlent des caractéristiques liées à la notion de maison médicale, comme étant un concept de plus en plus valorisé par les gouvernements et les associations médicales à travers les nations industrialisées. Ces caractéristiques ne sont pas nouvelles, cependant, elles représentent un défi à relever par chaque pays, y compris les pays tels que la Hollande et la Grande-Bretagne. En ce qui concerne le Canada et les États-Unis, les participants ont souligné la nécessité de continuer le travail qui a été fait, afin de permettre aux médecins de transformer leurs cliniques et de faire le travail escompté.

5 CONCLUSIONS

L'environnement des réformes s'est considérablement transformé au cours de la dernière décennie. Diverses structures mises en place pour promouvoir la collaboration entre les médecins et les décideurs ont contribué à ces changements. À travers le pays, les agents de changement associés aux réformes des soins de première ligne diffèrent non seulement d'un gouvernement à l'autre, mais aussi selon les professionnels et selon les milieux universitaires. Cette synthèse sur l'impact des contextes et modèles organisationnels de soins de première ligne a été réalisée, grâce à un processus de consultation, entrepris en deux étapes. Cinq études de cas et du matériel de lecture ont été préparés, en prévision du forum de consultation. L'examen des publications, grises et publiées, portant sur l'évaluation des organisations des soins de première ligne a permis de faire une description des réformes engagées ou en cours d'implantation en Nouvelle-Écosse, au Québec, en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique. Ces provinces ont été sélectionnées sur la base de l'existence d'évaluations publiées se rapportant à la réforme des soins de première ligne. Des consultations menées auprès d'experts choisis dans chaque province ont été nécessaires pour faire les études de cas, pour formuler des hypothèses concernant les facteurs potentiels favorisant ou constituant un obstacle à ces réformes, et pour documenter les impacts des modèles émergents sur les SPL. Ce matériel de lecture préparatoire, composé d'études de cas et de quelques thèmes de synthèse, a été envoyé à tous les participants avant le forum. Le « Forum d'échange et de synthèse des connaissances sur l'impact des modèles d'organisation des soins de première ligne et de leurs contextes » s'est tenu le 3 novembre 2010, à la Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal.

Cette synthèse des réformes de l'organisation des soins de première ligne dans cinq provinces canadiennes conduit à plusieurs constats concernant l'impact de ces réformes. Notons le rôle du financement et de la rémunération, qui ont une influence double sur le processus de réforme. D'une part, un financement insuffisant ne génère pas assez de fonds pour soutenir l'implantation des différentes composantes des réformes. D'autre part, un financement trop généreux offre un niveau de soutien difficilement viable à long terme et à l'échelle des systèmes, lorsque les effets des réformes s'estompent. Ces deux facteurs opposés ont été identifiés comme obstacles possibles aux réformes. Malgré tout, l'importance d'un financement approprié des soins de première ligne ne peut être passée sous silence. De plus, le rôle des politiques législatives, particulièrement celles redéfinissant le rôle des professionnels de santé autres que les médecins, tels que les infirmières autorisées et les infirmières praticiennes, ont joué un rôle prédominant dans le développement des équipes multidisciplinaires. Néanmoins, l'intégration des soins de première ligne demeure un défi et des problèmes de collaboration entre les cliniques et de coordination des soins avec d'autres services sont encore présents. Tel que révélé par plusieurs enquêtes récentes, notre synthèse souligne que le Canada accuse un retard face aux autres pays dans l'implantation du dossier médical électronique (DME) et l'utilisation des technologies de l'information, dans les cliniques de soins de première ligne. Un autre aspect décalant les provinces canadiennes concerne l'engagement du public et des communautés dans le processus de réforme. Un constat important de cette synthèse est que les contextes provinciaux importent. Alors que des réformes similaires existent à travers le Canada, les

stratégies employées sont variées. Certaines provinces ont adopté une approche basée sur l'implantation de nouveaux modèles d'organisation des soins. D'autres provinces ont opté pour une approche fondée sur la qualité et sur les incitatifs, afin de stimuler les pratiques.

Cette synthèse illustre aussi un manque d'évaluations de l'impact des réformes des soins de première ligne. Jusqu'à présent, les quelques évaluations portant sur les SPL se sont concentrées sur l'implantation de ces réformes. Dans l'ensemble, les évaluations disponibles ont souligné un impact positif des réformes des SPL et ce, en termes d'expérience de soins des patients et de satisfaction de la main-d'œuvre. Ceci devrait stimuler notre enthousiasme envers le potentiel de la poursuite des réformes au cours des prochaines années.

RÉFÉRENCES

Agarwal, G., Idenouye, P., Hilts, L., Risdon, C. (2008). Development of a program for improving interprofessional relationships through intentional conversations in primary care. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 22(4), 432-435.

Agarwal, G. (2009) *Geographies of Family Medicine: Describing the Family Doctor's Practice-Based Landscape of Care in Valorie A. Crooks, Gavin J. Andrews (ed). Primary health care: people, practice, place*, 7-115.

ASSS de Montréal. (2010). *Département Régional de Médecine Générale*. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

<http://www.santemontreal.qc.ca/fr/DRMG/DRMG.html>. Accessed July 2010.

ANCHOR. (2010). *About ANCHOR*. <http://www.anchorproject.ca/AbsPage.aspx?id=2>. Accessed July 2010.

Archibald, T., & Flood, C. (2004). *The Physician Services Committee: The Relationship between the Ontario Medical Association and the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care*. Institute for Research on Public Policy, Working Paper No. 2: Defining the Medicare Basket.

Beaulieu, M. D., Denis, J. L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty J, Hudon, E., Jobin, G., Lamothe L, Gilbert, F., Guay, H., Cyr, G., & Lebeau, R. (2006). *L'implantation des groupes de médecine familiale: le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle*. Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale, Montréal.

Breton, M., Levesque, J. F., Pineault, R., Lamothe, L., & Denis, J. L. (2009). *Integrating Public Health into Local Healthcare Governance in Quebec: Challenges in Combining Population and Organization Perspectives*, *Healthcare Policy*, 4(3), e159-e178.

Cohen, M., Hall, N., Murphy, J., & Priest, A. (2009). *Innovations in Community Care. From Pilot Project to System Change*. Canadian Centre for Policy Alternatives, Vancouver.

CSBE. (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux: État de situation portant sur le système de santé et des services sociaux et sur sa première ligne médicale*. Québec : Gouvernement du Québec.

CDHA. (2010a). *Nursing in your Family Practice, A Program for Family Physicians*. <http://www.cdha.nshealth.ca/default.aspx?page=DocumentRender&doc.Id=913>. Accessed October 2010.

CDHA. (2010b). *Community Health Teams*. [http://www.cdha.nshealth.ca/default.aspx?Page=171 &category.Categories.1=695¢reContent.Id.0=38136](http://www.cdha.nshealth.ca/default.aspx?Page=171&category.Categories.1=695¢reContent.Id.0=38136). Accessed October 2010.

CHSRF. (2010a). *Quality of Healthcare in Canada: A Chartbook*. S. Leatherman & K Sutherland (Eds.) Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation.

CHSRF. (2010b). *Interior Health, British Columbia: Nurse Practitioners in Fee-For-Service Setting. Focus on Advance Practice Nursing*. http://www.chsrf.ca/Pass_It_On/documents/PassItOn-_APN_Interior%20Health_EN_final.pdf. Accessed October 2010.

CIHI. (2009). *Experiences with Primary Health Care in Canada. Analysis in Brief*. http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf. Accessed October 2010.

Divisions BC. (2010). *Divisions of Family Practice*. <http://www.divisionsbc.ca/about>. Accessed October 2010.

Forster, J., Rosser, W., Hennen, B., McAuley, R., Wilson, R., & Grogan, M. (1994). New approach to primary medical care. Nine-point plan for a family practice service. *Canadian Family Physician*, 40, 1523-1530.

Government of British Columbia. (2004). *Towards Better Healthcare for British Columbians*, British Columbia Ministry of Health Services.

Government of British Columbia. (2007). *Primary Healthcare Charter. A collaborative approach*. British Columbia: Ministry of Health Services.

Government of Nova Scotia. (2004). *Strengthening Primary Care in Nova Scotia Communities: Summary of Evaluation Results*. Halifax: Nova Scotia Department of Health.

Government of Nova Scotia. (2010a). *Primary Healthcare*. <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/>. Accessed July 2010.

Government of Nova Scotia. (2010b). *Building a Better Tomorrow Together*. <http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/bbtt.asp>. Accessed October 2010.

Government of Ontario. (2010a). *About LHINs*. http://www.lhins.on.ca/aboutlhin.aspx?ekmensele=e2f22c9a_72_184_btnlink. Accessed July 2010.

Government of Ontario. (2010b). *Community Health Centres*. http://www.health.gov.on.ca/english/public/contact/chc/chc_mn.html. Government of Ontario. Accessed July 2010.

GPSC. (2010). *About Us*. <http://www.gpscbc.ca>. Accessed October 2010.

Graham, L., Sketris, I., Burge, F., & Edwards, L. (2006). The effect of a primary care intervention on management of patients with diabetes and hypertension: a pre-post intervention chart audit. *Healthcare Quarterly*, 9(2), 62-71.

Green, M. E., Hogg, W., Gray, D., Doug, M., Koller, M., Maaten, S., Zhang, Y., & Shortt, S. (2009). Financial and Work Satisfaction: Impacts of Participation in Primary Care Reform on Physicians in Ontario. *Healthcare Policy*. 5(2), e161-e176.

Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M. D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F., & Rodrigue, J. (2008). Practice features associated with patient-reported accessibility, continuity, and coordination of primary healthcare. *Annals of Family Medicine*, 6(2), 116-123.

Hogg, W., Lemelin, J., Moroz, I., Soto, E., & Russell, G. (2008). Improving prevention in primary care: Evaluating the sustainability of outreach facilitation. *Canadian Family Physician*, 54(5),712-720.

Hogg, W., Lemelin, J., Dahrouge, S., Liddy, C., Armstrong, C. D., Legault, F., Dalziel, B., & Zhang, W. (2009). Randomized controlled trial of anticipatory and preventive multidisciplinary team care: for complex patients in a community-based primary care setting. *Canadian Family Physician*, 55(12), e76-e85.

Hutchison, B., Lévesque, J., Strumpf, E., & Coyle, N. (2011). Primary Healthcare in Canada: Systems in Motion. *Milbank Quarterly*, Volume 89(2), 256-88.

Hutchison, B. (2008). À long time coming: primary healthcare renewal in Canada. *HealthcarePapers*, 8(2), 10-24.

Jacobs, J. (2004). *Health-Co-operative: New Glasgow initiative could set precedent*. Canadian Centre for Policy Alternatives.

Available at <http://www.policyalternatives.ca/publications/commentary/health-co-operatives>. Accessed July 2010.

Katz, A. (2008). Primary healthcare renewal in Canada: not there yet. *HealthcarePapers*, 8(2), 34-38.

Katz, A., Bogdanovic, B., & Sooden, R.-A. (2010). *Physician Integrated Network Baseline Evaluation: Linking Electronic Medical Records and Administrative Data*. Winnipeg: Manitoba Centre for Health Policy.

Kirby, M. J. L., et M. Lebreton. (2002). *The Health of Canadians – The Federal Role, volume six : Recommandations for Reform* , The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Ottawa, 2002.

Lamarche, P. A. (2008). Is it really the tail that wags the dog? *HealthcarePapers*, 8(2), 26-32.

Levesque, J.F., Roberge D., Pineault R. (2007). La première ligne de soins: un témoin distant des réformes institutionnelles et hospitalières au Québec? Chapitre 5 dans Le système sociosanitaire au Québec : gouverne, regulation et participation, M-J Fleury, M Tremblay, H. Nguyen, L Bordeleau, eds. Gaëtan Morin éditeur, Chenelière Éducation, p. 63-78.

Levine, D. (2005). A healthcare revolution: Quebec's new model of healthcare. *Healthcare Quarterly*, 8(4), 38-46, 2.

Manitoba Health. (2009). *Physician Integrated Network (PIN). Project Rationale*. <http://www.gov.mb.ca/health/phc/pin/docs/rationale.pdf>. Accessed July 2010.

Manitoba Health. (2010). *Primary Healthcare*. <http://www.gov.mb.ca/health/phc/index.html>. Accessed July 2010.

Martin-Misener, R., McNab, J., Sketris, I. S., & Edwards, L. (2004). Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative. *Nursing Leadership (Tor.Ont.)*, 17(2), 33-45.

McKendry, R., Watson, D. E., Goertzen, D., Reid, R. J., Mooney, D., & Peterson, S. (2006). *Single and Group Practices Among Primary Healthcare Physicians in British Columbia.* Vancouver: UBC Centre for Health Services and Policy Research. <http://www.chspr.ubc.ca/publications?topic=6>. Accessed July 2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2008). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine familiale au Québec*, Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010a). *Local Services Networks and Health and Social Services Centres*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/en/reseau/lrn.php>. Accessed July 2010.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010b). *Groupe de médecine de famille*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?accueil-fr>. Accessed July 2010.

Muldoon, L., Rowan, M. S., Geneau, R., Hogg, W., & Coulson, D. (2006). Models of primary care service delivery in Ontario: why such diversity? *Healthc.Manage.Forum*, 19(4), 18-23.

Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russell, G., & Shortt, M. (2010). Community orientation in primary care practices: Results from the Comparison of Models of Primary Healthcare in Ontario Study. *Canadian Family Physician*, 56(7), 676-683.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2003). *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. http://www.oiiq.org/infirmieres/lois_reglements_pdf/Cahier-explicatif-PL90-5.pdf. Accessed October 2010.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2009). *Infirmières praticiennes spécialisées : un rôle à propulser, une intégration à accélérer – Bilan et perspectives de pérennité (Les)*. Mémoire adopté par le Conseil d'administration de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec le 23 avril 2009, Johanne Lapointe, Hélène D'Anjou, Suzanne Durand, France Laflamme.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (2010). *Création de 500 postes d'infirmières praticiennes spécialisées*. LOIIQ est inquiet du prochain budget. Salle de presse de l'OIIQ, 16 mars 2010. <http://www.oiiq.org/publications/communiques.asp?no=268>. Accessed October 2010.

O'Sullivan, T. L., Fortier, M. S., Faubert, C., Culver, D., Blanchard, C., Reid, R., & Hogg, W. E. (2010). Interdisciplinary physical activity counseling in primary care: a qualitative inquiry of the patient experience. *Journal of Health Psychology*, 15(3), 362-372.

Payne, D. (2005). Nova Scotia cooperative provokes growing interest. *Canadian Family Physician*, 51, 1249-1251.

Pineault, R., Levesque, J. F., Breton, M., Hamel, M., & Roberge, D. (2008). *La première ligne: quel rôle des organisations publiques, privées et mixtes?* In *Le privé dans la santé: Les discours et les faits*, F. Béland et al. (Eds.) Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Pineault, R., Levesque, J. F., Roberge, D., Hamel, M., Lamarche, P., & Haggerty, J. (2010). *L'accessibilité et la continuité des services de santé: une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche soumis aux Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC) et à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)*. Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine.
- Pomey, M. P., Martin, E., & Forest, P. G. (2009). Quebec's Family Medicine Groups: Innovation and Compromise in the Reform of Front-Line Care. *Canadian Political Science Review*, 3(4), 31-46.
- Pottie, K., Farrell, B., Haydt, S., Dolovich, L., Sellors, C., Kennie, N., Hogg, W., & Martin, C. M. (2008). Integrating pharmacists into family practice teams: physicians' perspectives on collaborative care. *Canadian Family Physician*, 54(12), 1714-1717.
- PRA Inc. (2009). *Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN): Phase 1 Summary Report. Prepared for Manitoba Health and Healthy Living*. Winnipeg: PRA Inc. Research & Consulting. <http://www.gov.mb.ca/health/phc/pin/docs/phase1evaluationreport.pdf>. Accessed July 2010.
- Romanow, R.J. (2002) *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Final report of the Commission on the Future of Health Care in Canada, Saskatoon, 118-125
- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L., & Tuna, M. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors, *Annals Family Medicine*, 7(4), 309-318.
- Russell, G., Dahrouge, S., Tuna, M., Hogg, W., Geneau, R., & Gebremichael, G. (2010). Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care, *Family Practice*. 2010 Oct;27(5):535-41. Epub 2010 Jun 9.
- Tourigny, A., Aubin, M., Haggerty, J., Bonin, L., Morin, D., Reinharz, D., Leduc, Y., St Pierre, M., Houle, N., Giguere, A., Benounissa, Z., & Carmichael, P. H. (2010). Patients' perceptions of the quality of care after primary care reform: Family medicine groups in Quebec. *Canadian Family Physician*, 56(7), e273-e282.
- Watson, D. & Wong, S. T. (2005). *Canadian Policy Context: Interdisciplinary Collaboration in Primary Healthcare*, Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Healthcare Initiative, Ottawa. <http://www.chspr.ubc.ca/publications?topic=6>. Accessed July 2010.
- Watson, D., Mooney, D., McKendry, R., Martin, D., McLeod, C., Regan, S., & Wong, S. T. (2009). *On the Road to Renewal: Mapping Primary Healthcare in BC*. UBC Centre for Health Services and Policy Research, Vancouver. <http://www.chspr.ubc.ca/research/phc/mapping/2009>. Accessed July 2010.
- Wilson, R., Horts, S. E. D., & Dorland, J. (2004). *Implementing Primary Care Reform: Barriers and Facilitators*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Wong, S. T. (2009). Supply and Distribution of Primary Healthcare Registered Nurses in British Columbia. *Healthcare Policy*, 5(Sp), 91-104.

Wong, S. T., McDonald, M., Valaitis, R., Kaczorowski, J., Munroe, V., & Blatherwick, J. (2010). *An Environmental Scan of Primary Care and Public Health in the Province of British Columbia: A series Report*. Vancouver: UBC Centre for Health Services and Policy Research, Vancouver. <http://www.chspr.ubc.ca/publications?topic=6>. Accessed July 2010.

Young, R. (2010). Attachment and Integration: collaboration at work. *BC Medical Journal*, 52(5), 246.

ANNEXE

Merci à tous les participants

Québec

Abergel, Frédéric

Direction des Affaires médicales et universitaires
Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal
frederic_abergel@ssss.gouv.qc.ca

Alarie, Françoise

Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal
francoise_alarie@ssss.gouv.qc.ca

Bergeron, Pierre

Institut national de santé publique du Québec
pierre.bergeron@inspq.qc.ca

Borgès Da Silva, Roxane

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
rborges@santepub-mtl.qc.ca

Breton, Mylaine

Université de Sherbrooke
mylaine.breton@usherbrooke.ca

Cariss, Patricia

Direction des affaires intergouvernementales et de la
coopération internationale
Ministère de la Santé et des Services sociaux
patricia.caris@msss.gouv.qc.ca

Côté, José

Université de Montréal
jose.cote@umontreal.ca

Côté, Ginette

Direction de l'Évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
ginette.cote@msss.gouv.qc.ca

Couture, Audrey

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
acouture@santepub-mtl.qc.ca

Des Lauriers, Julie

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
jdeslaur@santepub-mtl.qc.ca

Delaurier, Ashley

Université de Montréal
ashley.delaurier@umontreal.ca

Drouin, Mylène

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
mdrouin@santepub-mtl.qc.ca

Dulude, Serge

Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
sdulude@fmoq.org

Durand, Suzanne

Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
suzanne.durand@oiiq.org

Feldman, Debbie

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
dfeldman@santepub-mtl.qc.ca

Fiset-Laniel, Julie

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
jfiset@santepub-mtl.qc.ca

Francoeur, Danièle

Direction de la Qualité
Ministère de la Santé et des Services sociaux
daniele.francoeur@msss.gouv.qc.ca

Galarneau, Yolaine

Direction de l'Organisation des services de première
ligne intégrés
Ministère de la Santé et des Services sociaux
yolaine.galarneau@msss.gouv.qc.ca

Goulet, François

Collège des médecins du Québec
fgoulet@cmq.org

Grimard, Dominique

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
dgrimard@santepub-mtl.qc.ca

Haggerty, Jeannie

Université McGill
jeannie.haggerty@mcgill.ca

Hamel, Marjolaine

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
mhamel@santepub-mtl.qc.ca

Haydar, Ola

Université de Montréal
ola.haidar@umontreal.ca

Houde, Michelle

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
mhoude@santepub-mtl.qc.ca

Lamarche, Paul

Université de Montréal
paul.lamarche@umontreal.ca

Lanctôt, Christine

Direction de l'Évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
christine.lanctot@msss.gouv.qc.ca

Larouche, Danielle

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
danielle.larouche@umontreal.ca

Lemoine, Odette

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
olemoine@santepub-mtl.qc.ca

Lessard, Richard

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
richard_lessard@ssss.gouv.qc.ca

Levesque, Jean-Frédéric

Institut national de santé publique du Québec
jean-frederic.levesque@inspq.qc.ca

Piché, Jacques

Direction de la Main-d'œuvre médicale
Ministère de la Santé et des Services sociaux
jacques.piche@msss.gouv.qc.ca

Pineault, Raynald

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
rpineaul@santepub-mtl.qc.ca

Provost, Sylvie

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
sprovost@santepub-mtl.qc.ca

Remondin, Martine

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
mremondi@santepub-mtl.qc.ca

Rhéaume, Jacques L.

Direction de la Recherche, de l'innovation et du
transfert des connaissances
Ministère de la Santé et des Services sociaux
jacquesl.rheaume@msss.gouv.qc.ca

Roberge, Danièle

Centre de recherche Hôpital Charles LeMoine
daniele.roberge@usherbrooke.ca

Rodrigue, Jean

Agence de la santé et des services sociaux de la
Montérégie
j.rodrique@rrsss16.gouv.qc.ca

Roper, Mark

Agence de la santé et des services sociaux de
Montréal
mark.roper@mcgill.ca

Roy, Denis A.

Institut national de santé publique du Québec
denis-a.roy@inspq.qc.ca

Salois, Robert

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec
robert.salois@csbe.gouv.qc.ca

Strumpf, Erin

Université McGill
erin.strumpf@mcgill.ca

Thibault, Jacques

Direction de l'Évaluation
Ministère de la Santé et des Services sociaux
jacques.thibault@msss.gouv.qc.ca

Tousignant, Pierre

Direction de santé publique de l'ASSS de Montréal
ptousi@santepub-mtl.qc.ca

Nouvelle-Écosse

Bower, Ian

EHS and Primary Health Care
Nova Scotia Health
ian.bower@gov.ns.ca

Burge, Frederick

Dalhousie University
fred.burge@dal.ca

Edwards, Lynn

Primary Health Care
Capital District Health Authority
lynn.edwards@cdha.nshealth.ca

Ontario

Dahrouge, Simone

Elisabeth Bruyère Research Institute
sdahrouge@scohs.on.ca

Fleming, Mary

Primary care
Ontario Ministry of Health and Long term care
mary.fleming@ontario.ca

Hogg, William

Ottawa University
whogg@uottawa.ca

Daniel, Imtiaz

Ontario Health Care Quality Council
imtiaz.daniel@ohqc.ca

Kasperski, Jan

Ontario College of Family Physicians
jk_ocfp@cfpc.ca

Manitoba

Edwards, Jeanette

Primary Health Care and Chronic Diseases
Winnipeg Regional Health Authority
jeanette.edwards@gov.mb.ca

Wasilewski, Barbara

Public Health and Primary Care
Manitoba Health
bwasilewsk@gov.mb.ca

Katz, Alan

Manitoba University
alan_katz@cpe.umanitoba.ca

Alberta

Regehr, Brenda

Primary Care and Chronic Disease Management &
Primary Care Reforms
Alberta Health Services
brenda.regehr@albertahealthservices.ca

Scott, Cathie

Knowledge management & Capacity development
Alberta Health services
cathie.scott@albertahealthservices.ca

Colombie-Britannique

Wong, Sabrina

University of British Columbia
sabrina.wong@nursing.ubc.ca

National

Barclay, Kevin

Fondation canadienne de la recherche sur les services
de santé / Canadian Health Services Research
Foundation
kevin.barclay@fcrss.ca

Russell, Storm

Primary Healthcare
Santé Canada / Health Canada
storm.russell@hc-sc.gc.ca

Dawson, Heather

Conseil Canadien de la Santé /
Health Council of Canada
hdawson@healthcouncilcanada.ca

Tipper, Brenda

Institut canadien d'information sur la santé /
Canadian Institute for Health Information
phc@cihi.ca

Law, Susan

Centre Hospitalier de St. Mary /
St-Mary's Hospital Center
susan.law.chsm@ssss.gouv.qc.ca

Webster, Greg

Institut canadien d'information sur la santé /
Canadian Institute for Health Information
gwebster@cihi.ca

International

Osborne, Robin

Commonwealth Fund
ro@cmwf.org

Mercredi 3 novembre 2010

- 8 h – 8 h 30 **Inscription et accueil**
Dominique Grimard, Audrey Couture – Inscription et accueil des participants au forum à l'entrée de l'amphithéâtre. Distribution de la programmation, des casques d'écoute et de l'assignation des groupes de discussion.
- 8 h 30 – 9 h **Mot de bienvenue**
Jean-Frédéric Levesque – Mot de bienvenue et mise en contexte des réformes de la première ligne médicale au Canada.
- 9 h – 10 h 45 **Présentations**
Frederick Burge Primary care reforms in **Nova Scotia**
Jeannie Haggerty Primary care reforms in **Quebec**
William Hogg Primary care reforms in **Ontario**
Alan Katz Primary care reforms in **Manitoba**
Sabrina Wong Primary care reforms in **British Columbia**

Modération : Jean-Frédéric Levesque – Chaque présentateur aura 15 minutes pour exposer le contexte de réforme de la première ligne médicale dans sa province. Chaque présentation servira à comprendre quelles sont les leçons à retenir de l'expérience de la province et les questions à débattre au cours de la journée. Ces présentations sont basées sur les lectures préparatoires et les études de cas de chaque province.
- 10 h 45 – 11 h **Pause café**
- 11 h – 12 h **Discussion intégrative en groupe**
Modération : Jean-Frédéric Levesque – Discussion intégrative en groupe autour des facteurs associés aux changements et des impacts des nouveaux modèles d'organisation de la première ligne médicale au Canada. Les questions qui devront guider les discussions, ainsi que la formation des équipes sont en page 51. Un capteur d'idées par équipe a été désigné pour prendre des notes sur les échanges du groupe.
- 12 h – 13 h **Dîner**
- 13 h – 14 h 45 **Plénière**
Denis A. Roy – Délibération collective sur les constats émergents autour des aspects organisationnels, des effets et des facteurs associés aux changements. Chaque représentant des groupes prendra la parole afin de rapporter les constats de chacun. Par la suite, une période de délibération collective sera animée par un responsable afin de réagir aux présentations et discussions intégratives de la matinée.
- 14 h 45 – 15 h **Pause café**
- 15 h 15 – 16 h 30 **Panel**
Robin Osborn, Susan Law, Yolaine Galarneau (Qc), Jan Kasperski (Ont.)
Animation : Pierre Tousignant – Mise en contexte des résultats dans une perspective provinciale, nationale et internationale. Quatre invités seront responsables de présenter leurs principaux constats en 5 minutes. Suivra une période de questions et d'échanges entre participants et panélistes.
- 16 h 30 – 17 h **Synthèse de la journée**
Raynald Pineault

Question grid

Section 2: Primary care in ____/Complementary information

1. Do you agree with this statement on primary care in your province? Are there important elements, models or innovations that were not addressed here?
2. Are there other studies and evaluations that have investigated primary care in your province that are not provided with this statement?
3. In your opinion, what are the main research and studies on primary care in your province?
4. In your opinion, what are the main challenges that your province faces in transforming primary care?

Section 3: Factors associated with changes in primary care

1. What are the main studies that have looked at the main factors responsible for the transformation of primary care in your province?
2. What are the main elements that can describe the current socio-political context of primary care reforms in your province? Is the environment of reforms favourable or pessimist?
3. What are factors that have contributed the most to the transformation of primary care delivery in your province? Or inversely, have these factors prevented or impeded transformations?
 - a. Have there been any laws, regulations or policies at the provincial or federal levels that have contributed to transform primary care in your province?
 - b. Are norms and values at the government or professional level been influencing the transformation of primary care in your province? Have professional associations been receptive to changes and have they actively participated in implementing them? Are there any education or continuing education programs that have contributed to change attitudes and shape norms in favour of primary care transformations and performance?
 - c. Have there been any organizations or specific primary care providers that have served as role models in your province? Any organizations or primary care providers that have been playing a leadership role in primary care transformations?
4. Were there any other factors than the ones listed previously that have contributed to or impeded changes in the delivery of primary care in your province?
5. Overall, which of these factors was the most decisive; either positively or negatively? Which factors have been the most favourable? Or inversely, which factors have generated opposition from key stakeholders?

6. Overall, would you say that primary care providers in your province receptive to these transformations? Or inversely, are change resisted by primary care providers?
7. Overall, given what you have said previously, which factors have contributed the most to mobilize health professionals and physicians?
8. Given what you said previously, how would you describe the way changes and innovations were implemented in your province? Were changes voluntary and negotiated or were they rather imposed?
9. In your opinion, why explain your government's choice of strategy in transforming primary care in your province? What explain the choice between implanting new organizational models and implementing changes through quality and performance programs?

Section 4: Impact of changes in primary care

1. What are the main studies that have evaluated the impact of new organizational models and innovations on the health of the population and the delivery of services?
2. Describe the main impact of new organizational models or innovations on the *health of the population*? The impact on the control of various morbidities, on behaviours or unmet health needs?
3. Describe the main impact of new organizational models or innovations on the delivery of primary care?
 - a. What were the main effects on the *accessibility* of primary care services? On geographic accessibility? Extended opening hours? Availability of physicians and registration with a family physician? Extended range of services available?
 - b. What were the main effects on the *comprehensiveness* of primary care services? Availability of mental health or social work professionals and services? Availability of both clinical and preventive services? Coordination of services with specialists or allied health professionals?
 - c. What were the main effects on the *continuity* of primary care services? Harmonization of services offered? Sharing patient's information? Sequence of services delivered? Contact of patients with professionals?
 - d. What were the main effects on the *responsiveness* of primary care services? On patient's respect? Confidentiality? Information access? Autonomy? Infrastructures quality? Choice of providers? Access to social services? Emergencies? Waiting times moderate?
4. Were there any other important impacts that are worth mentioning here?
5. Overall, what was the most outstanding impact of these new models or innovations?

Section 5: Conclusion

1. Describe what are the main conclusions that can be drawn from your province's experience in primary care reforms?
2. What are the main lessons to be learned from you province's experience? What lessons could be generalized to other contexts?
3. What are the limits of current studies and evaluations of primary care organizational models and innovations? If applicable, what explain the lack of information and data available on the experience of primary care reforms and their impact in your province?
4. In you opinion are the strength and limits of the evidence existing on primary care, factors associated with changes and their impact? What are the limits and validity of the studies you have provided? If applicable, what are the limits and validity of study designs employed and samples generated.

In your opinion, what is the soundness of evidence-based decision making on primary care reforms in you province?

