

Proposition pour la création d'un Institut des soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés des IRSC

Le moment est venu de passer à l'action

L'accessibilité, la réceptivité et la qualité des soins de santé primaires, des soins à domicile et des soins communautaires sont des déterminants clés des expériences de la population canadienne en matière de soins de santé et des résultats. Hugh MacLeod, ancien chef de la direction de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, a récemment publié un document dans lequel il conclut en évoquant lucidement cette réalité : « Les dirigeants du secteur de la santé d'aujourd'hui doivent non seulement bien diriger, mais diriger *différemment*. C'est-à-dire, qu'il faut donc accepter que les moteurs des soins de santé passent des fournisseurs de soins aux individus et aux collectivités ; des hôpitaux aux soins primaires et à domicile et aux soins communautaires ; et de l'accent sur les soins en aval et les soins actifs vers des soins en amont et préventifs, ainsi que sur le mieux-être. »ⁱ

Une recherche de haute qualité qui détermine ce qui est nécessaire pour améliorer le rendement des secteurs des soins primaires, des soins à domicile et des soins communautaires, ainsi que leur intégration les uns avec les autres et avec le système de santé en général est essentielle pour éclairer le développement durable des soins de santé au Canada. Cela dit, malgré des augmentations récentes, les investissements des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans la recherche sur les soins de santé primaires à domicile et en milieu communautaire ne correspondent pas au rôle crucial qu'ils jouent pour répondre aux besoins de santé de la population canadienne. Pour relever ce défi, nous proposons la création d'un Institut des soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés des IRSC.

Pourquoi avons-nous besoin d'un Institut des soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés

En 2008, Barbara Starfield, largement reconnue à l'échelle internationale comme la principale chercheuse en soins de santé primaires du 20^e siècle, écrivait que « L'engagement envers le renforcement des soins primaires semble s'essouffler. L'une des raisons de ce piétinement est le faible investissement dans la recherche et l'évaluation des soins primaires. À cet égard, le Canada a probablement au moins dix ans de retard. Aucun organisme gouvernemental ne se penche sur la création d'une base de connaissances pour la pratique des soins primaires ou n'en assume la responsabilité. »ⁱⁱ

Bien que les investissements dans la recherche et l'évaluation des soins de santé primaires,ⁱⁱⁱ y compris la recherche sur les soins primaires, à domicile et communautaires, aient augmenté au cours de la dernière décennie, la situation décrite par D^r Starfield est fondamentalement inchangée.

Dans son commentaire, la D^e Starfield a souligné la nécessité d'avoir un organisme directeur pour guider le développement continu de la base de connaissances nécessaire pour appuyer les soins primaires à haut rendement. Les IRSC seraient l'organisme tout indiqué pour jouer ce rôle. Toutefois, bien que certains aspects de la recherche sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires soient du ressort des treize instituts des IRSC,^{iv} ils n'ont aucune présence visible, aucune voix cohérente et aucun foyer permanent dans la structure des IRSC.

Une meilleure expérience en matière de soins de santé et de meilleurs résultats pour les Canadiens et Canadiennes

Les principes des soins de santé primaires sont universellement reconnus comme le fondement du système de soins de santé. La Déclaration d’Astana, adoptée lors de la Conférence mondiale sur les soins de santé primaires en octobre 2018, marquant le 40^e anniversaire de la Déclaration d’Alma-Ata, affirme « que le renforcement des soins de santé primaires est l’approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d’un système de santé durable... »^v Les systèmes de santé dotés d’un secteur des soins primaires solide ont de meilleurs résultats de santé, une plus grande équité en santé et, souvent, des coûts de soins de santé moins élevés.^{vi} Une étude canadienne récente a conclu que « l’investissement dans des services de soins primaires efficaces peut aider à réduire le fardeau des soins aigus et les dépenses connexes. »^{vii} Pour la majorité de la population canadienne, un fournisseur de soins primaires réguliers, habituellement un médecin de famille, une infirmière praticienne^{viii} ou infirmier praticien ou une équipe de soins de première ligne, est leur point d’entrée dans le système de soins de santé, fournit la majeure partie de leurs soins de santé, maintient une relation continue avec eux et facilite et coordonne les soins qu’ils reçoivent des autres fournisseurs et institutions. Les soins primaires sont centrés sur la personne plutôt que sur la maladie. La majorité des soins de santé sont dispensés dans le contexte des soins primaires. Par exemple, 46 personnes consultent un médecin en soins primaires pour chaque personne admise à l’hôpital.^{ix}

Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont fait du renforcement des soins primaires, des soins à domicile et des soins communautaires et de leur intégration efficace une priorité essentielle.^x Dans l’Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé de 2017, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu de travailler ensemble pour « diffuser et déployer les modèles de soins à domicile et de soins communautaires fondés sur des données probantes, qui sont davantage intégrés et connectés aux soins de première ligne. »^{xi} Des systèmes solides et coordonnés de soins primaires, à domicile et de soins communautaires sont nécessaires pour soutenir les Canadiens et Canadiennes, souvent des aînés, avec des maladies chroniques complexes, afin qu’ils puissent rester chez eux le plus longtemps possible.

Du point de vue du système de santé, aucun problème de santé — qu’il s’agisse de la santé des Autochtones, de la santé en milieu rural, des toxicomanies, de la santé mentale, des maladies chroniques complexes, de la prescription appropriée, de l’équité ou du contrôle des coûts des soins de santé — ne peut être réglé sans des soins primaires, à domicile et communautaires intégrés, efficaces, efficaces, novateurs et adaptés, fondés sur les meilleures données probantes. Le récent rapport sur l’examen externe des organisations pancanadiennes de santé financées par le gouvernement fédéral recommandait que « Santé Canada devrait confier aux OPS le mandat de s’associer aux provinces et territoires pour accélérer l’émergence de systèmes publics de santé intégrés et complets, axés sur les soins primaires. »^{xii}

Rendement des soins primaires

Les soins primaires au Canada se comparent favorablement à ceux de nos pays pairs à bien des égards. Par exemple, dans l’Enquête internationale de 2017 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes âgés,^{xiii} l’évaluation par les Canadiens et Canadiennes de leurs expériences en soins primaires dépassait la moyenne internationale. Les aînés canadiens étaient plus susceptibles de déclarer que leurs fournisseurs de soins primaires les faisaient participer aux décisions concernant leurs soins, qu’ils

passaient suffisamment de temps avec eux, qu'ils les encourageaient à poser des questions, à expliquer les choses d'une façon facile à comprendre, à leur parler d'activité physique et de saine alimentation et à coordonner les soins qu'ils reçoivent d'autres fournisseurs et endroits. Les Canadiens et Canadiennes estiment que les soins qu'ils reçoivent de leur « cabinet ou clinique de médecin habituel sont considérablement supérieurs à la moyenne internationale ».xiv Toutefois, le Canada est rarement l'un des pays les plus performants et les comparaisons internationales soulèvent d'importantes lacunes,xv en particulier en ce qui concerne l'accès aux soins durant et en dehors des heures normales de bureau ; l'accès aux soins interprofessionnels en équipe ; la fréquence des visites à domicile ; le sentiment des médecins de soins primaires à savoir s'ils sont prêts à prendre en charge les soins aux patients ayant des besoins complexes ; l'utilisation des dossiers médicaux électroniques ; la communication électronique entre les cabinets de soins primaires et leurs patients et les autres fournisseurs de soins de santé ; la mesure du rendement ; l'amélioration continue de la qualité. Les efforts visant à combler ces lacunes doivent s'appuyer sur des études qui évaluent les innovations dans l'organisation et la prestation des soins primaires, ainsi que les méthodes de mise en pratique des résultats de la recherche.

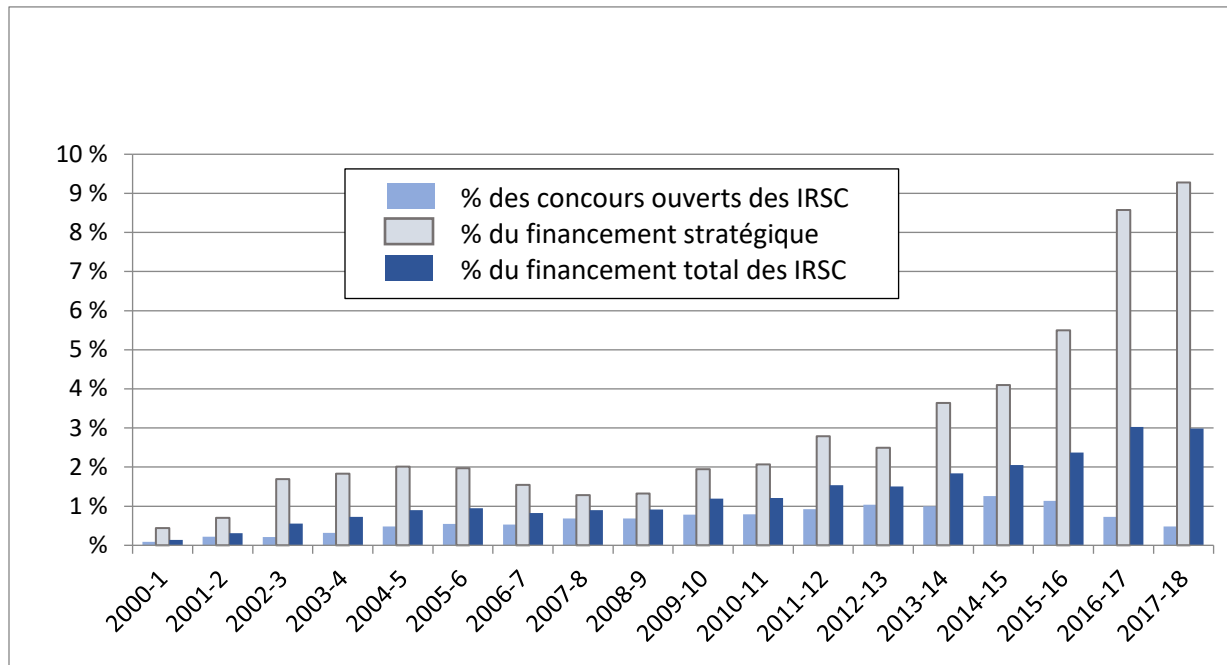
La recherche sur les soins de santé primaires, à domicile et en milieu communautaire au Canada

L'établissement et le maintien de systèmes de santé hautement performants exigent la production soutenue de données probantes de haute qualité dans les domaines des services de santé cliniques et politiques pour éclairer les politiques et les pratiques, y compris la mesure dans laquelle les principes des soins de santé primaires — accessibilité, participation active du public, promotion de la santé et prévention et gestion des maladies chroniques, utilisation des technologies et innovations appropriées, et collaboration et coopération intersectorielle — sont réalisés. À l'heure actuelle, le Canada n'a pas les moyens de produire ces données de recherche de façon durable.

Les IRSC ont géré le financement de la recherche stratégique d'une durée limitée dans le domaine des soins de santé primaires par l'entremise de plusieurs initiatives. Depuis 2003, les IRSC ont fourni un financement sur dix ans, grâce à une subvention de l'Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (ISFRS) des IRSC, un programme de formation interdisciplinaire pancanadien et concerté en recherche sur les soins de santé primaires (TUTOR-PHC) qui porte sur la compréhension et la formation transdisciplinaires de la recherche en santé primaire. En 2012, l'Institut des services et des politiques de la santé de concert avec l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC ont lancé une Initiative Signature : Soins de santé communautaire de première ligne (SSCPL). L'initiative a fourni un soutien financier à douze équipes d'innovation interdisciplinaires et intergouvernementales (plusieurs provinces et territoires) pour mener des recherches et offrir de la formation et du mentorat en recherche. L'accent a été mis sur l'accès aux soins pour les populations vulnérables et sur la prévention et la gestion des maladies chroniques. L'initiative a également fourni une aide salariale à treize nouveaux chercheurs. En 2014, les IRSC ont annoncé la création du Réseau pancanadien de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés dans le cadre de leur Stratégie de recherche axée sur le patient et du programme sur les Soins de santé communautaire de première ligne (SSCPL). La SRAP regroupe divers réseaux provinciaux et territoriaux de soins de santé primaires communautaires et intégrés. Le Réseau pancanadien se concentre d'abord sur les personnes ayant des besoins complexes en matière de santé. Comme le montre la Figure 1,xvi bien que ces initiatives aient entraîné une augmentation du financement des IRSC pour la recherche en soins de santé primaires, cet état est principalement attribuable à l'augmentation spectaculaire du financement stratégique à durée limitée plutôt qu'au financement dans le cadre des concours ouverts de subventions, qui, à son apogée, représentait 1,26 % du financement ouvert en 2014-15. À son sommet, le financement total de la recherche

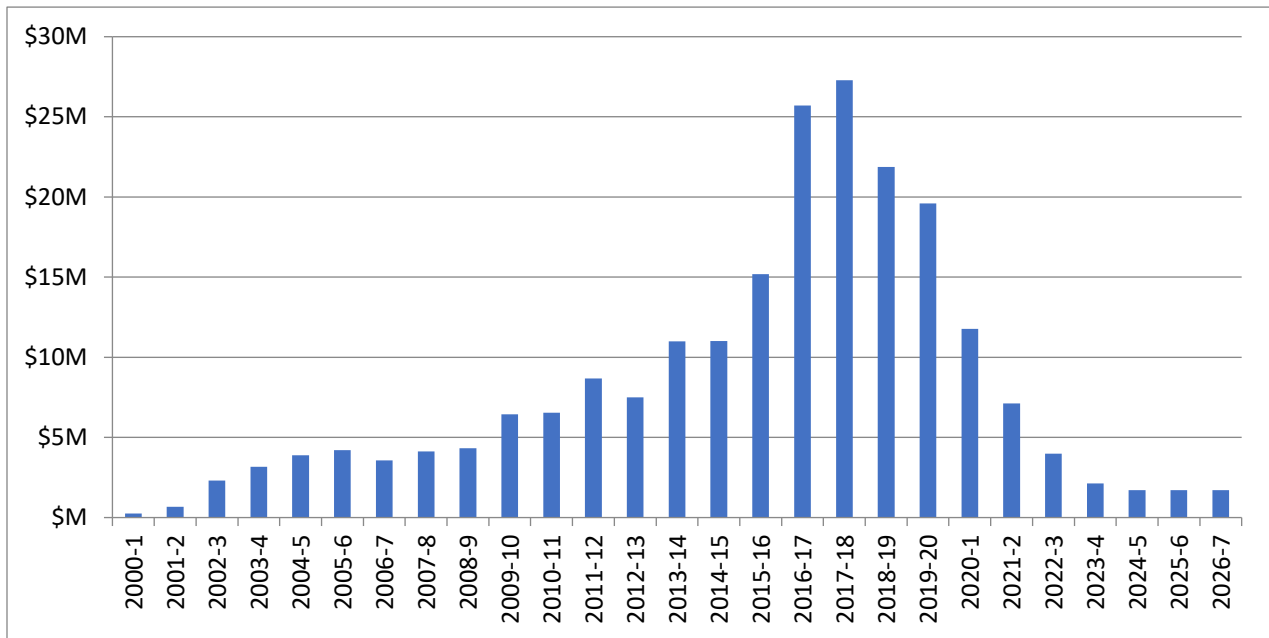
en soins de santé primaires ne représentait que 3 % du financement total de la recherche des IRSC en 2016-2017 et 2017-2018.

Figure 1 : Part du financement des IRSC accordé aux soins de santé primaires



Les initiatives ciblées des IRSC, ainsi que celles d'autres organismes provinciaux et territoriaux, ont donné lieu à une augmentation substantielle du financement pour la recherche en soins primaires, de la capacité et des résultats, en particulier dans les services de santé, bien que moins dans la recherche clinique. Elles démontrent clairement l'impact des programmes de financement qui ciblent la recherche en soins de santé primaires et le perfectionnement professionnel. Toutefois, la durée de ces initiatives est limitée et elles ne garantissent pas que la capacité de recherche et la production nécessaire pour appuyer les soins primaires communautaires à haut rendement sera mise au point et maintenue à l'avenir au Canada. Les équipes d'innovation des Soins de santé communautaire de première ligne (SSCPL) et les bourses de la prochaine génération de chercheurs prennent fin. Le financement du Réseau pancanadien de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés pourrait être renouvelé, mais il n'est pas actuellement conçu comme une structure permanente. Depuis la fin du financement des IRSC en 2013, TUTOR-PHC a continué ses activités avec un financement considérablement réduit et précaire, offrant de la formation à 12 candidats canadiens par année. La Figure 2^{xvii} illustre la forte baisse prévue du financement stratégique des IRSC pour la recherche en soins de santé primaires au cours des prochaines années.

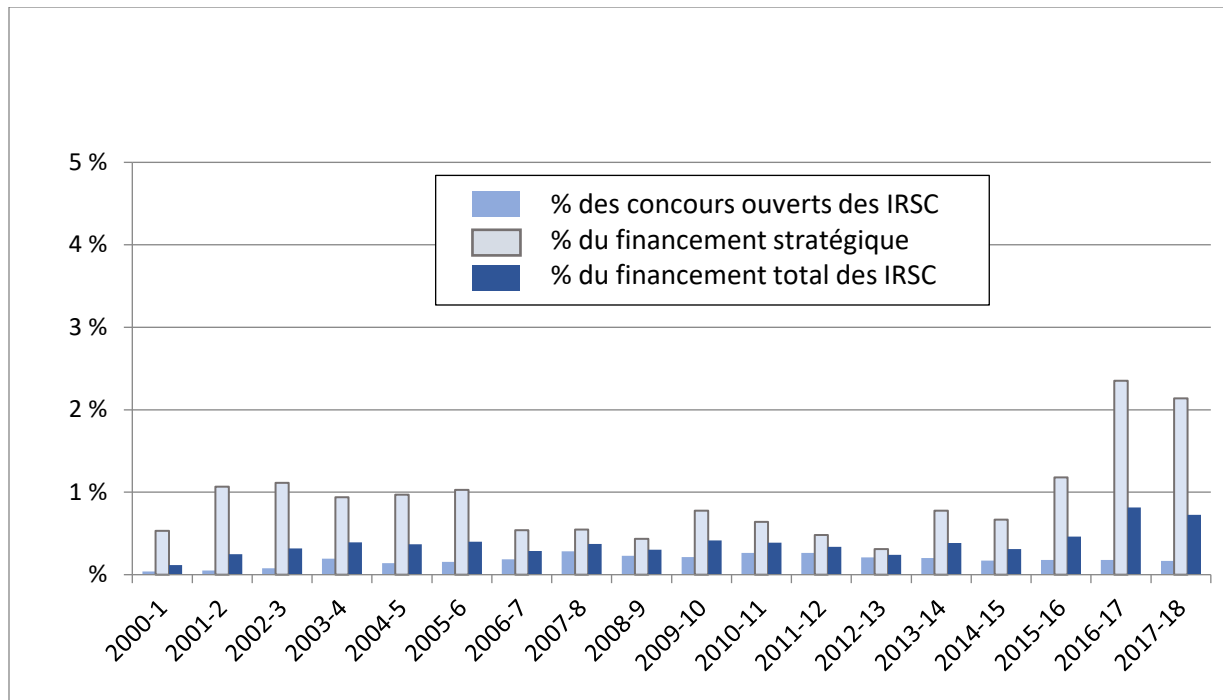
Figure 2 : Financement stratégique en soins de santé primaires



Dans le concours de subventions de projets de l'automne 2018 des IRSC, seulement cinq des 371 projets financés (1,3 %) mentionnaient les termes « soins primaires, soins de santé primaires, médecine de famille, pratique générale ou médecine familiale » dans le titre, le résumé ou les mots clés. Le thème principal était « Systèmes/services de santé » pour quatre de ces projets et « Santé sociale, culturelle, environnementale et de la population » pour le reste. Ensemble, les cinq projets ont reçu 1 % du financement accordé dans le cadre de ce concours.

La tendance générale est semblable pour le financement des IRSC pour la recherche sur les soins de santé à domicile et les soins communautaires, mais à un niveau beaucoup plus bas (Figure 3).^{xviii} Le financement ouvert des IRSC pour la recherche sur les soins de santé à domicile et les soins communautaires est demeuré stable depuis le début des années 2000, constamment sous la barre du 0,3 % du total du financement des IRSC. La majeure partie du soutien des IRSC à la recherche sur les soins de santé à domicile et les soins communautaires a été fournie par l'entremise de subventions stratégiques. Le financement ouvert et stratégique combiné des IRSC pour la recherche sur les soins de santé à domicile et les soins communautaires en pourcentage du financement total des subventions des IRSC a atteint un sommet de 0,8 % en 2016-2017. Les engagements financiers stratégiques des IRSC à l'égard de la recherche sur les soins de santé à domicile et les soins communautaires devraient diminuer rapidement au cours des prochaines années, pour se terminer en 2022-23.

Figure 3 : Part du financement des IRSC accordé aux soins à domicile et aux soins communautaires



Dans le concours ouvert de subventions de l'automne 2018, trois des 371 projets financés comportaient les termes « soins à domicile, soins communautaires ou services de soutien communautaire » dans le titre, le résumé ou les mots clés, dont deux figuraient parmi les cinq projets en soins primaires. Au total, six projets (1,6 %) portant sur les soins de santé primaires, les soins à domicile et les soins communautaires ont été retenus et ont reçu 1,2 % du financement accordé dans le cadre du concours de l'automne 2018.

En 2017-2018 (qui comprend les concours de l'automne 2017 et du printemps 2018), la recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires a reçu 0,6 % du financement du programme ouvert et 3,6 % du financement total des IRSC.^{xi} Cette part des ressources de recherche semble extraordinairement mince compte tenu de la contribution essentielle des soins de santé primaires, à domicile et communautaires à l'expérience des patients, aux résultats pour la santé et au contrôle des coûts des soins de santé, souvent appelés le « triple objectif. »

Les raisons de ce faible niveau de financement ne sont pas claires. Il s'explique en partie par le bassin insuffisant de chercheurs bien formés en soins de santé primaires, à domicile et communautaires, ce qui mène à un faible volume de demandes et une présence limitée en soins de santé primaires, à domicile et communautaires au conseil d'administration, aux comités d'examen des subventions et aux conseils consultatifs des instituts des IRSC.^{xx}

Le problème ne semble pas attribuable à des demandes de faible qualité. Dans le concours ouvert de subventions de 2017-2018, par exemple, le taux de réussite des demandes de soins primaires et communautaires était de 17 %, comparativement à un taux de réussite global de 13 %.^{xxi} De qui ressort, en fait, la stratégie actuelle, qui consiste à appuyer la recherche sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires par l'entremise des instituts actuels, a été largement inefficace, particulièrement la recherche clinique sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires. Cet échec souligne la nécessité de créer un institut consacré aux soins de santé primaires, à domicile et communautaires au sein des IRSC. La faible visibilité des soins de santé primaires aux IRSC contribue sans aucun doute à la perception de

longue date selon laquelle les cliniciens-chercheurs potentiels avaient intérêt à poursuivre une spécialité clinique autre que la médecine familiale et rend la recherche axée sur les soins primaires, à domicile et communautaires peu attrayante pour les stagiaires en recherche dans d'autres disciplines.

Les politiques et les pratiques en matière de soins de santé primaires, à domicile et communautaires fondées sur des données probantes doivent s'appuyer sur la recherche menée à l'interface de la communauté et du système de soins de santé. Pour étayer cette recherche, deux développements interreliés sont nécessaires : l'expansion et le soutien des réseaux de recherche axés sur la pratique en soins primaires (RRBP) et le développement de la capacité de collecte, d'arrimage et d'analyse des données sur la structure, les processus et les résultats des soins de santé primaires, à domicile et communautaires. Un institut des soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés des IRSC pourrait catalyser, coordonner et appuyer le développement futur des RRBP et de l'infrastructure de données sur les soins de santé primaires.

Réseaux de recherche basés dans la pratique

Les réseaux de recherche basés dans la pratique (RRBP) sont des réseaux locaux ou, plus souvent, régionaux de pratiques de soins primaires dont le but est de stimuler le développement d'une recherche qui reflète les défis et le contexte de la pratique des soins primaires. De nombreux pays ont investi dans les RRBP, notamment l'Australie, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis. Aux États-Unis, la Agency for Health Care Research and Quality a assumé le financement de l'infrastructure des RRBP de 2000 à 2017. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, où le développement des RRBP a été le plus répandu, les RRBP sont impliqués dans un large éventail d'activités, dont l'identification des priorités de recherche axées sur le patient ; la recherche épidémiologique, clinique et sur les services de santé ; la formation en recherche ; l'amélioration continue de la qualité ; la diffusion et le transfert des connaissances.^{xxii} Les RRBP offrent un modèle interactif de production et d'utilisation des connaissances et peuvent servir de communautés d'apprentissage et de moteurs de l'amélioration continue de la qualité.^{xxiii} Bien que la taille, la portée des activités et l'importance des RRBP varient, bon nombre d'entre eux se joignent à d'autres réseaux pour créer des fédérations ou des consortiums de RRBP,^{xxiv} établissant ainsi des liens entre la recherche et l'amélioration continue de la qualité, et établissant des partenariats entre les secteurs de la santé et les organisations communautaires. Ce faisant, ils passent de réseaux de recherche à réseaux d'apprentissage et à des systèmes d'apprentissage en santé.

Les RRBP offrent un cadre idéal pour étudier les processus et les résultats des soins primaires, y compris les essais cliniques pragmatiques de médicaments et d'autres interventions en soins de santé.^{xxv} En général, les essais cliniques ont été menés dans des établissements de soins secondaires et tertiaires spécialisés. Les personnes incluses dans ces études représentent habituellement un spectre plus étroit que les patients qui se présentent dans le contexte des soins primaires. Par conséquent, les résultats de ces essais tendent à surestimer l'efficacité du traitement, se traduisent mal pour les patients vus dans les établissements de soins primaires et peuvent exposer les patients à des soins inappropriés qui sont souvent coûteux et parfois nuisibles.^{xxvi} En revanche, les essais fondés sur la pratique des soins primaires sont plus pertinents et applicables dans le contexte des soins primaires. Cette réalité est reflétée dans le précepte : « une pratique fondée sur des données probantes exige des données probantes fondées sur la pratique ». Notons que sur les 66 projets dont le thème principal était « clinique », financés dans le cadre du concours de subventions de projets de l'automne 2018 des IRSC, un seul était axé ou fondé sur les soins primaires.

Au Canada, il existe actuellement quinze RRBP répartis dans sept provinces et un territoire, qui regroupent 1 189 médecins de famille et équipes interprofessionnelles de soins primaires dans 217 sites et plus de 1,5 million de patients. Par contre, sans exception, ils ne disposent pas du financement et de l'infrastructure

qui leur permettraient d'atteindre leur plein potentiel. Leur manque de ressources étouffe leur capacité de croître et de faire participer leurs membres à la détermination des priorités de recherche, de mener de la recherche sur les défis locaux et pancanadiens en matière de soins de santé et de jouer un rôle dans l'amélioration des politiques et des pratiques aux paliers local, régional et provincial. L'appui des bailleurs de fonds fédéraux, provinciaux et territoriaux pour la recherche sur les RRBP — nouveaux et élargis — et pour les mécanismes de coordination des activités de recherche entre les RRBP pourrait générer une recherche innovatrice intergouvernementale allant des essais cliniques aux études comparatives sur le financement, à l'organisation et à la prestation des soins de santé primaires, à domicile et communautaires, y compris les modèles intégrés de prestation des soins de santé.

Infrastructure de données sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires

Les données sur la structure, les processus et les résultats des soins de santé primaires, à domicile et communautaires — y compris l'expérience déclarée par les patients et les résultats^{xxvii} — sont essentielles pour éclairer la prise de décisions au niveau de la pratique et du système et pour permettre la recherche en soins de santé primaires, communautaires et à domicile. Dans le secteur des soins primaires, les systèmes de collecte, de partage, d'arrimage, d'analyse et de diffusion des données sur les pratiques et les systèmes sont malheureusement sous-développés. Ces systèmes doivent intégrer les données cliniques tirées des dossiers médicaux électroniques, les données déclarées par les patients et les données sur les fournisseurs, les organisations, l'utilisation des soins de santé et les coûts. Cette capacité est cruciale non seulement pour étayer la recherche, mais aussi pour éclairer la planification des soins de santé, l'élaboration des politiques, la gestion et l'amélioration de la qualité. En fin de compte, l'objectif devrait être de recueillir et d'assembler des données de tous les milieux de soins primaires, liées aux données sur la santé provenant du domicile, des soins secondaires et de longue durée et d'autres sources,^{xxviii} tout en assurant une protection adéquate de la vie privée. La mise en place de cette infrastructure de données permettra de mesurer de nombreux résultats de recherche clé à l'aide de données recueillies régulièrement plutôt qu'à l'aide de processus de collecte de données propres à un projet, ce qui réduira considérablement les coûts de la recherche clinique et de la recherche sur les services de santé, tout en offrant « une généralisabilité presque parfaite. »^{xxix} McCord et Hemkens (2019) soutiennent « qu'une telle approche transformerait l'évaluation des interventions en soins de santé en permettant l'apprentissage continu à partir d'une série d'évaluations systématiques des variations des procédures et des politiques de soins de santé, avec des informations agrégées et partagées continuellement ajoutées dans les systèmes originaux (le « système d'apprentissage en soins de santé »), et en permettant une amélioration rapide des soins cliniques, des services et du système de santé. »^{xxx}

Services de santé pour les collectivités rurales et éloignées

Les Canadiens et Canadiennes qui vivent en régions rurales et éloignées obtiennent difficilement l'accès en temps opportun à des services de santé appropriés. Les services de santé disponibles localement sont souvent limités ; par exemple, les populations rurales représentent 18 % de la population canadienne, mais ne sont desservies que par 8 % des médecins.^{xxxi} L'obtention des soins nécessaires à l'extérieur de la communauté est un défi sur les plans géographique, organisationnel et social. Il existe un besoin criant pour des recherches afin de cerner les besoins en soins de santé de la population canadienne des milieux ruraux et pour élaborer et évaluer des modèles de soins axés sur le patient, la famille et la collectivité qui fournissent les bons soins au bon endroit et au bon moment. Un institut des soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés pourrait diriger et coordonner la production et l'application d'une telle recherche. L'Institut de la santé des Autochtones serait un partenaire naturel dans ce travail.

Un institut des IRSC sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés

Nous croyons qu'un nouvel institut au sein des IRSC appuierait la production continue de données probantes nécessaires pour relever les défis actuels et futurs liés à l'établissement et au maintien de secteurs de soins de santé primaires, communautaires et à domicile robustes au Canada. Nous incluons les soins de santé à domicile et les soins communautaires en raison de leur importance dans le système de santé, de leurs liens étroits avec les soins primaires et du faible niveau de soutien des IRSC. Les soins à domicile, les soins communautaires et les soins primaires sont des partenaires naturels dans la prestation de soins et de soutien essentiels au nombre important et croissant de Canadiens et Canadiennes atteints de maladies chroniques complexes et à leurs aidants naturels. En collaboration avec les partenaires provinciaux et territoriaux, l'institut pourrait refléter une vue d'ensemble de l'état des soins de santé primaires, à domicile et communautaires et de leur intégration entre eux et avec les autres secteurs afin de déterminer et de promouvoir des initiatives de recherche stratégique qui amélioreront le rendement et les résultats du système de santé. L'institut serait bien placé pour diriger et faciliter la prochaine itération du Réseau pancanadien de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés.

Les soins de santé primaires, à domicile et communautaires constituent le fondement du système de soins de santé au Canada et ils évoluent à un rythme accéléré dans les provinces et les territoires. Pour répondre aux besoins de la population canadienne en matière de soins de santé, ces secteurs doivent être renforcés et continuellement améliorés à partir de données probantes locales directement applicables à l'environnement canadien des soins de santé. La création d'un nouvel institut des IRSC aiderait à assurer la production et l'application soutenues des connaissances issues de la recherche nécessaires pour appuyer les soins de santé primaires, à domicile et communautaires hautement performants au Canada. Le programme de recherche de l'institut devrait porter sur l'éventail complet de la recherche clinique sur les services de santé, sur les politiques et sur le transfert du savoir dans les soins de santé primaires, à domicile et communautaires.

Le champ d'activité de l'institut proposé chevaucherait clairement celui d'autres instituts, comme c'est déjà le cas pour les instituts actuels. Nous considérons ce chevauchement comme une occasion d'établir des partenariats fructueux avec les instituts établis, plutôt que comme un argument en faveur du statu quo. Au cours des dernières années, l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS), en partenariat avec l'Institut de la santé publique et des populations, s'est fait le champion de la recherche communautaire sur les soins de santé primaires dans le cadre de l'Initiative Signature : Soins de santé communautaires de première ligne, un partenariat financier stratégique avec d'autres instituts, qui tire maintenant à sa fin. Cette initiative a stimulé la recherche sur les services et les politiques de santé, mais, comme on pouvait s'y attendre, elle n'a pas permis de combler le manque de recherche clinique axée sur les soins primaires, à domicile et communautaires. L'institut proposé, en partenariat avec d'autres instituts, pourrait combler cette lacune. À l'avenir, l'Institut des services et des politiques de la santé serait un partenaire naturel pour les nouvelles initiatives stratégiques liées aux services de santé et aux défis stratégiques en matière de soins primaires, à domicile et communautaires.

Au cours de la dernière décennie, le Canada a formé une cohorte solide (mais encore petite) de chercheurs en soins de santé primaires, à domicile et communautaires, hautement productifs et reconnus à l'échelle internationale, qui forment et encadrent maintenant de nouvelles générations de chercheurs. Leurs travaux sont publiés dans des revues à fort impact et ont une influence sur les politiques et les pratiques au Canada et à l'étranger. Dans un environnement favorable, ces chercheurs exceptionnels sont bien placés pour propulser

la recherche canadienne en soins de santé primaires, à domicile et communautaires au plus haut niveau international. La présence d'un institut des soins de santé intégrés, primaires, à domicile et communautaires enverrait un signal clair à la prochaine génération de chercheurs en santé, tant cliniques que non cliniques, quant à la viabilité d'une carrière en recherche axée sur les soins de santé primaires et/ou les soins à domicile et communautaires.

Renforcer la recherche sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires

Même si nous sommes convaincus qu'un nouvel institut des IRSC est nécessaire pour répondre aux besoins et relever les défis que nous avons cernés, les IRSC peuvent prendre des mesures pour inciter la création et l'application de la recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires qui amélioreraient la santé de la population canadienne et l'efficacité de nos systèmes de santé, peu importe si un nouvel institut est établi ou non, par :

1. De nouvelles initiatives de financement stratégique pour aborder les questions prioritaires en matière de soins de santé primaires, à domicile et communautaires, y compris la recherche axée sur les soins de santé pour les Canadiens et Canadiennes vivant dans les régions rurales et éloignées. Conformément à l'objectif des IRSC d'élaborer « un programme intégré de recherche en matière de santé, qui reflète les besoins nouveaux de la population canadienne en matière de santé et l'évolution du système de santé et facilite la prise de décisions de principe touchant le domaine de la santé », ^{xxxii} nous recommandons un processus pour déterminer les priorités stratégiques de recherche qui fait participer les patients, les fournisseurs de soins, les citoyens, les cliniciens et les décideurs du système de santé.
2. L'élaboration d'une stratégie de formation et de soutien professionnel pour la recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires. Cette stratégie pourrait s'appuyer sur le succès d'initiatives de formation antérieures axées sur les soins de santé primaires communautaires, y compris TUTOR-PHC, qui, au départ, était financé par l'Initiative stratégique pour la formation en recherche dans le domaine de la santé (ISFRS) des IRSC.
3. Le suivi systématique des demandes de soins de santé primaires et communautaires, des taux de réussite et du financement dans le cadre des concours ouverts de subventions des IRSC.
4. Un financement continu du Réseau pancanadien de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés avec les modifications appropriées basées sur les cinq premières années d'expérience, y compris : a) l'établissement officiel d'un modèle de leadership quadripartite (patients/soignants/citoyens, cliniciens, décideurs et chercheurs) ; b) l'élaboration d'une structure de gouvernance pancanadienne qui permettrait de déterminer et d'appuyer les priorités de recherche globales qui sont partagées entre plusieurs provinces et territoires ; ^{xxxiii} c) un accent plus marqué sur l'amélioration du rendement dans la pratique ; et d) la réévaluation des exigences en ce qui concerne le jumelage 1:1 des fonds des IRSC avec des sources non fédérales, ce qui a été un obstacle à l'organisation de projets qui, avec une exigence moindre en matière d'appariement, aurait pu apporter une contribution importante aux politiques et aux pratiques.
5. Une meilleure intégration des points de vue des soins de santé primaires, à domicile et communautaires au conseil d'administration, aux conseils consultatifs des instituts et aux comités d'examen des demandes de subvention.

6. Une collaboration avec les bailleurs de fonds provinciaux et d'autres intervenants pour planifier et soutenir le développement d'une infrastructure durable pour : a) les RRBP et leur évolution vers des systèmes d'apprentissage en santé ; b) la collecte, l'intégration et l'accès aux données en soins de santé primaires, à domicile et communautaires, y compris leur intégration dans la plateforme canadienne de données SRAP et leur arrimage avec d'autres données sur la santé ; et c) une enquête pancanadienne ou des enquêtes provinciales et territoriales coordonnées, semblables à celle du sondage National Health Service GP Patient Survey au Royaume-Uni, qui fournirait des données sur l'expérience du patient aux paliers local, régional, provincial et national pour appuyer la recherche et la planification, la gestion et l'évaluation en pratique de soins primaires. Le leadership des IRSC dans le développement de cette infrastructure vitale cadre avec son objectif d'exercer « un leadership dans les milieux canadiens de la recherche et l'encouragement à la collaboration avec les provinces ainsi que les personnes et organismes au Canada et à l'étranger ». ^{xxxiv}

Ensemble, ces initiatives répondraient au mandat des IRSC « d'exceller... dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé » ainsi que de renforcer des capacités de recherche dans des régions sous-développées, ^{xxxv} et à leur objectif de « renforcer des capacités de la communauté de la recherche en matière de santé au Canada, en offrant et en appuyant de façon soutenue la poursuite de carrières scientifiques dans la recherche en matière de santé. » ^{xxxvi}

La mise en œuvre de cet ensemble d'initiatives ne devrait pas être considérée comme une solution de rechange à la création d'un institut des soins de santé primaires, à domicile et communautaires intégrés. La valeur ajoutée d'un institut comprend :

- Souligner la valeur et l'importance de la recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires auprès des chercheurs, stagiaires de recherche, bailleurs de fonds de la recherche, décideurs en santé et cliniciens.
- Fournir une structure pour l'évaluation continue de l'état de la recherche sur les soins de santé primaires, à domicile et communautaires au Canada par rapport à la santé et aux besoins en soins de santé de la population canadienne.
- Faciliter une approche coordonnée de la production et de l'application dans les politiques et la pratique de la recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires.
- Assurer le soutien de la recherche clinique menée dans le contexte des soins de santé primaires, à domicile et communautaires.
- Assurer la continuité d'un financement stratégique pour la recherche ciblée, la formation en recherche et le soutien professionnel en recherche dans les soins de santé primaires, à domicile et communautaires. En l'absence de l'institut proposé, ce soutien serait versé à la discrétion imprévisible des instituts actuels.
- Favoriser le développement d'un milieu de recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires.

Conclusion

Compte tenu des récentes transitions aux IRSC, à savoir la nomination de nouveaux membres au conseil d'administration, la nomination d'un nouveau président et une augmentation importante du financement des IRSC, le temps est venu pour les IRSC de prendre des mesures décisives pour renforcer la recherche en soins de santé primaires, à domicile et communautaires comme étape critique vers une meilleure expérience pour les Canadiens et Canadiennes, et pour obtenir de meilleurs résultats.

Les partenaires de cette initiative sont d'importants intervenants dans les soins de santé primaires, à domicile et communautaires au Canada. Nous nous sommes réunis, car nous voyons une occasion rare d'améliorer la santé de la population canadienne en renforçant la recherche dans nos secteurs. Nous accueillons favorablement l'occasion de travailler ensemble afin d'explorer l'application de notre proposition et d'obtenir un consensus sur les mesures nécessaires et le calendrier de mise en œuvre.

Personne-ressource pour les organismes collaborateurs

D^r Jose Pereira, directeur de la recherche au Collège des médecins de famille du Canada à JPereira@cfpc.ca.

ⁱ MacLeod H. 2008. Seven “STOPS and STARTS” for Healthcare Transformation. Longwoods. 2018 July. Dans : www.longwoods.com/content/25536.

ⁱⁱ Starfield B. 2008. Primary care in Canada: coming or going? *Healthcare Papers*. 8:58-62.

ⁱⁱⁱ Santé Canada définit les soins de santé primaires comme « une approche de la santé et une gamme de services qui vont au-delà du système de soins de santé traditionnel, ce qui comprend tous les services qui touchent à la santé, comme le revenu, l'hébergement, l'éducation et l'environnement. Les soins primaires constituent un élément au sein des soins de santé primaires. Ils se concentrent sur les services de soins de santé, dont la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures, ainsi que le diagnostic et le traitement des blessures et des maladies. » De plus, « Les soins de santé primaires jouent une double fonction au sein du système de soins de santé : la prestation directe de services de premier contact et une fonction de coordination pour s'assurer de la continuité et de la facilité de mouvement dans tout le système. Dans : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-sante-primaires/propos-soins-sante-primaires.html>

Barbara Starfield définit les soins primaires comme « le niveau d'un système de service de santé qui fournit une porte d'entrée pour tous les nouveaux besoins et problèmes, offre des soins centrés sur la personne (et non pas sur la maladie) à long terme, fournit des soins pour tous sauf les problèmes très peu courants ou les conditions irrégulières, et intègre les soins offerts ailleurs, par d'autres.» Traduction libre de Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology, 2nd Ed.* New York, NY: Oxford University Press, 1998:8-9.

^{iv} Les IRSC comptent actuellement 13 instituts : Vieillesse, Cancer, Santé circulatoire et respiratoire, Santé des femmes et des hommes, Génétique, Services et politiques de santé, Développement et Santé des enfants et des adolescents, Santé des Autochtones, Maladies infectieuses et immunitaires, Appareil locomoteur et Arthrite, Neurosciences, Santé mentale et Toxicomanies, Nutrition, Métabolisme et Diabète, Santé publique et des populations. Les instituts sont virtuels plutôt que physiques. Ils relient les chercheurs et qui les soutiennent dans leurs domaines et favorisent des partenariats et des collaborations entre chercheurs, professionnels de la santé et décideurs.

^v Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance. Déclaration d'Astana. Rapport présenté à la Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan, 25-26 octobre, 2018.

- ^{vi} Mansfield CJ, J.L. Wilson, E.J. Kobrinski, J. Mitchell. 1999. Premature mortality in the United States: the roles of geographic area, socioeconomic status, household type, and availability of medical care. *American Journal of Public Health*. 89:893-8.
- Campbell RJ, A.M. Ramirez, K. Perez, R.G. Roetzheim. 2003. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Family Medicine*. 35:60-4.
- Gulliford MC. 2002. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? *Journal of Public Health Medicine*. 24:252-4.
- Jarman B, S. Gault, B. Alves, A. Hider, S. Dolan, A. Cook, B. Hurwitz, and L.I. Iezzoni. 1991. Explaining differences in English hospital death rates using routinely collected data. *British Medical Journal*. 318:1515-20.
- Franks P. K. Fiscella. 1998. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*. 47:105-9.
- Mark DH, M S. Gottlieb, B.B Zellner, V.K. Chetty, J.E. Midtling. 1996. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. *Journal of Family Practice*. 43:33-9.
- Welch W.P., M.E. Miller, H.G. Welch, E.S. Fisher, J.E. Wennberg. 1993. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *New England Journal of Medicine*. 328:621-7.
- Rosser W.W. 1996. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: Is there a difference? *Journal of Family Practice*. 42:139-44.
- Whittle J, D. J. Lin, J.R. Lave, M.J. Fine, K M. Delaney, D.Z. Joyce, W.W. Young, and W N. Kapoor. 1998. Relationship of provider characteristics to outcomes, process, and costs of care for community-acquired pneumonia. *Medical Care*. 36:977-87.
- Shi L. 1999. Experience of primary care by racial and ethnic groups in the United States. *Medical Care*. 37:1068-77.
- Shi L, and B. Starfield. 2000. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *International Journal of Health Services*. 30:541-55.
- Politzer RM, J. Yoon, L. Shi, R G. Hughes, J. Regan, M.H. Gaston. 2001. Inequality in America: the contribution of health centers in reducing and eliminating disparities in access to care. *Medical Care Research Review*. 58:234-48.
- Britton A.M. Shipley, M. Marmot, H. Hemingway. 2004. Does access to cardiac investigation and treatment contribute to social and ethnic differences in coronary heart disease? Whitehall II Prospective Cohort Study. *British Medical Journal*. 329:318-23.
- Agency for Healthcare Research and Quality. 2004. *2004 National Healthcare Disparities Report*. AHRQ Publication no. 05-0014. Rockville, Md.
- Piérard E. 2009. The effect of physician supply on health status as measured in the NPHS. Waterloo, ON: Department of Economics, University of Waterloo; 2009. Waterloo Economics Series: Working paper #09-01. Department of Economics, University of Waterloo.
- Guttman A, S.A Shipman, K. Lam, D.C. Goodman, and T.A. Stukel. 2010. Primary care physician supply and children's health care use, access, and outcomes: findings from Canada. *Pediatrics*. 125:1119-26.
- Kringos DS, W. Boerma, J.v.d. Zee, and P. Groenewegen. 2013. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 32:686-94.
- Tu J, A. Chu, L. Maclagan, P.C. Austin, S. Johnston, et al. 2017. Regional variations in ambulatory care and incidence of cardiovascular events. *CMAJ*. 189: E494-501. Doi:10.1503/cmaj.160823.
- ^{vii} Rahman F, J. Guan, R.H. Glazier, A. Brown, A.S. Bierman, R. Croxford, and T. Stukel. 2018. Association between quality domains and health care spending across physician networks. *PLoS One*. 14(4):e0195222. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195222>.

L'étude a examiné les indicateurs de la qualité et les dépenses en santé par habitant dans 77 réseaux virtuels de médecins en Ontario. Les réseaux représentent des groupes de médecins en soins primaires et de

spécialistes qui partagent les soins pour un groupe commun de patient et admettent des patients au même hôpital. Les chercheurs ont découvert un lien entre des dépenses publiques plus élevées pour les soins primaires offerts aux patients externes et un taux plus faible d'hospitalisation évitables, un taux plus élevé de transferts de patients dans la communauté en temps opportun et des taux plus faibles de réadmission.

^{viii} Les infirmières praticiennes sont les principaux fournisseurs de soins de santé primaires pour plus de trois millions de Canadiens et Canadiennes.

^{ix} Jaakkimainen, L., R. Upshur, J. Klein-Geltink, A. Leong, S. Maaten, S. Schultz, and L. Wang. 2006, Primary Care in the Health System. Dans. L. Jaakkimainen, et collab. *Primary Care in Ontario* (Chapter 1). Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences.

^x Santé Canada définit les soins à domicile et les soins communautaires » comme des termes « utilisés afin de décrire les programmes qui aident les personnes à recevoir des soins chez elles plutôt que dans un hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, et à vivre de façon aussi autonome que possible dans la collectivité. Les soins à domicile et les soins communautaires sont dispensés par des professionnels agréés (p. ex. des infirmières), des intervenants non agréés, des bénévoles et des aidants naturels. Les objectifs des soins à domicile et des soins communautaires sont :

- aider une personne à conserver ou à améliorer son état de santé ou sa qualité de vie;
- aider la personne à demeurer aussi autonome que possible;
- aider la famille à faire face aux besoins en soins de santé d'un membre de la famille;
- aider la personne à rester ou à retourner chez elle et à y recevoir les traitements, les soins de réadaptation ou les soins palliatifs nécessaires;
- fournir aux aidants naturels le soutien dont ils ont besoin.

Dans : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-domicile-et-soins-continus/soins-domicile-et-soins-communautaires.html>

Les soins à domicile sont un éventail de services de santé et de soutien dispensés au domicile, dans les collectivités de retraités, les foyers de groupe et d'autres milieux communautaires à des personnes qui ont besoin de soins de santé actifs, chroniques, palliatifs ou de réadaptation. Les programmes de soins à domicile financés par l'État offrent des services d'évaluation, d'éducation et d'intervention thérapeutique (soins infirmiers et de réadaptation), des services d'aide pour les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne et des services de relève et de soutien des aidants. (Association canadienne de soins et services à domicile). Un aidant (aussi appelé proche aidant ou aidant familial) est une personne qui investit de son temps, sans rémunération, à fournir des soins à une personne qui a besoin d'aide en raison d'une maladie physique ou cognitive, d'une blessure ou d'une maladie chronique qui limite l'espérance de vie. (Aidants Canada)

^{xi} Ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé. 2017. *Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé*. Dans : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/ententes-en-matiere-de-sante/principes-priorites-partagees-sante.html>

^{xii} Forest, PG, et D. Martin. 2018. *Ajustées à l'objectif : Observations et recommandations de l'examen externe des organisations pancanadiennes de santé* Ottawa : Gouvernement du Canada. Dans : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/observations-recommandations-examen-externe-organisations-pancanadiennes-sante.html>

Les OPS inclus dans cette étude sont : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, Institut canadien d'information sur la santé, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Inforoute Santé du Canada, Institut canadien pour la sécurité des patients, Partenariat canadien contre le cancer, Commission de la santé mentale du Canada.

^{xiii} Institut canadien d'information sur la santé. 2018. *Résultats du Canada : Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des adultes âgés*. Ottawa, ON : ICIS.

^{xiv} Institut canadien d'information sur la santé. 2017. *Résultats du Canada : Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays*. Ottawa, ON : ICIS.

L'enquête porte sur les points de vue et les expériences des adultes (18 ans et plus) dans onze pays développés : Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis.

^{xv} Osborn R, M.M. Doty, D. Moulds, D.O. Sarnak, A. Shah. 2017. Older Americans Were Sicker And Faced More Financial Barriers To Health Care Than Counterparts In Other Countries. *Health Affairs*. 36:2123-2132.
 Osborn R, D. Squires, M.M. Doty, D.O. Sarnak, E.C. Schneider. 2016. Dans : New Survey Of Eleven Countries, US Adults Still Struggle With Access To And Affordability Of Health Care. *Health Affairs*. 35:2327-2336.
 Osborn R, D. Moulds, E.C. Schneider, M.M. Doty, D. Squires, D.O. Sarnak. 2015. Primary Care Physicians In Ten Countries Report Challenges Caring For Patients With Complex Health Needs. *Health Affairs*. 34:2104-2112.
 Osborn R, D. Moulds, D. Squires, M.M. Doty, C. Anderson. 2014. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Affairs*. 33:2247-2255.
 Schoen C, R. Osborn, D. Squires, M.M. Doty. 2013. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Affairs*. 32:2205-2215.
 Schoen C, R. Osborn, D. Squires, M.M. Doty, P. Rasmussen, R. Pierson, et S. Applebaum. 2012. A survey of primary care doctors in ten countries shows progress in use of health information technology, less in other areas. *Health Affairs*. 31:2805-2816.

^{xvi} IRSC données (Richard Snell, communication personnelle, le 26 février 2019). La recherche en soins primaires a été identifiée en repérant un des termes suivants dans le titre, les mots clés, les résumés non scientifiques, résumé CRC ou commentaire bioculturel sur la demande de subvention : primary care, primary health care, primary healthcare, family practice, general practice or family medicine (recherche menée en anglais). Le financement pour les concours ouverts comprend les concours pour subventions de fonctionnement et 12 plus petits concours ouverts. Les données sur le financement total des concours ouverts et le financement stratégiques par année sont tirées de <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/50218.html>.

^{xvii} *Ibid*

^{xviii} ^{xviii} IRSC données (Richard Snell, communication personnelle, le 26 février 2019). La recherche en soins de santé communautaires a été identifiée en repérant un des termes suivants dans le titre, les mots clés, les résumés non scientifiques, résumé CRC ou commentaire bioculturel sur la demande de subvention : home care, homecare, community care or community support service (recherche menée en anglais). Le financement pour les concours ouverts comprend les concours pour subventions de fonctionnement et 12 plus petits concours ouverts.

^{xxix} Certains projets portaient sur les soins primaires et les soins communautaires ; dans ce calcul, ces projets ont été comptés une seule fois. L'étendue du chevauchement varie chaque année, allant de moins de 1 % à 18 % du financement total accordé aux soins primaires. Il était de moins de 10 % pour la plupart des années.

^{xx} Par exemple, les membres de seulement six des treize conseils consultatifs des instituts ont de l'expérience en soins de santé primaires et seulement trois ont des membres avec de l'expérience en soins à domicile et en soins communautaires.

^{xxi} Nadigel J et R. Glazier. *CIHR Institute of Health Services and Policy Research: Advancements in Primary and Community Care Research*. Presentation at the North American Primary Care Research Group Annual Meeting, Chicago, November 11, 2018.

^{xxii} Evans D, M. Exworthy, S. Peckham, R. Robinson, P. Day. 1997. *Primary Care Research Networks. Report to the NHS Executive South & West Research and Development Directorate*. Southampton, UK: University of Southampton.

Thomas P, F. Griffiths, J. Kai, et A. O'Dwyer. 2001. Networks for research in primary health care. *British Medical Journal*. 322:588-90.

Rait G, S. Rogers, P. Wallace. 2002. Primary care research networks: perspectives, research interests and training needs of members. *Primary Health Care Research and Development*. 3:4-10.

Binienda J, A.V. Neale, L.S. Wallace. 2018. Future Directions for Practice-Based Research Networks (PBRNs): A CERA Survey. *Journal of the American Board of Family Medicine*. 31:917-923.

^{xxiii} Mold J.W., K.A. Peterson. 2005. Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. *Annals of Family Medicine*. 3(Suppl 1):S12-20.

Peckham S., B. Hutchison. 2012. Developing primary care: the contribution of primary care research networks. *Healthcare Policy*. 8:56-70.

^{xxiv} Le Réseau-1 au Québec en est un exemple. Un regroupement de quatre réseaux de recherche axée sur les pratiques, il établit une infrastructure clinique commune pour effectuer de la recherche axée sur le patient, en partenariat avec des chercheurs, des cliniciens et des gestionnaires des soins de santé et crée une culture d'innovation et une pratique réflexive en participant aux cliniques des RRBP.

^{xxv} Par exemple, l'essai contrôlé randomisé intitulé Structured Process Informed by Data Evidence and Research (SPIDER) financé par les IRSC et douze organismes partenaires qui sera effectué dans des pratiques de soins primaires liées à des RRBP et qui contribuent des données tirées des DMÉ au Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires. L'essai évaluera des activités d'amélioration continue de la qualité, conçues pour « réduire la prescription d'ordonnances potentiellement inappropriées et améliorer les soins aux aînés vivant avec une polypharmacie ».

^{xxvi} Kendrick T, K. Hegarty, P. Glasziou. 2008. Interpreting research findings to guide treatment in practice. *BMJ*. 337:a1499.

^{xxvii} Depuis 2007, le United Kingdom's National Health Service mène un sondage annuel auprès des patients d'omnipraticiens afin d'évaluer l'expérience des services de soins de santé offerts dans les pratiques d'omnipraticiens, déclarés par les patients, y compris sur l'accès aux soins et la qualité des soins. Le sondage est conçu pour fournir des données fiables aux paliers local, régional et national, ainsi qu'au niveau de la pratique.

^{xxviii} Le United Kingdom's Department of Health's Clinical Practice Research Datalink (CPRD) intègre bon nombre de ces éléments.

^{xxix} Mc Cord KA et L.B. Hemkens. 2019. Using electronic health records for clinical trials: Where do we stand and where can we go? *Canadian Medical Association Journal*. 191:E128-E133. Doi :10.1503/cmaj.180841.

^{xxx} *Ibid*

^{xxxi} Institut canadien d'information sur la santé. 2016. *Nombre, répartition et migration des médecins au Canada 2015 : tableaux de données*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé.

Bosco C, I. Oandasan. 2016. *Review of Family Medicine Within Rural and Remote Canada: Education, Practice, and Policy*. Mississauga, ON: College of Family Physicians of Canada; 2016.

^{xxxii} *Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada*. L.C. 2000, c.6. Dans : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-18.1/page-3.html#docCont>. Date de consultation : Le 25 février 2019.

^{xxxiii} À l'heure actuelle, les priorités de recherche sont déterminées individuellement par les réseaux provinciaux/territoriaux d'innovation en soins de santé primaires et intégrés.

^{xxxiv} *Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada*. L.C. 2000, c.6. Dans : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-18.1/page-3.html#docCont>. Date de consultation : Le 25 février 2019.

^{xxxv} Instituts de recherche en santé du Canada. Notre mandat (Site Web). <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/7263.html>. Date de consultation : Le 25 février 2019.

^{xxxvi} *Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada*. L.C. 2000, c.6. Dans : <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-18.1/page-3.html#docCont>. Date de consultation : Le 25 février 2019.