

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Bilan provincial sur le Centre de médecine de famille (CMF)

Bilan de février 2019

Table des matières

Un Canada en santé.....	3
Le Centre de médecine de famille.....	4
Pourquoi le CMF?	4
Les piliers du CMF.....	4
Résumé.....	5
Bilans provinciaux	6
Alberta	6
Colombie-Britannique	9
Manitoba.....	13
Nouveau-Brunswick.....	16
Terre-Neuve-et-Labrador	19
Nouvelle-Écosse	21
Ontario	25
Île-du-Prince-Édouard	28
Québec.....	31
Saskatchewan.....	34
Références	37



Ce bilan reflète la situation actuelle, mais il s'agit d'un document vivant. Si le rendement d'un gouvernement provincial change dans un secteur, nous modifierons l'évaluation de ce secteur dans un bilan futur.

© 2019 Le Collège des médecins de famille du Canada
Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier à des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à la citation ci-après. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document : Collège des médecins de famille du Canada.
Bilan provincial sur le Centre de médecine de famille (CMF). Mississauga,
ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019.

Un Canada en santé

D'un bout à l'autre du pays, tous les Canadiens et Canadiennes devraient avoir accès au même niveau de soins de santé. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent offrir des soins de santé et ont comme mandat de s'assurer de la prestation de soins équitables partout au pays. Cependant, les besoins, la démographie et la disponibilité des ressources varient partout au Canada.

Les provinces et territoires n'ont pas tous les mêmes ressources — leurs populations sont différentes, tout comme leurs besoins en matière de soins de santé. Il revient aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir en temps opportun à leurs communautés des soins accessibles, proactifs, complets et globaux.

Les gouvernements provinciaux et territoriaux et le gouvernement fédéral se partagent les rôles et responsabilités en matière de services de soins de santé. Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de gérer, d'organiser et d'offrir les soins de santé. Le gouvernement fédéral est responsable de mettre en place et d'administrer les normes nationales pour le système de soins de santé en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*; de fournir du soutien financier pour les services de santé provinciaux et territoriaux; d'appuyer la prestation de services de soins de santé à des groupes particuliers; et d'assumer d'autres fonctions relatives à la santé.

En tant que porte-parole de la médecine de famille, le [Collège des médecins de famille du Canada \(CMFC\)](#) appuie le gouvernement fédéral dans son travail de réunir les provinces et territoires canadiens dans notre régime

public de soins de santé. Le modèle du [Centre de médecine de famille \(CMF\)](#) est une vision purement canadienne qui englobe les valeurs canadiennes d'équité, de justice et d'égalité d'accès pour tous aux soins de santé.

Ce document évalue le rendement de chaque province relativement aux dix piliers du CMF en fonction des initiatives passées, actuelles et futures qui ont été/seront mises en place. Chaque secteur est classé selon les feux de signalisation définis ci-dessous :

VERT

- **Feu vert** : le gouvernement provincial exerce un leadership solide; nous l'encourageons à poursuivre son engagement dans ces secteurs

JAUNE

- **Feu jaune** : le gouvernement provincial a posé des gestes ou a signalé une intention d'agir, mais pourrait faire mieux

ROUGE

- **Feu rouge** : le gouvernement provincial est demeuré inactif. Ces secteurs nécessitent une attention immédiate. Un feu rouge est une invitation à passer aux actes!

Le Centre de médecine de famille

Selon cette vision, chaque bureau ou clinique de médecine de famille au pays offre d'emblée les soins dont les Canadiens et les Canadiennes ont besoin — des soins centrés sur les besoins du patient, qui lui sont offerts à toutes les étapes de sa vie, au sein de sa collectivité, et qui sont intégrés à d'autres services de santé. Le modèle du CMF repose sur des données probantes, et entraîne des soins qui augmentent la satisfaction des patients et des professionnels de la santé, améliore l'accès aux soins en temps opportun, réduit le nombre de visites à l'urgence et dans les cliniques ouvertes après les heures normales de service, et améliore la prise en charge des maladies chroniques.

Voir www.centremedecinedefamille.ca

Pourquoi le CMF ?

- Il soutient les médecins de famille dans la prestation de soins de la plus grande qualité
- Il optimise les conditions de travail pour appuyer le recrutement et la rétention
- Il favorise l'efficacité des soins primaires et communautaires grâce à des équipes interprofessionnelles collaboratives
- Il reflète les besoins en évolution des Canadiens et Canadiennes, et y répond dans le contexte de leurs communautés
- Il appuie la relation entre les patients et les médecins de famille et autres professionnels de la santé
- Il favorise les meilleurs résultats possible pour la santé de chaque personne, type de clientèle de la pratique et communauté desservie



Les piliers du CMF

1 Soins centrés sur le patient	Un CMF dispense des soins centrés sur le patient et adaptés à ses besoins particuliers.
2 Son propre médecin de famille	Le médecin de famille du patient, qui est son principal prestataire de soins médicaux, est au cœur du CMF.
3 Soins dispensés en équipe	Un CMF offre une vaste gamme de services dispensés par une équipe de soins de santé multidisciplinaire, y compris le médecin de famille du patient.
4 Accès aux soins en temps opportun	Un CMF garantit un accès en temps opportun à des rendez-vous et la coordination de ces soins dans la pratique. Le CMF assure aussi la coordination de rendez-vous en temps opportun avec les services à l'extérieur de la pratique.
5 Soins complets et globaux	Un CMF offre à chaque patient des services complets et globaux en médecine familiale, et répond aux besoins de la communauté en matière de santé publique.
6 Continuité des soins	Un CMF assure la continuité des soins, favorise l'établissement de relations durables et fournit de l'information aux patients.
7 Dossiers médicaux électroniques (DME)	Un CMF tient et utilise judicieusement les DME sur ses patients.
8 Éducation, formation et recherche	Un CMF est le lieu idéal pour former les étudiants de médecine, les résidents en médecine de famille et ceux d'autres professions en santé. Il s'agit aussi d'un lieu idéal pour les recherches en médecine.
9 Évaluation et amélioration continue de la qualité	Un CMF évalue régulièrement l'efficacité de ses services dans le cadre d'un programme d'amélioration continue de la qualité.
10 Soutiens internes et externes	Un CMF reçoit du soutien interne grâce à une administration appropriée à la pratique, ainsi que du soutien externe de la part des gouvernements, du public et d'autres professionnels de la santé.

Résumé

Voici le rendement des provinces pour les piliers du CMF.

	Soins centrés sur le patient	Son propre médecin de famille	Soins dispensés en équipe	Accès en temps opportun	Soins complets et globaux	Continuité des soins	Dossiers médicaux électroniques	Éducation, formation et recherche	Évaluation et amélioration continue de la qualité	Soutiens internes et externes
AB										
C.-B.										
MB										
N.-B.								S.O.	S.O.	
T.-N.-L.					S.O.	S.O.		S.O.	S.O.	
N.-É.										
ON										
Î.-P.-É.						S.O.			S.O.	
QC										
SK										

	Population totale ¹	Âge moyen de la population ¹	Dépenses en santé par habitant ²	Pourcentage de la population sans médecin de famille/fournisseur habituel de soins de santé personnel* ³	Utilisation des DME ⁴
AB	4,3M	36,7	7 329 \$	18 %	87 %
C.-B.	4,8M	42,1	6 321 \$	16 %	85 %
MB	1,3M	37,4	7 182 \$	16 %	80 %
N.-B.	760 000	45,3	6 643 \$	10 %	63 %
T.-N.-L.	530 000	45,7	7 378 \$	10 %	65 %
N.-É.	950 000	44,6	6 996 \$	10 %	78 %
ON	14,2M	40,6	6 367 \$	10 %	86 %
Î.-P.-É.	150 000	43,5	6 633 \$	11 %	—
QC	8,4M	42,2	6 434 \$	26 %	77 %
SK	1,2M	37,0	6 982 \$	19 %	79 %
CANADA	36,7M	40,6	6 604 \$	16 %	82 %

*Un fournisseur habituel de soins de santé désigne un professionnel de la santé qu'une personne consulte quand elle a besoin de soins ou de conseils sur sa santé. Ceci peut inclure un médecin de famille ou un omnipraticien, ou un autre spécialiste médical ou une infirmière praticienne.

Bilans provinciaux

Alberta



1. Des soins centrés sur le patient

Alberta Health Services (AHS) est le premier et le plus grand système de santé provincial entièrement intégré au Canada. L'objectif principal de la stratégie du patient d'abord (Patient First Strategy ; 2015) est de renforcer la culture et les pratiques d'AHS pour s'assurer que les patients et les familles sont au centre de toutes les activités, décisions et équipes de soins de santé. AHS y parvient en favorisant des interactions respectueuses entre les patients et les professionnels de la santé; en améliorant la communication entre les professionnels de la santé et les patients/clients/familles; en adoptant une approche de soins dispensés en équipe; et en améliorant les transitions entre les soins. AHS a créé une [trousse d'outils](#) pour expliquer aux professionnels de la santé les avantages de faire participer les patients et leurs familles à la planification des soins.

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

Le gouvernement et les autorités sanitaires se sont engagés à ce que les Albertains aient un fournisseur de soins primaires. Il existe trois façons de trouver un médecin de famille en Alberta : 1) avec l'outil en ligne du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta; 2) par les Primary Care Networks; ou 3) par la Health Link Health Advice 24/7.

Le Central Patient Attachment Registry (CPAR), lancé en 2018, est une base de données centralisée qui regroupe les médecins et infirmières praticiennes en soins primaires et leurs patients inscrits. La continuité des soins est un élément essentiel dans la mise en œuvre du CMF. Le CPAR permettra une meilleure continuité des soins pour les Albertains en favorisant la continuité de la relation, de l'information et des données afin de bien planifier les soins. Quatre-vingts pour cent des Albertains sont actuellement inscrits auprès d'un médecin de famille.

● JAUNE



3. Des soins dispensés en équipe

La pratique collaborative est une priorité pour les réseaux de soins primaires (RSP) d'AHS. Environ 80 pour cent des médecins en soins primaires sont inscrits dans un RSP⁵. Pour chaque patient inscrit dans un RSP, 62 \$ sont versés pour financer les membres de l'équipe collaborative. Chaque RSP choisit comment ce financement est distribué. En 2003, la Primary Care Initiative comptait 41 RSP partout en Alberta avec plus de 3 800 médecins de famille, et plus de 1 000 autres professionnels de la santé⁵. Il y a des centaines de médecins de famille des RSP qui acceptent de nouveaux patients en tout temps. Sous la nouvelle structure de gouvernance des soins primaires, AHS et les RSP veilleront ensemble à ce que chaque communauté bénéficie de soins dispensés en équipe.

● VERT



4. L'accès aux soins en temps opportun

Alberta Access Improvement Measurement (AIM), un organisme provincial financé par AHS, souhaite appuyer les équipes afin de créer une culture d'amélioration grâce à l'accès à des données probantes pour favoriser la prestation de soins efficaces en temps opportun⁶. Alberta AIM collabore avec des équipes pour mesurer des indicateurs comme le nombre de patients inscrits/de cas, la demande/la capacité/l'activité, et la satisfaction des patients/employés/professionnels de la santé.

Les RSP permettent aussi de réduire les temps d'attente et l'utilisation des services d'urgence en offrant un service après les heures normales d'ouverture (y compris des cliniques ouvertes 24 heures sur 24).

● JAUNE



5. Des soins complets et globaux

La plupart des RSP offrent des soins complets et globaux, dispensés par des équipes composées de médecins de famille et autres professionnels de la santé, comme des infirmières, des nutritionnistes, des professionnels en santé mentale, des pharmaciens et des thérapeutes. Les RSP fournissent des services à près de 3,6 millions d'Albertains, et ces services sont personnalisés pour répondre le mieux possible aux besoins de la population ou de la communauté desservie. Les services de soins primaires essentiels comprennent la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, les soins palliatifs et en fin de vie, les services de santé maternelle et infantile, les services de santé mentale et de toxicomanies et les soins d'urgence mineurs⁷.

● VERT



6. La continuité des soins

Le Primary Health Care Integration Network de l'Alberta est « axé sur l'amélioration du transfert des soins entre les prestataires de soins primaires et les soins de courte durée, les services d'urgence, les services spécialisés et d'autres services communautaires. Ceci garantira que les Albertains obtiennent les soins et le soutien social dont ils ont besoin dans les communautés où ils habitent⁸. »

L'Alberta Medical Association (AMA) a reçu du financement pour lancer une campagne de continuité auprès des cliniques sur la mise en œuvre du CPAR, qui encourage le lien entre les patients et leur centre de médecine⁹. L'initiative améliore la continuité des soins pour les Albertains en favorisant la continuité de la relation, de l'information et des données afin de bien planifier les soins.

En juin 2017, une majorité écrasante de médecins de famille s'entendait pour dire que des changements dans la gouvernance des RSP étaient essentiels. Ces changements garantiront que chaque RSP crée un plan de service propre à la communauté qu'il dessert. Ces plans de service permettront d'assurer une meilleure coordination des services afin que les RSP puissent collaborer avec AHS et les patients pour répondre aux besoins uniques en matière de santé de chaque région de la province.

Le Health Quality Council of Alberta mesure le rendement du système, y compris les indicateurs de continuité des relations. Au cours des trois dernières années, les taux de continuité des relations ont augmenté partout dans la province.

● VERT



7. Les DME

L'Alberta a l'un des plus hauts taux d'adoption des dossiers médicaux électroniques (DME) au Canada, soit de 85 à 90 pour cent. Maintenant que le taux d'adoption des DME est élevé dans la province, le gouvernement vise désormais l'intégration des données de soins primaires des pratiques dans un seul système.

Alberta Netcare est le dossier de santé électronique (DSE) provincial conçu pour permettre aux professionnels de la santé autorisés de partager les renseignements clés et d'améliorer la qualité des soins qu'ils offrent à leurs patients. Les patients n'ont pas d'accès direct à ce DSE à ce stade-ci. Cependant, un projet est actuellement en cours pour la création d'un portail de santé personnel dans MyHealth.Alberta.ca qui permettrait aux Albertains de consulter l'information qui se trouve dans le DSE provincial. Le DSE contient des renseignements comme la médication, les résultats d'analyses de laboratoire, les images et rapports diagnostiques, les visites hospitalières, les chirurgies et les alertes concernant les médicaments.

● VERT



8. L'éducation, la formation et la recherche

Le Primary Health Care Resources Centre d'AHS¹⁰ est un outil électronique complet pour toute l'information liée aux soins de santé primaires. Le Physicians Leaders' network aide les médecins en leur fournissant des outils et des ressources pour l'adoption du modèle du CMF¹¹.

AHS a collaboré avec l'Institut de leadership des médecins de l'Association médicale canadienne pour offrir des occasions de développement du leadership. Ils offrent aussi d'autres activités

d'apprentissage et d'éducation, comme le Learning Resource Navigator (LeaRN), des activités de développement du leadership chez les médecins, des occasions de développement clinique et le Quality and Patient Safety Curriculum¹².

Des initiatives comme le Provincial Simulation Program (eSIM) d'AHS¹³ permettent aux apprenants de pratiquer et de maîtriser des compétences individuelles et en équipe afin d'améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins. Le programme eSIM appuie la formation de médecins et du personnel participant à la prestation de soins aux patients principalement à l'aide de deux services : des centres de simulation de préparation à la pratique (PRC); des établissements de formation qui reproduisent virtuellement tous les milieux de soins ou des simulations mobiles (des véhicules spécialisés et de l'équipement portatif utilisé pour aider les éducateurs qui n'ont pas accès à un PRC).

L'infrastructure Enhancing Alberta Primary Care Research Network soutient et améliore les réseaux de recherche basés sur la pratique qui existent en Alberta, ainsi que les praticiens qui effectuent de la recherche en soins primaires dans les universités et les communautés. Les projets de recherche appuyés par ce réseau ont éclairé les décisions prises en matière de politiques en santé en Alberta.

● VERT

9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité



Le Health Quality Council of Alberta promeut et améliore la sécurité des patients et la qualité des services de santé à l'échelle de la province, principalement dans l'optique de la Alberta Quality Matrix for Health¹⁴.

Formé en 2009, le Physician Learning Program (PLP) appuie l'apprentissage des médecins en fournissant des données sur la pratique et une rétroaction à des médecins. Le PLP obtient, analyse et présente des données sur les systèmes de santé et collabore avec diverses agences partout en Alberta pour créer des occasions d'apprentissage pour les médecins¹⁵.

Le PCN Program Management Office est un programme de l'Alberta Medical Association qui offre des services de soutien opérationnel et administratif aux RSP, ainsi que des outils et ressources pour appuyer les RSP en matière de communication, d'évaluation et de qualité, et de planification des affaires¹⁶.

● VERT

10. Les soutiens internes et externes



La publication en 2014 de la *Primary Health Care Strategy* a établi les principes et les orientations stratégiques pour une transformation continue des soins primaires en Alberta. Ceci comprend ce qui doit être fait pour améliorer davantage la prestation des soins, pour changer la culture au sein du système et pour jeter les bases d'une croissance durable à long terme. En 2008, l'Alberta a été la première province à centraliser son système de santé. AHS est un système de santé provincial entièrement intégré, responsable de la prestation de services de santé à plus de quatre millions d'Albertains, ainsi qu'à certains résidents de la Saskatchewan, de la Colombie-Britannique et des Territoires du Nord-Ouest¹⁷.

La base du financement global pour les RSP est déterminée par le nombre de médecins dans le réseau et le nombre de patients assignés à ces médecins — un modèle de financement qui combine la capitation et le paiement par fournisseur de soins. Les RSP reçoivent aussi 62 \$ par patient afin de couvrir les frais d'administration, d'équipement, de location, des programmes de prise en charge des maladies chroniques et l'accès 24 h sur 24, 7 jours par semaine. AHS offre aussi des subventions aux RSP pour les professionnels de la santé autres que les médecins. Il n'y a pas de financement alloué pour les infirmières praticiennes; elles sont donc rémunérées à partir du budget opérationnel du RSP¹⁸.

Le budget de 2018 a annoncé 248 millions de \$ pour appuyer les soins de santé primaires¹⁹.

● VERT



1. Des soins centrés sur le patient

Fournir des soins centrés sur le patient est la première des huit priorités du système de soins de santé de la Colombie-Britannique selon le plan stratégique du ministère de la Santé, *Setting Priorities for the B.C. Health System*²⁰. Le plan stratégique stipule que la province s'efforcera d'offrir des soins de santé en tant que service qui s'articule autour de la personne et non du professionnel de la santé et de l'administration. Le gouvernement comprend qu'il ne s'agit pas d'un changement qui se produira du jour au lendemain, mais désire continuer de se concentrer sur les politiques, la conception des services, la formation, la prestation des soins et les systèmes de responsabilisation en matière de services²¹. En 2015, le ministère de la Santé a publié le *British Columbia Patient-Centred Care Framework*²¹. Le cadre présente quatre pratiques centrées sur le patient pour aider à guider les organisations qui souhaitent mettre en œuvre des soins axés sur le patient : une participation de tous les membres de l'organisation ; un renouvellement de la culture du milieu de travail ; des relations équilibrées entre les patients et les médecins ; et la création d'outils.

Le réseau Patient Voices Network est une communauté de patients, de familles et de soignants qui travaille avec des partenaires en santé pour tenir compte de la perspective des patients dans la résolution de problème et la prise de décision afin d'améliorer le système de soins de santé de la Colombie-Britannique²². Le General Practice Services Committee (GPSC) a aussi élaboré un outil permettant d'évaluer l'expérience des patients qui a été mis en place dans 25 pratiques. Les patients répondent aux questions sur leurs soins et l'information est ensuite utilisée par la pratique et le système dans son ensemble.

● JAUNE

2. Son propre médecin de famille



En s'appuyant sur l'initiative de 2010 intitulée *Attachment Initiative*, le gouvernement de la Colombie-Britannique et Doctors of BC, par l'intermédiaire du GPSC, ont lancé l'initiative A GP for Me à l'échelle de la province en 2013. Les objectifs du programme étaient d'améliorer la prestation des services, de s'assurer que les patients participaient pleinement à leurs propres soins, et de faire en sorte que chaque Britanno-Colombien qui souhaite avoir un médecin de famille puisse en avoir un.

Le programme s'est terminé le 31 mars 2016. Au total, cette initiative a amené plus de 400 nouveaux médecins dans les communautés de la Colombie-Britannique ; a inscrit près de 180 000 personnes auprès de médecins, y compris des patients vulnérables qui n'avaient pas de médecin auparavant ; et a empêché que plus de 130 000 patients n'aient plus de médecin de famille en les transférant d'un médecin qui prenait sa retraite ou qui déménageait à un nouveau médecin²³.

La Colombie-Britannique prévoit s'attaquer au manque d'omnipraticiens dans la province en fournissant du financement pour que jusqu'à 200 nouveaux omnipraticiens travaillent dans le nouveau modèle de soins en équipe, et en donnant à chaque résident en médecine de famille l'occasion de travailler dans un système de soins primaires renouvelé qui lui permet d'investir son temps et son énergie dans la pratique de la médecine axée sur le patient²⁴.

Le budget de la Colombie-Britannique pour 2018 prévoit 150 millions de \$ pour assigner les personnes qui n'ont pas de médecin de famille à une équipe de soins primaires²⁵.

● JAUNE

3. La prestation de soins en équipe



La nouvelle stratégie du gouvernement de la Colombie-Britannique en matière de soins primaires est axée sur l'expansion des soins dispensés en équipe grâce aux RSP. Ces réseaux seront le fer de lance de l'approche des soins dispensés en équipe, permettant aux patients d'avoir accès à une gamme complète d'options de soins de santé, de la maternité à la fin de vie. Ils permettront de simplifier l'orientation des patients d'un professionnel de la santé à un autre, et d'offrir un meilleur soutien aux médecins de famille, aux infirmières praticiennes et à d'autres prestataires de soins de santé pri-

Colombie-Britannique

maires²⁵. Les RSP constituent un changement à l'échelle du système comparativement au travail dans un bureau de médecin.

La province crée actuellement 200 nouveaux postes d'infirmières praticiennes pour venir en aide aux patients pendant la transition vers un système de soins de santé dispensés en équipe²⁶, et 50 nouveaux postes de pharmaciens cliniques qui feront partie des équipes des RSP partout dans la province²⁷. Reste à savoir si le déploiement de ces nouveaux postes dans les RSP/CMF sera à l'avantage des patients ou s'il contribuera à fragmenter davantage les soins.

En avril 2017, le ministère de la Santé annonçait un nouveau financement de 150 millions de \$ sur trois ans afin d'introduire des services intégrés de soins primaires dispensés en équipe à plus de communautés partout en Colombie-Britannique²⁸.

● JAUNE

4. L'accès aux soins en temps opportun



La stratégie de soins primaires pour 2018 entraînera la création de centres de soins primaires offrant des services d'urgence. Ces centres permettront de fournir des soins primaires aux patients qui n'ont pas actuellement de médecin de famille ou d'infirmière praticienne, ainsi que des soins après les heures normales d'ouverture et les fins de semaine, afin de réduire l'achalandage dans les services d'urgence hospitaliers. Un total de 10 centres seront mis sur pied au cours de la prochaine année²⁵.

Le programme Practice Support Program (PSP) comprend des modules d'apprentissage, comme Advanced Access et Office Efficiency, qui visent à améliorer le déroulement des activités de la pratique et à faciliter la prise de rendez-vous pour les patients sans qu'ils aient à attendre longtemps²⁹.

● JAUNE

5. Des soins complets et globaux



La stratégie de soins primaires pour 2018 entraîne la mise en place de RSP et de centres de santé communautaires²⁵. Les RSP donneront aux patients l'accès à une vaste gamme d'options de soins de santé. Les centres de santé communautaires relieront les services de santé aux services sociaux élargis pour améliorer l'accès à la promotion de la santé, aux soins préventifs et aux services continus. Chacun des centres sera conçu et mis sur pied indépendamment en tenant compte des besoins de la communauté et sera totalement intégré au RSP local²⁵.

Lors des prochaines phases de la mise en place des RSP, la province doit veiller à ce qu'une plus grande attention soit portée à l'intégration et à la multidisciplinarité des équipes de soins au sein des CMF, et non seulement à l'affiliation des patients.

Le programme Family Practice Incentive Program fait la promotion de soins coordonnés longitudinaux en appuyant et en fournissant des soins éclairés par des lignes directrices dans des domaines comme la prise en charge des maladies chroniques, les soins de maternité, la santé mentale et les soins aux personnes âgées fragiles³⁰.

En 2017, la Colombie-Britannique a créé un ministère de la Santé mentale et des toxicomanies pour répondre à la crise des toxicomanies et surdoses.³¹

● JAUNE

6. La continuité des soins



Les nouveaux centres de soins primaires qui offrent des services d'urgence seront liés en réseau aux pratiques de médecine de famille afin de garantir le transfert harmonieux de l'information et des soins. Le Family Practice Incentive Program fournit aussi des soins longitudinaux coordonnés en appuyant et en fournissant des soins qui s'appuient sur des lignes directrices dans des domaines comme la prise en charge des maladies chroniques, les soins de maternité, la santé mentale et les soins aux personnes âgées fragiles.³⁰

● JAUNE



7. Les DME

La Colombie-Britannique souhaite optimiser ses DME en utilisant les fonctions qu'ils comportent afin de mieux comprendre sa clientèle, et compte utiliser les données pour éclairer ses pratiques. La plupart des autorités sanitaires travaillent à créer un transfert harmonieux de l'information des DME des pratiques familiales aux hôpitaux.

Pathways³² est un répertoire en ligne qui met en réseau les médecins de famille et les autres spécialistes pour simplifier l'orientation des patients. Le programme a été élaboré par la Fraser Northwest Division of Family Practice, où il a fait l'objet d'un projet pilote fructueux. Il est maintenant offert aux médecins de famille et aux résidents partout dans la province.

Le programme Doctors Technology Office est financé conjointement par Doctors of BC et le gouvernement de la Colombie-Britannique par l'intermédiaire du GPSC. Il fournit du soutien centralisé aux médecins et à d'autres programmes partenaires de Doctors of BC afin de répondre aux besoins des médecins quant à la coordination et l'amélioration des fonctions et de l'interopérabilité des DME, des solutions technologiques et du soutien pour des problèmes techniques complexes en matière de TI, ainsi que la gestion de données et la production de rapports centralisés³³.

Bien que beaucoup de progrès ait été accompli grâce à l'adoption des DME, un plus grand soutien du gouvernement est nécessaire pour améliorer les fonctions, la durabilité et l'utilisation cohérente des outils électroniques.

VERT



8. L'éducation, la formation et la recherche

En particulier, la nouvelle stratégie de soins primaires vise les résidents en médecine de famille. Par l'intermédiaire des autorités sanitaires provinciales, les résidents en médecine et les infirmières praticiennes qui terminent leurs études peuvent amorcer une carrière au sein des réseaux de soins primaires dans des pratiques où les soins sont dispensés en équipe avec des modalités de rémunération alternatives, au lieu de la rémunération à l'acte conventionnelle. Ce changement est effectué en réponse à un sondage mené par la Society of General Practitioners of British Columbia, qui rapportait qu'une majorité de médecins résidents sent que des changements sont requis dans la façon dont les soins primaires sont offerts et que des modèles de rémunération alternatifs des médecins pourraient favoriser la prestation de soins complets et globaux aux patients³⁴.

Une importante initiative du GPSC consistait à créer la Divisions of Family Practice, qui avait comme mission de mettre sur pied 35 réseaux locaux de médecins de famille pour atteindre des objectifs communs en matière de soins de santé, trouver de nouvelles stratégies sur lesquelles collaborer et desservir plus de 230 communautés.¹⁹

Le GPSC a mis au point des outils et ressources en ligne pour aider les médecins et les divisions de pratique de médecine de famille dans leur travail en tant que centre de médecine de famille. Il existe aussi des programmes pratiques, comme Maternity Care for BC, qui favorisent le retour des médecins de famille de Colombie-Britannique aux services de maternité à faible risque en les formant par l'expérience pratique et le mentorat, et en leur offrant du soutien financier³⁵.

VERT



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Établi en 2008, BC Patient Safety and Quality Council assure un leadership à l'échelle du système afin de soutenir les mesures visant à améliorer la qualité des soins de santé en Colombie-Britannique. Grâce à des partenariats collaboratifs avec les autorités sanitaires, les patients et les personnes qui travaillent au sein du système de santé, il favorise et guide une approche de la qualité axée sur le patient et coordonnée à l'échelle de la province³⁶.

Colombie-Britannique

La Health Data Coalition (HDC)³⁷ est une initiative de partage de données dirigée par des médecins qui encourage la réflexion et facilite l'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans les soins aux patients. La plateforme HDC relie les données des DME utilisés par les médecins de soins primaires partout en Colombie-Britannique en transférant automatiquement et de façon sécuritaire des ensembles de données agrégées normalisées d'un système de DME à une application Web.

Le Practice Support Program (PSP)³⁸ est une initiative axée sur l'ACQ qui fournit une série de services éducatifs fondés sur les données probantes et du soutien aux pratiques afin d'améliorer les soins aux patients et l'expérience des médecins. Le PSP aide les médecins à travailler vers la création d'un système intégré de soins selon le modèle du CMF.

Un cadre d'évaluation du CMF est en cours de création. Il faudra accorder une attention toute particulière à la transparence de la gouvernance et de l'utilisation des données. La province doit s'engager à favoriser une juste culture d'utilisation des données afin de préserver la sécurité et l'autonomie des fournisseurs et des patients.

● JAUNE

10. Les soutiens internes et externes



Il y a cinq autorités sanitaires régionales en Colombie-Britannique et une autorité sanitaire provinciale responsable des initiatives à l'échelle de la province (y compris un certain nombre d'agences)¹⁹. La rémunération à l'acte est le principal modèle de rémunération, tandis que les modèles de rémunération alternatifs deviennent de plus en plus courants et représentent maintenant environ 20 pour cent des fonds disponibles pour les services offerts par les médecins³⁹. Les médecins peuvent aussi recevoir du financement grâce aux programmes de médecine rurale, qui mettent l'accent sur le recrutement et la rétention des médecins dans les régions rurales, et par l'intermédiaire du programme Medical On-Call Availability, qui rémunère les médecins qui sont sur appel⁴⁰. En 2003, le GPSC a abordé les problèmes de rémunération en élaborant de nouveaux modèles de paiements incitatifs pour aider les médecins de famille qui offrent toute la gamme de soins à gérer les demandes croissantes en médecine familiale, y compris le programme incitatif en médecine familiale⁴¹.

Le GPSC est un fervent défenseur du CMF et sa vision s'inspire du modèle de soins du CMF.

En mai 2018, le gouvernement a annoncé le lancement d'une nouvelle stratégie de soins primaires afin d'offrir un accès plus rapide et amélioré aux soins de santé aux Britanno-Colombiens dans tous les coins de la province.

Bien que des progrès soient réalisés, plus de ressources sont encore nécessaires pour appuyer la vision globale du CMF, y compris la modification du modèle actuel de rémunération à l'acte.

● JAUNE



1. Des soins centrés sur le patient

Le gouvernement du Manitoba passe de huit autorités sanitaires indépendantes à une seule, nommée Soins communs Manitoba. L'objectif de cette transition est d'améliorer les soins centrés sur le patient. Elle fait appel à des services tirés de secteurs particuliers, pour que les patients qui n'habitent pas dans les centres urbains puissent aussi y avoir accès⁴².

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

Le gouvernement a créé un plan pour les médecins de famille, avec comme objectif que chaque Manitobain ait accès à un médecin de famille et à une équipe de soins primaires d'ici 2015. Le Manitoba a pris des mesures pour appuyer l'objectif de 2015 et la vision à long terme de la pratique de la médecine familiale. S'inscrire au programme Trouver un médecin aide les Manitobains à entrer en contact avec un prestataire de soins primaires. Jusqu'à maintenant, 95 pour cent des Manitobains sans médecin de famille qui se sont inscrits au programme ont été assignés à un médecin de famille.

Davantage de progrès sont réalisés concernant l'inscription exacte des patients/l'identification de leur principal fournisseur de soins.

● VERT



3. La prestation de soins en équipe

Les réseaux de soins de santé primaires (connus en anglais sous le nom de My Health Teams) sont en cours de développement⁴³. Cette initiative a été précédée par les réseaux de services médicaux intégrés qui ont vu le jour en 2006. Le budget de 2018 prévoit qu'un total de 15 réseaux de soins de santé primaires seront mis en place partout dans la province; 11 sont déjà en activité et fournissent des services aux patients⁴⁴.

L'initiative Interprofessional Team Demonstration (ITD) a été mise sur pied afin de créer des équipes interprofessionnelles collaboratives au sein des cliniques avec rémunération à l'acte. Au printemps 2013, l'Office régional de la santé de Winnipeg, en collaboration avec Santé Manitoba et Vie saine et Aînés, a commencé à mettre en œuvre l'initiative ITD. L'objectif initial était de commencer par un petit nombre de cliniques (les premiers adhérents) afin de mettre à l'essai les procédures nécessaires pour faire participer les pratiques et mettre cette initiative de l'avant, ce qui permettrait de la réviser et de la peaufiner pour les phases ultérieures de recrutement.

Les deux initiatives doivent présenter des résultats clairs, notamment montrer que les patients obtiennent un meilleur accès aux soins, que les médecins voient plus de patients, et ainsi de suite.

● VERT



4. L'accès aux soins en temps opportun

Santé Manitoba a adopté l'accès anticipé pour la prise de rendez-vous. Elle soutient les cliniques participantes grâce à diverses ressources, notamment du matériel écrit; l'accès à un facilitateur pour aider l'équipe à établir des objectifs, à prendre des mesures, à rédiger des rapports, à tenir des réunions et à mettre sur pied l'équipe; un accès à des membres du corps professoral et d'autres participants pour échanger de l'information et résoudre les problèmes; ainsi qu'un accès à des outils de mesure pour la création de feuilles de calculs, la collecte de données et l'identification de la clientèle.

Les réseaux de soins de santé primaires donnent aux patients un accès à des soins primaires dans les 24 à 48 heures à leur clinique habituelle. Le temps passé dans les aires d'attente pour des rendez-vous peut être réduit.

● JAUNE



5. Des soins complets et globaux

Les réseaux de soins de santé primaires s'engagent à fournir des soins complets et globaux axés sur la personne, qui permettront aux patients d'avoir accès à de l'information exacte sur les soins de santé afin de prendre des décisions éclairées quant à leurs propres soins tout au long de leur vie. L'accent est mis sur la prévention et le bien-être général, et non seulement sur le traitement et la maladie. Les équipes établiront des priorités pour les programmes et les services et fixeront les objectifs en fonction des besoins de leur communauté. Par exemple, une équipe pourrait décider de mettre l'accent sur la communication entre les médecins et les infirmières qui offrent des soins à domicile. Une autre équipe pourrait décider de collaborer afin d'offrir des services de santé mentale d'une façon différente.

● JAUNE



6. La continuité des soins

Le modèle des Home Clinics⁴⁵ a été créé pour appuyer les fournisseurs de soins primaires et leurs patients. Le modèle donne aux pratiques des renseignements sur la clientèle inscrite, l'intégralité des données démographiques et cliniques sur les patients, ainsi que des données comparatives pour démontrer le rendement d'une clinique par rapport aux autres Home Clinics. À l'avenir, les Home Clinics seront en mesure de partager de l'information clinique essentielle sur leurs patients inscrits avec des fournisseurs de soins épisodiques et, en retour, elles recevront de l'information sur les soins épisodiques fournis aux patients inscrits. Cette continuité de l'information sera utile pour tous les prestataires de soins de santé et les patients inscrits.

● JAUNE



7. Les DME

Lancé en octobre 2010, le Programme d'adoption des DME⁴⁶ a offert du financement pour aider 1 000 médecins communautaires qui pratiquent dans des cliniques de soins primaires et de soins spécialisés au Manitoba à mettre en place des DME dans leurs pratiques. Le nombre de médecins communautaires utilisant des DME est passé de 30 pour cent quand le programme a été présenté à plus de 73 pour cent aujourd'hui. Cependant, il y a eu des problèmes concernant l'approbation de marques particulières de DME par le gouvernement, étant donné que les premiers DME certifiés ne reçoivent plus de mises à jour.

Fondé en 2008, le Bureau des systèmes d'information relatifs aux soins primaires/médecins communautaires a été mis sur pied pour soutenir l'adoption et l'utilisation efficace des DME et autres technologies par les médecins, ainsi que les autres cliniciens en soins primaires et les spécialistes communautaires partout au Manitoba⁴⁷. Le Bureau gère les normes provinciales pour les DME et appuie un réseau de soutien par les pairs pour les médecins qui souhaitent adopter les DME.

● JAUNE



8. L'éducation, la formation et la recherche

Le gouvernement appuie les résidents en médecine familiale, particulièrement dans les régions rurales.

Le Programme d'aide financière aux étudiants en médecine et aux résidents, créé en 2001 et remanié en 2010, offre 12 000 \$ aux étudiants en médecine pour chaque année passée à la faculté de médecine, plus des subventions additionnelles s'ils mettent sur pied une pratique dans la province. En retour, les étudiants doivent travailler dans une partie mal desservie de la province pendant six mois pour chaque année pendant laquelle ils ont reçu une subvention.

Le programme Home for the Summer, dirigé par le Manitoba's Office of Rural and Northern Health, paie les étudiants en médecine pour travailler dans les cliniques et hôpitaux du Manitoba et y acquérir une expérience précieuse⁴⁸.

Santé Manitoba s'est aussi engagée à financer les activités du Groupe d'intérêt en médecine familiale⁴⁹.

● ROUGE



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Le Système d'information relatif aux soins primaires (SISP) gère l'extraction de données sur les soins de santé primaires⁵⁰, un ensemble particulier d'éléments de données soumis par plus de 130 cliniques de soins primaires et communautaires au Manitoba. Les données extraites aident à planifier, à dispenser et à évaluer des services de soins primaires et des programmes dans toute la province.

Le Manitoba Primary Care Information Collaborative and Primary Care Data Repository est un partenariat d'intervenants en soins primaires, de Santé Manitoba et de Cybersanté Manitoba. Ils travaillent de concert pour s'assurer que les soumissions de données provenant des DME apportent de l'information supplémentaire précieuse à tous les intervenants en soins primaires⁵¹.

● JAUNE



10. Les soutiens internes et externes

Le budget de 2018 prévoyait le plus grand soutien financier jamais accordé à Santé Manitoba, Aînés et Vie active, soit 6,2 milliards de \$, y compris 3,89 milliards de \$ pour les soins de première ligne offerts par les autorités sanitaires régionales et du financement pour le SISP⁵².

● JAUNE

Remarque : Il y a eu des élections au Nouveau-Brunswick en septembre 2018. Des modifications dans les politiques et les programmes pourraient survenir à la suite de changements au sein du gouvernement.



1. Des soins centrés sur le patient

En 2012, le gouvernement du Nouveau-Brunswick publiait le Cadre des soins de santé primaires, qui a pour vision « une meilleure santé et de meilleurs soins grâce à des personnes et à des collectivités mobilisées⁵³. » Le Cadre souligne que cette vision sera réalisée grâce à une meilleure intégration de l'infrastructure et des services existants, et à la mise sur pied d'équipes de soins primaires axées sur les patients et qui travaillent en collaboration avec les autorités sanitaires régionales pour répondre aux besoins identifiés des communautés⁵³.

Dernièrement, le gouvernement a annoncé l'intégration de trois services de santé clé : Ambulance Nouveau-Brunswick, le Programme extra-mural (programme de soins à domicile) et Télé-Soins 811. Ce changement a été mis en place pour aider à répondre aux besoins des patients en matière de soins primaires et pour améliorer les soins centrés sur le patient⁵⁴.

Le Plan pour les familles du Nouveau-Brunswick, annoncé en 2017, réclame un meilleur accès à des soins axés sur le patient en faisant appel à des équipes interdisciplinaires qui travaillent dans un cadre de traitement intégré⁵⁵.

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

Le gouvernement a créé Accès Patient NB — un registre provincial bilingue, géré par la province, pour des patients du Nouveau-Brunswick qui n'ont pas accès à un fournisseur de soins de santé primaires (médecin de famille ou infirmière praticienne)⁵⁶. Les résidents du Nouveau-Brunswick qui n'ont pas de fournisseur peuvent s'inscrire au programme Accès Patient NB et se verront attribuer un médecin de famille selon l'ordre d'inscription. Malgré la création de ce registre, un sondage effectué auprès des patients en 2017 par le Conseil provincial de la santé a rapporté qu'environ 10 pour cent des résidents n'avaient toujours pas de médecin de famille⁵⁷.

En janvier 2017, le gouvernement a lancé le Plan pour les familles du Nouveau-Brunswick, afin d'améliorer la vie de tous les Néo-Brunswickois en abordant les facteurs les plus déterminants de la santé globale. Il contient sept piliers, le premier étant l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aigus⁵⁸.

En février 2018, le gouvernement a annoncé l'ajout de 25 nouveaux médecins en soins primaires et de six infirmières praticiennes dans le système de santé^{59,60}. On s'attend à ce que cet ajout permette à 20 000 Néo-Brunswickois de plus d'avoir accès à un médecin de famille et donc, d'éliminer la liste d'attente actuelle ou presque. Selon le ministre de la Santé, au cours des trois dernières années, 327 médecins ont été embauchés au Nouveau-Brunswick, ce qui a entraîné une augmentation nette de 93 médecins (45 d'entre eux sont des médecins de famille)⁶¹. Aucune mesure n'a été prise à l'heure actuelle pour ajouter d'autres médecins en soins primaires dans le système de santé. Cependant, quand le soutien sera en place, cet indicateur deviendra un feu vert.

Les médecins qui travaillent dans une pratique de médecine familiale communautaire établie depuis plus d'un an peuvent aussi utiliser un code de facturation « frais d'ouverture de dossier » (50 \$ par visite, fois trois visites) quand ils acceptent un nouveau patient permanent dans leur registre de patients⁶².

● JAUNE



3. La prestation de soins en équipe

Au début des années 2000, des centres de santé communautaires (CSC) ont été mis en place au Nouveau-Brunswick. Les CSC sont composés d'une équipe interprofessionnelle qui comprend des médecins de famille, des infirmières, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux et des thérapeutes en réadaptation. Il y avait neuf CSC dans toute la province en 2012¹⁸.

Le Plan pour les familles du Nouveau-Brunswick de 2017 mettait l'accent sur l'amélioration de l'accès à des soins dispensés en équipe. Afin d'atteindre cet objectif, le gouvernement a annoncé un partenariat avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin de mettre sur pied un programme volontaire appelé Médecine familiale Nouveau-Brunswick. Dans ce modèle, les médecins ont leur propre registre de patients, mais fournissent aussi un service à tous les patients des médecins qui font partie de leur équipe⁶³. En mai 2018, le gouvernement a annoncé que 10 nouveaux médecins de famille viendraient travailler à Fredericton dans le cadre de ce modèle⁶¹.

Malgré ces efforts, la Société médicale du Nouveau-Brunswick rapporte que seulement 16 pour cent des médecins de la province travaillent dans les pratiques interprofessionnelles⁶⁴.

● JAUNE

4. L'accès aux soins en temps opportun



Selon la Société médicale du Nouveau-Brunswick, les médecins du Nouveau-Brunswick ont les charges de patients parmi les plus élevées au pays : par exemple, 1 800 patients par médecin de famille, comparativement à 1 000 patients par médecin au Québec. Seulement 30 pour cent des patients peuvent voir leur médecin pour un rendez-vous le jour même⁶⁴. En fait, un sondage effectué auprès des patients en 2017 a révélé que 41 pour cent des patients attendaient plus de cinq jours pour avoir un rendez-vous avec leur médecin de famille⁵⁷.

Le Plan pour les familles du Nouveau-Brunswick veut améliorer la vie de tous les Néo-Brunswickois en s'attaquant aux facteurs qui sont les plus déterminants de la santé globale. Il contient sept piliers, le premier étant l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et aigus⁵⁸.

En février 2018, le premier ministre a annoncé 25 millions de \$ en nouveaux investissements ciblés pour financer un plan pluriannuel afin de réduire les temps d'attente dans le système de santé⁶⁵. Parmi les mesures qui ont été prises pour améliorer l'accès aux soins primaires, mentionnons notamment l'embauche de nouveaux médecins de famille et d'autres spécialistes, l'augmentation du nombre d'infirmières praticiennes, et l'introduction d'eConsultation.

Dans le programme, les médecins sont invités à voir les patients rapidement, améliorant ainsi les délais d'accès. Les cliniques participantes offrent des heures d'ouverture prolongées, y compris les fins de semaine. Si le médecin de famille d'un patient n'est pas disponible, celui-ci peut voir un autre médecin qui a accès à toute l'information médicale contenue dans son dossier⁶⁶.

La campagne [Pourquoi attendre?](#), un partenariat entre les médecins de famille, les infirmières praticiennes, les pharmaciens locaux, Télésoins 811 et les cliniques ouvertes après les heures normales, a été lancée en 2017. L'objectif de la campagne est de sensibiliser les patients aux diverses options de soins de santé offertes dans la région de Moncton afin de réduire l'engorgement et les temps d'attente dans les services d'urgence hospitaliers⁶⁷.

● JAUNE

5. Des soins complets et globaux



Offrir des soins complets et globaux est l'un des objectifs clés d'Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick (2012). La prestation de soins dispensés en équipe est décrite comme un moyen essentiel d'améliorer l'accès à des soins complets et globaux.

En février 2018, le gouvernement a annoncé la création d'eConsultation afin de mieux mettre en lien les prestataires de soins primaires et les spécialistes⁶⁵. Il s'agit d'une nouvelle forme de consultation électronique entre les fournisseurs de soins primaires et les médecins spécialistes qui améliore l'accès et assure que des soins complets de qualité sont offerts.

Des codes de facturation incitatifs ont été instaurés pour tenir compte du travail supplémentaire des médecins de famille qui va au-delà des visites régulières dans un cabinet — y compris de fournir des soins fondés sur les lignes directrices aux patients atteints de certaines maladies chroniques admissibles — par exemple pour la prise en charge des maladies chroniques et la maladie pulmonaire obstructive chronique⁶².

● JAUNE



6. La continuité des soins

Le Plan pour les familles du Nouveau-Brunswick de 2017 prévoit que les médecins de famille jouent un rôle prépondérant dans la gestion globale de l'accès aux soins de santé des individus. Un système axé sur les soins préventifs et primaires offerts à domicile et dans la communauté favorisera une meilleure santé chez les Néo-Brunswickois. La santé de chaque personne est mieux prise en charge si cette personne a un accès régulier à un prestataire de soins primaires qui connaît ses antécédents plutôt que de dépendre de soins épisodiques au service d'urgence ou dans une clinique sans rendez-vous.

Le Programme extra-mural est un programme à l'échelle de la province qui a été relancé en janvier 2018 sous une nouvelle administration. Les médecins de famille réfèrent les patients vers le programme, lequel offre des soins interdisciplinaires à domicile grâce à des équipes d'infirmières, d'inhalothérapeutes, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé¹⁸.

ROUGE



7. Les DME

Selon la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB), le Nouveau-Brunswick a l'un des taux les plus faibles d'adoption des DME au pays⁶⁸. À l'heure actuelle, le soutien offert pour la mise en place des DME provient de la SMNB, en partenariat avec les programmes fédéral et provincial⁶⁸.

Velante (lancé par la SMNB) est le seul système approuvé de DME au Nouveau-Brunswick pour les équipes de santé familiale et le seul qui permet l'accès aux résultats d'examen du patient (Meditech). L'augmentation de deux pour cent du code 1 de facturation (visite au cabinet) pour les utilisateurs de Velante a soulevé des inquiétudes étant donné que ceci semble désavantageux pour les médecins qui effectuent un travail équivalent sans utiliser Velante.

ROUGE



8. L'éducation, la formation et la recherche

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



10. Les soutiens internes et externes

À l'heure actuelle, 70 pour cent des médecins du Nouveau-Brunswick sont rémunérés à l'acte⁶⁹. Cependant, des changements aux modèles de rémunération sont envisagés. Les médecins qui travaillent au sein de groupes de médecine familiale du Nouveau-Brunswick (par l'intermédiaire du Programme de médecine familiale du Nouveau-Brunswick) recevront 60 pour cent de leur rémunération par capitation et 40 pour cent à l'acte⁷⁰.

Le budget de 2018 a annoncé une hausse de 3,7 pour cent des fonds alloués aux soins de santé au Nouveau-Brunswick, ce qui porte le budget à 2,75 milliards de \$ pour l'exercice de 2018-2019. Le budget du ministère a augmenté de 9,8 pour cent depuis 2014-2015⁷¹.

JAUNE

Terre-Neuve-et-Labrador



1. Des soins centrés sur le patient

En 2015, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a publié le document intitulé *Healthy People, Healthy Families, Healthy Communities: A primary health care framework for Newfoundland and Labrador*. Le troisième objectif de cette stratégie pluriannuelle est de garantir « du soutien et un accès en temps opportun aux soins de santé primaires complets et globaux axés sur la personne⁷² ».

Le gouvernement reconnaît l'importance des soins centrés sur le patient, et des développements sont en cours pour créer un nouveau cadre, bien que rien n'ait encore été annoncé publiquement.

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

Il n'y a pas de programme provincial en place pour aider les patients à trouver un médecin de famille. Les médecins qui acceptent de nouveaux patients peuvent être identifiés sur le site Web de la Newfoundland and Labrador Medical Association (NLMA)⁷³.

● ROUGE



3. La prestation de soins en équipe

Le document *Healthy People, Healthy Families, Healthy Communities* identifie les soins en équipe comme une priorité absolue. Le cadre recommande que les patients et les familles soient assignés à une équipe collaborative de soins primaires ou à un centre de santé⁷². Le deuxième objectif du cadre est que « la réforme des soins primaires tente de mettre en place des équipes de prestataires de soins qui facilitent l'accès à une gamme de services sociaux et de santé personnalisés pour répondre aux besoins des communautés qu'ils desservent⁷² ».

Jusqu'à maintenant, des équipes de soins de santé primaires ont été mises en place à St. John's, et devraient bientôt l'être à Corner Brook et à Burin⁷⁴.

● JAUNE



4. L'accès aux soins en temps opportun

L'accès à des soins en temps opportun est aussi présenté comme une priorité dans le document *Healthy People, Healthy Families, Healthy Communities*. Plus précisément, le cadre prévoit l'expansion de l'accès aux services et aux fournisseurs de soins le jour même, après les heures normales d'ouverture et la fin de semaine, ainsi qu'une meilleure utilisation des technologies pour rendre les services de santé plus pratiques et plus accessibles pour les patients⁷². Bien que l'intention ait été signalée, peu de mesures ont été prises quant à cet aspect du CMF au cours des dernières années.

Une enquête effectuée en 2016 par le Fonds du Commonwealth⁷⁵ a classé la province sous la moyenne nationale pour l'accès aux soins en temps opportun. Par exemple, 34 pour cent des résidents ont pu prendre rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un médecin ou une infirmière (la moyenne nationale est de 43 pour cent), et 16 pour cent ont facilement pu avoir un rendez-vous le soir, la fin de semaine ou pendant un congé férié (consultations à l'extérieur du service d'urgence; la moyenne nationale est de 34 pour cent).

● ROUGE



5. Des soins complets et globaux

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



6. La continuité des soins

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



7. Les DME

À Terre-Neuve-et-Labrador, eDOCSNL est la plateforme provinciale de DME pour les médecins, régie conjointement par la NLMA, le ministère de la Santé et des Services communautaires et le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information⁷⁶.

Les coûts du programme eDOCSNL sont partagés entre le gouvernement provincial (70 pour cent) et les médecins participants (30 pour cent).

JAUNE



8. L'éducation, la formation et la recherche

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



10. Les soutiens internes et externes

Le budget de 2018 a annoncé une coupure de 6,5 millions de \$ au budget de 122 millions de \$ pour les services aux médecins salariés, ce qui selon la NLMA pourrait avoir des répercussions importantes sur les patients dans les régions rurales de la province, où des prestataires de soins sont rémunérés de cette façon⁷⁷.

Bien que des progrès soient réalisés dans certains domaines, les compressions budgétaires et le manque de transparence et de communication ont fait en sorte que les médecins se sentent moins appuyés.

ROUGE



1. Des soins centrés sur le patient

En 2017, la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (la Régie) a publié *Strengthening the Primary Health Care System in Nova Scotia*. Ce document cadre présente les orientations futures en matière de soins primaires en Nouvelle-Écosse, y compris l'importance de mettre l'accent sur des soins centrés sur le patient et sur la création de centres de santé⁷⁸.

On encourage les équipes à mieux comprendre la clientèle qu'elles desservent. Des données sont partagées, mais elles sont actuellement géographiques et non propres à l'équipe. Les ententes des équipes exigent qu'elles effectuent des projets d'ACQ; certaines équipes ont créé un conseil consultatif pour les patients dans le cadre de l'un de leurs projets d'ACQ. La Régie continue à recueillir des données aux niveaux des municipalités, des groupes et du réseau, mais précise que ces données ne fournissent pas d'information sur les besoins de la clientèle d'une pratique en particulier. La Régie considère que les conseils consultatifs de patients sont utiles pour atteindre cet objectif.

La Régie effectue actuellement un projet de recherche axé sur la compréhension des coûts et sur les avantages pour la pratique d'avoir un conseil de patients.

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

La Nouvelle-Écosse a créé le Need a Family Practice Registry pour les personnes qui ne sont pas inscrites auprès d'une pratique de médecine familiale. En juillet 2018, 50 000 personnes inscrites au registre n'avaient pas encore été acheminées à une pratique de médecine familiale (5,4 pour cent de la population de la Nouvelle-Écosse)⁷⁹. Depuis la mise en place du registre en novembre 2016, 10 501 personnes ont trouvé un prestataire de soins de santé primaires⁸⁰.

Au cours des dernières années, le gouvernement a pris des engagements précis quant au budget de recrutement et de rétention des médecins. En 2017-2018, un montant additionnel de 2,4 millions de \$ a été prévu au budget pour appuyer cet objectif⁸¹, et le budget de 2018-2019 prévoyait 19,6 millions de \$ dans le cadre d'un plan pluriannuel de 39,6 millions de \$⁸².

Le gouvernement a pris diverses mesures pour recruter et retenir des médecins de famille. En mars 2018, il a annoncé 6,4 millions de \$ dans le cadre du Patient Attachment Incentive Trust — un programme qui offre un incitatif financier de 150 \$ pour chaque patient qu'un médecin de famille retire de la liste provinciale, qui est orienté à partir d'un service d'urgence ou qui n'avait pas de médecin de famille⁸³. Depuis avril 2018, 319 médecins ont soumis des réclamations et ont accepté en tout 2 893 nouveaux patients⁸⁴. Un mois plus tard, grâce à un partenariat avec l'Université Dalhousie, le gouvernement a créé le Practice Ready Assessment Program — un programme de recrutement qui évaluera des médecins de famille formés à l'extérieur du pays pour travailler en Nouvelle-Écosse. Le programme bénéficie d'un financement de 1,3 million de \$⁸⁵. Enfin, le gouvernement a annoncé des révisions au programme provincial d'incitatif financier, pour permettre à tous les médecins qui déménagent dans une communauté de la Nouvelle-Écosse de faire une demande pour plusieurs mesures incitatives (avant ce changement, seuls les médecins qui déménageaient dans des communautés rurales étaient admissibles à recevoir de telles indemnités)⁸⁶.

● JAUNE



3. La prestation de soins en équipe

Le rapport *Strengthening the Primary Health Care System in Nova Scotia* a recommandé la mise en place de centres de santé — un modèle basé sur des équipes de médecine familiale collaboratives interprofessionnelles. La vision de ce modèle est fondée sur une approche de la santé de la population qui met l'accent sur le bien-être et la prise en charge des maladies chroniques, et qui intègre des soins dispensés en équipe¹⁸.

Il y a environ 50 équipes de médecine familiale collaboratives en Nouvelle-Écosse à diverses étapes de développement, qui bénéficient du soutien de la Régie et du ministère de la Santé et du Mieux-être⁸⁷. La Nouvelle-Écosse compte aussi des équipes de soins primaires (ÉSP) qui étaient en place avant 2014. Les ÉSP n'offrent pas toutes les mêmes services et ne sont pas nécessairement composées des mêmes professionnels de la santé; elles peuvent ou non inclure des médecins, des infirmières praticiennes, des sages-femmes, des nutritionnistes, des conseillers, des infirmières en santé publique et d'autres prestataires de soins de santé. Les ÉSP négocient le financement auprès de leurs régies régionales de la santé respectives : certains médecins sont salariés et d'autres sont rémunérés à l'acte¹⁸.

Le budget de 2017-2018 prévoyait 6 millions de \$ pour mettre en place de nouvelles équipes de soins collaboratifs dans la province, afin d'améliorer l'accès aux médecins de famille, infirmières et autres prestataires de soins primaires pour des milliers de Néo-Écossais⁸¹.

● JAUNE

4. L'accès aux soins en temps opportun



En décembre 2017, le premier ministre Stephen McNeil a écrit que l'accès aux soins en temps opportun constituait une priorité absolue de son gouvernement⁸⁸. Depuis, le gouvernement a effectué des investissements pour relever ce défi. En mars 2018, le gouvernement a annoncé l'ajout de 39 nouveaux professionnels de la santé aux équipes de soins de la province pour favoriser l'accès en temps opportun à des soins de santé⁸⁹.

La Régie a comme mandat de trouver un équilibre entre la conciliation travail-famille pour les médecins de famille et l'importance de fournir un prestataire de soins primaires à plus de 50 000 patients qui n'en n'ont pas.

La Régie préconise le changement par l'intermédiaire d'ententes de co-leadership pour les équipes des centres de soins, qui pourraient présenter comment les équipes travaillent ensemble. Les équipes doivent démontrer qu'elles ont un plan clair pour améliorer l'accès aux soins, accroître la capacité et/ou accueillir de nouveaux patients. La Régie souhaite développer une méthodologie claire et transparente en fonction de la taille de la clientèle.

● JAUNE

5. Des soins complets et globaux



La Régie effectue un travail de planification des politiques sur une base continue concernant les soins complets et globaux. Il y a plusieurs années, le ministère de la Santé et du Mieux-être a créé le Model of Care Initiative in Nova Scotia, qui avait comme objectif de déterminer la composition appropriée d'une équipe dans les unités de soins aigus. Ce modèle n'est pas établi à l'heure actuelle, mais il est en cours de développement et mettra en place une méthodologie plus claire.

L'accent est aussi mis sur la liaison entre le système de soins en santé mentale et le système de soins primaires. Les travailleurs en santé mentale pourraient être financés à même le portfolio de la santé mentale et des toxicomanies et agir à titre de membres de l'équipe là où les besoins sont grands. Le programme de santé mentale fait actuellement l'objet d'un exercice de planification des services de santé.

En mars 2018, le gouvernement a annoncé l'ajout de 39 nouveaux professionnels de la santé aux équipes de soins dans la province pour favoriser la prestation de soins complets et globaux⁸⁹.

● JAUNE

6. La continuité des soins



La Régie cherche à obtenir du financement du ministère de la Santé et du Mieux-être pour appuyer les médecins qui travaillent en équipe afin qu'ils aient le temps d'avoir des conversations en personne, des consultations dans les corridors et du temps de réunion pour renforcer les équipes. Ceci nécessitera une attention supplémentaire puisque ce n'était pas populaire auprès des médecins et que la facturation est complexe.

Le modèle de maisons de santé appuie un milieu où un patient peut être vu par quelqu'un d'autre que son prestataire de soins principal à chaque visite. Ceci permet au patient d'établir une relation avec d'autres membres de l'équipe qui ont aussi accès à son dossier.

● JAUNE



7. Les DME

Environ 60 pour cent des médecins de famille de la province utilisent les DME. Cependant, selon Doctors Nova Scotia, la province n'a pas de façon efficace de partager les dossiers médicaux entre les prestataires de soins de santé, les hôpitaux et les zones médicales. Doctors Nova Scotia a demandé au gouvernement de s'assurer que les dossiers médicaux, y compris Un patient, un dossier et MyHealthNS, sont intégrés et partagés entre les prestataires de soins⁹⁰.

MyHealthNS est un programme qui permet à tous les Néo-Écossais d'ouvrir un dossier de santé personnel. Ce programme leur offre un outil en ligne qui leur donne un accès sécurisé à de l'information sur leur santé en tout temps, partout, à l'aide d'un ordinateur, d'un téléphone intelligent ou d'une tablette⁹¹. Annoncé en 2016, Un patient, un dossier est un plan à long terme qui regroupe les divers systèmes d'information clinique utilisés par les professionnels de la santé partout dans la province⁹².

Le programme Primary Health Care Information Management, le ministère de la Santé et du Mieux-être et les régies régionales de la santé/IWK Health Centre appuient un système de DME provincial. Ceci donne accès à d'excellents DME à divers groupes de prestataires de soins, y compris des médecins de famille et d'autres spécialistes, des centres collaboratifs de services de soins d'urgence, des infirmières praticiennes qui offrent des soins de longue durée, des cliniques d'audiologie et d'orthophonie, des cliniques d'hépatite C et autres⁹³.

En mars 2018, le gouvernement a annoncé le lancement d'un projet pilote pour encourager les médecins à utiliser la technologie dans leurs entretiens avec les patients. Le gouvernement a prévu 4,2 millions de \$ en guise d'incitatif pour l'utilisation de technologies, soit jusqu'à 12 000 \$ par année aux médecins de famille participants qui utiliseraient la technologie pour communiquer avec les patients et pour partager de l'information par téléphone et par l'intermédiaire de services de cyber-santé. Le gouvernement a aussi annoncé qu'il prévoyait 8,5 millions de \$ pour un Fonds de fiducie pour les incitatifs et le soutien des DME, qui offrira un paiement unique aux médecins de famille qui changent de fournisseurs de DME, ainsi que du soutien financier pour les utilisateurs de DME⁸³.

● JAUNE



8. L'éducation, la formation et la recherche

La Régie a identifié cinq ou six sites de centres de santé qui peuvent offrir de l'enseignement clinique. Beaucoup de formation et de supervision ont lieu dans la province, tant dans des centres de santé que dans les autres modèles de clinique. Renforcer les équipes dans les milieux de formation médicale est une priorité, au même titre que la recherche sur le système de santé. La Régie emploie un directeur de la recherche qui rencontre les équipes intéressées et effectue de la sensibilisation.

Ces sites permettent aux étudiants de participer à des projets de recherche, ce qui a l'avantage d'offrir de l'enseignement sur les activités et les systèmes de recherche liés aux professions médicales et au domaine de la santé. Le programme comprend aussi de la formation en informatique et plusieurs autres parcours pour les étudiants par l'intermédiaire du directeur de la recherche de la Régie.

● VERT



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

La Régie fournit aux prestataires de soins de santé de la province des outils pour l'ACQ⁹⁴. La Health System Quality Branch du gouvernement est responsable de l'amélioration des soins de santé et a le mandat de guider et de favoriser l'ACQ dans le système de santé, en tant que courtier de connaissances sur la qualité des soins de santé et de leaders dans le domaine de l'ACQ en santé⁹⁵.

Comme la Régie fait partie d'Agrément Canada, certaines équipes des centres de santé sont assujetties au processus d'agrément en soins primaires. On encourage les équipes à se préparer à entreprendre ce processus même s'il ne s'agit pas encore d'une exigence.

● JAUNE



10. Les soutiens internes et externes

La Nouvelle-Écosse a récemment mis en place une bourse d'étude en médecine familiale, qui offre aux résidents qui établissent une pratique de médecine familiale une bourse de 60 000 \$ en échange d'un engagement de trois ans dans la province⁸⁶.

En 2015, la Nouvelle-Écosse a mis sur pied deux autorités sanitaires, la Régie et le IWK Health Centre. La Régie met graduellement en place des équipes de soins primaires (centres de santé) qui reflètent les principes du CMF. Elles fournissent un accès à des médecins de famille par l'intermédiaire d'une équipe composée également d'autres prestataires de soins, comme des infirmières praticiennes, qui offrent aussi des soins primaires sur une base continue et un accès à des médecins de famille au besoin.

En Nouvelle-Écosse, la plupart des médecins de famille sont rémunérés à l'acte ou reçoivent un revenu garanti par l'intermédiaire d'un programme de rémunération alternatif. Doctors Nova Scotia a publié un énoncé de position qui présente des recommandations, dont la révision des modèles de rémunération des médecins afin d'améliorer l'accès aux soins pour tous les Néo-Écossais. Un groupe de travail de Doctors Nova Scotia élabore actuellement un modèle de rémunération mixte. Le Collège des médecins de famille de la Nouvelle-Écosse participe activement à ce processus de planification. Le modèle de rémunération mixte devrait constituer un élément important dans les négociations avec le gouvernement pour la prochaine année.

● JAUNE

Remarque : Il y a eu des élections provinciales en juin 2018. Des changements dans les politiques et les programmes pourraient survenir à la suite de changements au sein du gouvernement.



1. Des soins centrés sur le patient

La *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, adoptée en décembre 2016, met les patients au cœur du système de santé et requiert que chaque réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) ait un conseil consultatif de patients et de familles et/ou un comité consultatif de citoyens⁹⁶.

Environ 30 pour cent des Ontariens sont inscrits dans une organisation de soins primaires où les soins sont dispensés en équipe, et plusieurs d'entre elles ont des patients qui siègent au Conseil d'administration. Des sondages sur l'expérience des patients sont réalisés en collaboration avec Qualité des services de santé Ontario et deviennent la norme dans toutes les équipes.

En décembre 2012, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) a mis sur pied les maillons santé communautaires, des projets pilotes qui favorisent une approche des soins axée sur le patient qui met l'accent sur la création d'une coordination des soins pour les patients avec des problèmes de santé complexes. Ces projets ont maintenant été mis en œuvre dans tous les RLISS.

Des programmes pilotes menés partout en Ontario connectent les dossiers des patients dans tout le continuum de soins de santé. Cependant, cette fonction n'est actuellement pas offerte dans toute la province⁹⁷. Il existe aussi des programmes pilotes qui donnent aux patients accès à leurs dossiers médicaux. Par exemple, MyChart appartient au Centre Sunnybrook des sciences de la santé à Toronto et est exploité par ce dernier, mais il est utilisé dans un certain nombre d'hôpitaux en Ontario, y compris le Hamilton Health Sciences Centre, le William Osler Health System à Mississauga, l'Hôpital d'Ottawa, le Lakeridge Health dans la région de Durham et l'Hôpital Michael Garron à Toronto.

Bien que des progrès aient été accomplis au niveau du programme pilote, l'Ontario tirerait profit d'une stratégie provinciale qui unifie divers projets.

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

En décembre 2016, le MSSLD a annoncé que « 94 pour cent de la population ontarienne a désormais un fournisseur de soins primaires⁹⁸. » Par l'intermédiaire de *Priorité aux patients : Plan d'action* en matière de soins de santé, l'Ontario s'est engagée à assurer que chaque personne qui désire avoir un médecin de famille ou une infirmière praticienne puisse en avoir un. Grâce à *Accès Soins* (jusqu'en juin 2017), 91,4 pour cent des patients ontariens sont inscrits auprès d'un prestataire de soins primaires. Le RLISS de Hamilton Niagara Haldimand Brant est celui qui possède le pourcentage le plus élevé de patients inscrits avec 98,7 pour cent⁹⁹.

● VERT



3. La prestation de soins en équipe

En Ontario, il y a 184 équipes Santé familiale (ESF), 74 CSC, 25 cliniques dirigées par des infirmières praticiennes et dix centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, qui fournissent des soins primaires complets et globaux à plus de 3,5 millions d'Ontariens dans plus de 200 communautés partout dans la province (25 à 30 pour cent des Ontariens)¹⁰⁰. Environ 25 pour cent des médecins de famille pratiquent au sein d'organisations de santé familiale/de réseaux de santé familiale dans le cadre d'une ESF.

Le budget de 2017 a alloué 248,4 millions de \$ sur trois ans pour appuyer les équipes existantes, notamment pour le recrutement de nouveaux employés, la rétention des professionnels de la santé et la création de nouvelles équipes de soins dans la province, afin que chaque région en Ontario bénéficie d'au moins une équipe¹⁰¹.

● JAUNE



4. L'accès aux soins en temps opportun

Les patients peuvent consulter un médecin en dehors des heures normales d'ouverture, le soir et les fins de semaine, pour des problèmes de santé urgents. De plus, les patients peuvent utiliser le Service téléphonique d'aide médicale de l'ESF pour obtenir les conseils d'une infirmière autorisée sur les préoccupations urgentes en matière de santé¹⁰².

L'une des quatre grandes priorités de Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé est d'améliorer l'accès aux soins et de fournir un accès plus rapide aux soins nécessaires¹⁰³. Plus précisément, les changements appuyés par cette loi amélioreront l'accès aux soins primaires pour les Ontariens, y compris la création d'un numéro unique à composer quand ils ont besoin d'information ou de conseils pour trouver un nouveau médecin de famille ou une infirmière praticienne. Cela améliorera aussi les liens à l'échelle locale entre les prestataires de soins primaires, les équipes interprofessionnelles de soins, les hôpitaux, les services de santé publique et les soins à domicile et communautaires pour garantir une expérience et des transitions plus harmonieuses pour les patients⁹⁶.

Selon un rapport de 2016 de l'Institut Fraser, l'Ontario avait le temps d'attente le plus court au pays pour des procédures médicales, en médiane plus de quatre semaines de moins que la moyenne nationale¹⁰⁴. Cependant, moins de la moitié des Ontariens âgés de 16 ans ou plus pouvaient voir leur médecin de famille ou une autre personne au cabinet le jour même ou le lendemain quand ils étaient malades¹⁰⁵.

● JAUNE

5. Des soins complets et globaux



Divers modèles de soins primaires ont été mis en place en Ontario, notamment les ESF, les CSC, des modèles améliorés de rémunération à l'acte, des groupes de santé familiale (GSF) et des modèles de soins complets (MSC). Les GSF et les MSC constituent des incitatifs, car ils augmentent le financement des médecins de famille qui fournissent des soins primaires globaux et complets à leurs patients et mettent l'accent sur la prévention.

● JAUNE

6. La continuité des soins



Il y a encore quelques défis et obstacles dans certains milieux qui entravent la continuité des soins, y compris l'adoption des DME, l'utilisation des services d'urgence et des cliniques sans rendez-vous ainsi que les transitions dans les soins lors du transfert ou de l'orientation des patients.

Qualité des services de santé Ontario a publié un guide intitulé *meilleureAPPROCHE*¹⁰⁶ qui comprend une initiative pluriannuelle pour l'amélioration des résultats en santé, de l'expérience des soins et de l'efficacité du système pour les Ontariens atteints de maladies chroniques complexes. L'application cohérente de pratiques efficaces est encore un défi dans la province.

● JAUNE

7. Les DME



En août 2015, OntarioMD, une filiale en propriété exclusive de l'Ontario Medical Association, a assumé la responsabilité d'offrir de nouveaux programmes de DME et des services connexes aux médecins qui utilisent des DME certifiés. Elle continuera à administrer les programmes de financement des premiers DME. La supervision de tous les programmes et services de DME est passée de CyberSanté Ontario au MSSLD¹⁰⁷. Selon OntarioMD, plus de 14 000 médecins se sont inscrits à leurs services¹⁰⁸. L'intégration des DME existants dans tout le système est un des défis à l'heure actuelle. Plusieurs des incitatifs financiers mis en place pour motiver les médecins à adopter les DME ne sont plus offerts¹⁰⁹.

Plusieurs programmes et initiatives pilotes voient le jour en Ontario afin de connecter les dossiers des patients dans tout le système de santé ou pour donner aux patients l'accès à leurs dossiers médicaux, notamment le programme Connexion Sud-Ouest de l'Ontario et MyChart.

● JAUNE



8. L'éducation, la formation et la recherche

Le Fonds de recherche sur le système de santé (FRSS) financera la recherche en matière de politiques dans toute la province. Le FRSS est basé sur la stratégie de recherche du MSSLD, mise en place en 2008 et révisée en 2012. Le FRSS cerne les domaines de recherche prioritaires et stratégiques comme les soins à domicile et communautaires, le rendement et la viabilité du système de santé, ainsi que l'ACQ et la sécurité. L'équité, les soins centrés sur le patient et la modernisation des soins centrés sur le patient grâce aux outils de santé numériques constituent des composantes transversales¹¹⁰.

Le programme de recherche de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) intitulé Primary Care and Population Health Research évaluera l'accessibilité et l'efficacité des soins primaires et les enjeux en matière de santé des populations¹⁰⁹. INSPIRE-PHC (INnovations Strengthening Primary Healthcare through REsearch) est un programme global axé sur les soins de santé primaires, qui comprend la recherche, le soutien et les éléments du réseau afin de desservir la communauté de recherche en soins de santé primaires¹¹¹.

● VERT



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Bien que Qualité des services de santé Ontario (QSSO) ait fourni un éventail de ressources documentées sur l'ACQ pour certaines initiatives pilotes, le niveau de soutien pour la participation des soins primaires à l'ACQ est limité, et il n'y a que peu ou pas de rémunération pour encourager les médecins qui ne travaillent pas en équipe. De plus, QSSO fournit des données comparables sur les indicateurs de rendement en soins primaires dans toute la province, ainsi que des rapports d'ACQ au niveau de la pratique, qui exigent que chaque médecin accomplisse du travail supplémentaire pour relier ses données sur ses patients afin d'alimenter les activités d'ACQ.

Le programme IDEAS (Improving & Driving Excellence Across Sectors) est un partenariat de QSSO, de l'IRSS, de l'Institute of Health Policy, Management, and Evaluation de l'Université de Toronto, ainsi que de sept universités ontariennes. IDEAS offre un vaste programme de formation sur l'ACQ fondé sur des données probantes aux professionnels de la santé de l'Ontario¹¹³. Le programme vise à faire acquérir aux participants des connaissances sur l'approche et le langage courant de l'ACQ, avec l'objectif explicite d'améliorer les soins aux patients, l'expérience et les résultats. L'intégration de ce programme dans les soins primaires n'a pas été très grande.

● JAUNE



10. Les soutiens internes et externes

Les GSF et les MSC sont des modèles du programme de renouvellement des soins de santé primaires de l'Ontario qui fournissent une rémunération en plus du modèle de rémunération à l'acte.

L'élargissement des équipes interprofessionnelles de soins primaires dans les secteurs où les besoins sont les plus grands est la priorité absolue, afin que la population de toutes les régions de la province ait accès à des soins primaires dispensés en équipe. Seulement 25 pour cent des médecins qui pratiquent en Ontario travaillent en équipe.

● JAUNE



1. Des soins centrés sur le patient

Santé Î.-P.-É. (créé en 2010) est le fournisseur de soins de santé provincial responsable de la prestation de services de santé financés par l'État, y compris les hôpitaux, les centres de santé, les centres d'hébergement de soins de longue durée publics et les programmes et services communautaires. Des soins centrés sur le patient font partie des objectifs stratégiques de Santé Î.-P.-É., plus précisément l'objectif 1 : « fournir aux Insulaires des soins et des services supérieurs axés sur le patient et sa sécurité¹¹⁴ ».

Santé Î.-P.-É. offre des programmes axés sur les patients. Par exemple, l'intervenant-pivot permet aux personnes et aux soignants d'avoir accès aux soins et aux services sociaux dont ils ont besoin et de les coordonner, pour que les patients puissent jouer un rôle plus actif dans leurs propres soins¹¹⁵.

● JAUNE

2. Son propre médecin de famille



En 2017, Santé Î.-P.-É. a rapporté que 96 pour cent des Prince-Édouardiens avaient un fournisseur de soins primaires et qu'il y avait un nombre record de médecins dans la province. Néanmoins, au cours de cette même année, près de 7 000 habitants attendaient toujours de se faire assigner un médecin de famille ou une infirmière praticienne¹¹⁶.

Le Registre des patients relie les Prince-Édouardiens à des médecins de famille ou des infirmières praticiennes qui acceptent de nouveaux patients¹¹⁷. Après la mise en place du registre et un effort continu dans la province pour recruter des professionnels de la santé (principalement des infirmières praticiennes), 7 400 personnes ont été assignées à des prestataires de soins primaires sur une période de deux ans (de 2011 à 2013)¹¹⁸.

Dans le discours du budget de 2018, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a annoncé l'ajout de deux nouveaux médecins de famille dans le centre de la province pour appuyer les Prince-Édouardiens qui ont de la difficulté à accéder aux soins primaires et aux soins de santé mentale communautaires¹¹⁸.

● VERT

3. La prestation de soins en équipe



Les soins primaires sont fournis par l'intermédiaire de cinq RSP. Chaque réseau possède une équipe de professionnels de la santé qui comprend des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des éducateurs en diabète, des infirmières auxiliaires, des employés de bureau et, dans certains cas, des nutritionnistes et des travailleurs en santé mentale¹¹⁹. Il y a au total 12 centres de santé au sein de cinq réseaux qui fournissent des soins aux patients. L'Île-du-Prince-Édouard bénéficie aussi de centres de soins de santé familiale établis en vertu du Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé primaires à un coût annuel de 6 millions de \$. Les membres des équipes de soins de santé familiale comprennent des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières, des conseillers, des travailleurs communautaires, des travailleurs sociaux et des nutritionnistes¹⁸.

En 2010, Santé Î.-P.-É. a créé le modèle collaboratif de soins. Une initiative provinciale, ce modèle a été conçu pour faciliter le travail entre les professionnels de la santé dans un milieu collaboratif où ils ont l'occasion d'utiliser leurs compétences, connaissances et formation pour offrir des soins de santé sécuritaires de haute qualité. Cette approche a été adoptée pour s'assurer que les ressources humaines en santé sont utilisées de façon efficace, en donnant à divers professionnels de la santé l'occasion de jouer des rôles plus importants dans le secteur de la santé (p. ex., des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires et du personnel soignant). Depuis le lancement de cette initiative, plus de 25 sites (notamment des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des cabinets de soins primaires, etc.) ont mis en place ce modèle¹²⁰.

Le gouvernement de l'Î.-P.-É. continue d'appuyer l'expansion des soins dispensés en équipe. Dans le discours du budget de 2018, le gouvernement s'est engagé à ajouter des infirmières praticiennes aux pratiques de médecine familiale collaboratives afin d'améliorer l'accès à des soins communautaires¹¹⁸.

● VERT



4. L'accès aux soins en temps opportun

Santé Î.-P.-É. travaille à réduire le temps d'attente pour l'obtention de soins primaires. L'organisation rapporte que le temps d'attente pour l'accès à des médecins qui offrent des soins primaires est passé d'une moyenne d'environ 22 jours en 2014-2015 à moins de sept jours en 2015-2016¹⁸.

L'ajout d'infirmières praticiennes dans le système de santé est l'une des approches principales qui ont allégé les tâches des médecins de famille et amélioré l'accès en temps opportun aux soins à l'Î.-P.-É.¹²¹. De plus, les patients sans fournisseur de soins primaires ou ceux qui ne peuvent pas prendre de rendez-vous avec leur prestataire de soins primaires peuvent se rendre à l'une des cliniques sans rendez-vous de l'Î.-P.-É. pour obtenir des soins¹²².

● JAUNE



5. Des soins complets et globaux

Les RSP de l'Î.-P.-É. offrent une gamme complète de services, notamment le diagnostic, le traitement, de l'éducation et de la prévention, ainsi que le dépistage des maladies¹¹⁹. Les prestataires de soins primaires collaborent aussi à la prestation de soins à domicile pour les personnes âgées fragiles par l'intermédiaire du programme COACH (Caring for Older Adults in the Community and at Home/Prendre soin des personnes âgées en communauté et à domicile). Ce programme est dirigé par une équipe de professionnels de la santé, composée notamment d'une infirmière praticienne spécialisée en gériatrie, du fournisseur de soins primaires du patient et d'un coordonnateur des soins à domicile¹²³.

En plus des soins primaires, l'Î.-P.-É. offre un certain nombre d'autres services pour les patients (p. ex., des cliniques sans rendez-vous en santé-sexualité et en santé mentale).

● JAUNE



6. La continuité des soins

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



7. Les DME

L'Î.-P.-É. travaille à mettre en place des DSE à l'échelle de la province. Selon Santé Î.-P.-É., l'Île-du-Prince-Édouard compte parmi les leaders quant au déploiement et à l'adoption des DSE au Canada¹²⁴. Malgré les efforts déployés, le gouvernement n'a pas réussi à trouver une solution efficace pour instaurer les DME dans toute la province. Trouver une solution à cet enjeu est une étape essentielle pour s'assurer que toutes les cliniques adoptent les DME et utilisent leurs fonctions avancées.

En date du 31 mars 2014, l'Î.-P.-É. avait investi 28,9 millions de \$ dans son système de DSE¹²⁴. Ce financement a servi principalement à l'implantation des DSE dans les hôpitaux. Leur intégration en soins primaires n'a pas bénéficié d'un tel soutien. Les développements futurs prévus devraient être mis en oeuvre avec succès afin que les habitants puissent recevoir des soins intégrés de qualité. Il sera aussi important de veiller à la disponibilité et à l'interopérabilité des DSE dans l'ensemble du système de santé, y compris les soins primaires, à travers la province.

● ROUGE



8. L'éducation, la formation et la recherche

L'Î.-P.-É. offre un programme de formation en médecine qui donne l'occasion aux étudiants de médecine aux études prédoctorales et aux étudiants en médecine postdoctorale invités d'acquérir de l'expérience en médecine familiale (et dans d'autres spécialités) dans des établissements de soins de santé partout sur l'Île¹²⁵. Dans le cadre de ce programme, l'Î.-P.-É. est un site de formation pour les étudiants de l'Université Dalhousie, de l'Université Memorial de Terre-Neuve et de l'Université de Sherbrooke. Les apprenants d'autres universités canadiennes et internationales doivent déposer leur demande sur le portail pour les étudiants de l'Association des facultés de médecine du Canada¹²⁵.

Par l'intermédiaire d'un partenariat avec l'Université Dalhousie, l'Î.-P.-É. offre un programme de résidence en médecine de famille. Le programme comporte quatre places en résidence aux diplômés des facultés de médecine canadiennes, et une place en résidence à un diplômé d'une faculté de médecine reconnue à l'extérieur du pays¹²⁶.

Les médecins pratiquant à l'Î.-P.-É. qui désirent effectuer une formation spécialisée ou acquérir de nouvelles compétences cliniques peuvent obtenir de l'aide par l'entremise d'un contrat de service post-formation du Clinical Skills Fellowship Fund¹²⁵.

● JAUNE



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Peu d'information est disponible.

Recommandation : S.O.



10. Les soutiens internes et externes

Selon Santé Î.-P.-É., avant avril 2016, les deux tiers des médecins de famille de l'Île étaient salariés (c.-à-d. qu'ils étaient rémunérés selon un taux fixe peu importe le nombre de patients qu'ils voyaient). Pendant un certain temps, les nouveaux médecins embauchés dans deux grands centres urbains – Charlottetown et Summerside — ne pouvaient qu'être rémunérés à l'acte; mais, ils ont maintenant le choix d'avoir un poste salarié¹²⁷. Le Collège des médecins de famille de l'Île-du-Prince-Édouard craint que cette approche uniforme ait des répercussions négatives sur le recrutement et la rétention des médecins de famille dans ces communautés¹²⁸.

● JAUNE

Remarque : Il y a eu des élections provinciales en octobre 2018. Des changements dans les politiques et les programmes pourraient survenir à la suite des changements de gouvernement.



1. Des soins centrés sur le patient

Les Groupes de médecine de famille (GMF) sont le modèle de soins dispensés en équipe qui ressemble le plus à celui du CMF. Dans un GMF, chaque médecin s'occupe de ses propres patients inscrits avec lui, mais tous les médecins membres du même GMF peuvent avoir accès à tous les dossiers médicaux du GMF. Cela signifie que si un patient se présente au cabinet pour une consultation et n'a pas de rendez-vous avec son médecin, il peut être vu par un autre fournisseur de soins primaires disponible, y compris un autre médecin, une infirmière, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé.

VERT



2. Son propre médecin de famille

Les médecins de famille sont au cœur de tous les soins fournis par les GMF. En avril 2017, il y avait plus de 302 GMF au Québec, et 40 nouveaux GMF devraient bientôt voir le jour. Il y a eu une augmentation de l'inscription auprès des GMF à la suite du [projet de loi n° 20](#) et de l'objectif d'inscrire 85 pour cent des patients imposé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Certaines régions ont atteint un taux d'inscription de 100 pour cent, tandis que d'autres éprouvent des difficultés.

On estime que 300 000 Québécois n'ont pas de médecin. Un nouveau service a été mis sur pied par le MSSS à l'automne 2017 : le GAMF (Guichet d'accès à un médecin de famille). Ce service permet aux patients de s'inscrire auprès d'un médecin de famille en ligne selon une liste de priorités¹²⁹. Cette préinscription permet aux médecins de famille d'ajouter un patient de la liste à leur registre sans avoir à le recevoir pour une consultation immédiatement.

JAUNE



3. La prestation de soins en équipe

Les GMF et les super-cliniques sont des modèles de soins primaires dispensés en équipe qui font appel aux services de médecins, d'infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé, en fonction des besoins de la communauté. En moyenne, un GMF dessert environ 15 000 personnes et est composé d'environ 10 médecins, deux infirmières, deux employés de soutien administratif et peut inclure d'autres fournisseurs de soins de santé, comme des pharmaciens et des travailleurs sociaux¹³⁰. Les GMF reçoivent du financement pour le personnel infirmier en fonction du nombre de patients inscrits. Par exemple, un GMF avec environ 15 000 patients inscrits reçoit du financement pour embaucher deux infirmières (70 heures/semaine)¹³⁰.

Les dirigeants des établissements régionaux et les gestionnaires des GMF discutent aussi des services professionnels afin d'éviter le chevauchement des responsabilités.

VERT



4. L'accès aux soins en temps opportun

Plusieurs GMF ont mis en place des rendez-vous accélérés afin d'offrir plus d'options à leurs patients et/ou ont conclu des ententes avec les services d'urgence des hôpitaux pour redistribuer les patients qui s'y présentent pour des cas qui ne sont pas considérés urgents.

On recourt également à des évaluations cliniques avancées qui permettent aux patients de parler à un professionnel de la santé (habituellement une infirmière) dans leur clinique et, en fonction de la situation, d'entreprendre certaines procédures diagnostiques avant de voir un médecin. Plusieurs GMF ont augmenté leurs heures d'ouverture (soirs, fins de semaine), selon la clientèle desservie, afin d'offrir des services améliorés. Cependant, la loi a imposé des sanctions aux GMF dont les patients se rendent dans d'autres milieux pour obtenir des soins.

Le Québec a aussi mis en place des super-cliniques qui sont semblables aux GMF, mais qui offrent aussi des consultations aux patients qui n'ont pas de médecin de famille ou qui ne sont pas inscrits auprès d'un GMF. Ces super-cliniques fournissent des soins sept jours par semaine, 12 heures par jour (à quelques exceptions près)¹³¹.

● JAUNE

5. Des soins complets et globaux



Les GMF offrent des soins complets et globaux aux patients, et comptent souvent un médecin de famille possédant des compétences avancées certifiées qui fait partie d'une communauté de pratique (sports, soins de maternité, etc.).

La responsabilité de la santé publique relève davantage du mandat des Centres locaux de services communautaires. Les GMF peuvent suggérer des programmes, mais les décisions sont habituellement prises par les dirigeants des établissements régionaux, afin de s'assurer que les responsabilités et les postes ne se chevauchent pas.

Le MSSS a aussi récemment convenu que les médecins qui travaillent avec des patients dans des établissements de soins de longue durée ne seront pas pénalisés s'ils n'atteignent pas le taux cible de clients inscrits (continuité des soins). À l'avenir, cette clientèle sera considérée comme faisant partie de leurs patients inscrits.

● JAUNE

6. La continuité des soins



Les DME ont joué un rôle important dans l'avancement des soins continus. Le Dossier santé Québec (DSQ) est un outil lié au DME qui permet aux médecins et à d'autres professionnels de la santé d'avoir accès à de l'information jugée essentielle pour offrir des soins de qualité en temps opportun. Les médecins de famille et autres professionnels de la santé ont un accès direct aux résultats de laboratoire, d'imagerie médicale et aux dossiers pharmaceutiques de leurs patients grâce au DME.

La possibilité de donner accès aux patients à certains renseignements inclus dans le DSQ est en cours de discussion au niveau provincial. Dans le GMF, il est clairement expliqué qu'en s'inscrivant, les patients autorisent aussi le partage d'information entre les professionnels du GMF.

Bien que les DME aient permis d'améliorer la continuité des soins, plus de soutien est nécessaire pour s'assurer qu'il y ait une communication ouverte entre les cliniques et les hôpitaux. Le transfert continu d'information permet aux médecins d'avoir accès à l'information la plus récente quand ils rencontrent les patients.

● JAUNE

7. Les DME



La plupart, sinon la totalité, des GMF ont adopté les DME. Des incitatifs ont été offerts par l'intermédiaire du Programme québécois d'adoption du dossier médical électronique (PQADME) afin de faciliter cette transition. Pour bénéficier des incitatifs du PQADME, les médecins doivent exercer dans une clinique de soins de première ligne.

Les DME continuent d'évoluer et de fournir plus d'options, comme l'intégration des pharmaciens (les ordonnances délivrées par les DME), ainsi que l'accès aux analyses de laboratoire, aux examens d'imagerie médicale, aux rapports de la CSST et plus encore. L'information peut être partagée entre les professionnels du même GMF.

Le DSQ est le fournisseur provincial de DME. Grâce à lui, les personnes autorisées peuvent consulter de l'information spécifique sur la santé. Le Québec a commencé à progressivement mettre en œuvre le DSQ à l'été 2013. Tous les résidents qui sont inscrits à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) auront accès au DSM à mesure que les cliniques et établissements de soins de santé s'y connectent.

Le DSQ inclue les médicaments prescrits qui sont obtenus des pharmacies liées au DSQ; les ordonnances délivrées sous forme électronique; les résultats d'analyses de laboratoire qui ont été effectuées dans un établissement de soins de santé public au Québec; et les résultats d'examen d'imagerie médicale (radiographies, scanographies, IRM, etc.) effectués dans un établissement de soins de santé public au Québec. Plus d'information sera ajoutée au DSQ à l'avenir¹³².

● JAUNE

8. L'éducation, la formation et la recherche



Les résidents en médecine de famille sont formés dans des Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)¹³¹. Le cadre de gestion du GMF-U est semblable à celui des GMF et ils répondent aux mêmes besoins. Cependant, un agent d'amélioration continue de la qualité se joint aux professionnels qui travaillent dans un GMF-U; ce rôle bénéficie du financement au GMF-U. Il y a des communautés de pratique en place pour ce nouveau rôle, ainsi que des tables de concertation avec un cadre d'amélioration continue de la qualité.

Les GMF-U tirent aussi profit de la proximité des sites de recherche grâce à leur affiliation avec les universités et leurs réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne.

● VERT

9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité



Jusqu'à maintenant, les GMF n'ont pas d'exigences pour l'évaluation de l'efficacité et de la qualité de leurs services au-delà des taux de consultation et du nombre de patients inscrits. Certains GMF aimeraient utiliser l'extraction de données pour mesurer l'efficacité. Les DME ont maintenant l'obligation de permettre l'extraction de données, bien que ceci soit en cours.

Au cours de la dernière année, un nouveau rôle professionnel s'est ajouté à la structure du GMF-U : l'agent d'amélioration continue de la qualité. Si cette ressource est bénéfique, les GMF non universitaires voudront peut-être recevoir du financement pour ajouter ces professionnels à leur personnel.

● JAUNE

10. Les soutiens internes et externes



Les médecins qui travaillent dans des GMF sont rémunérés à l'acte, mais du financement public direct est ajouté pour couvrir certains aspects des dépenses d'exploitation comme l'inscription de la clientèle. Les médecins du GMF ont aussi l'occasion de gagner plus d'argent (p. ex., 10 \$ par patient inscrit; un médecin qui dirige le GMF obtient 350 \$). Le coût moyen du financement supplémentaire pour un GMF est de 275 000 \$. Les GMF peuvent aussi avoir accès à des subventions et des rajustements de frais — cette enveloppe budgétaire représente 270 000 \$ en moyenne pour un GMF avec environ 15 000 patients inscrits¹³¹. L'obtention du statut de GMF permet aux pratiques de recevoir du financement pour deux postes de soutien administratif (secrétaire et technicien administratif) pour 10 médecins à temps plein¹³⁰.

● JAUNE



1. Des soins centrés sur le patient

En 2012, le gouvernement de la Saskatchewan publiait un cadre pour la création d'un système de soins de santé primaires hautement performant qui met l'accent sur des soins axés sur le patient, conçu pour répondre aux besoins communautaires et où les soins sont dispensés en équipe¹³³. En décembre 2017, la Saskatchewan est passée de 12 autorités sanitaires régionales à une seule. La transition avait comme objectif de créer un système de santé qui permettrait aux fournisseurs de soins de santé de faire en sorte que chaque patient, client et résident puisse recevoir des soins de haute qualité en temps opportun peu importe où il habite¹³⁴.

● JAUNE



2. Son propre médecin de famille

Un des objectifs du cadre pour la création d'un système de soins de santé primaires hautement performant est que « tous les résidents de la Saskatchewan — peu importe où ils habitent, leur appartenance ethnique ou leur statut de sous-desservi — aient une équipe de soins primaires identifiable à laquelle ils peuvent avoir accès facilement dans des délais raisonnables¹³⁵. » Afin de garantir que cet objectif est atteint dans les cinq ans, l'un des critères de réussite est que toutes les autorités sanitaires régionales mettraient en place un processus d'orientation des patients qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires régulier vers une équipe de soins primaires disponible.

L'autorité sanitaire de la Saskatchewan fournit une liste de médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients¹³⁶.

● JAUNE



3. La prestation de soins en équipe

Le cadre de 2012 pour la création d'un système de soins de santé primaires hautement performant stipule que pour atteindre ses objectifs, le gouvernement devra s'assurer que le financement est flexible et encourager la prestation de soins en équipe qui répondent aux besoins des patients, des familles et de la communauté¹³³.

Les Collaborative emergency centres (CEC) sont un modèle de prestation de soins de santé qui améliore l'accès à des soins de santé primaires stables et fiables. Une équipe de soins primaires, composée de médecins et d'infirmières praticiennes, offre un accès après les heures normales de service le jour, et une infirmière autorisée et un auxiliaire paramédical (sous la supervision d'un médecin) effectuent des évaluations et des traitements pour les soins d'urgence le soir et la nuit (entre 20 h et 8 h)¹³⁷. Cinq centres sont actuellement ouverts ou en phase de développement¹³⁷.

● JAUNE



4. L'accès aux soins en temps opportun

Le cadre de 2012 pour la création d'un système de soins de santé primaires met l'accent sur les soins centrés sur le patient et l'accès aux soins en temps opportun. L'un des principaux objectifs est que toute la population de la province ait facilement accès à une équipe de soins primaires identifiable dans des délais raisonnables. Le cadre définit quelques critères de réussites à atteindre dans un certain délai, entre autres que d'ici deux ans 75 pour cent des résidents de la Saskatchewan soient au courant les services de soins de santé primaires qui leur sont offerts¹³³.

Les CEC ont été mis en place pour relever les défis de la prestation de soins de santé dans les communautés rurales. Ils sont ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, offrant ainsi un accès le soir et la fin de semaine à des fournisseurs de soins primaires. Ils permettent aussi un accès à des rendez-vous le jour même ou le lendemain, et des temps d'attente plus courts aux services d'urgence.

● JAUNE



5. Des soins complets et globaux

La Saskatchewan possède plusieurs modes de rémunération des médecins. Le Family Physician Comprehensive Care Program reconnaît les médecins de famille pour la valeur et la continuité des soins qu'ils offrent aux patients quand ils fournissent une gamme complète de services. Le programme souhaite inciter plus de médecins à fournir des soins complets et globaux. Le General Practitioner Specialist Program offre une prime annuelle et du mentorat aux médecins de famille qui fournissent des services d'anesthésie, de chirurgie et d'obstétrique en région et dans les milieux ruraux. Le Chronic Disease Management Quality Improvement Program fournit des outils cliniques aux professionnels de la santé pour les aider à respecter les meilleures pratiques quand ils offrent des soins, et recueille des données qui donnent aux prestataires de soins de santé un portrait clair et complet de l'état d'un patient et de ses antécédents médicaux¹³⁸.

● JAUNE



6. La continuité des soins

En 2018-2019, le gouvernement a investi 19 millions de \$ pour appuyer la Connected Care Strategy¹³⁹. Cette stratégie met l'accent sur une approche en équipe qui inclut le patient et sa famille, et qui s'étend de la communauté à l'hôpital et vice versa. L'objectif est d'établir un lien entre les équipes et de fournir des soins transparents aux personnes qui ont de multiples besoins en matière de santé à long terme, en mettant l'accent sur des soins offerts dans la communauté

● JAUNE



7. Les DME

Le Saskatchewan EMR Program¹⁴⁰, en partenariat avec la Saskatchewan Medical Association (SMA) et le ministère de la Santé de la Saskatchewan, aide les médecins à mettre en place des systèmes de DME. Les médecins peuvent recevoir du soutien continu s'ils choisissent l'un des deux fournisseurs de DME approuvés.

● JAUNE



8. L'éducation, la formation et la recherche

La Saskatchewan Health Research Foundation et le Saskatchewan Centre for Patient-Oriented Research fourniront à chaque responsable de la recherche jusqu'à 250 000 \$ sur trois ans pour soutenir leur travail auprès des patients et apporter des améliorations fondées sur des données probantes, tout en visant une amélioration de la santé des patients grâce à de la recherche pertinente en temps opportun¹⁴¹.

Dans le cadre du Rural Physician Incentive Program¹⁴², les diplômés en médecine canadiens et internationaux qui mettent sur pied une pratique dans une communauté rurale ou éloignée ayant une population de 10 000 personnes ou moins peuvent faire une demande d'incitatifs de recrutement annuels (jusqu'à quatre ans, avec des incitatifs allant de 10 000 \$ à 15 000 \$ en fonction de l'année du programme).

● JAUNE



9. L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité

Une rémunération est versée à même les fonds négociés par la SMA aux médecins qui souhaitent effectuer du travail d'ACQ¹⁴¹. La Saskatchewan utilise la méthodologie Lean pour l'ACQ, c'est-à-dire l'amélioration continue par l'élimination du gaspillage tel que défini par le patient. La méthodologie Lean fait participer les employés et leur donne les outils requis pour générer et mettre en œuvre des solutions innovatrices, et améliorer de façon fondamentale l'expérience du patient sur une base continue. La Saskatchewan est la première province canadienne à utiliser cette approche dans tout le système de soins de santé. Plus de 1 500 projets d'amélioration continue ont été lancés dans le système de santé de la Saskatchewan¹⁴¹.

Le Resident Quality Improvement Program, qui est offert en partenariat par le Health Quality Council et le bureau des études médicales postdoctorales du Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan, présente aux résidents en médecine les principes de base de la méthodologie d'ACQ et les aide à découvrir les occasions d'apporter des changements dans leur pratique afin de dispenser des soins plus sécuritaires en temps opportun¹⁴³. Le Physician Compensation Quality Improvement Program rémunère les médecins pour le temps admissible qu'ils accordent à de la formation approuvée sur l'ACQ et les projets qui appuient les priorités du système de santé provincial tel qu'indiqué sur la matrice du système approuvée par l'équipe de direction provinciale¹⁴⁴.

Le Clinical Quality Improvement Program¹⁴⁵ est un cours de 10 mois conçu pour accroître les compétences requises pour diriger des travaux d'amélioration en soins de santé et qui met l'accent sur des projets d'ACQ cliniques. Le programme comprend une combinaison de théorie et d'apprentissage expérientiel, ainsi que de l'encadrement individuel et une communauté de pratique.

VERT



10. Les soutiens internes et externes

Les investissements principaux dans le budget de 2018-2019¹⁴⁶ comprennent 49,4 millions de \$ pour les services des médecins (y compris les services existants et le recrutement de nouveaux spécialistes et de médecins de soins primaires) et 19 millions de \$ en financement fédéral pour appuyer la stratégie provinciale Connected Care afin d'améliorer l'accès à des services de santé communautaires dispensés en équipe et aux soins primaires pour les patients qui pourraient être mieux desservis dans un centre de soins ou en milieu communautaire¹⁴⁷.

JAUNE

Références

1. Statistique Canada. *Estimations de la population au 1^{er} juillet, par âge et sexe*. Ottawa, ON : Statistique Canada ; 2018. Tableau : 17-10-0005-01. Dans : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&pickMembers%5B0%5D=1.1&pickMembers%5B1%5D=2.1&request_locale=fr. Date de consultation : Novembre 2018.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, de 1975 à 2017*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé ; 2017. Dans : <https://www.cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante>. Date de consultation : Novembre 2018.
3. Statistique Canada. *Fournisseurs habituels de soins de santé, 2016*, Catalogue n° 82-625-X. Feuillet d'information de la santé ; 2017. Dans : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2017001/article/54863-fra.htm>. Date de consultation : Novembre 2018.
4. Association médicale canadienne. *Enquête de l'AMC auprès de l'effectif médical, 2017. Résultats nationaux par MF/omnipraticien ou autre spécialiste, genre, âge et province/territoire; 2017*. Dans : http://cma.andornot.com/SurveyPDF/CMA_Survey_Workforce2017_Q22_ElectronicRecords-f.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
5. Gouvernement de l'Alberta. Primary Care Networks. *Alberta Health*; 2018. Dans : www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html. Date de consultation : Novembre 2018.
6. Clelland S. *Quality and Evaluation*. Alberta AIM; 2013. Dans : <http://rdc.ab.ca/sites/default/files/uploads>. Date de consultation : Novembre 2018.
7. Gouvernement de l'Alberta. *Alberta's Primary Health Care Strategy*. Edmonton, AB : Gouvernement de l'Alberta ; 2014, 1-48. Dans : www.health.alberta.ca/documents/Primary-Health-Care-Strategy-2014.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
8. Alberta Health Services. *Primary Health Care Integration Networks*. Alberta Health Services, Primary Care Alliance; 2017. Dans : www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/phc/if-hp-phc-phcin-infographic.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
9. Alberta Medical Association. Business Plan and Budget 2018-19 (site Web). www.albertadoctors.org/leaders-partners/business-plan-and-budget. Date de consultation : Novembre 2018.
10. Alberta Health Services. Primary Health Care - Resource Centre (site Web). 2018. www.albertahealthservices.ca/info/page11929.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
11. Primary Care Networks. Physician Leaders' Network (site Web). Dans : www.pcnpmo.ca/PLN/pages/default.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
12. Alberta Health Services. Learning & Education (site Web). www.albertahealthservices.ca/medstaff/page7070.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
13. Alberta Health Services. eSIM (site Web). www.albertahealthservices.ca/info/esim.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
14. Health Quality Council of Alberta (HQCA). Our Mandate (site Web). <http://hqca.ca/about/our-mandate/>. Date de consultation : Novembre 2018.
15. Physician Learning Program. Strategic Priorities: Strategic Goals (site Web). <https://albertapl.ca/about/strategic-priorities/>. Date de consultation : Novembre 2018.
16. Primary Care Networks. The Patient's Medical Home (site Web). www.pcnpmo.ca/medical-home/Pages/default.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
17. Alberta Health Services. About AHS: Who We Are (site Web). www.albertahealthservices.ca/about/about.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
18. Peckham A, Ho J, Marchildon GP. *Innovations en matière de politiques sur les soins primaires au Canada*. Toronto : North American Observatory on Health Systems and Policies ; 2018. Dans : http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2018/04/NAO-Rapid-Review-1_FR.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
19. Gouvernement de l'Alberta. Health funding; Budget 2018 (site Web). www.health.alberta.ca/about/health-funding.html. Date de consultation : Novembre 2018.

20. Brown S. *Delivering A Patient-Centred, High Performing and Sustainable Health System In B.C.: A Call To Build Consensus And Take Action*. Ministère de la Santé et la Colombie-Britannique ; 2015. Dans : www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2015/delivering-patient-centred-health-BC.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
21. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *The British Columbia Patient-Centered Care Framework*. Victoria, C.-B. : ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ; 2015. Dans : www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2015_a/pt-centred-care-framework.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
22. Patient Voices Network. About Us (site Web). <https://patientvoicesbc.ca/about-us/>. Date de consultation : Novembre 2018.
23. General Practice Services Committee. Setting the foundation for improved access to primary care (site Web). www.gpsc.bc.ca/what-we-do/innovations/a-gp-for-me. Date de consultation : Novembre 2018.
24. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *B.C. government's primary health-care strategy focuses on faster, team-based care* [communiqué de presse]. Bureau du premier ministre. Le 24 mai 2018. Dans : <https://news.gov.bc.ca/releases/2018PREM0034-001010>. Date de consultation : Novembre 2018.
25. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Budget 2018: Working For You (site Web). www.bcbudget.gov.bc.ca/2018/slides/default.htm. Date de consultation : Novembre 2018.
26. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Creating new opportunities for nurse practitioners as part of team-based care system* [communiqué de presse]. Santé. Le 23 mai 2018. Dans : <https://news.gov.bc.ca/releases/2018HLTH0034-000995>. Date de consultation : Novembre 2018.
27. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *Government adds pharmacists into primary and community care* [communiqué de presse]. Santé. Le 5 juin 2018. Dans : <https://news.gov.bc.ca/releases/2018HLTH0055-001118>. Date de consultation : Novembre 2018.
28. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *New funding to help create team-based primary care services throughout B.C.* [communiqué de presse]. Santé. Le 3 avril 2018. Dans : <https://news.gov.bc.ca/releases/2017HLTH0074-001006>. Date de consultation : Novembre 2018.
29. General Practice Services Committee. Advanced Access Office Efficiency (site Web). www.gpsc.bc.ca/what-we-do/professional-development/psp/modules/advanced-access-office-efficiency. Date de consultation : Novembre 2018.
30. General Practice Services Committee. Longitudinal Care – Incentive Program (site Web). www.gpsc.bc.ca/what-we-do/longitudinal-care/incentive-program. Date de consultation : Novembre 2018.
31. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *18 ways your government has been working to make life better for you in 2018* [communiqué de presse]. Bureau du premier ministre. Le 31 mai 2018. Dans : <https://news.gov.bc.ca/stories/18-ways-your-government-has-been-working-to-make-life-better-for-you-in-2018>. Date de consultation : Novembre 2018.
32. Divisions of Family Practice. Pathways (site Web). www.divisionsbc.ca/vancouver/pathways. Date de consultation : Novembre 2018.
33. Doctors of BC. Doctors Technology Office (DTO) (site Web). www.doctorsofbc.ca/doctors-technology-office. Date de consultation : Novembre 2018.
34. Gouvernement de la Colombie-Britannique. *New strategy unveiled to recruit and retain more graduates in family medicine* [communiqué de presse]. Santé. Le 27 mai 2018. Dans : <https://news.gov.bc.ca/releases/2018HLTH0052-001043>. Date de consultation : Novembre 2018.
35. General Practice Services Committee. What We Do: Patient Medical Homes (site Web). www.gpsc.bc.ca/what-we-do/patient-medical-homes. Date de consultation : Novembre 2018.
36. BC Patient Safety & Quality Council. Site Web du BC Patient Safety & Quality Council. <https://bcpsqc.ca/>. Date de consultation : Novembre 2018.
37. Health Data Coalition. Site Web de la Health Data Coalition. <https://hdcbc.ca/>. Date de consultation : Novembre 2018.
38. General Practice Services Committee. Professional Development Practice Support Program (site Web). www.gpsc.bc.ca/what-we-do/professional-development/psp. Date de consultation : Novembre 2018.
39. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Alternative Payments Program (site Web). www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/physician-compensation/alternative-payments-program. Date de consultation : Novembre 2018.

40. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Practitioner & Professional Resources (site Web). www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources. Date de consultation : Novembre 2018.
41. General Practice Services Committee. About GPSC (site Web). www.gpscbc.ca/who-we-are/about-gpsc. Date de consultation : Novembre 2018.
42. Gouvernement du Manitoba. *La planification axée sur le patient sera une priorité du nouvel organisme provincial de services de santé* [communiqué]. Le 28 juin 2017. Dans : <https://news.gov.mb.ca/news/index.fr.html?item=41692>. Date de consultation : Novembre 2018.
43. Gouvernement du Manitoba. « Quand les réseaux de soins de santé primaires seront-ils en place au Manitoba et où seront-ils situés? » dans Foire aux questions concernant les réseaux de soins de santé primaires à l'intention de la population manitobaine (site Web). <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/myhts/faq.fr.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
44. Gouvernement du Manitoba. *Document budgétaire F : Réduire la pauvreté et promouvoir l'engagement communautaire*. Winnipeg, MB : Gouvernement du Manitoba ; 2018. Dans : https://www.gov.mb.ca/finance/budget18/papers/F_Reducing_Proverty_r_f.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
45. Gouvernement du Manitoba. Becoming a Home Clinic (site Web). www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/clinic/index.html. Date de consultation : Novembre 2018.
46. Programme de cybersanté du Manitoba. Dossiers médicaux électroniques (DME) (site Web). <http://www.manitoba-ehealth.ca/about-emr-fr.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
47. Programme de cybersanté du Manitoba. Primary Care/Community Information Systems (PCIS) Office (site Web). www.manitoba-ehealth.ca/emr-pcis.html. Date de consultation : Novembre 2018.
48. Doctors Manitoba. *There's no place like home* (blog). Le 23 novembre 2016. Dans : <https://doctorsmanitoba.ca/2016/11/theres-no-place-like-home/>. Date de consultation : Novembre 2018.
49. Le Collège des médecins de famille du Manitoba. Manitoba Family Medicine Interest Group (FMIG) (site Web). <https://mcfp.mb.ca/fmig/who-we-are/>. Date de consultation : Novembre 2018.
50. Programme de cybersanté du Manitoba. Primary Care Data Extract (site Web). www.manitoba-ehealth.ca/emr-pcis-pcde.html. Date de consultation : Novembre 2018.
51. Gouvernement du Manitoba. Soins primaires (site Web). <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/index.fr.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
52. Gouvernement du Manitoba. Nous tenons nos promesses. Des progrès réels pour la santé (site Web). <https://www.gov.mb.ca/budget2018/departement/health.fr.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
53. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick*. Dans : [https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Soins-de-sante-primaires.pdf](https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Soins-de-sante-primaires/Un-cadre-des-soins-de-sante-primaires.pdf). Date de consultation : Novembre 2018.
54. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Regroupement des ressources de soins de santé primaires* [communiqué]. Nouveau-Brunswick : Gouvernement du Nouveau-Brunswick ; 2017. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2017.09.1168.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
55. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Plan du Nouveau-Brunswick pour les familles : Document-cadre*. Fredericton, N.-B. : Gouvernement du Nouveau-Brunswick ; 2017. Dans : https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/Promo/family_plan/PlanDuNBPourLesFamilles.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
56. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. Accès patient NB (site Web). https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/Services-hospitaliers/content/Acces_Patient_NB.html. Date de consultation : novembre 2018.
57. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. *Être patient – L'accessibilité, la santé primaire et la salle d'urgence*. Moncton, N.-B. : Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick ; 2017. Dans : <https://www.csnb.ca/sites/default/files/documents/etrepatient-dossier.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.
58. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Le premier ministre dévoile le document-cadre du Plan du Nouveau-Brunswick pour les familles* [communiqué]. Cabinet du premier ministre. Le 18 janvier 2017. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2017.01.0063.html>. Date de consultation : Novembre 2018.

59. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Vingt-cinq nouveaux médecins seront ajoutés au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick afin de réduire les temps d'attente* [communiqué]. Ministère de la Santé. Le 9 février 2018. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2018.02.0140.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
60. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Six infirmières praticiennes seront ajoutées au système de soins de santé afin de réduire les temps d'attentes* [communiqué]. Ministère de la Santé. Le 9 février 2018. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2018.02.0219.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
61. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Dix nouveaux médecins de famille arriveront à Fredericton au cours des deux prochaines années* [communiqué]. Ministère de la Santé. Le 10 mai 2018. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2018.05.0530.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
62. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Manuel des médecins du Nouveau-Brunswick*. Fredericton, N.-B. : Gouvernement du Nouveau-Brunswick ; 2017. Dans : https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Medecins/manual_des_medecins_du_nouveau-brunswick.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
63. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Nouveau modèle pour la médecine familiale en vue d'améliorer l'accès aux médecins* [communiqué]. Ministère de la Santé. Le 13 juin 2017. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2017.06.0849.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
64. Société médicale du Nouveau-Brunswick. *Nous avons besoin d'un plus grand nombre de médecins de famille* (site Web). <http://smnb.ca/leadership/amelioration-du-systeme-de-sante/nous-avons-besoin-d-un-plus-grand-nombre-de-medecins-de-famille/>. Date de consultation : Novembre 2018.
65. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Soins de santé : le premier ministre dévoile un plan pluriannuel afin de réduire les temps d'attente* [communiqué]. Ministère de la Santé. Le 6 février 2018. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2018.02.0127.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
66. Société médicale du Nouveau-Brunswick. *Médecine familiale Nouveau-Brunswick* (site Web). <http://smnb.ca/leadership/amelioration-du-systeme-de-sante/a-new-model-for-family-medicine-in-new-brunswick-fr-fr/>.
67. Réseau de santé Horizon. « *Pourquoi attendre ?* » – *une campagne qui fait la promotion des diverses solutions offertes en matière de soins de santé* [communiqué]. Réseau de santé Horizon. Le 11 avril 2017. Dans : [http://fr.horizonnb.ca/accueil/centre-des-m%C3%A9dias/nouvelles-d%E2%80%99horizon/2017-04-11-%C2%AB-pourquoi-attendre-%C2%BB,-une-campagne-qui-fait-la-promotion-des-diverses-solutions-offertes-en-mati%C3%A8re-de-soins-de-sant%C3%A9-\(1\).aspx](http://fr.horizonnb.ca/accueil/centre-des-m%C3%A9dias/nouvelles-d%E2%80%99horizon/2017-04-11-%C2%AB-pourquoi-attendre-%C2%BB,-une-campagne-qui-fait-la-promotion-des-diverses-solutions-offertes-en-mati%C3%A8re-de-soins-de-sant%C3%A9-(1).aspx). Date de consultation : Novembre 2018.
68. Société médicale du Nouveau-Brunswick. *Les dossiers médicaux électroniques* (site Web). <http://smnb.ca/leadership/amelioration-du-systeme-de-sante/les-dossiers-medicaux-electroniques/>. Date de consultation : Novembre 2018.
69. Société médicale du Nouveau-Brunswick. *Comment sont rémunérés les médecins?* (site Web). <http://smnb.ca/information-pour-les-patients/comment-sont-remuneres-les-medecins/>. Date de consultation : Novembre 2018.
70. Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Investissements dans les aînés, les jeunes et l'économie prévus au budget* [communiqué]. Ministère des Finances. Le 30 janvier 2018. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/finances/nouvelles/communique.2018.01.0101.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
71. Gouvernement du Nouveau-Brunswick – Finances. *Investissements dans les aînés, les jeunes et l'économie prévus au budget* [communiqué]. Le 30 janvier 2018. <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/finances/nouvelles/communique.2018.01.0101.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
72. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. *Healthy People, Healthy Families, Healthy Communities: A Primary Health Care Framework for Newfoundland and Labrador 2015-2025*. Dans : www.health.gov.nl.ca/health/publications/PHC_Framework_update_Nov26.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
73. Newfoundland and Labrador Medical Association. *Doctors Taking New Patients* (site Web). <http://nlma.nl.ca/Page/Doctors-Taking-New-Patients>. Date de consultation : Novembre 2018.
74. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. *Supporting Health Communities* [communiqué]. Ministère de la Santé et des Services communautaires. Le 24 novembre 2016. Dans : www.releases.gov.nl.ca/releases/2016/health/1124n01.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
75. Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays — Rapport en format accessible*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé ; 2017. Dans : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/text-alternative-version-2016-cmwf-fr-web.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.

76. eDOCSNL. About eDOCSNL (site Web). <https://edocsnl.ca/about/>. Date de consultation : Novembre 2018.
77. Newfoundland and Labrador Medical Association. *NLMA Reaction to Budget 2018* [communiqué]. [non daté]. Newfoundland and Labrador Medical Association. Dans : <http://nlma.nl.ca/News-And-Events/NLMA-News/Page/0/Article/297>. Date de consultation : Novembre 2018.
78. Soins de santé primaires, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. *Strengthening the Primary Health Care System in Nova Scotia. Evidence synthesis and guiding document for primary care delivery: Collaborative family practice teams and health homes*. Halifax, N.-É. : Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse ; 2017. Dans : http://nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/phc_evidence_synthesis_april_2017_final_updated.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
79. CTV News. *More than 50,000 in Nova Scotia without family doctors*. Le 7 juin 2018. CTV News. Dans : www.ctvnews.ca/health/more-than-50-000-in-nova-scotia-without-family-doctors-1.3964342. Date de consultation : Novembre 2018.
80. Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. *NSHA Accountability – Need a Family Practice Registry – Data Summary (1^{er} mars 2018)*. Halifax, N.-É. : Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse ; 2018. Dans : http://nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/nsha_accountability-nfp_registry_data_summary_281mar201829_v2.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
81. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Budget 2017–2018: Healthy people and communities (site Web). <https://novascotia.ca/budget/budget-2017.asp#three>. Date de consultation : Novembre 2018.
82. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Budget 2018–2019: Healthy people and communities (site Web). <https://novascotia.ca/budget/budget-2018.asp#one>. Date de consultation : Novembre 2018.
83. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Government Makes Investments in Family Doctors* [communiqué]. Cabinet du premier ministre. Le 19 mars 2018. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20180319001>. Date de consultation : Novembre 2018.
84. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Unattached Patient Incentive Update* [communiqué]. Santé et Mieux-être. Le 1^{er} juin 2018. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20180601002>. Date de consultation : Novembre 2018.
85. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Program to Assess Internationally Trained Family Doctors Moves Ahead* [communiqué]. Santé et Mieux-être. Le 6 avril 2018. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20180406003>. Date de consultation : Novembre 2018.
86. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *Physician Incentive Program Changes Add Flexibility, Choice* [communiqué]. Santé et Mieux-être. Le 17 avril 2018. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20180417002>. Date de consultation : Novembre 2018.
87. Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. Collaborative Family Practice Teams (site Web). www.nshealth.ca/collaborative-family-practice-teams. Date de consultation : Novembre 2018.
88. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *2017 a Year of Firsts for Nova Scotia* [communiqué]. Cabinet du premier ministre. Le 29 décembre 2017. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20171229002>. Date de consultation : Novembre 2018.
89. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *More Collaborative Family Practice Teams Being Strengthened to Enhance Access to Comprehensive Primary Health Care* [communiqué]. Santé et Mieux-être. Le 8 mars 2018. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20180308006>. Date de consultation : Novembre 2018.
90. Doctors Nova Scotia. *Fixing Nova Scotia's Primary Health Care Problem: Physicians' recommendations to improve primary care in Nova Scotia*. Dartmouth, N.-É. : Doctors Nova Scotia ; 2017. Dans : <https://doctorsns.com/sites/default/files/2018-04/PrimaryCarePosition.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.
91. MyHealthNS (site Web). <https://www.myhealthns.ca/fr/>. Date de consultation : Novembre 2018.
92. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. *One Person One Record Project Moves to Next Phase* [communiqué]. Santé et Mieux-être. Le 6 décembre 2017. Dans : <https://novascotia.ca/news/release/?id=20161206001>. Date de consultation : Novembre 2018.
93. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse. e-Health Electronic Medical Records (EMR) (site Web). <https://novascotia.ca/dhw/ehealth/emr/>. Date de consultation : Novembre 2018.
94. Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. Performance Excellence Quality Improvement Tools (site Web). www.cdha.nshealth.ca/performance-excellence-program/quality-improvement-tools-0. Date de consultation : Novembre 2018.
95. Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, ministère de la Santé et du Mieux-être. Health System Quality (site Web). <https://novascotia.ca/dhw/hsq/>. Date de consultation : Novembre 2018.

96. Gouvernement de l'Ontario. *L'Ontario adopte un projet de loi qui offre de meilleurs soins de santé pour les familles* [communiqué]. Toronto, ON : ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le 7 décembre 2016. Dans : <https://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2016/12/lontario-adopte-un-projet-de-loi-qui-offre-de-meilleurs-soins-de-sante-pour-les-familles.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
97. Cybersanté Ontario. *Le dossier de santé électronique désormais accessible pour 3,6 millions de résidents dans le Sud-Ouest de l'Ontario* [communiqué]. Toronto, ON : ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le 20 janvier 2016. Dans : <https://www.ehealthontario.on.ca/fr/news/view/electronic-health-record-now-available-for-3.6-million-south-west-ontario-r>. Date de consultation : Novembre 2018.
98. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *L'Ontario adopte un projet de loi qui offre de meilleurs soins de santé pour les familles* [communiqué]. Le 7 décembre 2016. Dans : <https://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2016/12/lontario-adopte-un-projet-de-loi-qui-offre-de-meilleurs-soins-de-sante-pour-les-familles.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
99. Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Résultats du programme Accès Soins (du 12 février 2009 au 30 juin 2017) (site Web). <http://health.gov.on.ca/fr/ms/healthcareconnect/public/results.aspx>. Date de consultation : Novembre 2018.
100. Association of Family Health Teams of Ontario. Primary Care Teams (site Web). www.afhto.ca/teams/. Date de consultation : Novembre 2018.
101. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *L'Ontario accroît l'accès aux soins primaires pour la population de la province* [communiqué]. Le 10 mai 2017. Gouvernement de l'Ontario. Dans : <https://news.ontario.ca/mohlrc/fr/2017/05/lontario-accroit-laccés-aux-soins-primaires-pour-la-population-de-la-province.html>. Date de consultation : Novembre 2018.
102. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée – Équipe Santé familiale. Questions et réponses : En quoi consistent les équipes de santé familiale? (site Web). http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/fht_understanding.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
103. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé (site Web). http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/. Date de consultation : Novembre 2018.
104. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé, résultats de la deuxième année (site Web). http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/report_year_two.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
105. Qualité des services de santé Ontario. Obtention d'un rendez-vous avec le fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant (site Web). <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Rendement-des-soins-primaires/Rendez-vous-le-jour-même-ou-le-jour-suivant>. Date de consultation : Novembre 2018.
106. Qualité des services de santé Ontario. meilleureAPPROCHE – Favoriser l'indépendance sur le plan de la santé. Toronto, ON : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Dans : <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/27009/324234.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.
107. Cybersanté Ontario. *Transition des programmes de DMÉ au ministère de la Santé et les Soins de longue durée* [communiqué]. Le 10 septembre 2015. Cybersanté Ontario. Dans : <https://www.ehealthontario.on.ca/fr/news/view/emr-programs-transition-to-ontariomd>. Date de consultation : Novembre 2018.
108. OntarioMD. Overview of EMR Funding (site Web). www.ontariomd.ca/products-and-services/emr-funding/funding-programs. Date de consultation : Novembre 2018.
109. OntarioMD. Funding Programs (site Web). www.ontariomd.ca/products-and-services/emr-funding/funding-programs. Date de consultation : Novembre 2018.
110. Professionnels de la santé du MSSDL. Fonds de recherche sur le système de santé (FRSS) Lignes directrices (site Web). http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/ministry/research/hsrf_guidelines.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
111. Institute for Clinical Evaluative Sciences. Primary Care & Population Health Research Program (site Web). www.ices.on.ca/Research/Research-programs/Primary-Care-and-Population-Health. Date de consultation : Novembre 2018.
112. INSPIRE-PHC (INnovations Strengthening PrImary healthcare through REsearch) (site Web). www.phcresearchnetwork.com/index.html. Date de consultation : Novembre 2018.
113. IDEAS (Improving & Driving Excellence Across Sectors) (site Web). www.ideasontario.ca. Date de consultation : Novembre 2018.

114. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Santé Î.-P.-É. (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/sujet/sante-i-p-e>. Date de consultation : Novembre 2018.
115. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Intervenante-pivot (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/intervenante-pivot>. Date de consultation : Novembre 2018.
116. MacDonald D. PEI has record number of physicians Close to 7,000 names still on Patient Registry List [communiqué]. Le 5 avril 2017. *PEICanada.com*. Dans : www.peicanada.com/eastern_graphic/article_83066cd6-196d-11e7-8c27-0b578760d87f.html. Date de consultation : Novembre 2018.
117. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Registre des patients (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/registre-patients>. Date de consultation : Novembre 2018.
118. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Finances. Budget Address 2018 (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/finance/budget-address-2018>. Date de consultation : Novembre 2018.
119. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Les centres de santé offrent des soins primaires (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/les-centres-de-sante-offrent-des-soins-primaires>. Date de consultation : Novembre 2018.
120. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Modèle collaboratif de soins (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/modele-collaboratif-soins>. Date de consultation : Novembre 2018.
121. Bruce S. Health PEI hiring 7 more nurse practitioners. Le 6 mars 2018. *CBC News*. Dans : www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/health-pe-i-nurse-practitioners-new-hires-1.4564439. Date de consultation : Novembre 2018.
122. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Cliniques sans rendez-vous (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/cliniques-sans-rendez-vous>. Date de consultation : novembre 2018.
123. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Programme COACH (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-coach>. Date de consultation : Novembre 2018.
124. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Dossiers de santé électroniques (DSE) (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/dossiers-sante-electroniques-dse>. Date de consultation : Novembre 2018.
125. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Programme de formation en médecine (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-formation-medecine>. Date de consultation : Novembre 2018.
126. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard – Santé Î.-P.-E. Programme de résidence en médecine familiale (site Web). <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/programme-residence-medecine-familiale>. Date de consultation : Novembre 2018.
127. Chapin L. New Charlottetown and Summerside family doctors now fee-for-service. Le 8 avril 2016. *CBC News*. Dans : www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-family-doctor-pay-salary-1.3527658. Date de consultation : Novembre 2018.
128. Chapin L. College of Family Physicians thinks fee-for-service switch will hurt recruiting. Le 11 avril 2016. *CBC News*. Dans : www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/family-physicians-payment-salary-1.3530449. Date de consultation : Novembre 2018.
129. Gouvernement du Québec. Inscription auprès d'un médecin de famille (site Web). 2017. <https://www.quebec.ca/sante/trouver-une-ressource/consulter-un-professionnel/inscription-aupres-d-un-medecin-de-famille/>. Date de consultation : Novembre 2018.
130. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Hogg W. Primary Care Reform: Can Quebec's Family Medicine Group Model Benefit from the Experience of Ontario's Family Health Teams? *Health Policy*. 2011;7(2):e122-135.
131. Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique (site Web). <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>. Date de consultation : Novembre 2018.
132. Gouvernement du Québec. Dossier santé Québec (site Web). <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/>. Date de consultation : Novembre 2018.

133. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Patient Centred Community Designed Team Delivered: A framework for achieving a high performing primary health care system in Saskatchewan*. Regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan ; 2012. Dans : <http://publications.gov.sk.ca/documents/13/81547-primary-care-framework.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.
134. Autorité sanitaire de la Saskatchewan. *About the Saskatchewan Health Authority* [communiqué]. Saskatoon, SK : Autorité sanitaire de la Saskatchewan ; 2017. Dans : www.saskhealthauthority.ca/news/stories/Pages/2017/Nov/About-the-Saskatchewan-Health-Authority.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
135. Ministère de la Santé de la Saskatchewan. *Patient Centred Community Designed Team Delivered: Highlights from Saskatchewan's new framework for primary health care*. Regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan ; 2012. Dans : <http://publications.gov.sk.ca/documents/13/81546-primary-care-highlights.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.
136. Autorité sanitaire de la Saskatchewan. Doctors Taking Patients (site Web). www.saskatoonhealthregion.ca/patients/Pages/Doctors-Taking-Patients.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
137. Gouvernement de la Saskatchewan. Collaborative Emergency Centres (site Web). www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/primary-health-care/collaborative-emergency-centres. Date de consultation : Novembre 2018.
138. eHealth Saskatchewan. Physician Compensation Programs (site Web). www.ehealthsask.ca/services/resources/establish-operate-practice/Pages/Physician-Compensation-Programs.aspx. Date de consultation : Novembre 2018.
139. Gouvernement de la Saskatchewan. *Fact Sheet: Connected Care*. regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan ; 2017. Dans : www.saskatchewan.ca/~media/news%20release%20backgrounders/2017/dec/fact-sheet-%20connected%20care%20progress.pdf. Date de consultation : Novembre 2018.
140. Saskatchewan Medical Association. The Saskatchewan EMR Program (site Web). <http://www.sma.sk.ca/6/why-an-emr.html#Change%20management%20services>. Date de consultation : Novembre 2018.
141. Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan. *U of S researchers receive funding to improve health care systems and practices* [communiqué]. Saskatoon, SK : Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan ; 2018. Dans : <https://medicine.usask.ca/news/2018/u-of-s-researchers-receive-funding-to-improve-health-care-systems-and-practices.php>. Date de consultation : Novembre 2018.
142. Saskdocs.ca. Saskatchewan's Rural Physician Incentive Program (RPIP) (site Web). www.saskdocs.ca/work/rpip/, 2016. Date de consultation : Novembre 2018.
143. Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan. *Training program enhances resident physicians' quality improvement skills* [communiqué]. Saskatoon, SK : Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan ; 2017. Dans : <https://medicine.usask.ca/news/2017/training-program-enhances-resident-physicians-quality-improvement-skills.php>. Date de consultation : Novembre 2018.
144. Saskatchewan Medical Association. Physician Compensation Quality Improvement Program (site Web). www.sma.sk.ca/programs/82/physician-compensation-quality-improvement-program.html. Date de consultation : Novembre 2018.
145. Saskatchewan Health Quality Council. Clinical Quality Improvement Program (site Web). <https://hqc.sk.ca/education-learning/cqip>. Date de consultation : Novembre 2018.
146. Gouvernement de la Saskatchewan. *Record \$5.36 Billion Invested in Improving Health Care* [communiqué]. Regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan ; 2018. Dans : www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2018/april/10/budget-health. Date de consultation : Novembre 2018.
147. Ministère de la Santé. *Plan for 2018-2019*. Regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan. Dans : <http://publications.gov.sk.ca/documents/15/106275-HealthPlan1819.pdf>. Date de consultation : Novembre 2018.



THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



Nous serons ravis de recevoir vos questions ou commentaires
sur ce document à : healthpolicy@cfpc.ca