

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Transformer les fondements du système de santé canadien

Des solutions pour renforcer les soins
primaires

Réforme de la pratique de médecine de famille
Document de proposition de politique



Juillet 2023

Table des matières

Aperçu

Contexte	1
Exposé sommaire des enjeux et solutions proposées	1

Solutions et recommandations réalisables pour le gouvernement

Financer les équipes interprofessionnelles collaboratives	3
Réduire le fardeau administratif qui pèse sur les médecins de famille	5
Minimiser la charge liée à l'adoption de nouvelles technologies dans les cabinets	8
Soutenir la mise en place d'un permis d'exercice national et l'amélioration de la disponibilité des médecins suppléants	13
Investir dans une rémunération équitable des médecins qui favorise la prestation des soins complexes dispensés en équipe	17

Références 21

© 2023 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 aux renseignements 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. *Transformer les fondements du système de santé canadien – Des solutions pour renforcer les soins*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2023.

Aperçu

Contexte

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) exhorte le gouvernement fédéral à faire preuve de leadership en matière de soins de santé en établissant des normes nationales et en allouant des fonds fédéraux aux provinces et territoires pour que ces derniers parviennent à des résultats dans les domaines prioritaires partagés.

Le gouvernement canadien a récemment annoncé un investissement de 198,3 milliards de dollars sur 10 ans, dont un nouveau financement de 25 milliards de dollars pour faire avancer les quatre priorités partagées :

- élargir l'accès à des services de santé en médecine de famille, y compris dans les régions rurales et éloignées;
- soutenir les travailleurs de la santé et réduire les arriérés de chirurgies;
- accroître l'accès à des services de qualité en matière de santé mentale et d'usage de substances;
- moderniser les systèmes de soins de santé au moyen de données sanitaires normalisées et d'outils numériques.

Pour les investissements du gouvernement, le CMFC propose des recommandations réalisables qui concordent avec ces engagements puisqu'elles concernent les soins primaires, fondement du système de santé canadien. Les recommandations cadrent également très bien avec les principes énoncés dans le rapport intitulé **Venir à bout de la crise des effectifs du secteur de la santé** récemment publié par le Comité permanent de la santé.

Le CMFC cite des exemples de pratiques exemplaires et de programmes provinciaux/territoriaux qui pourraient être financés et élargis pour remédier aux défis à court terme qui se posent dans les soins primaires et préparer le système à une modernisation indispensable, conforme à sa

vision du **Centre de médecine de famille (CMF)**. Ensemble, ces recommandations amélioreront l'accès aux soins et créeront un système de santé plus efficace et plus viable pour toute la population du Canada.

Exposé sommaire des enjeux et solutions proposées

Solution 1 : Financer les équipes interprofessionnelles collaboratives

Les soins primaires sont le plus efficaces lorsqu'ils sont prodigués par des équipes collaboratives bien établies, dotées de ressources suffisantes qui bénéficient d'un soutien et d'un leadership continus de la part des médecins de famille. En tant qu'experts en médecine familiale, les médecins de famille peuvent rehausser le travail des autres professionnels de la santé et contribuer à la prestation de soins en équipe de grande qualité à de plus vastes patientèles. Le financement fédéral doit impérativement servir à créer **davantage d'équipes interprofessionnelles**, comme le fait l'actuel programme de l'Île-du-Prince-Édouard, qui s'inspire de la vision du CMF proposée par le CMFC.

Solution 2 : Réduire le fardeau administratif qui pèse sur les médecins de famille

Le fardeau administratif se classe systématiquement parmi les facteurs qui contribuent le plus à l'épuisement professionnel des médecins. Compte tenu de l'augmentation du nombre de fournisseurs de soins qui déclarent avoir l'intention de réduire leurs heures de pratique clinique et/ou de quitter la pratique, le bien-être des médecins est essentiel à la viabilité du système de santé. Investir dans des partenariats pour simplifier et réduire la paperasse/les formulaires, embaucher de nouveaux membres d'équipe pour partager les tâches administratives et

introduire des scribes médicaux au sein des cabinets de médecine familiale sont des mesures qui peuvent être utilisées pour **réduire le fardeau administratif qui pèse sur les médecins**. Elles permettront aux médecins de famille de consacrer plus de temps aux soins directs aux patients, amélioreront l'équilibre travail-vie personnelle et la centralité du patient et préviendront l'épuisement professionnel.

Solution 3 : Minimiser la charge liée à l'adoption de nouvelles technologies dans les cabinets

Le Canada accuse un retard par rapport à d'autres pays en ce qui concerne la capacité à utiliser les technologies de l'information sur la santé pour coordonner les soins. Les médecins du Canada ont dit qu'ils seraient intéressés à introduire une variété de technologies qui ne sont pas encore utilisées dans leurs cabinets respectifs. Puisque les médecins de famille fournissent plus de la moitié de tous les services dispensés par les médecins au Canada, il est crucial qu'ils puissent intégrer les technologies dans leur pratique et partager les données numériques sur les patients dans des milieux de pratique et entre eux. C'est une étape nécessaire pour mettre en œuvre une stratégie pancanadienne sur les données de santé et moderniser le système de santé par l'adoption d'une approche « Un patient, un dossier électronique de santé ». Les approches axées sur la simplification des références comme les systèmes de référence centralisés, doivent être priorisées.

Solution 4 : Soutenir la mise en place d'un permis d'exercice national et l'amélioration de la disponibilité des médecins suppléants

Il est extrêmement difficile pour les médecins de famille du Canada de trouver des médecins suppléants pour les remplacer temporairement. Comme ils ne trouvent personne pour prendre la

relève pendant leur absence, bon nombre d'entre eux ne peuvent cesser momentanément leur pratique sans perturber la continuité des soins. Accroître la disponibilité des médecins suppléants est une façon d'améliorer l'équilibre travail-vie personnelle des médecins de famille, de les aider à éviter l'épuisement professionnel et de prévenir d'autres pénuries de personnel. Une plus grande disponibilité de médecins suppléants pourrait également aider à attirer plus de médecins dans les régions rurales. Du soutien fédéral pour l'instauration d'un permis d'exercice national/régional ou du financement temporaire pour rembourser aux médecins les frais d'obtention de permis d'autres provinces ou territoires pourrait améliorer la couverture de suppléance.

Solution 5 : Investir dans une rémunération équitable des médecins qui favorise la prestation des soins dispensés en équipe et la complexité de soins.

La rémunération à l'acte (RA) demeure le modèle prédominant pour la rémunération des médecins de famille au Canada. C'est toutefois un modèle qui s'adapte mal à la prestation des soins complexes ou des soins primaires en équipe. La capitation mixte, une solution de rechange viable à la rémunération à l'acte, correspond mieux aux valeurs associées aux soins complets et globaux prodigués en équipe. Les décideurs devraient investir dans des initiatives qui favorisent un virage vers les programmes de paiement par capitation qui rétribuent les médecins de famille pour l'ensemble de leurs tâches et sont compatibles avec les soins de qualité dispensés en équipe. En offrant **une rémunération juste et concurrentielle aux médecins de famille**, on s'assurera que la spécialité demeure attrayante pour les diplômés en médecine et qu'elle est source d'expériences professionnelles viables.

Solutions et recommandations pour le gouvernement



Solution 1 : Financer les équipes interprofessionnelles collaboratives

Il est difficile pour les patients d'accéder aux soins primaires au Canada². Parallèlement, les médecins de famille quittent la pratique en raison de l'épuisement professionnel et du lourd fardeau administratif qui pèse sur eux^{3,4}. Stabiliser l'environnement des soins primaires par la création d'équipes interprofessionnelles dotées de ressources suffisantes est impératif pour améliorer l'accès aux soins et offrir un cadre de travail qui favorise le bien-être des fournisseurs et rend plus attrayante la pratique de la médecine de famille au Canada.

Du fait de leur expertise clinique et de leur connaissance approfondie du système de santé, les médecins de famille peuvent, au sein d'équipes collaboratives, aider à rehausser le travail des autres professionnels de la santé. Dans cet arrangement, les spécialistes en médecine de famille sont rapidement disponibles pour diriger et/ou soutenir les autres membres de l'équipe. Les soins peuvent être prodigués par un médecin de famille ou tout autre fournisseur de soins ayant les connaissances et les habiletés appropriées,

ce qui permet d'accélérer l'accès aux soins pour les patients selon la disponibilité des membres de l'équipe. Optimiser le champ de pratique de chaque fournisseur améliore l'efficacité et l'accessibilité des soins. L'information sur les patients est communiquée efficacement, si bien que l'information documentée sur la rencontre entre un patient et un fournisseur est accessible à tous les autres membres de l'équipe impliqués dans les soins de ce patient. Même lorsque le fournisseur principal n'est pas un médecin de famille, il peut conserver sa propre patientèle tout en bénéficiant de l'expertise d'un médecin de famille qu'il peut rapidement consulter pour les cas plus complexes. C'est essentiel, car la population canadienne continue de vieillir et, par conséquent, a besoin de soins de plus en plus complexes.

Selon les études, les professionnels de la santé qui prodiguent des soins primaires indépendamment des médecins de famille n'atteignent peut-être pas des résultats de qualité comparable^{5,6}. C'est **pourquoi la collaboration avec les médecins de famille – et non le remplacement des médecins de famille** – est nécessaire pour faire face à l'évolution des besoins en santé des communautés du Canada.

Recommandation

1.1 Le gouvernement fédéral devrait financer la création, le maintien et le développement de la pratique interprofessionnelle afin de renforcer les soins primaires partout au Canada.

Avantages de l'investissement

Les médecins de famille⁷ et les patients^{8,9} préfèrent la prestation de soins en équipe. Ils assurent une meilleure continuité des soins, mettent davantage l'accent sur la prévention, améliorent les résultats en santé et réduisent le recours au service des urgences^{10,11}. Ils offrent également un bon rapport coût-efficacité, car en soins primaires le rendement du capital investi (RCI) découle des efficiences réalisées dans d'autres secteurs du système de santé¹².

Un financement provincial est requis pour que les soins collaboratifs dispensés en équipe répondent aux besoins courants des fournisseurs et des patients, notamment pour des programmes comme les Équipes Santé familiale en Ontario¹³, les cliniques qui participent au programme Médecine familiale Nouveau-Brunswick au Nouveau-Brunswick¹⁴, les Groupes de médecine de famille au Québec¹⁵ ou, plus récemment, les Centres de médecine de famille à l'Île-du-Prince-Édouard¹⁶. Dans la plupart de ces exemples, les médecins travaillent avec les

professionnels paramédicaux (travailleurs sociaux, infirmières praticiennes, pharmaciens et autres) et sont rémunérés par capitation ou des modes de rémunération mixtes financés à même les ressources gouvernementales.

Même si les soins collaboratifs progressent partout au Canada, ces avancées dépendent souvent de la disponibilité des ressources provinciales/territoriales. En Ontario par exemple, le nombre d'Équipes Santé familiale a stagné pendant plusieurs années, jusqu'à la récente annonce de nouveaux investissements dans les cliniques axées sur les soins collaboratifs. Dans d'autres cas, comme à l'Île-du-Prince-Édouard, l'évaluation démontre que l'investissement initial du gouvernement peut s'avérer insuffisant pour permettre au modèle mis en place d'atteindre son plein potentiel. Un financement fédéral spécifiquement affecté à la création, au maintien et au développement de pratiques interprofessionnelles contribuerait grandement à renforcer les soins primaires partout au pays.





Solution 2 : Réduire le fardeau administratif qui pèse sur les médecins de famille

Plus de la moitié des médecins de famille du Canada déclarent ressentir de l'épuisement professionnel à des niveaux très élevés¹⁷. Le fardeau administratif se classe systématiquement parmi les principaux facteurs qui contribuent à l'épuisement professionnel^{3,4}, les médecins de famille déclarent consacrer plus d'une pleine journée aux tâches administratives³.

Réduire le fardeau administratif qui pèse sur les médecins de famille libérerait du temps pour les soins aux patients, permettrait des soins mieux

axés sur le patient, élargirait l'accès aux soins et préviendrait l'épuisement professionnel. Compte tenu de l'augmentation du nombre de médecins qui déclarent avoir l'intention de réduire leurs heures de pratique clinique et/ou de quitter la pratique au cours des prochaines années^{*18,19}, la santé et le bien-être des médecins sont essentiels à la viabilité du système de santé. Un rapport publié en 2023 par la Fédération canadienne de l'entreprise indépendante indique que si l'ensemble des gouvernements faisaient diminuer le fardeau administratif de 10 pour cent, il en résulterait un effet important sur l'accès aux soins pour la population canadienne : le temps libéré pourrait permettre de réaliser 5,5 millions de visites de patients de plus par année²⁰.

Les fonds alloués doivent permettre de s'attaquer aux causes profondes du fardeau administratif. Simplifier la paperasse/les formulaires, éliminer les processus inutiles et intégrer des scribes médicaux dans les cabinets de médecine de famille font partie des solutions auxquelles ces fonds devraient être consacrés.

Recommandations

2.1 Des fonds doivent être alloués à des projets qui visent à :

- 2.1.1 Identifier et éliminer les formulaires inutiles.
- 2.1.2 Simplifier les formulaires ou réduire les aspects inutiles de ces derniers lorsqu'il n'est pas possible de les éliminer.
- 2.1.3 Offrir une rémunération équitable aux médecins qui remplissent les formulaires qui ne peuvent pas être éliminés ou simplifiés.
- 2.1.4 Proposer un financement pour le personnel administratif nécessaire à la réalisation de ce travail.

2.2 Des fonds fédéraux doivent être alloués à des projets pilotes dans les provinces et les territoires pour embaucher des scribes médicaux dans les cabinets de médecine de famille et mesurer leur efficacité et leur impact.

* Plus de la moitié des médecins de famille sont susceptibles de réduire leurs heures cliniques au cours des deux prochaines années et, à Toronto, un médecin de famille sur 25 a l'intention de cesser complètement sa pratique au cours de la même période, ce nombre atteignant un médecin de famille sur 10 au cours des cinq prochaines années.

Avantages de l'investissement

Mettre en œuvre des solutions pour réduire le fardeau administratif peut faire en sorte que les médecins de famille en exercice aient plus de temps à **consacrer aux patients et réussissent à mieux concilier vie professionnelle et vie privée**. Ces solutions peuvent également contribuer à rendre la pratique de médecine de famille au Canada plus attrayante pour les diplômés en médecine et les médecins formés au Canada et à l'étranger. Elles peuvent aussi prévenir l'épuisement professionnel et réduire la probabilité de voir les médecins de famille quitter la pratique. Tous ces avantages contribuent à améliorer l'accès aux soins.

Exemple :

Simplification des formulaires en Nouvelle-Écosse

En 2019, Doctors Nova Scotia (DNS) a établi un partenariat avec le Bureau des affaires réglementaires et de l'efficacité des services (ORASE) de la Nouvelle-Écosse dans le but de revoir les exigences administratives pour les médecins et de déterminer comment réduire ou éliminer le fardeau administratif²¹. L'ORASE a sondé environ 500 médecins de la province et découvert qu'en moyenne, un **médecin consacrait plus de 10,5 heures par semaine à du travail administratif** dont une partie (38 pour cent) était jugée inutile. Près du quart de ces tâches administratives aurait pu être accompli par un autre professionnel de la santé, libérant 327 000 heures²² à utiliser par les médecins pour voir plus de patients, mieux concilier vie professionnelle et vie privée ou augmenter leur clientèle.

L'ORASE attribue au soutien des médecins le succès remporté par ce projet jusqu'à maintenant. C'est grâce aux connaissances et à l'expérience de ces derniers qu'il a pu déterminer la source du fardeau administratif, s'y attaquer et mesurer les résultats. L'organisme insiste également pour dire que mesurer est un élément clé du processus; il est essentiel de quantifier et de comprendre l'impact du fardeau administratif pour s'y attaquer.

Le gouvernement fédéral devrait travailler avec les provinces et les territoires pour susciter l'établissement de partenariats semblables à celui qui existe entre l'ORASE et DNS, des partenariats en vertu desquels les bureaux de réglementation provinciaux/territoriaux (ou leur équivalent) travaillent de concert avec les associations médicales ou les collèges de médecins provinciaux/territoriaux aux tâches suivantes : mesurer l'impact du fardeau administratif dans leurs régions respectives; simplifier les formulaires ou réduire les éléments inutiles de ces derniers lorsqu'il n'est pas possible de les éliminer; offrir une rémunération équitable aux médecins qui remplissent les formulaires qui ne peuvent pas être éliminés ou simplifiés.

Exemple :

Élimination des processus inutiles à Hawaï

À Hawaï, une équipe de fournisseurs de soins a lancé un programme intitulé « Getting Rid of Stupid Stuff » (GROSS), dans le cadre duquel on demandait à tous les employés d'examiner leur vécu quotidien lié à la gestion de la documentation et de recenser tout aspect du système de dossiers de santé électroniques (DSE) qu'ils estimaient inutile ou mal conçu²³. Des modifications et des solutions ont été apportées immédiatement pour faire diminuer le temps passé dans le système de DSE. Par exemple, fusionner trois cases à cocher en une seule pour indiquer les types d'incontinence sur un formulaire quand il s'agissait de bébés. L'application du programme GROSS dépasse dorénavant le système de DSE et le personnel cherche d'autres secteurs au sein de la clinique où le travail de faible valeur pourrait être éliminé ou réduit.

Ce programme montre le potentiel pour le gouvernement fédéral d'allouer des fonds à des projets d'amélioration continue de la qualité (ACQ) semblables au programme GROSS, incluant financer les cabinets de médecine de famille pour l'embauche de personnel administratif chargé de déployer les outils que les médecins doivent utiliser dans leur travail quotidien et d'en poursuivre l'optimisation.

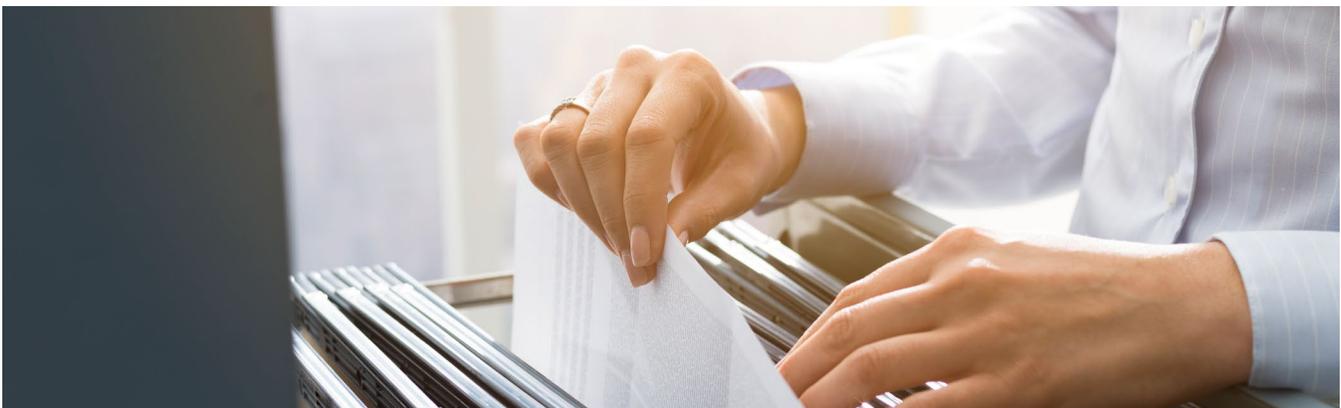
Exemple :

Intégration de scribes médicaux dans les cabinets de médecine de famille aux États-Unis

Une recherche menée aux États-Unis a démontré que pour chaque heure que les médecins de famille consacrent aux soins directs aux patients, ils doivent consacrer **deux heures supplémentaires au processus de consignation au DSE** et au travail administratif. Beaucoup d'entre eux passent une heure ou deux chaque soir, en dehors des heures de bureau, à consigner des notes dans les DSE²⁴.

Les scribes médicaux sont « des membres de l'équipe non agréés formés pour documenter les rencontres médecin-patient sous la supervision directe d'un médecin²⁵ ». Ils peuvent alléger le fardeau des médecins en prenant des notes durant la visite, notes qu'ils consignent ensuite au dossier du patient. Dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé d'une durée d'un an, une clinique de médecine de famille a bénéficié des services d'un scribe une semaine sur deux. L'étude a révélé que, pour tous les indicateurs, la présence d'un scribe augmentait la satisfaction des médecins : suffisamment de temps face à face avec les patients, réduction du temps de consignation aux dossiers, amélioration de la qualité et de la précision des données consignées et augmentation de la satisfaction générale à l'égard de la clinique. Ces améliorations ne faisaient pas diminuer la satisfaction des patients²⁵.

Malgré le coût initial de formation des scribes, l'impact financier de leur présence est positif en raison des hausses de productivité et d'efficacité qui en résultent²⁶. Dans une autre étude sur l'ACQ menée dans un cabinet de médecine de famille américain, l'utilisation de scribes a significativement réduit le temps consacré à consigner des données et a amélioré le bien-être/l'équilibre travail-vie personnelle des médecins, sans impact négatif sur la satisfaction des patients. Après l'intégration de scribes, les médecins de famille consacraient 5,1 heures de moins par semaine à la documentation et leur productivité avait augmenté de 9 à 29 pour cent. Les chercheurs ont annualisé les résultats du programme pilote et selon les projections, il en résulterait une augmentation des revenus de 168 600 \$ par année, soit plus du double des 79 500 \$ nécessaires pour deux postes de scribe (équivalent temps plein – ETP)²⁷ par année (RCI de 112 pour cent). Une portion du financement fédéral destiné aux soins collaboratifs devrait être consacrée aux projets pilotes provinciaux/territoriaux dans le cadre desquels des scribes médicaux sont intégrés aux équipes de soins primaires. Peu de recherches ont été menées au Canada sur l'utilisation des scribes médicaux, mais les résultats de celles qui ont été réalisées aux États-Unis sont prometteurs : en tant que partie intégrante de l'équipe de soins primaires, les scribes peuvent améliorer la rencontre médecin-patient et de manière générale améliorer l'accès aux soins.





Solution 3 : Minimiser la charge liée à l'adoption de nouvelles technologies dans les cabinets

Le Canada accuse un retard par rapport à d'autres pays en ce qui concerne la capacité à utiliser la technologie de l'information sur la santé pour coordonner les soins²⁸. Cela inclut la capacité des médecins de famille à échanger des informations par voie électronique avec des médecins et des fournisseurs de soins qui ne travaillent pas dans le même cabinet qu'eux. Dans un sondage de 2021, les médecins se sont dits très intéressés par des technologies qui n'étaient pas utilisées dans leurs cabinets respectifs²⁹, incluant celles qui leur permettraient d'intégrer pleinement les dossiers médicaux électroniques (DME), d'accéder à tous les dossiers au moyen d'un système de DME, d'envoyer des messages sécurisés, d'utiliser l'intelligence artificielle, de faire des demandes via un système de référence en ligne, d'effectuer de la surveillance à domicile, etc.

Les médecins de famille fournissent plus de la moitié de tous les services dispensés par les médecins au Canada³⁰. Les cabinets de médecine de famille doivent pouvoir adopter de nouvelles technologies sans imposer une charge de travail indue à leur personnel. Il est également nécessaire de permettre le partage de données au sein des milieux de soins et entre eux au moment où le Canada s'oriente vers une approche « Un patient, un dossier médical électronique ».

Alors que les médecins s'intéressent aux technologies numériques pour faciliter les communications électroniques avec d'autres fournisseurs de soins et améliorer les soins aux patients, le Comité consultatif d'experts sur la Stratégie pancanadienne de données sur la santé a d' souligné le fait que :

« Les cliniciens sont mis au défi d'intégrer de nouvelles exigences en matière de collecte de données tout en ne bénéficiant que de peu ou pas d'avantages en termes de réduction de la charge de travail ou de meilleurs résultats pour leurs patients, ce qui contribue à l'épuisement professionnel. ³¹»

Plus de la moitié des médecins de famille se sentent épuisés^{32,33,34} : six sur dix indiquent déjà consacrer beaucoup ou trop de temps à domicile aux DME³², ils sont surchargés de tâches administratives³⁵ et ils sont trop peu nombreux³⁶. Du soutien spécifique, sous forme de compensation financière et de financement pour des experts en ACQ est nécessaire pour minimiser le fardeau associé à l'intégration efficace des technologies dans les flux de travail de leurs cabinets.

Le CMFC appuie l'engagement du gouvernement fédéral d'élargir l'usage et le partage d'indicateurs de santé clés communs³⁷ et la Stratégie pancanadienne de données sur la santé^{31,38,39} dans le but de créer un système de santé de calibre mondial pour le Canada. S'assurer que les cabinets de médecine de famille reçoivent du soutien pour l'adoption des nouvelles technologies leur permettrait de faire partie intégrante de cette évolution.

Recommandations

3.1 Investir dans des technologies de données centralisées aux paliers provinciaux et territoriaux afin de mettre en œuvre de nouveaux systèmes centralisés ou d'améliorer les systèmes existants qui soutiennent l'approche « Un patient, un dossier ».

3.2 Financer des subventions aux cabinets ou cliniques de médecine de famille, qui permettent d'investir dans des projets d'amélioration continue de la qualité (ACQ) en vue d'adopter ou d'optimiser les outils numériques utilisés en médecine de famille.

3.2.1 Permettre aux médecins de famille de partager des renseignements sur les patients et de coordonner les soins avec des professionnels de la santé en dehors de leur cabinet.

3.2.2 Prévoir un financement aux spécialistes de l'ACQ qui ont des connaissances approfondies des procédures de travail en clinique afin de garantir l'efficacité et de faciliter l'utilisation des technologies qui sont déjà en utilisées ou souhaitables dans une pratique.

3.2.3 Investir dans des programmes qui permettent aux cabinets de médecine de famille d'accéder facilement aux données sur leur pratique afin de favoriser la recherche en médecine de famille.

3.3 Donner la priorité à l'action fédérale en cours pour permettre un accès à Internet haute vitesse fiable dans toutes les collectivités du Canada, surtout dans les régions rurales et éloignées.

Avantages de l'investissement

Investir dans les solutions numériques en soins primaires aidera le Canada à développer un système de données sur la santé de calibre mondial qui soit rapide, utilisable, connecté, centré sur le patient et global. Stratégiquement intégrées avec l'aide de spécialistes de l'ACQ, les technologies numériques peuvent permettre aux médecins de famille de partager plus facilement l'information sur les patients avec des fournisseurs de l'extérieur de leur cabinet. En outre, passer à une approche « Un patient, un dossier » pour les données sur la santé peut améliorer l'efficacité de diverses activités cliniques quotidiennes. Il en résulterait une utilisation plus efficace du temps des médecins et des autres fournisseurs de soins ainsi que des ressources du système, une amélioration des résultats pour les patients et un meilleur accès aux soins.

Exemple :

En Alberta, les médecins de famille peuvent accéder aux renseignements sur les patients et les partager avec des fournisseurs de l'extérieur de leurs cabinets.

Se connecter au système provincial de DME

En Alberta, le système d'information clinique **Connect Care** offre un point d'accès centralisé aux renseignements sur les patients, à des normes cliniques communes et aux meilleures pratiques en soins de santé. Accessible aux fournisseurs de soins et aux patients, le système initialement lancé en 2019 **continue son déploiement à la grandeur de l'Alberta**, le lancement final étant prévu pour 2024.

Partout dans la province, les fournisseurs de soins des établissements de santé urbains et ruraux peuvent se connecter directement au système. Toutefois, parce que les cabinets de soins primaires sont des propriétés privées⁴¹, de nombreux médecins de famille et autres fournisseurs de soins primaires sont incapables d'accéder directement à Connect Care. Pour régler ce problème, la direction de Connect Care a mis en ligne le **Connect Care Provider Portal**, un portail à partir duquel les fournisseurs de soins primaires peuvent se connecter indirectement au système. Ce portail complète le système **Alberta Netcare** (système de DSE de la province) et peut être adapté à n'importe quel logiciel de DME, ce qui permet aux médecins de famille de continuer à utiliser le logiciel de DME de leur choix.

Stockage automatique des renseignements sur les patients dans les DME

Les médecins de famille peuvent décider d'utiliser un service push sécurisé appelé **eDelivery** pour envoyer automatiquement les renseignements sur les patients qui figurent dans Connect Care vers leurs DME. Ainsi, les renseignements sur les patients, comme les résultats de laboratoire et d'imagerie diagnostique ainsi que les notes des autres fournisseurs de soins, sont facilement accessibles aux médecins de famille sans qu'ils aient à les chercher ou à faire du travail en double.

Système de référence centralisé

Un nouveau programme centralisé d'accès et d'admission pour gérer les références appelé **Alberta Facilitated Access to Specialized Treatment (FAST)** a été déployé en 2022; de nouvelles spécialités s'y ajoutent au fil du temps. Le programme FAST simplifie le processus de référence en fournissant un seul numéro de télécopieur grâce auquel les fournisseurs de soins peuvent soumettre leur référence vers le prochain fournisseur de soins qui a la liste d'attente la plus courte dans la zone de santé ou vers un fournisseur précis à l'intérieur ou à l'extérieur de la zone de santé. Du soutien sur appel est disponible pour

les questions se rapportant aux références et une confirmation est renvoyée au fournisseur qui a demandé la référence pour lui indiquer où celle-ci sera acheminée.

Accès au DME pour les patients et possibilité d'entrer des renseignements dans un DME existant

Les patients peuvent accéder à leurs renseignements de santé personnels au moyen d'un outil interactif en ligne appelé **MyAHSCConnect**. Avec cet outil qui leur permet d'accéder à leur dossier de santé et d'y ajouter des renseignements, les patients peuvent mieux gérer leurs soins, autoriser l'accès à leur dossier à des amis et à des membres de la famille, poser des questions à une équipe de soins, faire le suivi de leurs tendances personnelles en santé, etc.

Exemple :

Des spécialistes de l'ACQ du eHealth Centre for Excellence ont aidé les médecins de l'Ontario à mettre en œuvre un système de référence électronique, d'ordonnance électronique et la prise de rendez-vous en ligne

Référence électronique

Quand une mise à jour de la politique a obligé les médecins à s'adapter rapidement aux nouvelles attentes pour **l'accusé de réception des demandes de référence et pour communiquer la date des rendez-vous aux patients**, le eHealth Centre of Excellence a travaillé de concert avec ses organisations partenaires pour mettre en œuvre les **références électroniques** dans les cliniques ontariennes.

La clinique de soins primaires North Eastern Ontario Medical Office (NEOMO) **était l'une d'entre elles**. Les références électroniques lui ont permis d'améliorer son efficacité en faisant diminuer le temps de traitement des références et le temps d'attente en orthopédie et en améliorant le taux d'exécution de **références**.

Comparaison avec les références papier :

- Le temps de traitement moyen des références a été réduit, passant de 3,4 jours à 0,6 jour
- Le temps d'attente moyen pour une évaluation à la clinique des références est passé de 42 à 20 jours
- Le taux d'exécution des références a augmenté, passant de 82 pour cent à 92 pour cent

L'investissement du gouvernement ontarien (et la collaboration avec [Think Research](#)) a permis d'étendre le système de référence électronique à trois régions de santé de l'Ontario (Ouest, Est, Nord). En 2020, plus de 2000 utilisateurs finaux avaient adopté les références électroniques⁴².

Ordonnance électronique

On estime que près du tiers des nouvelles ordonnances ne sont pas exécutées⁴³, ce qui peut entraîner des hospitalisations évitables. Avec le soutien expert de l'équipe du [eHealth Centre of Excellence](#), D^{re} Patricia Froese de Kitchener, Ontario, a pu réduire cette proportion à un dixième à sa clinique en intégrant [PrescripTlon^{mc}](#) dans le flux de travail.

PrescripTlon est une initiative numérique d'[Inforoute Santé du Canada](#) qui facilite la transmission numérique sécurisée et rapide des ordonnances à la pharmacie choisie par le patient. Lorsque les ordonnances transmises ne sont pas exécutées, l'information est communiquée via PrescripTlon à la D^{re} Froese qui a ainsi la possibilité de faire le suivi avec les patients afin de mieux comprendre pourquoi les ordonnances n'ont pas été remplies.

Prise de rendez-vous en ligne

La prise de rendez-vous en ligne offre souplesse et commodité aux patients. Pour les fournisseurs de soins, elle peut signifier un moins grand nombre d'appels téléphoniques, d'appels de confirmation, de désistements de patients et d'annulations de dernière minute. L'équipe du eHealth Centre for Excellence a aidé les cliniques à déterminer les avantages potentiels de la prise de rendez-vous

électronique (incluant la réduction des coûts et du fardeau administratif) et à intégrer efficacement cette technologie à leurs systèmes de DME⁴⁴. Par exemple, la prise de rendez-vous par téléphone peut coûter entre un et cinq dollars par appel pour le temps de la réceptionniste, des coûts qui peuvent représenter jusqu'à 25 pour cent des coûts d'exploitation d'une clinique⁴⁵. La prise de rendez-vous en ligne peut faire diminuer ces coûts d'environ 70 pour cent parce qu'elle rend moins nécessaire la présence d'une réceptionniste chargée de répondre aux appels des patients qui veulent prendre rendez-vous⁴⁴.

Dans chacun des exemples qui précèdent, le processus d'adoption de la nouvelle technologie aurait été plus long et plus onéreux sans l'expertise spécialisée (et financée) du eHealth Centre of Excellence. Le processus aurait entraîné des interruptions dans la prestation des soins, plus d'épuisement professionnel chez les fournisseurs et des périodes de mise en œuvre plus longues. Consacrer des fonds à la mise en œuvre des nouvelles technologies a permis d'éviter ces difficultés.

Exemple :

Financement par le gouvernement du Manitoba d'une activité d'ACQ pour améliorer l'accès aux cliniques partout dans la province

L'accès accéléré, qu'on appelle aussi accès le jour même ou accès ouvert, est un système global de prise de rendez-vous qui prévoit chaque jour des créneaux horaires pour des rendez-vous la journée même, équilibre l'offre et la demande de rendez-vous et simplifie les autres processus cliniques^{46,47,48,49,50}. Au milieu des années 2000, le gouvernement du Manitoba a commencé à verser du financement aux cliniques pour qu'elles suivent des formations⁵¹ sur l'accès accéléré. La participation était volontaire et les cliniques ne subissaient aucun coût supplémentaire puisque la formation était payée par le ministère de la Santé du Manitoba. Instaurer l'accès accéléré exigeait du travail administratif et le personnel de la

clinique a été appuyé tout au long du processus de mise en œuvre par des professionnels de l'ACQ⁵². En 2007, plus de 30 cliniques avaient suivi la formation sur l'accès accéléré⁵¹.

Le Burntwood Community Health Resource Centre (BCHRC) de Thompson, Manitoba, était l'une de ces cliniques. Comme obtenir un rendez-vous pouvait prendre jusqu'à deux ou trois mois, le BCHRC a entrepris en 2008 d'implanter l'accès accéléré. Sous la direction de l'équipe de leadership et avec le soutien de professionnels de l'ACQ, il a apporté des changements – ordonnancement,

communication, utilisation des ressources⁵³ et coordination –, à la suite desquels les plaintes liées à l'accès ont diminué tout comme le recours à la clinique sans rendez-vous. Grâce à sa nouvelle capacité, le BCHRC a été en mesure d'inscrire plus de 1500 patients additionnels⁵³.

Ces améliorations n'auraient pas été possibles sans le financement de spécialistes en ACQ par le gouvernement. Les bons résultats comme ceux qu'a obtenus le BCHRC pourraient se multiplier si on augmentait la capacité pour réaliser d'autres projets du genre.



Solution 4 : Soutenir la mise en place d'un permis d'exercice national et améliorer la disponibilité des médecins suppléants

Les médecins de famille du Canada méritent la possibilité de s'absenter de leur pratique et les patients méritent de savoir que les services de santé seront là pour eux. La couverture de suppléance — quand un médecin en remplace temporairement un autre — facilite l'atteinte de ces objectifs, mais il est extrêmement difficile pour les médecins de famille du Canada de trouver des médecins suppléants pour prendre temporairement leur relève. Par exemple, l'Association médicale de l'Alberta a signalé que le besoin de suppléance en 2021 était **de 40 % supérieur** à la moyenne des cinq dernières années. Les disparités en matière de dotation font en sorte que de nombreux médecins ne peuvent pas prendre une pause de leur pratique sans perturber la continuité des soins. L'épuisement professionnel attribuable à la pandémie de COVID-19 et le nombre croissant de médecins⁵⁴ qui prennent leur retraite exacerbent ce problème.

Accroître le nombre de suppléants pourrait améliorer l'équilibre travail-vie personnelle des médecins de famille, contrer l'épuisement professionnel et éviter d'autres pénuries de personnel. Une meilleure

couverture de suppléance permettrait aussi aux médecins de travailler plus longtemps dans les communautés rurales, car une couverture fiable leur apporterait le soulagement et le soutien dont ils ont besoin pour atténuer les risques d'épuisement professionnel et préserverait la longévité du personnel de santé. Accroître le soutien à la suppléance pourrait également rendre le travail dans les régions rurales plus attrayant pour les médecins — pour bon nombre d'entre eux, l'impossibilité de prendre congé en raison du manque de suppléants est un important facteur de dissuasion⁵⁵.

Le gouvernement fédéral doit collaborer avec les provinces et les territoires pour répondre de toute urgence à cette question. L'instauration d'un permis d'exercice national est une initiative qui bénéficie d'un vaste soutien et qui permettrait de regarnir le bassin de médecins suppléants. Il s'agit d'un changement fondamental et, en attendant sa mise en œuvre, le gouvernement peut soutenir les efforts déjà en cours pour instaurer un permis d'exercice régional (entre un groupe de provinces/territoires), appuyer les changements aux ententes avec les médecins pour permettre le travail à temps partiel et fournir du financement aux provinces et aux territoires pour leur permettre de rembourser ou de réduire les frais de permis d'exercice des médecins partout au pays.

Recommandations

4.1 Le gouvernement fédéral doit collaborer avec les provinces et les territoires pour satisfaire les besoins urgents en matière de suppléance en :

- 4.1.1 accélérant et en finançant les travaux qui visent à mettre en place un système national de délivrance du permis d'exercice
- 4.1.2 accordant des subventions aux provinces et aux territoires pour leur permettre de rembourser aux médecins les frais liés à l'obtention du permis d'exercice dans chaque province ou territoire
- 4.1.3 encourageant les provinces et les territoires à faire en sorte que leurs accords provinciaux et régionaux respectifs avec les médecins permettent une plus grande flexibilité et un meilleur équilibre entre le travail et leur vie personnelle.

Avantages de l'investissement

Mettre en place un permis d'exercice national et augmenter la disponibilité de suppléants aideraient à rehausser à la fois le bien-être des médecins de famille et la viabilité à long terme de la médecine de famille en tant que discipline. Ce sont des mesures nécessaires pour retenir et recruter des médecins en médecine de famille au Canada — un facteur déterminant pour améliorer l'accès aux soins.

Exemple :

Permis d'exercice régional au Canada atlantique

Le CMFC appuie la création d'un **permis d'exercice national**⁵⁶ qui permettrait aux médecins détenteurs d'un permis dans une province ou un territoire d'exercer partout au pays sans avoir à payer des frais et à affronter le processus complexe d'obtention d'un permis additionnel. La mise en place d'un tel permis ne se fera toutefois pas du jour au lendemain. En attendant, les provinces de l'Atlantique montrent qu'il est possible de mettre en place un permis régional susceptible d'améliorer considérablement

la couverture de suppléance, en particulier pour les collectivités frontalières⁵⁷.

En 2021, les premiers ministres de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador ont signé une entente de collaboration pour garantir l'accès aux soins dans l'ensemble de la région et répondre aux besoins de santé locaux tout en minimisant la duplication des services. Le Conseil des premiers ministres a précisé que ces derniers travaillaient à élaborer un système qui permettra aux médecins d'exercer dans toutes les provinces.

Près des deux tiers des médecins s'accordent pour dire que la complexité du processus d'obtention d'un permis constitue un obstacle important à la pratique dans d'autres provinces ou territoires⁵⁸. C'est un exemple qui démontre que le financement fédéral devrait être axé sur une solution susceptible d'être mise en œuvre plus rapidement que le permis d'exercice national. Ce modèle régional pourrait être adopté dans l'Ouest, le Centre et le Nord du Canada pour faciliter les déplacements des médecins entre les collectivités frontalières et améliorer l'accès aux soins pour les régions rurales.

Exemple :

Modifications aux ententes avec les médecins dans les communautés rurales et nordiques du Canada

En Ontario, la première Entente relative au groupe de médecins en milieu rural et dans le Nord (EGMMRN) s'était attiré des critiques parce qu'elle exigeait que les médecins s'engagent à travailler à temps plein. Les médecins alléguaient que d'exiger d'eux qu'ils travaillent à temps plein pouvait les dissuader d'aller travailler dans le Nord, en particulier s'ils voulaient un bon équilibre travail-vie personnelle⁵⁹.

En mars 2022, une nouvelle entente a été ratifiée. Celle-ci permet aux médecins sous contrat en vertu de l'Entente collective des médecins des régions rurales et du Nord de travailler à temps partiel. La nouvelle entente facilite également les cessions de pratique en permettant un chevauchement des contrats pendant trois mois afin que le médecin sortant puisse encadrer celui qui prend sa relève. Ces changements opportuns encourageront un plus grand nombre de médecins à assumer des tâches cliniques dans les collectivités nordiques où de graves pénuries de personnel ont causé la fermeture des services d'urgence à plusieurs reprises.

Lors des négociations avec les provinces au sujet du financement des soins de santé, le gouvernement fédéral devrait encourager et financer les provinces et les territoires afin que leurs ententes respectives avec les médecins garantissent une certaine souplesse et un meilleur équilibre travail-vie personnelle, comme permettre aux médecins de travailler à temps partiel, conformément aux changements apportés aux contrats de l'Entente collective des médecins des régions rurales et du Nord en 2022.

Exemple :

Remboursement ou réduction des frais exigés des médecins pour l'obtention du permis d'exercice à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les Territoires du Nord-Ouest

À l'Île-du-Prince-Édouard, les frais liés à l'obtention du permis d'exercice sont remboursés aux médecins par le gouvernement provincial⁶⁰. Si les médecins suppléants veulent exercer là où leurs services sont requis, peu importe la région, les frais de permis d'exercice provincial/territorial s'additionnent^{†,61,62}. Le remboursement peut être un puissant facteur de motivation pour obtenir ou renouveler le permis d'exercice⁵⁵.

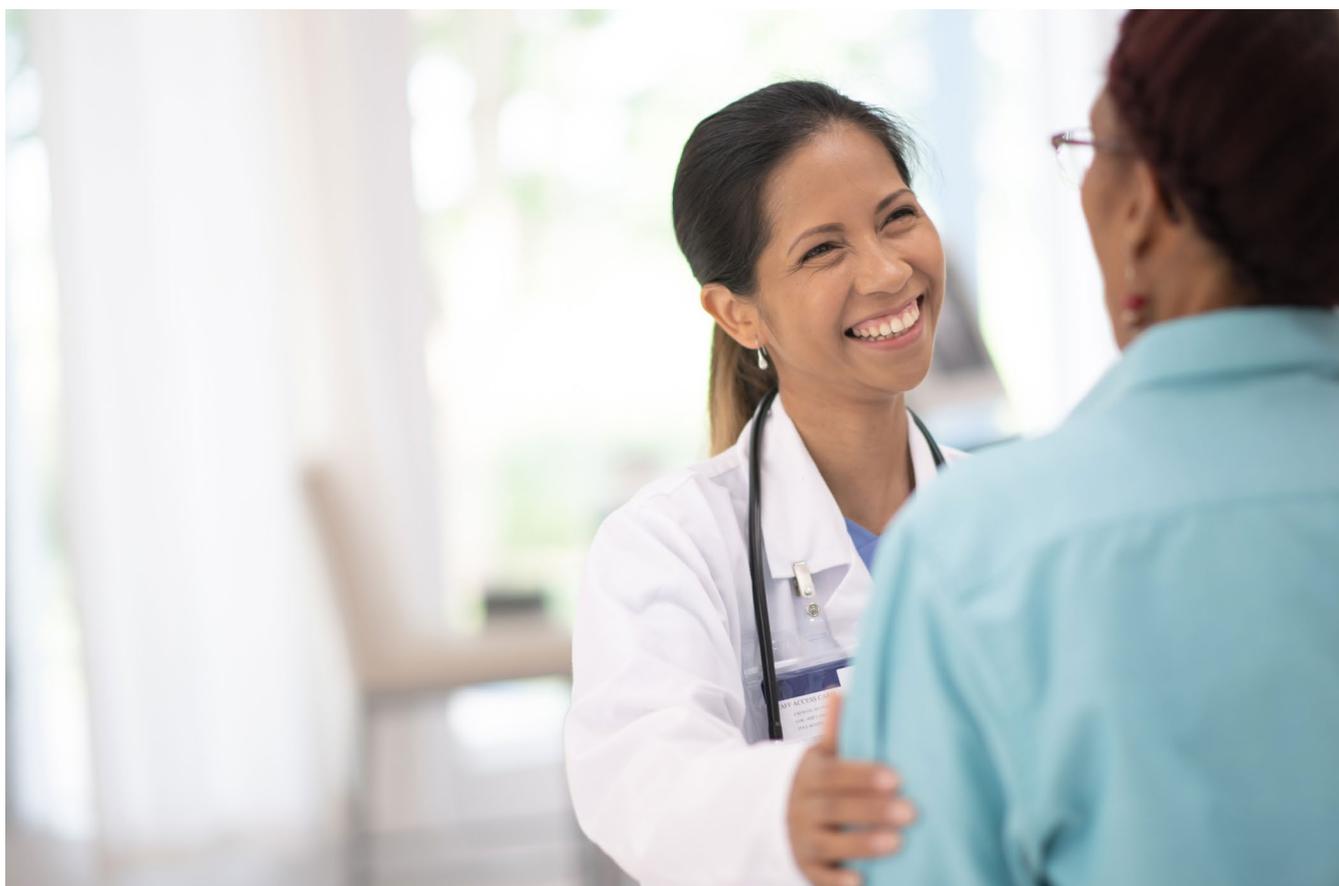
Le Programme de soutien aux médecins suppléants de l'Île-du-Prince-Édouard couvre les droits d'adhésion à la Société médicale de l'Île-du-Prince-Édouard, le coût du voyage de retour à l'Île ainsi que les frais d'hébergement et de location d'un véhicule⁶⁰.

En plus des frais de permis d'exercice, le gouvernement provincial rembourse le coût du voyage de retour à l'Île-du-Prince-Édouard, l'hébergement et la location d'un véhicule. Les médecins suppléants devraient être incités à remplacer les médecins habituels là où leur présence est indispensable pour que les patients aient accès aux soins et que les médecins de famille habituels de ces derniers puissent prendre une pause et éviter l'épuisement professionnel. Les suppléants ne devraient pas être découragés de le faire par les frais élevés, les conditions de vie coûteuses et les frais de voyage (en particulier s'ils vont travailler dans des régions où le coût de la vie est plus élevé que dans leur ville d'attache).

[†] Par exemple, les frais liés à l'obtention du permis en Ontario sont de 1725 \$ par année et de 1715 \$ par année en Colombie-Britannique.

En 2022, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (GTNO) a annoncé que le système de santé remboursera les frais de permis payés par les médecins suppléants au moment où leur contrat avec l'Administration des services de santé et des services sociaux des T.N.-O prend fin. Le GTNO a également promis d'accélérer le processus de délivrance du permis pour les médecins suppléants afin qu'ils puissent travailler le plus rapidement possible après leur embauche⁶³. Si le remboursement des frais du permis d'exercice

n'est pas possible dans toutes les provinces et tous les territoires, le gouvernement fédéral devrait encourager et subventionner la capacité des provinces/territoires à réduire les frais de façon significative pour attirer les médecins suppléants. Les provinces et les territoires pourraient garantir que les frais liés à la suppléance feront l'objet d'un remboursement ou d'une subvention similaire à la fin d'un contrat de suppléance dans un lieu ou pour une population ayant besoin de services.





Solution 5 : Investir dans une rémunération équitable des médecins qui favorise la prestation des soins complexes, dispensés en équipe

Le modèle de rémunération à l'acte où le médecin est rémunéré pour chaque service rendu – demeure la méthode la plus courante de rémunération des médecins de famille au Canada. Ce modèle favorise le volume de visites plutôt que la qualité des soins, ce qui ne cadre pas bien avec les valeurs et les mesures d'incitation à la prestation des soins primaires en équipe⁶⁴. Solution de rechange viable à la rémunération à l'acte, le modèle de rémunération par capitation mixte correspond mieux aux valeurs associées à la prestation de soins complets et globaux en équipe⁶⁴.

Les modèles de rémunération par capitation mixte combinent la capitation (le médecin reçoit un montant fixe pour chaque patient inscrit à la pratique) et la rémunération à l'acte. Ces modèles garantissent une rémunération plus juste de toute la gamme des tâches que les médecins de famille accomplissent et cadrent mieux avec la complexité des systèmes de santé partout au Canada. La capitation mixte favorise la prestation de soins complets et globaux de grande qualité et prodigués en équipe et améliore la satisfaction des patients et des fournisseurs sans porter atteinte au bien-être professionnel ou financier des médecins^{65,66}.

Le nouveau modèle de paiement et la nouvelle entente-cadre en Colombie-Britannique⁶⁷, de même que le Blended Capitation Clinical Alternative Relationship Plan (ARP) en Alberta⁶⁸, sont des exemples de programmes basés sur la capitation qui favorisent la prestation de soins en équipe et une rémunération mixte équitable pour les médecins de famille. Un financement fédéral pour ce type d'initiatives aidera le Canada à abandonner la rémunération à l'acte et à privilégier des modes de rémunération plus justes et plus viables pour les médecins de famille. Il faut également souligner que le **taux de rémunération des médecins de famille doit augmenter** pour attirer les diplômés en médecine vers la médecine de famille en tant que choix de carrière gratifiante et durable.

La mise en place de modèles de capitation mixte nécessite un financement supplémentaire pour la rémunération des médecins, ainsi que des fonds et de l'expertise (p. ex. administrateurs et professionnels de la gestion du changement pour la modélisation financière, l'orientation, l'approbation et la mise en œuvre) pour soutenir la mise en place des nouveaux modèles. Certains de ces coûts additionnels sont toutefois compensés par des coûts de santé moindres dans l'ensemble du système, découlant d'une meilleure rétention du personnel et d'une utilisation réduite de formes de traitement plus coûteuses, comme le service des urgences et les hospitalisations⁶⁹.

Recommandations

5.1 Faciliter la transition de la rémunération à l'acte à la capitation mixte en investissant dans des programmes de paiement par capitation qui rétribuent les médecins de famille pour l'ensemble de leurs tâches et qui sont compatibles avec la prestation de soins en équipe.

5.2 Accroître l'attrait et la viabilité des soins complets et globaux en médecine de famille communautaire en accordant aux médecins une rémunération équitable et concurrentielle afin de les inciter à se lancer dans la pratique et à y rester.

Avantages de l'investissement

La mise en place de modèles de rémunération par capitation mixte partout au Canada peut améliorer l'accès aux soins dispensés en équipe, la qualité globale des soins, la satisfaction des patients et des fournisseurs et le rapport coût-efficacité dans l'ensemble du système^{65,69}.

Exemple :

Entente cadre et nouveau modèle de rémunération des médecins de famille qui offrent toute la gamme de soins

Le 31 octobre 2022, le gouvernement de la Colombie-Britannique annonçait la conclusion d'une nouvelle entente cadre globale avec tous les médecins ainsi que la mise en place d'un nouveau modèle de rémunération pour les médecins de famille, tous deux codéveloppés par la Province et Doctors of BC. L'entente prévoit une augmentation de 708 millions \$ sur une période de trois ans et représente une hausse du financement de 13,5 pour cent, (ou de 15,2 pour cent si l'inflation demeure élevée)⁷⁰. Le nouveau modèle de rémunération est conçu pour attirer et retenir les médecins de famille. Il instaurera, entre autres choses, de nouvelles primes horaires pour les services fournis après les heures ouvrables, du nouveau financement pour soutenir les services complets dans les pratiques de médecine de famille, du financement additionnel pour les honoraires – nouveaux ou ajustés – des médecins

de famille et du financement pour soutenir les titulaires de postes (équivalents temps plein) rémunérés en vertu de modèles de paiement alternatifs, incluant la capitation mixte⁷⁰.

Le nouveau modèle de rémunération des médecins de famille a été conçu pour améliorer l'accès aux soins primaires complets et globaux, soutenir l'intégration des soins primaires dans l'ensemble du système de soins de santé et attirer et retenir les médecins de famille qui souhaitent prodiguer ce type de soins. Les médecins de famille qui sont disposés à prodiguer des soins complets et globaux, coordonnés et communautaires conformes à la vision mise de l'avant par le Centre de médecine de famille peuvent choisir ce modèle de rémunération⁷⁰.

L'entente répond à de nombreuses préoccupations puisqu'elle prévoit des allocations pour compenser l'augmentation des coûts opérationnels et des tâches cliniques, administratives et indirectes, et pour refléter le temps passé avec les patients, le nombre de rencontres médecin-patient ainsi que le volume et la complexité de la patientèle. Les paiements additionnels prennent ainsi compte de la taille et la complexité de la patientèle, les médecins recevant 34 \$ par patient moyen par année, montant qui peut être ajusté en fonction de la complexité du patient. Le ministère de la Santé de la C.-B. estime qu'un **médecin de famille gagnerait 385 000 \$** par année avec ce modèle, pourvu qu'il pratique pendant 1 680 heures, ait une patientèle de 1 250 patients de complexité moyenne et fasse

5 000 rencontres médecin-patient par année⁷⁰. Cela représente une importante augmentation par rapport à la **moyenne de la rémunération qui est actuellement de 250 000 \$**⁷¹, en plus d'accroître l'attrait de la pratique de médecine de famille communautaire comme choix de carrière.

En vertu de la nouvelle entente de paiement, les médecins de famille peuvent également **facturer les soins indirects et les tâches administratives**, y compris la documentation, les examens, les tests de laboratoire, la consignation des notes aux dossiers, les soins asynchrones, les conférences, la consultation, la gestion de la patientèle, la prise en charge des maladies chroniques et gestion des DMÉ nécessitant l'expertise d'un médecin⁷¹. La rémunération de ces tâches est un changement bienvenu pour les médecins qui songent à adopter le nouveau modèle de rémunération puisqu'en vertu des ententes de rémunération à l'acte, les tâches de ce genre ne sont normalement pas rémunérées.

Selon Doctors of BC, plus de **2 000 médecins – ou 45 pour cent des médecins présentement en exercice** – se sont inscrits au nouveau modèle de rémunération au cours des cinq semaines qui ont suivi son entrée en vigueur^{72,73}. Compte tenu de l'adhésion au nouveau modèle de rémunération et de la gamme de travaux de recherche qui appuient l'idée d'une rémunération basée sur la capitation pour favoriser la prestation de soins complets et globaux de grande qualité dispensés en équipe^{65, 66,69}, le gouvernement fédéral devrait envisager de financer la mise en œuvre de programmes similaires dans d'autres provinces pour encourager l'abandon de la rémunération à l'acte au Canada.

Exemple :

Modèle de capitation mixte de l'Alberta - Alternative Relationship Plan (ARP)

Le Alternative Relationship Plan (ARP) de l'Alberta est un ensemble de modèles de paiement autres que la rémunération à l'acte pour les médecins.

Adoptés par environ 2 200 médecins albertains, ces modèles de rémunération sont conçus pour favoriser le recrutement et la rétention des médecins, l'accès accru aux soins en équipe, la satisfaction des patients et la rentabilité de l'investissement⁷⁴. Le modèle de capitation mixte, un sous-variant de l'ARP, a été développé par Alberta Health en partenariat avec l'Alberta Medical Association et l'Alberta Health Services et a été introduit en décembre 2016. Ce modèle, qui s'annonce prometteur comme modèle de rémunération alternatif, a depuis été adopté par six cabinets dans la province⁷⁵.

Le modèle de capitation mixte rémunère les médecins en fonction du nombre de patients, de la complexité de ces derniers et du volume de services fournis. La capitation représente 85 pour cent de la rémunération des médecins —déterminée en fonction du nombre de patients inscrits auprès du médecin et de leur complexité –, les 15 pour cent restants représentant le paiement à l'acte des services additionnels fournis en dehors du panier de services standard⁷⁵. Le modèle permet également aux médecins de famille d'inscrire sur leur liste autant de patients qu'ils le désirent, ce qui les incite à travailler avec une équipe de professionnels de la santé pour avoir une patientèle plus nombreuse. L'objectif de ce modèle est de fournir des soins en équipe accessibles et centrés sur le patient à un coût prévisible pour la province. Comme d'autres variations du modèle de capitation mixte, celui-ci est conçu pour favoriser la prestation de soins interprofessionnels, une plus grande continuité des soins et une augmentation du temps consacré aux patients complexes⁷⁵.

Avant d'adopter le modèle de capitation mixte, les cliniques intéressées doivent se soumettre à un exercice de modélisation financière sous la direction d'Alberta Health afin de déterminer la mesure dans laquelle ce modèle leur convient. Les cliniques intéressées doivent ensuite présenter une demande de participation au modèle de capitation mixte qui est autorisé par arrêté ministériel, de concert avec Alberta Health. Une fois approuvées, les cliniques

obtiennent un soutien de suivi de la part de l'équipe de mise en œuvre du modèle de capitation mixte, incluant de la formation et du soutien administratif et secrétaire⁷⁶. On a estimé que par rapport au paiement à l'acte, toutes les cliniques qui sont passées au modèle de capitation mixte jusqu'à maintenant ont augmenté leurs revenus de 7 à 29 pour cent (Alyssa Scott, analyste des politiques, Alberta Health; correspondance; 20 janvier 2023).

La capitation en pratique : Taber Clinic et Crowfoot Village Family Practice

Même si elles n'ont pas adopté le modèle de capitation mixte, la Taber Clinic et la Crowfoot Village Family Practice ont obtenu un immense succès avec un ARP basé sur la capitation dont le modèle est très semblable à celui de la capitation mixte. Taber et Crowfoot ont toutes les deux adopté des formes de capitation pure dans les années 1990 et ont vu depuis augmenter la satisfaction des fournisseurs de soins et la qualité des soins, et diminuer les coûts dans l'ensemble du système⁶⁹.

Selon un rapport publié en 2019 par le Health Quality Council of Alberta (HQCA), l'ARP fondé sur la capitation utilisé par les deux cliniques est un facteur déterminant de leur succès⁶⁹. Les médecins de famille ont indiqué qu'ils pouvaient mieux répondre aux besoins de leurs patients parce que les interactions n'étaient pas tarifées. Ils ont aussi

souligné qu'un autre incitatif, le fait de travailler avec une équipe de professionnels paramédicaux et de professionnels de l'administration, avait amélioré la qualité des soins, l'accessibilité et les flux de travail. Des économies en soins de santé dans l'ensemble du système ont découlé de ces améliorations aux plans des soins et de l'efficacité clinique. Par exemple, le rapport a découvert qu'en 2016–2017, les cliniques Taber et Crowfoot ont fait économiser au système de soins de santé albertain 4,3 millions \$ et 7,2 millions \$ respectivement en coûts de prévention ultérieurs. **Au cours de la décennie précédant 2016–2017, les deux cliniques ont fait faire au système de soins de santé albertain des économies de 57,3 et 62,2 millions de dollars respectivement⁶⁹.**

Même si les médecins des cliniques Taber et Crowfoot sont rémunérés en vertu de plans de capitation pure, le rapport du HQCA recommande que des modèles de capitation mixte soient implantés à la grandeur de la province parce que ce sont les plus favorables à la mise en place et à la prestation de soins en équipe qui reposent sur les principes du CMF⁶⁹. Le rapport suggère que l'investissement dans ce type de financement pourrait contribuer à accroître la satisfaction des fournisseurs, à améliorer l'accès aux soins et la qualité de ces soins et à réduire les coûts dans l'ensemble du système en permettant d'éviter l'utilisation des formes de traitement plus coûteuses⁶⁹.



Références

1. Bureau du premier ministre. *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens*. Le 7 février 2023. Date de consultation : 28 mars 2023. <https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2023/02/07/travailler-ensemble-améliorer-les-soins-de-santé-les-canadiens>
2. Kiran T. Keeping the front door open: ensuring access to primary care for all in Canada. *CMAJ*. 2022;194(48):E1655-E1656. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.cmaj.ca/content/194/48/E1655>
3. Association médicale canadienne. *Une profession sous pression : résultats du Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021* [communiqué]. 24 août 2022. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.cma.ca/fr/actualites/une-profession-sous-pression-resultats-du-sondage-national-de-lamc-sur-la-sante-des>
4. Collège des médecins de famille du Canada, Nanos. *In-person care currently available to book with over nine in ten CFPC physicians; almost one in two of those say it is available with no restrictions*. [diapositives PowerPoint]; 2021. Date de consultation : 8 février 2023. <https://nanos.co/wp-content/uploads/2022/02/2021-2019A-CFPC-Member-Survey-Populated-Report-Access-with-Tabs.pdf>
5. Batson BN, Crosby SN, Fitzpatrick JM. Targeting Value-based Care with Physician-Led Care Teams. *Journal of Mississippi State Medical Association*. 2022;63(1):19-21.
6. American Medical Association. *Protect access to physician-led care*. Chicago, IL: American Medical Association; 2021. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.ama-assn.org/system/files/scope-of-practice-physician-training-np.pdf>
7. Gocan S, La Plante MA, Woodend AK. Interprofessional collaboration in Ontario's Family Health Teams: A review of the literature. *J Res Interprof Pract Educ*. 2014;3(3):1-19.
8. Szafran O, Kennett SL, Bell NR, Green L. Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *J Prim Health Care*. 2018;10(3):248-257. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.publish.csiro.au/HC/HC18018>
9. Will KK, Johnson ML, Lamb G. Team-Based Care and Patient Satisfaction in the Hospital Setting: A Systematic Review. *J Patient Cent Res Rev*. 2019; 6(2): 158–171. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6676761/>
10. Accelerating Change Transformation Team. *Benefits of a Patient's Medical Home – A Literature Summary of 115 Articles | Mise à jour de 2017* [communiqué]. Juillet 2017. Date de consultation : 8 février 2023. <https://actt.albertadoctors.org/file/top--evidence-summary--benefits-of-pmh.pdf>
11. Collège des médecins de famille du Canada. *Résumé des données probantes : Le Centre de médecine de famille 2019 : Une nouvelle vision pour la pratique de médecine de famille au Canada*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2020. Date de consultation : 8 février 2023. https://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwigvrbVwfr-AhX4D1kFHSFCBX0QFnoECAwQAQ&url=http%3A%2F%2Fpatientsmedicalhome.ca%2Ffiles%2Fuploads%2FEvidenceBooklet-FR3-interactive.pdf&usq=AOvVaw3GSpWqblzjeAFBK3_G5g-N

12. Health Quality Council of Alberta. Methodology. *A supplement to: A case study evaluation of Crowfoot Village Family Practice and the Taber Clinic*. Calgary, AB: Health Quality Council of Alberta; 2019. Date de consultation : 8 février 2023. https://hqca.ca/wp-content/uploads/2021/12/Methodological-Supplement_Crowfoot_Taber-2019.pdf
13. Ministère de la Santé de l'Ontario. Équipe Santé familiale. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/default.aspx>
14. Médecine familiale Nouveau-Brunswick. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.mfnb.ca/>
15. Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique>
16. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Centres de médecine de famille. Date de consultation : 8 février 2023. <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/centres-medecine-famille>
17. Association médicale canadienne. *Le taux d'épuisement professionnel chez les médecins a pratiquement doublé durant la pandémie* [communiqué de presse]. 23 mars 2022. Date de consultation : 16 janvier 2023. <https://www.cma.ca/fr/communiqués-de-presse-et-declarations/le-taux-depuisement-professionnel-chez-les-medecins>
18. Association médicale canadienne. Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2022.
19. Kiran T, Wang R, Handford C, Laraya N, Eissa A, Pariser P, et al. Keeping doors open: A cross-sectional survey of family physician practice patterns during COVID-19, needs, and intentions (non publié, 2021). Date de consultation : 16 janvier 2023. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.12.20.21267918v1.full.pdf>
20. Canadian Federation of Independent Business. Patients before paperwork: Nova Scotia's approach to improving patient care by reducing physician red tape. Toronto, ON: Canadian Federation of Independent Business; 2023. Accessed February 1, 2023. https://20336445.fs1.hubspotusercontent-na1.net/hubfs/20336445/red_tape/pdfs/Patients_Before_Paperwork_Report_2023.pdf
21. Doctors Nova Scotia. Reducing physician administrative burden. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://doctorsns.com/contract-and-support/admin-burden>
22. Doctors Nova Scotia. *Pilot Project: Reducing Unnecessary Physician Administrative Burden. Physician Administrative Burden Survey – Key Findings*. Dartmouth, NS: Doctors Nova Scotia; YYYY. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://doctorsns.com/sites/default/files/2020-11/admin-burden-survey-summary.pdf>
23. Ashton M. Getting Rid of Stupid Stuff. *N Engl J Med*. 2018;379(19):1789-1791.
24. Sinsky C, Colligan L, Li L, Prgomet M, Reynolds S, Goeders L, et al. Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Ann Intern Med*. 2016;165(11):753-760.
25. Gidwani R, Nguyen C, Kofoed A, Carragee C, Rydel T, Nelligan I, et al. Impact of Scribes on Physician Satisfaction, Patient Satisfaction, and Charting Efficiency: A Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med*. 2017;15(5):427-433.
26. McCormick BJ, Deal A, Borawski KM, Raynor MC, Viprakasit D, Wallen EM, et al. Implementation of medical scribes in an academic urology practice: an analysis of productivity, revenue, and satisfaction. *World J Urol*. 2018;36(10):1691-1697.

27. Earls ST, Savageau JA, Begley S, Saver BG, Sullivan K, Chuman C. Can scribes boost FPs' efficiency and job satisfaction? *J Fam Pract.* 2017;66(4):206-214.
28. Le Fonds du Commonwealth. 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. Date de consultation : 17 novembre 2022. <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2019/dec/2019-commonwealth-fund-international-health-policy-survey-primary>
29. Inforoute Santé du Canada, Association médicale canadienne. *Sondage national des médecins du Canada 2021* [PowerPoint]. 11 août 2021. Date de consultation : 24 novembre 2022. <https://www.inforoute.ca/fr/component/edocman/3937-sondage-national-des-medecins-du-canada-2021/view-document?Itemid=0>
30. Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données nationale sur les médecins — données sur l'utilisation, 2020-2021.* Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2022.
31. Collège canadien des gestionnaires de l'information de santé. *Stratégie pancanadienne de données sur la santé - Rapport 1 du Comité consultatif d'experts : Tracer la voie vers l'ambition.* Toronto, ON: Collège canadien des gestionnaires de l'information de santé; 2021. Date de consultation : 23 novembre 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-01-charting-path-toward-ambition/pCHDS-first-EAG-report-fr.pdf>
32. Association médicale canadienne, Ipsos. *Sondage national de l'AMC sur la santé des médecins de 2021.* Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2022. Date de consultation : 24 novembre 2022. https://www.cma.ca/sites/default/files/2022-08/NPHS_final_report_FR.pdf
33. Le Fonds du Commonwealth. *Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis.* Date de consultation : 24 novembre 2022. <https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/nov/stressed-out-burned-out-2022-international-survey-primary-care-physicians>
34. Collège des médecins de famille. *Énoncé de position sur l'épuisement professionnel des médecins au Canada.* Date de consultation : 17 novembre 2022. <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/health-policy-government-relations/cfpc-policy-papers-position-statements/position-statement-on-physician-burnout-in-canada>
35. Collège des médecins de famille du Canada. *Énoncé de position sur le soutien administratif en médecine de famille au Canada.* 17 novembre 2022. <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/health-policy-government-relations/cfpc-policy-papers-position-statements/position-statement-on-administrative-support-for-f>
36. Collège des médecins de famille du Canada. *Énoncé de position sur l'effectif en médecine de famille au Canada.* 17 novembre 2022. <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/health-policy-government-relations/cfpc-policy-papers-position-statements/position-statement-on-workforce-supply-for-family>
37. Santé Canada. *Travailler ensemble pour améliorer les soins de santé pour les Canadiens.* [document d'information] 7 février 2023. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2023/02/travailler-ensemble-pour-ameliorer-les-soins-de-sante-pour-les-canadiens-et-canadiennes.html>
38. Collège canadien des gestionnaires de l'information de santé. *Stratégie pancanadienne de données sur la santé : Rapport 1 du Comité consultatif d'experts : Bâtir la Fondation canadienne des données sur la santé.* Date de consultation : 23 novembre 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/mandate/about-agency/external-advisory-bodies/list/pan-canadian-health-data-strategy-reports-summaries/expert-advisory-group-report-02-building-canada-health-data-foundation/rapport-02-comite-consultatif-experts-batir-fondation-canadienne-donnees-sante.pdf>

39. Collège canadien des gestionnaires de l'information de santé. *Stratégie pancanadienne de données sur la santé : Rapport 3 du Comité consultatif d'experts : vers un système de données sur la santé de calibre mondial*. Date de consultation : 23 novembre 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence/organismes-consultatifs-externes/liste/strategie-pancanadienne-sante-rapports-sommaires/rapport-03-comite-consultatif-experts-vers-systeme-donnees-sante-calibre-mondial.html>
40. Innovation, Sciences et Développement économique Canada. Tableau de bord d'accès à Internet haute vitesse. Date de consultation : 7 février 2023. <https://www.ic.gc.ca/app/scr/stsidcr/web/acces-internet-haute-vitesse-canada/fr/acces-universel/tableau-de-bord-a-large-bande.html>
41. CBC News. Connect Care was supposed to revolutionize Alberta Health Services. Then came the pandemic. CBC News. 30 octobre 2022. Date de consultation : 23 novembre 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-health-services-connect-care-pandemic-delays-1.6633054>
42. eHealth Centre of Excellence. *End User Satisfaction with eReferral*. Kitchener, ON: eHealth Centre of Excellence; 2021. 23 novembre 2022. https://ehealthce.ca/userContent/documents/Research%20and%20Evaluation/eReferral%20case%20studies/End%20User%20Satisfaction%20with%20eReferral_Jan%202021_Final.pdf
43. Tamblyn R, Egale T, Huang A, Winslade N, Doran P. The incidence and determinants of primary nonadherence with prescribed medication in primary care: a cohort study. *Ann Intern Med*. 2014;160(7):441-50.
44. eHealth Centre of Excellence. Online Appointment Booking: A case study on potential cost-savings from a Family Health Team perspective. Kitchener, ON: eHealth Centre of Excellence; 2022. Date de consultation : 16 janvier 2023. <https://ehealthce.ca/userContent/documents/Research%20and%20Evaluation/OAB/OAB%20Admin%20Cost%20Avoided%20Case%20Study.pdf>
45. Canadian Healthcare Technology. Online scheduling for clinics can reduce costs. Canadian Healthcare Technology. 1^{er} mai 2018. Date de consultation : 9 février 2023. <https://www.canhealth.com/2018/05/01/online-scheduling-for-clinics-can-reduce-costs-restore-profitability/>
46. Hudon C, Luc M, Beaulieu M-C, Breton M, Boulianne B, Champagne L, et collab. Implementing advanced access to primary care in an academic family medicine network: Participatory action research. *Can Fam Physician*. 2019;65(9):641-647.
47. Ansell D, Crispo JAG, Simard B, Bjerre LM. Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):295.
48. Malham SA, Touati N, Maillet L, Breton M. The challenges of implementing advanced access for residents in family medicine in Quebec. Do promising strategies exist? *Med Educ Online*. 2018;23(1):1438719.
49. Pierdon S, Charles T, McKinley K, Myers L. Implementing advanced access in a group practice network. *Fam Pract Manag*. 2004;11(5):35-8.
50. Salisbury C, Goodall S, Montgomery AA, Pickin DM, Edwards S, Sampson F, et al. Does Advanced Access improve access to primary health care? Questionnaire survey of patients. *Br J Gen Pract*. 2007;57(541):615-21.s
51. Gouvernement du Manitoba, Santé Manitoba. Advanced Access: Frequently Asked Questions. Date de consultation : 21 janvier 2023. <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/access/faq.html>

52. Gouvernement du Manitoba, Santé Manitoba. Information Package—Advanced Access aligns with Manitoba’s Primary Care Improvement Initiatives. Date de consultation : 21 janvier 2023. <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/access/package.html>
53. Gouvernement du Manitoba, Santé Manitoba. Advanced Access: Success Stories – Burntwood Community Health Resource Centre. Date de consultation : 22 janvier 2023. <https://manitoba.ca/health/primarycare/providers/access/success.html>
54. CBC News. Small-town Alberta having trouble finding short-term doctors. CBC News. 7 juillet 2021. Date de consultation : 1^{er} août 2022. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/small-town-alberta-having-trouble-finding-short-term-doctors-1.6092573>
55. Association médicale canadienne. CMA Physician Workforce Survey 2019: Q10—Obstacles to applying for licensure. Date de consultation : 1^{er} février 2023. https://surveys.cma.ca/list?q=&p=1&ps=20&sort=title_sort%20asc&topic_facet=national%20licensure%20000000%7CNational%20licensure&year_facet=2019
56. Collège des médecins de famille du Canada. *Énoncé de position sur la disponibilité des médecins suppléants au Canada*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2022. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/health-policy-government-relations/cfpc-policy-papers-position-statements/position-statement-on-locum-availability-in-canada>
57. CBC News. Faster progress needed on Atlantic health-care collaboration, MLAs say. CBC News. 24 janvier 2023. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/new-brunswick-nova-scotia-doctor-nurse-licensing-1.6724422>
58. Association médicale canadienne. Sondage sur le permis d'exercice pancanadien de 2022. Rapport sommaire. Ottawa, ON: Association médicale canadienne; 2023. Date de consultation : 1^{er} février 2023. https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Media-Releases/PCL%20summary%20report_Final_FR.pdf
59. CBC News. The ‘dire’ doctor shortage in rural northwestern Ontario: 5 proposed solutions. CBC News, A4 avril 2022. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/nwo-physician-shortage-solutions-1.6408181>
60. Gouvernement de l’Île-du-Prince-Édouard. Locum Support Program. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/locum-support-program>
61. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Licence renewal – Renewal fees and penalties. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.cpsbc.ca/registrants/current-registrants/registration-and-licensing/licence-renewal/renewal-fees-penalties>
62. Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario. Fee Schedule. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.cpso.on.ca/Physicians/Your-Practice/Membership-Services/Fee-Schedule>
63. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Le GTNO offre des mesures incitatives pour accroître le recrutement et encourager le maintien en poste des travailleurs de la santé. NT: Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest; 2022. Date de consultation : 1^{er} février 2023. <https://www.gov.nt.ca/fr/newsroom/le-gtno-offre-des-mesures-incitatives-pour-accroitre-le-recrutement-et-encourager-le>
64. Blomqvist Å, Busby C. Institut CD Howe. *How to Pay Family Doctors: Why “Pay per Patient” is Better Than Fee for Service*. Toronto, ON: Institut CD Howe; 2012. Date de consultation : 27 janvier 2023. https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_365.pdf

65. Collège des médecins de famille du Canada. Guide Conseil pratique : *La rémunération des médecins dans un centre de médecine de famille*. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Date de consultation : 25 janvier 2023. https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/BAG_Remuneration_FRE_WEB_Rev.pdf
66. Somé NH, Devlin RA, Mehta N, Zarica GS, Sarma S. Team-based primary care practice and physician's services: Evidence from Family Health Teams in Ontario, Canada. *Soc Sci Med*. 2020;264:113310.
67. Gouvernement de la Colombie-Britannique. Negotiated Agreements with the Doctors of BC – 2022 Physician Master Agreement. Date de consultation : 9 février 2023. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/msp/negotiated-agreements-with-the-doctors-of-bc>
68. Gouvernement de l'Alberta. Blended Capitation Clinical Alternative Relationship Plan (ARP) Model. Date de consultation : 9 février 2023. <https://www.alberta.ca/blended-capitation-clinical-alternative-relationship-plan-model.aspx>
69. Health Quality Council of Alberta. *A case study evaluation of Crowfoot Village Family Practice and the Taber Clinic*. Calgary, AB: Health Quality Council of Alberta; 2019. https://hqca.ca/wp-content/uploads/2019/12/HQCA-Crowfoot_Taber-Case-Study-Evaluation-2019.pdf
70. Doctors of BC. *Physician Master Agreement and Payment Model Announcement*. Vancouver, BC: Divisions of Family Practice; 2022. Date de consultation : 24 janvier 2023. https://divisionsbc.ca/sites/default/files/Divisions/Victoria/Newsflash%20Uploads/2022-10/QA_Physician%20Master%20Agreement%20October%2031.pdf
71. CBC News. B.C. launching new payment model for family doctors in 2023. CBC News. 31 octobre 2022. Date de consultation : 25 janvier 2023. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/bc-doctor-supports-announcement-1.6635200#:~:text=The%20provincial%20government%20says%20a,Doctors%20of%20B.C.%20last%20week>
72. Global News. Thousands sign up for B.C.'s new doctor pay model, but many others still on the fence. Date de consultation : 13 mars 2023. <https://globalnews.ca/news/9452479/b-c-government-family-doctors-new-payment-model-update/> <https://globalnews.ca/news/9531008/family-doctor-pay-model-signup/>
73. Doctors of BC. Milestone reached after launch of new payment model. Doctors of BC. 3 mars 2023. Date de consultation : 16 mars 2023. <https://www.doctorsofbc.ca/news/milestone-reached-after-launch-new-payment-model>
74. Gouvernement de l'Alberta. Alternative Relationship Plans (ARP). Date de consultation : 19 janvier 2023. <https://www.alberta.ca/alternative-relationship-plans.aspx>
75. Alberta Medical Association. An Introduction to the Blended Capitation Model. Téléchargé le 25 mars 2022. Date de consultation : 20 janvier 2023. <https://www.youtube.com/watch?v=mXXbFJzHVtY>
76. Accelerating Change Transformation Team. Blended Capitation Model. Date de consultation : 20 janvier 2023. <https://actt.albertadoctors.org/operational/Pages/Blended-Capitation-Model.aspx>

À propos du CMFC

Le porte-parole de la médecine de famille au Canada

Représentant plus de 42 000 membres d'un bout à l'autre du pays, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) est l'organisme professionnel qui établit les normes et procède à l'agrément des programmes de formation postdoctorale en médecine de famille dans les 17 facultés de médecine du Canada. Il examine et certifie les programmes et les documents de développement professionnel continu qui permettent aux médecins de famille de satisfaire aux exigences de la certification et de l'obtention du permis d'exercice.

Le CMFC offre des programmes et services de qualité, appuie l'enseignement et la recherche en médecine de famille et défend les intérêts de la spécialité de médecine de famille, des médecins de famille et de leurs patients.

Pour information

Politiques en matière de santé et relations gouvernementales

Collège des médecins de famille du Canada

905-629-0900

healthpolicy@cfpc.ca