

Revue rapide 2

Réformes des soins primaires en Ontario, au Manitoba, en Alberta et dans les Territoires du Nord-Ouest

Une revue rapide préparée pour la Fondation
canadienne pour l'amélioration des services de santé

Peckham A., Kreindler S., Church J., Chatwood S. et Marchildon G.

Septembre 2018

ÉBAUCHE

Le présent rapport a été préparé par le North American Observatory on Health Systems and Policies à la demande de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Canadian Foundation for **Healthcare Improvement**

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

Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé ni d'aucun autre partenaire du North American Observatory on Health Systems and Policies.

Référence suggérée :

Peckham A., Kreindler S., Church J., Chatwood S. et Marchildon G. (2018). Réformes des soins primaires en Ontario, en Alberta et dans les Territoires du Nord-Ouest. Toronto : North American Observatory on Health Systems and Policies. *Revue rapide* (n° 2).

Mentions de reconnaissance :

Nous souhaitons saluer chaleureusement le soutien de Michael Sherar, Rob Skrypnek, Neale Smith, Kristin Anderson, Barb Wasilewski, Patrick Farrell, Alex Titeu et Bill Callery, ainsi que la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et ses partenaires.

Veillez faire parvenir vos demandes relativement à la publication à :

North American Observatory on Health Systems and Policies
155, rue College, bureau 425
Toronto (Ontario) M5T 3M6

© North American Observatory on Health Systems and Policies, 2018



Table des matières

Introduction	1
Méthodes	1
Observations	2
Ontario	2
Manitoba	3
Alberta	4
Territoires du Nord-Ouest	5
Accès	6
Connectivité	8
Responsabilité	11
Conclusion	14
Références (en anglais seulement)	16

Introduction

En réponse aux objectifs nationaux énoncés dans les ententes fédérales-provinciales-territoriales sur la santé en 2000, 2003 et 2004, les provinces et territoires canadiens ont entrepris l'élaboration d'une variété de nouvelles approches des soins primaires (Hutchison, Levesque, Strumph et Coyle 2011; Lazar, Lavis, Forest et Church 2013). Les gouvernements provinciaux et territoriaux ont notamment mis en œuvre diverses mesures pour encourager la transition d'une pratique indépendante traditionnelle (ou au sein de petits cabinets de groupe de médecins) vers des pratiques de soins primaires interprofessionnels offrant une plus vaste gamme d'activités de traitement, de prévention et de promotion de la santé (Hutchison et Glazier 2013; Marchildon et Hutchison 2016).

Au cours des quinze dernières années, les changements apportés aux soins primaires ont cependant été intégrés lentement, de manière progressive et difficile à suivre. De plus, les réformes ont été caractérisées par des variations régionales, un phénomène qui découle d'une fédération décentralisée où la politique de soins primaires relève largement des compétences constitutionnelles des ordres de gouvernements provinciaux et territoriaux (Marchildon et Bossert 2018). À proprement parler, l'ampleur et l'intensité des efforts visant à réformer les soins primaires varient considérablement d'un océan à l'autre (Marchildon et Hutchison 2016). Malgré ces variations, des objectifs de réforme visant à améliorer l'accès aux services, à élargir la portée de la pratique et à renforcer les liens entre les spécialistes et les services sociaux ont été établis partout au pays. Plus précisément, les provinces et les territoires ont mis au premier plan l'amélioration de la coordination des soins, l'élaboration de stratégies d'amélioration de la qualité et l'offre de soins en équipe. Toutefois, malgré ces efforts, le rythme et la portée de ces réformes varient considérablement d'un territoire à l'autre.

Une revue rapide précédente de toutes les provinces and territoires canadiens révélait que l'Ontario, le Manitoba, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest étaient les plus novatrices dans la réforme des soins primaires dans la dernière décennie (Peckham, Ho et Marchildon 2018). La présente revue rapide vise à explorer dans le détail le bilan de ces provinces et territoire afin de poursuivre dans la lignée de la table ronde des décideurs, organisée par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), le 27 avril 2018. Cet examen s'appuie sur les indicateurs publics disponibles pour déterminer comment les provinces et les territoires ont amélioré l'accès aux soins après les heures normales, comment ils ont élargi la portée des services grâce à l'accès aux équipes interdisciplinaires, et comment ils ont amélioré la communication et la coordination grâce aux technologies de l'information et aux dossiers médicaux électroniques (DME) accessibles aux prestataires de soins de santé et de services sociaux, ainsi qu'aux patients et aux aidants.

Méthodes

Le North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO) a collaboré avec des partenaires du milieu universitaire pour mener à bien la présente revue rapide. Avec l'assistance des membres du réseau d'établissements du NAO qui résident dans les provinces et territoires profilés, nous avons fait le bilan détaillé les priorités systémiques qui ont été le fer de lance de l'évolution des soins primaires comprenant des améliorations dans la coordination et l'accès à l'ensemble des services spécialisés et

sociaux. Nous avons également identifié tout facteur déterminant qui faciliterait le progrès en matière de réforme des soins primaires ou y ferait obstacle. Cet examen était fondé sur les données publiques accessibles, mais également sur les informateurs clés et les experts sur le terrain, qui ont permis de combler le manque d'information.

Cette revue, effectuée par un expert académique indépendant du NAO dans chaque province et territoire, repose sur les connaissances de celui-ci, sur son interprétation des ressources en ligne et d'autres documents pertinents, et lorsque nécessaire (ou possible, étant donné la courte échéance), sur les brèves entrevues avec les interlocuteurs clés.

Vous trouverez ci-dessous les trois domaines ayant fait l'objet de l'analyse, revus et approuvés par la FCASS :

1. L'**accès** : Les mesures mises en œuvre dans chaque province ou territoire pour améliorer l'accès rapide aux soins primaires (incluant la prestation après les heures de travail normales) et de spécialistes [Remarque : la section comprend la Nouvelle-Écosse, qui a également effectué une revue dans le cadre de la table ronde de la FCASS];
2. La **connectivité** : à quel point les soins primaires incluent l'accès aux équipes interdisciplinaires, leurs connections aux autres ressources en santé et en services sociaux, et si les patients et les aidants étaient au courant de ce type de communications;
3. La **responsabilité** : Les structures et les mécanismes organisationnels et institutionnels favorisent les responsabilités et les obligations appropriées des prestataires de soins primaires envers leurs patients, ainsi que les gardiens, les gestionnaires et les bailleurs de fonds du système.

Observations

Pour obtenir un aperçu plus détaillé des quatre provinces et territoires examinés dans ce document, ou de tout autre province ou territoire canadien, veuillez consulter le rapport Peckham et coll. (2018).

Ontario

L'Ontario compte environ 13,7 millions d'habitants et représente 40 % de la population du pays. Le total annuel des dépenses de santé par personne en Ontario est de 6 109 \$, soit tout juste sous la moyenne nationale de 6 291 \$ (Institut canadien d'information sur la santé 2017). Les dépenses totales de santé exprimées en pourcentage du PIB de l'Ontario étaient de 11 % en 2015, soit tout juste en deçà de la moyenne nationale de 11,4 %.

Depuis 2002, le gouvernement provincial a présenté plusieurs modèles de rémunération des médecins (réseau de santé familiale, groupe de santé familiale, modèles de soins de santé intégrés et organismes de santé familiale), ainsi qu'un modèle d'équipe interprofessionnelle (équipes de santé familiale), qui nécessitent de changer le mode prédominant de rémunération à l'acte (RA) pour intégrer des versions hybrides combinant la capitation, les primes, les incitatifs financiers et la RA. La participation des patients et des prestataires à ces modèles nouvellement créés se faisait sur une base volontaire et ne nécessitait pas une adoption universelle.

Les efforts de réforme ont largement porté sur la modification des incitatifs en matière de rémunération et sur la promotion des soins fournis par des équipes interprofessionnelles. Ils ont cependant été entravés par le manque de cohérence entre la gouvernance et les structures de responsabilités. Le gouvernement de l'Ontario a récemment mis en œuvre la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, qui a élargi le rôle des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) dans la province. Ces autorités sont maintenant responsables de la surveillance de deux types de pratiques de soins primaires, soit les équipes de santé familiale (ESF) et les cliniques dirigées par des infirmiers praticiens (les RLISS étant déjà responsables des centres de santé communautaire, ou CSC, qui fournissent des soins en équipe aux populations marginalisées et sans assurance depuis les années 70). Ces deux types de pratique comptent un peu moins de 3,5 millions de patients inscrits (sur une population totale de patients légèrement supérieure à 13,7 millions), avec seulement 21 % des médecins de famille qui pratiquent au sein d'une ESF ou d'un CSC (Marchildon et Hutchison 2016; Rauscher 2015). Ainsi, cette loi n'a pas d'incidence sur la majorité des médecins de soins primaires qui exercent en dehors de ces ESF et des CSC fondés sur une rémunération salariale. De plus, dans les dernières années, en raison des coûts, le gouvernement a restreint l'accès des médecins aux pratiques fondées sur la capitation (équipes de santé familiale, organismes de santé familiale et réseaux de santé familiale).

Manitoba

Le Manitoba compte 1,2 million d'habitants et représente 3,6 % de la population du pays. Les dépenses de santé par personne au Manitoba sont de 6 954 \$, soit supérieures à celles de l'Ontario et à la moyenne nationale (Institut canadien d'information sur la santé 2017). En 2015, les dépenses totales de santé du Manitoba atteignaient 13,7 % de son PIB.

La réorganisation des soins primaires a été amorcée au début des années 2000, au moment où les efforts portaient principalement sur la création de cliniques sous gestion publique, dotées d'équipes interprofessionnelles et de médecins non rémunérés à l'acte. Le premier effort *provincial* visant les médecins rémunérés à l'acte était la création du Réseau de services médicaux intégré (RSMI décembre 2006). Ce projet de démonstration encourageait les cliniques rémunérées à l'acte à élaborer leurs propres initiatives pour promouvoir l'accès, la qualité, l'utilisation de l'information et l'équilibre travail-vie personnelle. Les cliniques ont également profité de mesures financières incitatives fondées sur la qualité. Environ 13 % des médecins rémunérés à l'acte ont participé; toutefois, peu d'améliorations ont été observées en matière d'accessibilité pour le patient et de qualité des soins (Katz et al. 2014; Prairie Research Associates 2012).

En 2011, le premier ministre Greg Selinger a promis que tous les Manitobains auraient un médecin de famille d'ici 2015, ouvrant ainsi la porte au traitement prioritaire de la réforme des soins primaires. La promesse électorale de fournir un médecin pour tous a aussi mis l'accent sur l'*attachement envers un prestataire* (reléguant ainsi l'obtention d'autres résultats, tels que la réduction du temps d'attente pour la prise de rendez-vous, aux années subséquentes) et accorder la priorité à des initiatives susceptibles d'entraîner des améliorations immédiates. Dans le cadre de la stratégie 2011-2015, les décideurs ont présenté de nombreuses initiatives interreliées, notamment les équipes de soins de santé My Health Teams (un modèle de réseau de soins primaires qui a reposé sur des partenariats officiels entre les cliniques RA et les autorités sanitaires), un projet de démonstration qui a amené l'intégration de prestataires interprofessionnels dans quarante-cinq cliniques RA, ainsi que le système Family Doctor Finder, un service de liaison entre les patients et un médecin de soins primaires (consulter Kreindler et al., *Why is 'soft integration' so hard?*, à paraître prochainement, pour la description complète des initiatives). En 2016, la province a lancé les Home Clinics, qui nécessite l'inscription volontaire des

patients. Dans l'ensemble, les deux grands objectifs liés aux politiques se sont traduits par des efforts visant à : 1) élargir la portée du mandat des médecins rémunérés à l'acte au-delà d'une minorité d'utilisateurs précoces, et 2) passer à un système de soins primaires intégrés dans lequel toutes les cliniques, qu'elles soient dirigées par des prestataires RA ou autrement rémunérés, pourraient offrir le même niveau de qualité exceptionnelle, d'accessibilité et de coordination des soins primaires (Kreindler et al., à paraître prochainement).

On estime que 24 % des Manitobains sont couverts par My Health Team, et que 52 % sont inscrits dans une Home Clinic. À ce jour, 91 000 patients ont été jumelés à un médecin grâce à Family Doctor Finder, et 51 000 grâce à My Health Teams et à l'initiative de démonstration d'équipe interprofessionnelle (parmi lesquels un nombre indéfini de patients aussi comptabilisés dans les données du Family Doctor Finder). Il est actuellement question de mesurer d'autres résultats que le nombre de jumelages.

Alberta

L'Alberta compte 4 millions d'habitants et représente 11,6 % de la population du pays. Les dépenses de santé par personne en Alberta sont de 7 057 \$, soit supérieures à celles du Manitoba et de l'Ontario, ainsi qu'à la moyenne nationale (Institut canadien d'information sur la santé 2017). Les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB de l'Alberta ont été de 9 % en 2015, soit le plus faible taux au pays.

L'Alberta tente également de réformer les soins primaires depuis le milieu des années 1990. Les efforts se sont initialement concentrés sur la rémunération, cependant depuis le début des années 2000, on a toutefois déployé des efforts pour inclure le recrutement et la rétention, les équipes interprofessionnelles de soins et l'utilisation des dossiers médicaux électroniques. En 2003, Santé Alberta, l'Alberta Medical Association et les neuf anciennes régions sanitaires ont créé l'Initiative de soins primaires visant à développer les réseaux de soins primaires (RSP) (Health Quality Council of Alberta 2014a). Le premier RSP a ouvert ses portes en 2005 et constitue actuellement le principal modèle de soins primaires en Alberta (80 % des médecins de premier recours y sont inscrits). Son mandat est d'établir les fonctions, les structures et les processus de gouvernance, et d'améliorer l'accès et la qualité des soins (ministère de la Santé de l'Alberta 2016b). Les médecins sont rémunérés à l'acte ou par capitation, et les médecins des RSP profitent d'incitatifs financiers supplémentaires pour la couverture après les heures normales (ministère de la Santé de l'Alberta 2016a; Rauscher 2015). Bien que l'objectif initial de ces modèles ait été l'amélioration de l'accès et des soins en équipe, plusieurs revues ont révélé des écarts dans les fournisseurs des services des différents RSP, des incohérences dans la comptabilité, la piètre qualité des soins interprofessionnels, l'inadéquation de l'infrastructure de communication et un manque de coordination avec les autres domaines de la santé. De plus, les modèles actuels de rémunération des médecins et des RSP posent toujours problème, étant donné que ni l'un ni l'autre ne convient aux patients à besoins complexes (Alberta Health 2016; vérificateur général de l'Alberta 2017; gouvernement de l'Alberta 2013; Health Quality Council of Alberta 2013, 2014a).

En réponse aux défis cernés à la lumière des récentes revues, l'Alberta a mis en œuvre un certain nombre d'initiatives. Parmi ces initiatives figurent : un projet pilote hybride qui comprend la rémunération par capitation; une nouvelle structure de gouvernance pour les RSP qui vise à améliorer l'intégration des services des RSP, les programmes de Santé Alberta et les services en milieu communautaire; Alberta Netcare (le registre provincial des dossiers de santé électroniques) pour faciliter les recommandations et conseils de spécialistes en ligne pour les soins non urgents; et Santé Alberta Connect Care (mis en œuvre sous peu), un système d'information clinique unique de Santé

Alberta basé sur Epic, qui comprend un portail pour les médecins permettant les consultations électroniques et la messagerie sécurisée. Ces dernières solutions TI font partie d'une initiative d'envergure portant sur l'intégration des renseignements communautaires, qui assure le lien entre les systèmes DME de la communauté avec l'Alberta Netcare et le système Connect Care. À Calgary, Specialist Link, une initiative de la FCASS, a été mise sur pied pour faciliter la collaboration entre les quatorze groupes de spécialistes et des fournisseurs des soins primaires. Les patients ont maintenant accès à MyHealth Alberta, un site Web qui présente des informations sur la santé et qui facilite l'accès à certains services.

Territoires du Nord-Ouest

La population des Territoires du Nord-Ouest (T. N.-O.) est de 41 462 habitants, copie la plus élevée des trois territoires. Les dépenses de santé par habitant des T. N.-O. sont de 14 660 \$ et occupent le deuxième rang au pays, derrière le Nunavut (Institut canadien d'information sur la santé 2017). Les dépenses de santé exprimées en pourcentage du PIB des T. N.-O. ont atteint 13,4 % en 2015.

La géographie des Territoires du Nord-Ouest force le gouvernement à adopter une approche unique de la santé et des services sociaux pour répondre aux besoins de sa population, dont la moitié vit à Yellowknife, et l'autre moitié est répartie entre les communautés éloignées sur le reste du territoire. En 2012, deux cliniques de Yellowknife ont fusionné en un seul centre, la Yellowknife Primary Health Care Clinic. Les cliniques qui offrent des soins de santé primaires en équipe de la capitale rassemblent des médecins, des infirmiers praticiens et des infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) qui travaillent avec d'autres professionnels de la santé, y compris des administrateurs de cliniques, pour coordonner les soins aux patients. Cette collaboration est facilitée par un système unique de consignation au dossier numérique axé sur le patient et utilisé sur tout le territoire par les professionnels paramédicaux et de la santé (Yellowknife Health and Social Services Authority, s.d.). En régions rurales et éloignées, la géographie tend à être un facteur décisif pour l'inscription de la clientèle (aucune possibilité d'obtenir des soins ailleurs). Dans les communautés situées à l'extérieur de Yellowknife, les infirmiers praticiens et les infirmiers en santé communautaire travaillent en étroite collaboration avec les représentants en santé communautaire et une équipe de spécialistes de passage pour offrir des soins qui sortent du cadre médical traditionnel (p. ex. Fort Resolution Community Health Centre Services).

En 2001, à une exception près, les médecins sont passés d'une rémunération à l'acte à un salaire, devenant ainsi des employés des administrations des services de santé. En 2016, les médecins sont devenus employés d'une seule et même administration, l'administration territoriale des services de santé, qui a remplacé les huit administrations indépendantes des services de santé et des services sociaux. Le regroupement a été motivé, en partie, par le désir du gouvernement d'aplanir les obstacles systémiques à l'innovation et d'améliorer les soins aux patients (Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, s.d.).

Accès

Les provinces et les territoires ont été évalués au moyen des données comparatives disponibles afin de déterminer si les patients profitaient d'un accès rapide aux soins primaires et spécialisés. L'accès rapide a été désigné par les patients comme élément important des soins primaires (Wong, Watson, Young, & Regan 2008); il permet de réduire le nombre de visites inutiles aux services d'urgence et d'améliorer la continuité des soins (Institute for Healthcare Improvement 2012).

En fonction des indicateurs sur l'accès révélés par l'Enquête internationale menée par le Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé, l'Alberta fait meilleure figure que l'Ontario et le Manitoba (aucune donnée comparable pour les Territoires du Nord-Ouest – voir le tableau 1). En Alberta, quand on a demandé aux personnes ayant un médecin attitré dans quelle mesure il était facile pour elles de recevoir les services de celui-ci, 45 pour cent ont répondu « très facile » (Health Quality Council of Alberta 2014b). Le Manitoba a obtenu une note supérieure pour le pourcentage de personnes qui se sont rendues au service d'urgence pour un problème qui aurait pu être traité par leur médecin habituel. Pour sa part, l'Ontario a obtenu une note supérieure sur le pourcentage de la population qui affirme avoir un fournisseur attitré de soins primaires, un résultat intéressant considérant le fait que le nombre d'omnipraticiens en exercice est moindre en Ontario (109 omnipraticiens en exercice pour 100 000 habitants) qu'en Nouvelle-Écosse (138) et en Alberta (124).

En ce qui a trait à l'accès aux soins spécialisés, l'Ontario obtient une meilleure note que le Manitoba et que l'Alberta, exception faite des réparations d'une fracture de la hanche, pour lesquelles le Manitoba présente un temps d'attente réduit de moitié. L'Ontario a également présenté le temps d'attente le plus court (6,7 semaines) avant l'obtention d'une recommandation d'un omnipraticien pour consulter un spécialiste.

Tableau 1 : L'accès par province ou territoire

Indicateur	Ontario	Manitoba	Alberta	Nouvelle-Écosse	Territoires du Nord-Ouest	Moyenne canadienne
Pourcentage de personnes qui ont reçu l'attention médicale requise en obtenant un rendez-vous avec un médecin ou un infirmier le jour même ou le jour suivant ¹	41,4 %	44,3 %	46,3 %	32,2 %	Aucune donnée (seulement 6 entrevues dans 3 territoires)	39,2 %
Pourcentage de personnes qui ont eu recours au service d'urgence pour un problème qui aurait pu être traité par leur médecin habituel	44,2 %	39,7 %	30,1 %	48,1 %	Aucune donnée	41,1 %
Personnes âgées (55 ans et plus) qui se sont rendues au service d'urgence pour un problème qui aurait pu être traité par leur médecin habituel ²	39 %	34 %	39 %	37 %	Aucune donnée	37 %
Pourcentage de la population qui dit avoir un fournisseur attiré de soins de santé primaires (médecin) ³	92,5 %	83,9 %	80,1 %	89,4 %	42,3 %	85,1 %
Pourcentage de personnes qui disent avoir de la difficulté à accéder aux soins médicaux les soirs et les fins de semaine ¹	49,5 %	55 %	49 %	62,1 %	Aucune donnée	55,3 %
Pourcentage de personnes âgées (55 ans et plus) qui peinent à accéder à des soins médicaux en dehors des heures normales ²	47 %	55 %	45 %	59 %	Aucune donnée	51 %
Temps d'attente avant de voir un spécialiste, à la suite de la recommandation d'un omnipraticien ⁴	6,7 semaines	8,6 semaines	12,0 semaines	21,6 semaines	Aucune donnée	10,2 semaines
Nombre de praticiens en soins de santé primaires par 100 000 habitants (2016) ^{5 6}	Médecin (omni-praticien) : 109 Infirmier praticien : 19 Infirmier autorisé : 647	Médecin (omni-praticien) : 107 Infirmier praticien : 11 Infirmier autorisé : 770	Médecin (omni-praticien) : 124 Infirmier praticien : 9 Infirmier autorisé : 744	Médecin (omni-praticien) : 138 Infirmier praticien : 14 Infirmier autorisé : 884	Infirmier praticien : 48 ⁷	Médecin (omni-praticien) : 116 Infirmier praticien : 12 Infirmier autorisé : 707

¹ Commonwealth Fund's International Health Policy Survey of Adults 2016 Data Table <https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2016>

² Canadian Institute for Health Information (2015). How Canada Compares: Results from the Commonwealth Fund 2014. <https://www.cihi.ca/web/resou>

³ CIHI (2014) [https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/001/have-a-regular-doctor;/mapC1;mapLevel2;overview;trend\(C20018,C600,C5001\);/](https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief?lang=en#!/indicators/001/have-a-regular-doctor;/mapC1;mapLevel2;overview;trend(C20018,C600,C5001);/)

⁴ Fraser Institute using survey data from physicians <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/waiting-your-turn-2017.pdf>

⁵ CIHI (Regulated Nurses, 2016: https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?f%5B0%5D=field_primary_theme%3A2047&f%5B1%5D=field_professions%3A2010)

⁶ CIHI (Scott's Medical Database) for 2016 (https://secure.cihi.ca/free_products/Physicians_in_Canada_2016.pdf)

⁷ Canadian Nurses Association (2016) *The Canadian Nurse Practitioner Initiative: A 10-year retrospective*. Ottawa: Canadian Nurses Association.

Connectivité

La connectivité porte sur la façon dont les patients, les aidants et les praticiens en soins primaires sont liés à d'autres programmes médicaux (spécialistes) et sociaux (communautaires). Pour évaluer la connectivité, il faut compter sur des données qui assurent le suivi des technologies de communication et des modèles de soins offerts en équipe. Cette démarche vise à déterminer quels sont les services offerts par les pratiques de soins primaires à l'intérieur comme à l'extérieur des bureaux.

Les provinces de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta ont toutes obtenu des résultats supérieurs ou égaux à la moyenne nationale en matière d'utilisation des technologies de l'information et des communications, de même que des dossiers médicaux électroniques, dans le cadre de leur pratique de soins primaires (Institut canadien d'information sur la santé 2016). Les Territoires du Nord-Ouest constituent la seule entité à s'être dotée d'un système de dossiers médicaux électroniques (DME) interopérable à la grandeur de son territoire. Tandis qu'aucun autre territoire ou province (en dehors des initiatives à petite échelle) n'offre des systèmes DME qui facilitent le partage d'informations entre les patients ou les aidants et les fournisseurs, les Territoires du Nord-Ouest donnent accès à l'information aux fournisseurs (tout professionnel médical traditionnel et autre) et favorisent la communication en temps réel grâce à un système numérique de consignation au dossier. Par opposition, le développement des systèmes DME et des mesures d'amélioration des communications entre fournisseurs en l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta n'en sont qu'à l'étape, leurs efforts se concentrant principalement sur des projets de démonstration à l'échelle régionale. L'Alberta, par l'entremise de Netcare, travaille à améliorer l'accès des patients à l'information sur la santé. Aucune province ni aucun territoire n'a amélioré de manière efficace l'échange de renseignements entre les ressources en santé et celles en soins sociaux.

Les soins primaires en équipe ne soient pas la norme dans ces provinces, et que la composition des équipes varie d'une province à l'autre. Toutefois, 25-30 % des Ontariens ont maintenant accès à des soins primaires en équipe interprofessionnelle (Association of Family Health Teams of Ontario, 2015), ainsi que 3,6 million d'Albertains par l'intermédiaire des RSPs (Alberta Health, 2018). Grâce au système numérique de consignation au dossier axé sur le patient, les Territoires du Nord-Ouest offrent le meilleur degré d'uniformité dans la connectivité aux fournisseurs et dans les services dépassant le cadre des fournisseurs médecins de l'ensemble des provinces et territoire étudiés.

Tableau 2 : La connectivité par province ou territoire

Province ou territoire	Ontario	Manitoba	Alberta	Territoires du Nord-Ouest
Question				
Les modèles de soins primaires par équipe sont-ils la norme dans votre province ou territoire?	La majorité de la population ne reçoit pas les soins d'une équipe. Un Ontarien sur quatre a accès à une équipe de soins primaires.	Ils ne représentent pas la norme. Les équipes de soins de santé MyHT et les démonstrations en équipe interprofessionnelle sont deux manières de faciliter les soins en équipe.	Ils ne représentent pas la norme. Les Réseaux de soins primaires sont les principaux intermédiaires des soins primaires par équipe. La composition de l'équipe varie.	Les cliniques de Yellowknife comprennent des médecins, des infirmiers praticiens, des infirmiers auxiliaires autorisés et des assistants cliniques. ⁸ En régions éloignées, les infirmiers praticiens collaborent avec les représentants en santé

⁸ <http://www.yhssa.hss.gov.nt.ca/health/clinics-and-health-centres/yellowknife/yellowknife-primary-care-centre>

				communautaire et les spécialistes de passage. ⁹
Que comprend la gamme de services fournie par la majorité des équipes de soins primaires dans votre province ou territoire?	<p>La gamme de services varie énormément.</p> <p>Les CSC (principalement grâce au regroupement) offrent un accès à des ressources sociales et en santé.</p> <p>Les équipes de santé familiale (liées à un emplacement) soutiennent, voire nouent des partenariats avec les organismes communautaires pour améliorer l'accès aux ressources sociales.</p>	<p>La gamme de services varie énormément.</p> <p>Les équipes de soins de santé MyHT adoptent une perspective axée sur la santé de la population pour répondre aux besoins de celle-ci.</p>	<p>La gamme de services varie énormément.</p> <p>Les réseaux de soins primaires doivent fournir une variété de services (médicaux, psychologiques, préventifs).</p>	<p>Les équipes de soins primaires comprenant un médecin de famille soutiennent les services hospitaliers secondaires.</p> <p>En régions éloignées, les infirmiers praticiens offrent des services de santé de première ligne.¹⁰</p>
Des pratiques provinciales ou territoriales sont-elles en place pour soutenir l'intercommunication et la circulation des recommandations entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes? Êtes-vous au fait de telles pratiques à l'échelle régionale?	<p>Le service de consultation électronique de l'Ontario Telemedicine Network permet aux fournisseurs de soins primaires et aux spécialistes de discuter de l'état de santé d'un patient.¹¹</p> <p>Projet BASE de consultation électronique dans la région de Champlain (par internet)¹².</p>	<p>Actuellement, aucun.</p> <p>Précédemment (2008-2015) – Bridging Generalist and Specialist Care.¹³</p> <p>Le projet Bridging Generalist and Specialist Care a été remodelé et est devenu l'initiative eReferral et l'initiative eConsult.</p>	<p>Actuellement, aucun.</p> <p>Santé Alberta met en place Connect Care (un système d'information clinique) qui offre les consultations électroniques et la messagerie sécurisée.</p> <p>Le service de recommandation électronique (Netcare) de l'Alberta fournit des conseils de spécialistes pour les questions non urgentes.</p> <p>Specialist Link à Calgary (par téléphone).¹⁴</p>	<p>Communication à l'échelle territoriale grâce au système DME.</p> <p>Recommandations et consultations électroniques pour les soins à domicile, la réadaptation, les soins aux diabétiques et le soutien à distance des postes de soins infirmiers par des médecins.</p> <p>Les spécialistes ont demandé que les recommandations papier soient envoyées par télécopieur.</p>
Des pratiques provinciales ou territoriales sont-elles en place pour soutenir l'intercommunication,	Aucune pratique n'est en place à l'échelle provinciale ou territoriale pour faciliter la communication entre les patients recevant des	Des centres d'accès (regroupements de services familiaux et de santé) existent à Winnipeg et dans une autre région sanitaire.	Il n'existe pas de pratiques à l'échelle provinciale. es initiatives liées au triple objectif (Triple Aim) à Edmonton et à	Oui. Un système numérique de consignation au dossier est utilisé par tous les fournisseurs.

⁹ <http://www.yhssa.hss.gov.nt.ca/health/clinics-and-health-centres/fort-resolution>

¹⁰

<https://www.rnantnu.ca/sites/default/files/RNANTNU%20Practice%20and%20Prescriptive%20Guidelines%20for%20NPs%20NT%20Signed%20March%202017.pdf>

¹¹ <https://www.ontariomd.ca/products-and-services/provincial-econsult-initiative/faqs>

¹² <https://www.champlainbaseeconsult.com/>

¹³ <http://news.gov.mb.ca/news/print.index.html?archive=&item=3334>

¹⁴ <http://www.specialistlink.ca/>

<p>particulièrement entre les ressources de soins primaires et les autres ressources en services sociaux et en santé (prise en charge conjointe du patient)?</p> <p>Êtes-vous au fait de telles pratiques à l'échelle régionale?</p>	<p>soins primaires et les ressources en services sociaux.</p> <p>Le type de communications varie et celles-ci sont souvent informelles et s'expliquent par le regroupement ou le partenariat conclu avec les organismes locaux.</p>	<p>L'initiative My Health Teams peut être un moyen de favoriser la communication, à mesure de son déploiement.</p>	<p>Calgary facilitent l'intercommunication.</p>	<p>Deux fournisseurs ou plus peuvent communiquer en temps réel (médecins, infirmiers praticiens, services sociaux, santé mentale et spécialistes).</p>
<p>Quel pourcentage des prestataires de soins primaires utilisent des systèmes électroniques pour effectuer leurs tâches? À quoi ces systèmes sont-ils reliés? Avec qui partagent-ils ces systèmes?</p>	<p>34,1 % des omnipraticiens utilisent le papier et les systèmes DME, et 51,5 % utilisent seulement les systèmes DME.¹⁵</p>	<p>89 % des omnipraticiens disposent d'un système DME dans leur clinique. Ils n'ont pas tous accès à eChart. eChart n'est pas accessible à d'autres ressources de soins ni aux patients.</p>	<p>Actuellement, les systèmes DME ne sont pas interopérables avec les autres systèmes d'information clinique de la province.</p> <p>Alberta Netcare sert de lieu d'échange sur la santé pour veiller à ce que les médecins puissent accéder aux résultats en laboratoire, aux diagnostics, à la vaccination et à l'historique de prise en charge.</p> <p>Les patients n'y ont pas encore accès. À l'avenir, les patients et médecins participant à Connect Care auront accès aux informations partagées.</p>	<p>100 % des prestataires de soins primaires utilisent les dossiers de santé électroniques.</p> <p>Le système DME territorial est partagé par tous les prestataires de soins de santé.</p>

¹⁵ National Physician Survey (2014)

<p>La plupart des fournisseurs de soins primaires utilisent-ils des systèmes électroniques pour assurer le lien entre leurs patients et les autres ressources en santé et en services sociaux afin de faciliter les soins aux patients?</p>	<p>77,5 % des fournisseurs ont recours aux technologies de l'information et de communication.</p> <p>77,7 % des fournisseurs utilisent les dossiers médicaux électroniques dans leur pratique.¹⁷</p> <p>Des efforts adaptés aux emplacements ont été consacrés au soutien de la communication et des partenariats.</p>	<p>89 % des fournisseurs disposent d'un système DME pour le partage d'information à l'intérieur d'une même clinique.</p> <p>La majorité d'entre eux ont accès à eChart pour l'information sur la vaccination, les prescriptions, les résultats de tests en laboratoire et les diagnostics, ainsi que les hospitalisations (sans accès à l'information sur les ressources en santé et en services sociaux).¹⁶</p>	<p>82,5 % des fournisseurs ont recours aux technologies de l'information et de communication.</p> <p>85 % des fournisseurs utilisent les dossiers médicaux électroniques dans leur pratique.¹⁷</p> <p>La technologie des recommandations électroniques fait partie d'Alberta Netcare.</p>	<p>Oui.</p>
<p>Les patients et les aidants ont-ils accès à ces méthodes de communication? Sont-ils en mesure d'y contribuer?</p>	<p>Non.</p>	<p>Non.</p>	<p>MyHealth Alberta est un site Web qui présente des informations sur la santé et qui facilite l'accès à certains services.</p> <p>À l'avenir : Connect Care sera un portail pour les patients, qui facilitera l'accès aux renseignements personnels sur la santé, à la planification et à la messagerie sécurisée.</p>	<p>Non.</p>

Responsabilité

La responsabilité fait référence aux structures et mécanismes organisationnels et institutionnels mis en place afin de répertorier et renforcer les obligations des prestataires de soins primaires envers leurs patients, ainsi que les gardiens, les gestionnaires et les bailleurs de fonds du système, et vice versa. Ici, nous utilisons l'idée d'inscription « systématique » des patients comme approche permettant de limiter les coûts, et d'améliorer la responsabilisation du patient, du prestataire et du système, ainsi que la continuité des soins. En considérant la responsabilité comme un principe relationnel, nous déterminons ce que les provinces et territoires ont effectué pour améliorer cette relation. L'inscription systématique des patients, qui officialise la responsabilisation entre la pratique des soins primaires et un patient inscrit, n'était pas monnaie courante au Manitoba, en Alberta ni dans les Territoires du Nord-Ouest. Cette forme d'inscription des patients confère aux fournisseurs de soins primaires un degré supérieur de responsabilité dans la coordination des soins moyennant une rétribution conséquente et des pénalités lorsque le patient se procure des soins ailleurs. L'inscription des patients se fait dans un processus qui comporte des principes théoriques; cela dit, il est tout à fait acceptable que les patients continuent de

¹⁶ <http://www.echartmanitoba.ca/locations.html>

¹⁷ https://secure.cihi.ca/free_products/Primary%20Health%20Care%20in%20Canada%20-%20Selected%20Pan-Canadian%20Indicators_2016_EN.pdf

recevoir des services de soins primaires de prestataires qui ne sont pas ceux qui leur sont « attitrés ». L'inscription systématique lie les patients et les prestataires de soins primaires par contrat; ces derniers sont par le fait même responsables d'offrir en tout temps une gamme prédéterminée de services de soins primaires et, le cas échéant, des résultats de santé aux patients inscrits sur leur liste.

Une forme d'inscription des patients entre les deux extrêmes a été mise en œuvre en Ontario uniquement pour les modèles d'inscription des patients qui reçoivent une prime d'accès – réseaux de santé familiale (RSF), organismes de santé familiale (OSF) et équipes de santé familiale (ESF). L'expérience de l'Ontario en matière d'inscription des patients aurait été impopulaire avec certains membres de la profession médicale, qui aurait eu une incidence négative sur la perception des médecins manitobains quant à cette forme d'inscription. En raison de ces perceptions négatives, il sera difficile pour le gouvernement du Manitoba d'utiliser l'inscription comme moyen d'intervention. Mais il ne s'agit pourtant pas d'un signe des ratés de l'initiative administrative, mais plutôt de la perception négative généralement répandue parmi les médecins à cet égard.

L'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest se démarquent en s'éloignant des modèles traditionnels de rémunération à l'acte. En 2001, les Territoires du Nord-Ouest ont été en mesure de faire passer le mode de rémunération des médecins (sauf un) au salaire, donnant ainsi à ces derniers le statut d'employés d'une seule administration des services de santé, plutôt que d'entrepreneurs indépendants. Dans un effort pour se distancier également des modèles de RA, l'Ontario a fait des progrès auprès de 49,5 % des médecins, qui fonctionnent maintenant selon un nouveau modèle de rémunération. Grâce à la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, l'Ontario a établi que les équipes de santé familiales et les cliniques dirigées par des infirmiers praticiens devaient rendre des comptes aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), ces derniers étant déjà responsables des centres de santé communautaires.

Tableau 3 : La responsabilité par province ou territoire

Province ou territoire	Ontario	Manitoba	Alberta	Territoires du Nord-Ouest
Questions				
L'inscription systématique des patients (liens officiels entre la pratique de soins primaires et un patient inscrit) est-elle requise pour les pratiques de soins primaires?	Les RSF, les OSF et les équipes de santé familiales (qui touchent des primes d'accès) font l'inscription systématique des patients. Tous les modèles (à l'exception de ceux qui reposent sur la RA) requièrent l'inscription.	L'inscription des patients n'est pas requise. L'inscription est requise pour les Home Clinics, mais le choix des patients inscrits revient à la clinique.	L'inscription des patients n'est pas requise. Les programmes de capitation exigent cependant une inscription. ^{18,18} Environ 70 % des médecins établissent ou ont déjà établi des comités. 4À l'avenir – Central Patient Attachment Registry (participation volontaire)	Aucune obligation visant l'inscription à l'échelle territoriale. Les patients sont jumelés à une équipe de soins et à un médecin de l'équipe. L'éloignement géographique de certaines communautés pourrait en quelque sorte remplacer l'inscription des patients (aucune possibilité d'obtenir des soins ailleurs).
Les pratiques de soins primaires sont-elles pénalisées lorsque des patients accèdent à des soins par d'autres moyens?	Celles qui touchent des primes d'accès seront pénalisées.	Non.	Non. Deux programmes de capitation comportent des éléments de négation (Crowfoot et Taber).	Non.

¹⁸ Alberta Health (2018). Retrieved from: <http://www.health.alberta.ca/professionals/ARP-Clinical-capitation.html>

<p>Pourcentage des omnipraticiens qui sont principalement (>50 %) rémunérés (y compris la rémunération hybride) par :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération à l'acte • Modèles de rémunération non conventionnels <ul style="list-style-type: none"> – Capitation – Salaire 	<p>RA 50,6 % RRNC 49,5 %¹⁹</p>	<p>Environ 75 % par RA dans tout le Manitoba et environ 95 % à Winnipeg.</p> <p>Pas de capitation – financement non conventionnel sous forme de salaire ou par « contrat » (un salaire sans relation de travail; prise de responsabilités difficile à faire respecter).</p>	<p>La majorité des médecins (>84 %) sont rémunérés à l'acte.</p>	<p>100 % de salariés, avec 1 médecin RA.</p>
<p>Le système de santé de votre province ou territoire a-t-il récemment subi des changements organisationnels qui influent sur la responsabilité des médecins? Dans l'affirmative, veuillez préciser.</p>	<p>Les professionnels apparentés aux équipes de santé familiale, les CSC et les cliniques dirigées par un infirmier praticien (Loi de 2016 donnant la priorité aux patients) relèvent des RLISS.²¹</p>	<p>Non.</p>	<p>Mise en œuvre d'un nouveau modèle de gouvernance des soins primaires qui comble le fossé entre les médecins et Services de santé Alberta.</p> <p>La nomination de médecins dirigeants qui peuvent parler au nom des médecins du RSP.</p>	<p>En 2001, les médecins sont passés d'une rémunération à l'acte à un salaire, leur donnant ainsi le statut d'employés de l'administration des services de santé.</p> <p>Règlements de l'Administration territoriale des services de santé (2016) concernant les médecins entrepreneurs.</p>

¹⁹ Canadian Institute for Health Information National Physician Database

²⁰ Canadian Institute for Health Information (pg. 14) Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/Physicians_in_Canada_2016.pdf

²¹ Ministry of Health and Long-Term Care of Ontario. (2017). Update: Health System Integration. Retrieved from http://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2017/hb_20170127.aspx

Conclusion

En ce qui concerne l'accès à des soins primaires connectés de grande qualité, les provinces et territoires n'atteignent pas les objectifs. L'évaluation de l'amélioration de l'accès, de la connectivité et de la responsabilité des soins primaires dans les provinces et territoires au cours des dix dernières années a été limitée en raison du manque de données comparables à l'échelle nationale. Toutefois, selon les données accessibles, les provinces et territoires présentés dans ce document démontrent leurs propres forces et lacunes dans chacun des domaines examinés à des fins de comparaison.

L'Alberta s'est hissée au premier rang du palmarès en matière d'accès, devant les autres provinces et territoires qui présentaient des données, selon l'Enquête internationale menée par le Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé (Fonds du Commonwealth, 2016). Les soins offerts en équipe constituent toujours un enjeu dans les quatre provinces et territoires. Toutefois, l'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest offrent tous deux des cliniques dirigées par des infirmiers praticiens ou autorisés et ont intégré des modèles de soins qui comprennent divers professionnels paramédicaux et de la santé qui travaillent pour améliorer la connectivité (bien que la composition des équipes varie entre elles). Dans les Territoires du Nord-Ouest, la connectivité est assurée grâce à l'utilisation d'un système DME territorial qui permet à tous les professionnels paramédicaux et de la santé de recevoir les renseignements sur le patient et d'établir la communication en temps réel avec les autres membres de l'équipe de soins. Aucune donnée n'était disponible sur plusieurs indicateurs additionnels pour les Territoires du Nord-Ouest. Le recueil de données propres aux Territoires du Nord-Ouest améliorerait la capacité d'évaluation de l'impact du système DME et de comparaison des résultats de soin du territoire avec les provinces. L'Alberta semble viser l'amélioration de la connectivité entre prestataires, et la mobilisation des patients et des citoyens grâce aux outils de communication Netcare et Connect Care.

Parmi les provinces et territoires, aucun n'a véritablement adopté l'inscription systématique des patients, bien que l'Ontario ait intégré une forme d'inscription plus rigoureuse que les autres provinces et territoires canadiens (plus de 10 millions d'Ontariens étant officiellement liés à un fournisseur de soins primaires) pour certains modèles de prestation des soins primaires. Il est cependant à noter que si la perception négative qu'entretiennent les médecins manitobains à l'égard de l'expérience de leurs homologues ontariens dans le dossier de l'inscription des patients est partagée par les médecins des autres provinces et territoires, l'adoption de formes d'inscription rigoureuse s'avérera difficile pour les administrations.

Dans l'ensemble, les Territoires du Nord-Ouest ont effectué un virage important et l'Ontario s'apprête à délaisser la rémunération à l'acte traditionnelle pour les prestataires de soins primaires. Les Territoires du Nord-Ouest sont allés encore plus loin que les autres provinces et territoire en tentant d'harmoniser la responsabilité des médecins à ses administrations régionales des services de santé et dorénavant, à son unique Administration des services de santé et des services sociaux.

La réforme des soins primaires requiert une certaine adaptation de la part des médecins rémunérés à l'acte, mais la plupart des médecins canadiens, qui profitent d'une grande indépendance, ne se considèrent pas forcément comme faisant partie du système de santé au sens large. Les modèles qui semblent le mieux susciter l'adhésion et la responsabilisation des médecins sont ceux qui les encouragent à adopter certains comportements (attachement de patients, utilisation de systèmes de dossiers médicaux électroniques et offre de soins après les heures normales de travail). Les pouvoirs publics provinciaux et territoriaux tentent de mettre en place les nouveaux modèles de soins primaires qui atteignent un certain équilibre entre le soutien des médecins et la responsabilisation des médecins à l'égard des objectifs d'ensemble (dont la connectivité, l'accès, la continuité) et des résultats (dont la santé de leurs populations inscrites).

Références (en anglais seulement)

- Alberta Health. (2016). *Primary Care Networks Review*. Retrieved from <http://www.health.alberta.ca/initiatives/PCN-review.html>
- Auditor General of Alberta. (2017). *A Report by The Office of the Auditor General of Alberta*. Retrieved from https://www.oag.ab.ca/webfiles/reports/Better_Healthcare_Report.pdf
- Canadian Institute for Health Information. (2016). *Primary Health Care in Canada: A Chartbook of Selected Indicator Results*. Retrieved from Ottawa, ON: https://secure.cihi.ca/free_products/Primary%20Health%20Care%20in%20Canada%20-%20Selected%20Pan-Canadian%20Indicators_2016_EN.pdf
- Commonwealth Fund. (2016). Health Policy Survey of Adults; Data Table. <https://www.cihi.ca/en/commonwealth-fund-survey-2016>
- Government of Alberta. (2013). *Working Together to Build a High Performance Health System. Report of the Health Governance Review Task Force*. Retrieved from <https://open.alberta.ca/dataset/0b310b5d-06e3-47a8-8243-24a28c7ab1af/resource/fc4382d5-0b26-44a4-8ee3-83194cf7db3b/download/high-performance-health-system-2013.pdf>
- Health Quality Council of Alberta. (2013). *Continuity of Patient Care Study*. Retrieved from <http://hqca.ca/studies-and-reviews/continuity-of-patient-care-study/>
- Health Quality Council of Alberta. (2014a). *Primary Care Measurement Initiative*. Retrieved from https://d10k7k7mywg42z.cloudfront.net/assets/542f032eedb2f370ac00384f/HQCA_PCMeasurement_March2014_Final.pdf
- Health Quality Council of Alberta. (2014b). *Satisfaction and Experience with Healthcare Services: A Survey of Albertans 2014*. Retrieved from <http://hqca.ca/surveys/satisfaction-experience-with-healthcare-services/>
- Hutchison, B., & Glazier, R. (2013). Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs*, 32(4), 695-703.
- Hutchison, B., Levesque, J., Strumph, E., & Coyle, N. (2011). Primary Care in Canada: Systems in Motion. *The Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288.
- Katz, A., Chateau, D., Bogdanovic, B., Taylor, C., McGowan, K.-L., Rajotte, L., & Dziadek, J. (2014). *Physician Integrated Network: A Second Look*: Manitoba Centre for Health Policy Winnipeg, MB.
- Kreindler, S. A., Metge, C. J., Struthers, A. D., Charette, C., Bapuji, S., Beaufin, P., . . . Zinnick, S. (Forthcoming). Why is 'soft integration' so hard? Insights from a Chapter of Primary Care Renewal in a Canadian Province. *Manuscript in preparation*.
- Lazar, H., Lavis, J. N., Forest, P., & Church, J. (2013). *Paradigm Freeze: Why it is so Hard to Reform Health-Care Policy in Canada*. Montreal and Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Marchildon, G. P., & Bossert, T. J. (2018). *Federalism and Decentralization in Health Care: A Decision-space Approach*: University of Toronto Press, Scholarly Publishing Division.
- Marchildon, G. P., & Hutchison, B. (2016). Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform. *Health Policy*, 120(7), 732-738.
- Northwest Territories Health and Social Services Authority. (n.d.). About Us. Retrieved from <https://www.nthssa.ca/en/about-us>
- Peckham, A., Ho, J., & Marchildon, G. P. (2018). *Policy Innovations in Primary Care Across Canada*. Retrieved from North American Observatory on Health Systems and Policies: <http://ihpme.utoronto.ca/research/research-centres-initiatives/nao/rapid-reviews/>
- Prairie Research Associates. (2012). *Manitoba's Physician Integrated Network (PIN) Initiative: A Benefits Evaluation Report*. Retrieved from Winnipeg, MB:

- Rauscher, A. (2015). *GPSC Literature Review: What are the characteristics of an effective primary health care system for the future?* Retrieved from <http://www.gpsc.bc.ca/sites/default/files/uploads/GPSC%20VoSonning%20LR%20Primary%20Care%20Models%20Full.pdf>.
- The Association of Family Health Teams of Ontario. (2015). *Optimizing value of and access to team-based primary care*. Retrieved from <https://www.afhto.ca/highlights/evidence/optimizing-value-of-and-access-to-team-based-primary-care/>
- Yellowknife Health and Social Services Authority. (n.d.). Yellowknife Primary Care Centre. Retrieved from <http://www.yhssa.hss.gov.nt.ca/health/clinics-and-health-centres/yellowknife/yellowknife-primary-care-centre>

Le North American Observatory on Health Systems and Policies (NAO) est un partenariat collaboratif de chercheurs, d'organismes de santé et d'organismes gouvernementaux qui prône une prise de décisions sur les politiques du système de santé éclairée par des données probantes. En raison de la décentralisation massive du système de santé aux États-Unis et au Canada, le NAO s'emploie à comparer les systèmes et politiques de santé à l'échelle des provinces et des États au sein des fédérations.



**NORTH AMERICAN
OBSERVATORY**
on Health Systems and Policies