

Survol 1

INNOVATIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUES SUR LES SOINS PRIMAIRES AU CANADA

Survol préparé pour la Fondation canadienne pour
l'amélioration des services de santé

Allie Peckham, Julia Ho, Gregory Marchildon

Mars 2018

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 :

A. Peckham, J. Ho et G.P. Marchildon. *Innovations en matière de politiques sur les soins primaires au Canada*. Toronto, North American Observatory on Health Systems and Policies (2018). Survol 1.

Remerciements

Nous remercions Husayn Marani, Matthew Farr, Patrick Farrell, Alex Titeu et Bill Callery pour leur soutien.

Veuillez 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

Table des matières	iii
Introduction et contexte	4
Méthodes	5
Aperçu de l'analyse	5
Soins de santé primaires fondés sur le travail d'équipe et l'interdisciplinarité	6
Inscription de clientèle adéquate	6
Accès à des soins primaires complets en tout temps (24 heures sur 24, 7 jours sur 7)	7
Investissement dans les technologies de l'information et des communications (TIC) et utilisation efficace de celles-ci	7
Changements dans la rémunération des médecins de premier recours	8
Transformations dans l'organisation du système de santé : harmonisation structurelle et responsabilisation	9
Conclusion	12
Annexe A : Bilans sur les territoires de compétence	13
ALBERTA	13
COLOMBIE-BRITANNIQUE	16
MANITOBA	19
NOUVEAU-BRUNSWICK	22
TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR	25
NOUVELLE-ÉCOSSE	27
ONTARIO	30
ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD	33
QUÉBEC	34
SASKATCHEWAN	37
TERRITOIRES DU NORD-OUEST	39
NUNAVUT	41
YUKON	43
Annexe B : Caractéristiques de base des modèles de soins primaires dans l'ensemble du Canada	45
Annexe C : Autorités sanitaires provinciales et territoriales et lois sur les autorités sanitaires par territoire de compétence	49
RÉFÉRENCES	61

Introduction et contexte

Le présent document porte sur l'état de la réforme des soins primaires dans l'ensemble du Canada. Dans le cadre de ce survol, nous définissons les soins de santé primaires comme les soins quotidiens prodigués par un médecin ou un autre fournisseur de soins de santé qualifié. Les fournisseurs de soins primaires sont le premier point de contact du patient avec le système de santé et ils fournissent des soins continus, y compris l'aiguillage vers d'autres prestataires plus spécialisés, les tests diagnostiques et l'accès aux médicaments délivrés sur ordonnance. Nous visons à déterminer quels territoires de compétence ont été les plus novateurs en matière de soins primaires au cours de la dernière décennie. Pour évaluer le degré de progrès réalisés dans chaque territoire de compétence, nous avons utilisé six critères fondés sur des données probantes (voir le tableau 2) tirées de la littérature scientifique internationale (Rittenhouse, Shortell et Fisher 2009, Salman, Rico et Boerma 2006, Starfield 1994, Starfield 2009, Wei *et al.* 2015, Organisation mondiale de la Santé 1978) et de l'environnement institutionnel canadien (SCIC 2004, Marchildon et Hutchison 2016, Romanow 2002). Ces critères ont été retenus, car ils sont des composantes nécessaires pour rendre les soins primaires plus efficaces et plus efficaces et ils contribuent à l'amélioration du rendement des systèmes de santé.

L'entente originale entre les gouvernements provinciaux et la profession médicale, qui a été établie lors de la formation du régime d'assurance maladie, a institutionnalisé la pratique privée et la rémunération à l'acte (RA) comme modèle dominant dans la pratique des soins primaires. Cette approche continue de prévaloir dans la plupart des provinces et territoires canadiens, où les médecins demeurent au centre des soins, que ce soit à la tête de groupes de pratique, en maintenant individuellement leurs propres pratiques de RA, ou encore en collaboration avec d'autres médecins de premier recours. Il y a toutefois des exceptions. En Ontario, par exemple, de nouvelles approches ont vu le jour grâce à divers modes de rémunération conventionnels et mixtes avec un financement de base fondé sur la rémunération à l'acte, la capitation ou le versement d'un salaire (Marchildon et Hutchison 2016). Dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, la majorité des collectivités des régions éloignées du Nord reçoivent des services de soins de santé primaires dans des centres de santé communautaires dirigés par du personnel infirmier composé d'infirmier(ère)s en santé communautaire recevant des visites ponctuelles de médecins, qui offrent aussi du soutien et des consultations à distance (notons que des services de soins primaires dirigés par des médecins sont aussi offerts dans les deux capitales territoriales).

En raison du ralentissement économique des années 1990, tous les territoires de compétence du Canada ont régionalisé leurs systèmes de santé afin de réaliser des économies d'échelle et d'envergure dans la prestation de services et de réduire les coûts liés aux infrastructures. Ainsi, au cours des vingt dernières années, tous les gouvernements provinciaux et un gouvernement territorial ont commencé à gérer leurs systèmes de santé par l'entremise d'autorités sanitaires régionales ou d'autorités sanitaires provinciales et territoriales plus centralisées. Par conséquent, les autorités sanitaires régionales et les autorités sanitaires provinciales et territoriales sont maintenant, en vertu des lois et des règlements provinciaux et territoriaux, responsables de coordonner la prestation des soins de santé à l'intérieur de leurs limites géographiques respectives (voir l'annexe B). Si les médecins de premier recours fournissent la majeure partie des soins de santé primaires, ils ont été largement exclus de tout changement récent à la gouvernance administrative. La seule exception notable est la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* de l'Ontario, dans laquelle on stipule que les équipes de santé familiales et les cliniques dirigées par des infirmier(ère)s praticiens relèvent maintenant des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) (les centres de santé communautaires faisaient déjà partie de leur mandat).

Méthodes

Nous avons recueilli et examiné l'information pertinente provenant des sites Web gouvernementaux, des documents gouvernementaux publiés et de la littérature didactique (secondaire) publiée entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2017. Cette période a été choisie parce que 2007 marquait un tournant important dans l'histoire des services de santé régionalisés au Canada, avec la création du premier RLIS opérationnel en Ontario en 2006. Un an plus tard, les conseils régionaux de santé de l'Alberta ont été abolis et Services de santé Alberta, la première autorité provinciale, a été mise sur pied. Le présent rapport vise à donner un aperçu des expériences provinciales et territoriales liées à la réforme des soins primaires. Il permet également de faire le point sur les provinces et les territoires canadiens ayant réalisé des progrès sur le plan des approches novatrices en matière de soins primaires au cours de la dernière décennie.

Après un examen de la littérature didactique, des critères ont été retenus comme étant les plus importants dans la réforme des soins primaires au Canada. Les six critères suivants nous ont permis de tirer des jugements préliminaires quant aux territoires de compétence qui ont été à l'origine des approches les plus novatrices en matière de soins primaires :

1. L'élaboration de nouveaux modèles de soins de santé primaires favorisant l'accès aux équipes interdisciplinaires.
2. L'inscription plus systématique des patients afin de limiter les coûts et d'améliorer la responsabilisation et la continuité des soins.
3. L'exigence selon laquelle les services de santé de première ligne doivent offrir aux patients une gamme complète de soins de santé primaires en tout temps (24 heures sur 24, 7 jours sur 7).
4. Un investissement efficace dans les technologies de l'information et de la communication et l'utilisation de ces technologies accessibles aux patients et aux fournisseurs de soins.
5. Des changements dans la rémunération des médecins de premier recours afin de favoriser une plus grande continuité et une meilleure qualité des soins.
6. Des changements dans l'organisation favorisant l'harmonisation au sein du système de santé et faisant en sorte que les médecins ont une plus grande responsabilité envers les patients et les systèmes de santé.

À partir de cette analyse, nous avons tenté de déterminer quels territoires de compétence ont réussi à innover dans les structures de soins primaires et comment ils y sont parvenus. Les résultats sont présentés dans le tableau 1, qui nous a permis d'évaluer les progrès réalisés par chaque territoire de compétence (faible, modéré ou élevé) sur le plan de l'intégration d'approches novatrices en matière de soins primaires.

Aperçu de l'analyse

La présente section porte sur les innovations en matière de politiques de soins primaires dans les 13 territoires de compétence canadiens. Nous avons appliqué les critères ci-dessus à nos constatations au terme d'une analyse de l'environnement afin de déterminer quels territoires de compétence ont été les plus novateurs dans la mise en œuvre des réformes des soins primaires.

SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES FONDÉS SUR LE TRAVAIL D'ÉQUIPE ET L'INTERDISCIPLINARITÉ

Nous avons ciblé le degré auquel les territoires de compétence ont ou n'ont pas créé de modèles de soins fondés sur les équipes composées de médecins et d'autres professionnels de la santé. Comme on peut le voir dans l'annexe A, l'Ontario a adopté certains des modèles interprofessionnels les plus complets du pays au cours de la dernière décennie, en particulier l'Équipe de santé familiale, à la tête desquels ont été nommés des médecins ou d'autres professionnels (la plupart de ces équipes désignent toutefois un médecin comme responsable). De même, l'Alberta, le Manitoba et l'Île-du-Prince-Édouard ont mis sur pied des « réseaux de soins primaires » interprofessionnels plus limités. Dans une moindre mesure, la Nouvelle-Écosse s'est également dotée « d'équipes de soins primaires ». L'Alberta, quant à elle, compte 42 réseaux de soins primaires (RSP), qui servent 3,6 millions des 4 millions de résidents de la province. Les groupes de médecine familiale du Québec (au nombre de 223 en 2011 et répondant aux besoins de plus de 25 % de la population québécoise) sont également dirigés par des médecins et intègrent d'autres professionnels de la santé. Terre-Neuve-et-Labrador a créé des « secteurs pour les équipes de soins de santé primaires » qui donnent accès à des soins interdisciplinaires. D'autres provinces, comme le Nouveau-Brunswick, adoptent une approche fondée sur un réseau dans le cadre duquel les médecins aiguillent les patients vers des programmes et des professionnels de la santé à l'externe. En Colombie-Britannique, les autorités sanitaires, Doctors of BC et le ministère provincial de la Santé tentent d'élaborer un modèle d'équipe plus intégré par le biais d'une approche de réseau de soins primaires qui sera mise en œuvre en 2018. Or, à l'heure actuelle, les Britanno-Colombiens n'ont qu'un accès limité à des modèles intégrés fondés sur le travail d'équipe. Fait intéressant, les Territoires du Nord-Ouest ont adapté une approche unique pour les soins axés sur le travail d'équipe dans le cadre de laquelle les infirmier(ère)s en santé communautaire (infirmier(ère)s autorisés) sont les responsables de la clinique et ont accès, au besoin, aux services de médecins (principalement grâce à la technologie) par l'entremise de consultations. Les deux autres territoires, le Nunavut et le Yukon, se sont tournés vers des modèles similaires dirigés par des infirmier(ère)s pour offrir des services dans les régions plus éloignées. Le Yukon a adopté un modèle articulé autour de centres de santé communautaire (CSC) dirigés par des infirmier(ère)s en soins de santé primaires. Un rapport indique toutefois que l'absence de soins en équipe est l'un des défis dans ce contexte.

INSCRIPTION DE CLIENTÈLE ADÉQUATE

Afin que l'inscription de clientèle soit adéquate, c'est-à-dire faite de façon responsable et efficace, elle doit formaliser le lien entre une pratique de soins primaires donnée et un patient inscrit. Idéalement, pour des raisons de responsabilisation et de contrôle des coûts, les patients qui cherchent à obtenir des soins primaires ailleurs devraient se voir imposer des pénalités financières. Une inscription de clientèle adéquate impose au principal fournisseur de soins primaires le fardeau d'assurer la collaboration et la réceptivité des professionnels de la santé à l'intérieur et à l'extérieur du réseau. Compte tenu des sources disponibles pour cet examen rapide, nous n'avons pas été en mesure de déterminer à quel point l'inscription de clientèle est un processus ancré dans les provinces et territoires (comme l'Ontario, le Québec, l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest) où elle est obligatoire dans le cadre de certains modèles de pratique de soins primaires.

ACCÈS À DES SOINS PRIMAIRES COMPLETS EN TOUT TEMPS (24 HEURES SUR 24, 7 JOURS SUR 7)

L'accès rapide aux soins en tout temps est considéré comme un élément clé de la réussite des systèmes de soins primaires. D'après nos recherches, neuf provinces et territoires fonctionnent selon des modèles de soins primaires donnant accès à certains soins en tout temps, bien que l'étendue de cet accès ne soit pas toujours bien définie. L'Alberta, par exemple, offre un financement supplémentaire aux établissements de soins primaires qui sont ouverts en tout temps. En Ontario, des soins sont offerts en tout temps, mais l'accès à ces soins est limité. De plus, comme les soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 ne sont pas obligatoires pour toutes les pratiques, il se peut que certains modèles n'en tiennent pas compte. Par ailleurs, les équipes de santé familiale offrent un service téléphonique permettant de parler à un infirmier au téléphone après les heures d'ouverture. Au Québec, les groupes de médecine familiale offrent aux patients des services téléphoniques après les heures d'ouverture qui sont assurés par des médecins. Au-delà de cela, on ne connaît pas avec précision le niveau d'accès aux soins après les heures d'ouverture, à l'exception des cliniques en réseau (un modèle privé fondé sur celui de la rémunération à l'acte), qui offrent un accès à des soins diagnostiques et spécialisés en tout temps. Au Manitoba, le modèle de soins « My Health Teams » vise à offrir des soins après les heures d'ouverture. Les Territoires du Nord-Ouest ont des centres de santé communautaire qui offrent un accès aux soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans huit collectivités, mais il faudrait examiner plus précisément la mise en œuvre de ce modèle en pratique. De même, dans les CSC du Nunavut, des infirmier(ère)s en santé communautaire sont disponibles sur appel en tout temps afin d'offrir aux résidents l'accès à la plupart des services de santé de base. Les CSC du Yukon offrent des services d'urgence en tout temps, mais pas de services sociaux et de santé de base. L'accès aux soins après les heures d'ouverture est un indicateur de succès pour le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, mais les résultats d'un sondage de 2014 n'ont révélé aucune amélioration réelle dans l'accès des patients à ces soins comparativement à ceux de 2011. Les détails relevés pour la Saskatchewan n'étaient pas très précis et suggéraient seulement que certains modèles de soins primaires proposaient des cliniques aux horaires prolongés. Rien de particulier n'est ressorti de l'examen du système de la Colombie-Britannique, bien que, comme dans tous les autres territoires de compétence, la province met une ligne téléphonique générale de ressources à la disposition des patients.

INVESTISSEMENT DANS LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DES COMMUNICATIONS (TIC) ET UTILISATION EFFICACE DE CELLES-CI

Il n'est pas facile de savoir pour l'instant si les territoires de compétence canadiens ont développé des infrastructures de soins primaires qui comprennent l'utilisation d'un système de dossiers médicaux électroniques (DME). Bien que la plupart des régions expriment le désir de mettre en œuvre les systèmes DME afin d'améliorer la communication entre les membres de l'équipe et les fournisseurs à l'externe, il n'est pas encore évident de savoir quels territoires de compétence ont mis en œuvre des infrastructures de TIC efficaces pouvant être utilisées pour relier les soins primaires à d'autres branches des soins de santé et des services sociaux (hôpital, diagnostics, spécialistes, soins de longue durée, soins communautaires). L'élaboration d'infrastructures de TIC efficaces est une composante essentielle si l'on veut placer les soins primaires au centre du système de santé, de la gestion et de la coordination des soins au nom des patients de façon continue. Les Territoires du Nord-Ouest semblent être le territoire de compétence canadien qui réussit le mieux à utiliser les TIC, notamment les DME pour chaque résident. La prestation des soins primaires dans les régions éloignées est ainsi grandement facilitée. Néanmoins, même là-bas, il est difficile de savoir à quel point les patients et les fournisseurs à l'extérieur de l'équipe

immédiate ont accès à ces types de dossiers. Les équipes My Health Teams du Manitoba constituent un vaste réseau virtuel, mais on ne sait pas précisément dans quelle mesure elles ont mis en œuvre une structure commune de TIC. La Nouvelle-Écosse s'est concentrée sur l'élaboration de pratiques de soins primaires axées sur la collaboration à l'aide d'un programme de gestion de l'information sur les soins de santé primaires, qui aide les fournisseurs à mettre en œuvre les DME, mais, encore une fois, on ne sait pas dans quelle mesure ces pratiques ont été mises en œuvre et utilisées de façon efficace. Les groupes de médecine familiale du Québec sont tenus de mettre en œuvre les DME, mais les rapports font état de nombreuses difficultés. L'absence de DME représente également un défi pour les centres de santé communautaire du Yukon.

CHANGEMENTS DANS LA RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS DE PREMIER RECOURS

Les modes de rémunération, quelle qu'en soit la forme, devraient viser à améliorer les interactions entre le patient et le fournisseur de soins ainsi qu'à faciliter la continuité des soins primaires et la coordination de l'ensemble des soins. D'après les informations présentées ci-haut, nous avons essayé de déterminer quel territoire de compétence a été le plus proactif pour briser le statu quo et passer de la rémunération à l'acte à des modes de rémunération améliorés, par capitation, mixtes ou à salaire afin de promouvoir et de favoriser les comportements qui ne font actuellement l'objet d'aucun financement. Ainsi, nous avons voulu déterminer quels territoires de compétence ont mis en œuvre des modes de rémunération participant à l'amélioration de l'accès, de la coordination, de la cohérence et de l'uniformité des soins en fonction de la relation entre ceux-ci et le comportement des médecins décrit dans le tableau 1.

À l'heure actuelle, toutes les provinces maintiennent, dans une plus ou moins grande mesure, les modèles traditionnels de rémunération des médecins de premier recours. Seuls le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest font exception : les médecins de premier recours y sont salariés, même si la majeure partie des soins primaires à l'extérieur des capitales (Iqaluit et Yellowknife) est prodiguée par des infirmier(ère)s en santé communautaire. Le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et le Québec ont tous adopté des modèles de soins primaires permettant que les médecins de premier recours touchent un salaire, mais la majorité de ces médecins continuent d'être rémunérés à l'acte. Seules deux provinces (l'Alberta et l'Ontario) fonctionnent selon un mode de rémunération par capitation. En Ontario, environ 36 % des médecins sont rémunérés par capitation. Dans les réseaux de soins primaires de l'Alberta, 80 % des médecins de premier recours sont payés d'après un mode de RA ou par capitation. Le Manitoba offre quant à elle un mode de rémunération unique en son genre pour les médecins de son réseau de soins primaires, mais n'indique pas clairement ce que cela implique. L'Alberta propose également un financement incitatif et fondé sur le rendement pour son modèle de « réseau intégré des médecins ». Le tableau 2 ci-dessous indique le pourcentage de médecins (pour les huit provinces qui ont soumis des données) qui utilisent un mode traditionnel de rémunération à l'acte (RA) ou un régime de rémunération non conventionnel (RRNC). Même en Ontario, une province qui est allée plus loin dans l'élaboration d'approches de rémunération mixtes et qui a tenté de s'éloigner du mode de rémunération à l'acte, moins de 50 % des omnipraticiens sont rémunérés selon un RRNC (ICIS 2015-16).

Tableau 1 : Modes de rémunération pour les omnipraticiens dans huit provinces pour lesquelles des données sont disponibles

		T.-N.-L.	Î.-P.-E.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	C.-B.
Pourcentage d'omnipraticiens	50 à 100 % Rémunération à l'acte (RA)	69,5	55,4	55,4	61,3	75,1	50,6	61,5	83,3
	50 à 100 % RRNC*	30,3	45,1	44,3	38,4	24,8	49,5	38,4	16,5

* Les médecins qui sont payés à parts égales selon deux modes de rémunération différents figurent dans la catégorie RRNC.

TRANSFORMATIONS DANS L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ : HARMONISATION STRUCTURELLE ET RESPONSABILISATION

Les régimes de responsabilisation devraient refléter les responsabilités des fournisseurs de soins primaires à l'échelle du système. Cela peut se faire par l'entremise des autorités sanitaires provinciales, territoriales ou régionales qui peuvent recevoir les outils, y compris le paiement, pour améliorer la cohérence entre les fournisseurs de soins primaires, les organisations et les personnes qui offrent d'autres types de soins de santé. Une autre approche consiste à fournir aux médecins les structures organisationnelles et les mécanismes de responsabilisation pour promouvoir une meilleure cohérence au sein du système, semblable à ceux établis au Royaume-Uni, où les fournisseurs de soins primaires ont été intégrés dans le fonds destiné aux soins primaires (Price, Baker, Golden et Hannam 2015). Si les autorités sanitaires provinciales, territoriales ou régionales concluent des contrats de responsabilisation avec les médecins de premier recours, elles auront les mécanismes nécessaires pour renforcer la responsabilisation et exigeront la coopération d'autres fournisseurs et organisations de soins de santé. Si les provinces demeurent les principales détentrices de fonds pour la rémunération des médecins, nous maintiendrons le statu quo. Dans cette situation, il y aura peu de possibilités de responsabiliser davantage le système, ce qui favoriserait la cohérence. La centralisation de la négociation sur la rémunération des médecins et de l'environnement de travail des soins primaires nuit à la continuité, même si la planification, la gestion et les installations des services de santé sont déléguées aux autorités sanitaires provinciales, territoriales et régionales. Bien qu'il n'y ait pas de conflit apparent au Nunavut et au Yukon, tous les autres territoires de compétence au Canada ont délégué la responsabilité de la gestion de leurs systèmes de santé respectifs aux autorités sanitaires provinciales et territoriales (Alberta, Saskatchewan, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Territoires du Nord-Ouest) ou aux autorités sanitaires régionales (Ontario, Québec, Colombie-Britannique, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve-et-Labrador).

Les changements aux structures de gouvernance et de responsabilisation sont généralement effectués par voie législative. Si un changement est apporté à la gouvernance, il se traduira généralement par des changements dans les lois et les règlements. L'annexe C porte sur les rôles et les responsabilités des autorités sanitaires provinciales, territoriales et régionales en ce qui a trait à la façon dont ils abordent les soins primaires et favorisent l'accès à des services de santé de qualité afin de répondre aux besoins de populations définies. Cependant, notre examen a révélé que seule la loi de l'Ontario traite essentiellement des soins primaires ou des médecins prodiguant des soins primaires. 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). 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 infirmier(ère)s praticiens (les RLISS étaient déjà responsables des centres de santé communautaire). Ces deux types de pratiques comptent un peu

moins de 3,5 millions de patients inscrits (sur une population totale de patients légèrement supérieure à 13,7 millions). Toutefois, cette loi n'a pas d'incidence sur la majorité des médecins de premier recours qui exercent en dehors de ces ESF et CSC.

Le tableau 2 indique si les provinces et territoires ont pris des mesures pour adopter et mettre en œuvre les critères permettant de qualifier des soins primaires d'innovateurs. Lorsque l'information obtenue dans le cadre de cet examen rapide des sources secondaires et grises était insuffisante, nous avons inscrit deux astérisques (**). Ces lacunes ne peuvent être comblées qu'au moyen d'un examen approfondi comprenant des entrevues qualitatives avec des interlocuteurs clés.

Tableau 2 : Comparaison des territoires de compétence entre les six catégories de réformes novatrices des soins primaires (F = faible, M = moyen et E = élevé)

Catégories	Équipes interdisciplinaires de soins primaires	Inscription de clientèle adéquate*	Accès après les heures d'ouverture	Dossiers médicaux électroniques	Rémunération	Harmonisation structurelle et responsabilisation
Territoires de compétence						
Alberta	M	M	M	**	E (rémunération à l'acte, capitation, financement incitatif)	F
Colombie-Britannique	F	**	**	**	F	F
Manitoba	E	**	M	M	F (RA, financement non conventionnel, financement incitatif)	F
Nouveau-Brunswick	F	**	F	**	M (RA, salaire)	F
Terre-Neuve-et-Labrador	M	F	**	**	M (RA, salaire)	F
Nouvelle-Écosse	M	F	**	M	M (RA, salaire)	F
Ontario	Équipes de santé familiale – E Autres modèles – F/M	M	M	**	E (RA, capitation, salaire)	M (équipes de santé familiale, CSC dirigés par des infirmier(ère)s praticiens)
Île-du-Prince-Édouard	E	**	**	**	**	F
Québec	E	M	F	F	M (RA, salaire)	F
Saskatchewan	F	**	M	**	**	F
Territoires du Nord-Ouest	M+	Déterminé géographiquement	E	E	E (salaire)	E
Yukon Nunavut	M+	Déterminé géographiquement	E	F	M (RA, salaire)	**
	M+	Déterminé géographiquement	E	**	E (indemnité de vie dans le Nord, salaire avec dédommagement pour le travail en continu et en région éloignée)	E

* Inscription officielle des patients auprès d'un fournisseur de soins primaires.

** Sur la base de l'examen rapide des sources secondaires et grises, il n'a pas été possible de le déterminer de manière incontestable.

+ Équipes de soins primaires constituées d'infirmier(ère)s avec la participation limitée d'autres professionnels en raison de l'éloignement des collectivités.

CONCLUSION

Dans le cadre de cet examen rapide, nous avons tenté de cerner les territoires de compétence qui ont été les plus novateurs en faisant bouger les choses dans le secteur des soins primaires. Comme le montre le tableau 1 ci-dessus, nous avons constaté que les quatre provinces et territoires qui ont entrepris les réformes les plus ambitieuses en matière de soins primaires et méritent une étude plus approfondie sont l'Alberta, l'Ontario, le Manitoba et les Territoires du Nord-Ouest. Bien que le Nunavut obtienne de très bons résultats dans certaines catégories, ses caractéristiques les plus novatrices correspondent à celles entreprises dans les Territoires du Nord-Ouest. Les réformes récentes en Alberta, en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest sont assez différentes les unes des autres et se rapportent à des approches très diverses en ce qui concerne les changements dans la gouvernance, la structure administrative, la rémunération et la responsabilisation des fournisseurs ainsi que dans la coordination avec d'autres secteurs de la santé.

Annexe A : Bilans sur les territoires de compétence

ALBERTA

Gouvernance et responsabilisation

Dans les années 1990, environ 200 conseils d'administration d'hôpitaux ont été regroupés en 17 autorités sanitaires régionales. En 2003, ce nombre a été réduit à 9. C'est en 2008 que l'Alberta est devenue la première province canadienne à centraliser son système de santé en fusionnant ses neuf autorités sanitaires régionales en une seule autorité provinciale nommée Services de santé Alberta (SSA) (Services de santé Alberta s.d.). Cette réorganisation touchait également trois autorités sanitaires dans la région : l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, l'Alberta Mental Health Board et l'Alberta Cancer Board (Services de santé Alberta s.d.). Dans l'*Alberta Health Act*, les services de soins primaires ne sont pas explicitement liés aux rôles et aux responsabilités de SSA.

Politiques sur les soins primaires

À l'issue de cette réorganisation, le ministère provincial de la Santé (Santé Alberta) et Services de santé Alberta (SSA) ont annoncé leurs stratégies sur les politiques de santé visant les soins primaires, plus particulièrement en faisant du développement des équipes de soins primaires une priorité (Suter *et al.* 2014). La stratégie de la province sur les soins primaires propose des soins primaires intégrés, axés sur le travail d'équipe, impliquant une vaste gamme de services, y compris la santé publique, le mieux-être, les services sociaux et les services communautaires (Suter *et al.* 2014).

Santé Alberta, SSA et l'Alberta Medical Association (AMA) sont les principaux acteurs impliqués dans la réforme des soins primaires (Suter *et al.* 2014). Comme dans d'autres territoires de compétence au Canada, la relation entre l'AMA et le gouvernement provincial est parfois tumultueuse. Par conséquent, il arrive que des efforts entrepris dans le cadre de la réforme aient des conséquences imprévues ou se heurtent à une certaine résistance nuisant à sa mise à l'échelle et à sa diffusion (Suter *et al.* 2014). Par exemple, le plan initial de 2012 visait à implanter des cliniques de soins familiaux pouvant être dirigées par un infirmier praticien ou un médecin dans 80 sites. Or, l'AMA s'y est opposé et le plan a avorté (Suter *et al.* 2014).

Innovations en soins de santé primaires

Les **réseaux de soins primaires (RSP)** sont le principal modèle de soins primaires en Alberta; environ 80 % des médecins de famille s'y conforment (Santé Alberta s.d.-a). Les RSP ont été mis en œuvre en 2003 à la suite de l'Initiative de soins primaires (Rauscher 2015) qui appuyait le recours à des équipes de soins de santé primaires pour améliorer l'accès et la qualité des soins (Suter *et al.* 2014).

Ces réseaux se sont dotés de quatre catégories d'objectifs de haut niveau s'articulant autour des concepts suivants : « gouvernance responsable et efficace », « partenariats solides et transition des soins », « besoins de la collectivité et de la population en matière de santé » et « centre de médecine de famille » (Santé Alberta s.d.-a). Un objectif opérationnel clé consiste à fournir un accès aux soins primaires en tout temps (Suter *et al.* 2014).

Les RSP sont composés de groupes de médecins travaillant avec d'autres professionnels de la santé, notamment des infirmier(ère)s, des diététistes et des pharmaciens (Santé Alberta s.d.-a). Comme aucune exigence n'a été établie par rapport à la composition de l'équipe des RSP et à leur structure, celles-ci varient. Il peut s'agir d'une seule clinique avec des médecins et d'autres professionnels de la santé, ou de

plusieurs cliniques dans une région géographique précise avec de nombreux médecins et autres professionnels de la santé (Santé Alberta s.d.-a). Les équipes des RSP ont généralement un médecin responsable, en plus d'un administrateur ou d'un directeur général (Wranik, Korchagina, Edwards, Levy et Katz 2015). La province compte 42 RSP regroupant plus de 3 800 médecins et 1 000 professionnels de la santé non médecins équivalents temps plein qui servent environ 3,6 millions des 4 millions d'habitants de l'Alberta (Santé Alberta 2016a, 2016a, 2016b, s.d.-a). À ce jour, l'Alberta a investi plus d'un milliard de dollars dans les RSP (Santé Alberta 2016b).

Il existe deux modèles de gouvernance possibles pour les RSP, mais les deux exigent que des médecins établissent une société sans but lucratif qui a une entente de coentreprise avec SSA (Scott et Lagendyk 2012). Dans le premier modèle, le financement des RSP est remis à l'entité sans but lucratif du médecin ou à SSA, et les autres professionnels de la santé et le personnel administratif sont employés par l'entité sans but lucratif du médecin ou par SSA. Dans le second modèle, l'entité sans but lucratif du médecin et SSA peuvent former une société sans but lucratif distincte des RSP où les fonds sont versés à la société, qui embauche directement les employés (Scott et Lagendyk 2012). Selon ce dernier modèle, les RSP sont régis par le conseil d'administration de la société sans but lucratif (les membres sont des médecins des RSP) (Wranik *et al.* 2015).

Les médecins des RSP reçoivent une rémunération de base (rémunération à l'acte [RA] ou par capitation) et touchent des revenus supplémentaires pour la couverture après les heures de travail et autres activités (Rauscher 2015). Le financement de base pour les RSP est déterminé par le nombre de médecins du réseau et le nombre de patients rattachés à ces médecins. Il s'agit d'un modèle de financement qui combine capitation et paiement par fournisseur (Wranik *et al.* 2015). Les RSP reçoivent également un montant de 62 \$ par personne soignée, qui s'ajoute aux coûts pour l'administration, l'équipement, le loyer, les programmes de gestion des maladies chroniques et l'accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (Rauscher 2015). Le ministère de la Santé de l'Alberta verse également des subventions aux RSP pour les fournisseurs de soins de santé non médecins (Wranik *et al.* 2015). Cependant, aucun financement n'est octroyé pour les infirmier(ère)s praticiens (IP), de sorte que les IP des RSP sont payés à même le budget de fonctionnement de ces derniers (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2016). L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2016) rapporte que peu d'IP travaillent dans les RSP.

En 2012, lors d'un examen général des RSP, le vérificateur général a produit un rapport dans lequel il recommandait une surveillance plus systémique afin d'assurer le respect des politiques financières et opérationnelles (Suter *et al.* 2014). En réponse à l'examen, Santé Alberta a élaboré un cadre d'évaluation des soins de santé primaires et un cadre d'évolution du réseau de soins primaires (Suter *et al.* 2014). Ensuite, en 2016, Santé Alberta a produit un examen officiel des opérations financières et des approches de prestation de services de 13 RSP (Suter *et al.* 2014). Cet examen a permis de constater que la prestation des services et les pratiques financières variaient d'un RSP à l'autre. Des constatations précises ressortent, notamment une certaine incohérence dans la gestion financière et la responsabilisation, le faible développement des soins en équipe et la coordination limitée avec d'autres secteurs des soins de santé (Suter *et al.* 2014). L'examen a également permis de constater qu'on ne dispose pas de suffisamment de preuves (en raison du nombre limité d'évaluations) pour démontrer que le programme des RSP a permis d'améliorer les résultats en matière de santé de la population (Santé Alberta 2016b).

Le 13 juin 2017, l'AMA et le gouvernement ont convenu d'un nouveau cadre de gouvernance pour les RSP (Gouvernement de l'Alberta 2017) afin d'améliorer l'intégration de leurs services, des programmes de SSA et des services communautaires. De plus, cette structure de gouvernance aux frontières tente de résoudre les problèmes transfrontaliers afin d'harmoniser la planification à l'intérieur des secteurs et entre ceux-ci (Santé Alberta s.d.-b). La nouvelle structure de gouvernance des RSP, dont font partie le ministère de la Santé de l'Alberta, les médecins responsables des RSP, SSA et l'AMA, comprendra désormais un comité provincial (qui assurera la gouvernance, le leadership et les priorités stratégiques) et cinq comités de secteur (Santé Alberta s.d.-b).

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Gouvernance et responsabilisation

La Colombie-Britannique (C.-B.) compte cinq autorités sanitaires régionales et une autorité sanitaire provinciale, qui est responsable des initiatives provinciales comme l'Agence de lutte contre le cancer de la Colombie-Britannique, le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, la BC Renal Agency, la BC Transplant Society, les Cardiac Services BC, les BC Emergency Health Services, les BC Mental Health and Substance Use Services et les Perinatal Services BC (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). L'Autorité provinciale des services de santé de la province est également responsable de la gestion de la qualité, de la coordination et de l'accessibilité des services de santé dans la province (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Les conseils d'administration des autorités sanitaires régionales sont nommés par le gouvernement provincial en vertu de la *Health Authorities Act* (Suter *et al.* 2014). Cette loi n'indique pas clairement qu'il revient aux autorités sanitaires régionales de gérer les médecins ou les modèles de soins primaires en Colombie-Britannique.

Politiques sur les soins primaires

En 2007, la Colombie-Britannique a adopté une charte sur les soins de santé primaires, qui stipule que les médecins constituent les premiers points de contact des patients dans le système des soins de santé primaires (Suter *et al.* 2014). La charte présuppose également que le financement et les mesures incitatives devraient être axés sur les soins médicaux et que les services devraient tenir compte de la prise en charge des patients par un médecin de famille (Suter *et al.* 2014).

La province a expérimenté la mise en œuvre de diverses initiatives de soins primaires. En 2006, le comité Shared Care, issu d'un partenariat entre Doctors of BC et le gouvernement de la Colombie-Britannique, été formé à la suite de l'entente-cadre avec les médecins. Le mandat de ce comité est de fournir un financement et un soutien aux initiatives qui améliorent le transfert des patients des soins primaires aux soins spécialisés. Entre 2008 et 2010, 25 réseaux de santé intégrés (RSI) ont été créés et 24 millions de dollars ont été dépensés par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (le Ministère) et les autorités en matière de santé (Cohen 2014).

Lorsque ce financement a pris fin en 2010, les RSI ont été abandonnés ou réduits considérablement (Cohen 2014). Entre 2007 et 2013, la Colombie-Britannique a investi 240 millions de dollars dans une initiative sur les soins complexes (Complex Care Initiative) qui comprenait des primes d'encouragement aux omnipraticiens qui offraient des soins complets, continus et fondés sur des lignes directrices aux patients atteints de deux maladies chroniques ou plus (Lavergne *et al.* 2016). Une étude de Lavergne *et al.* (2016) suggère que le programme axé sur les primes pour les soins aux patients complexes n'a pas amélioré l'accès aux soins primaires, la continuité, ni l'utilisation d'autres ressources du système de santé.

Les soins primaires sont principalement assurés par les 3 500 omnipraticiens (médecins de famille) de la Colombie-Britannique (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Au début de 2013, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a annoncé l'initiative *GP for Me*, qui vise à rattacher tous les patients de la province à un médecin de famille (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Dans le cadre de cette initiative, on prévoyait un investissement de 60,5 millions de dollars sur deux ans pour s'ajuster aux nouveaux honoraires des médecins de famille. L'initiative

comprendait un code de participation lié à la prise en charge de patients, des frais de gestion par téléphone, des frais de soins complexes élargis, des frais de gestion, des frais de conférence et des frais d'aiguillage pour la prise en charge de patients ayant des problèmes de santé complexes et des besoins importants (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2016) indique que les infirmier(ère)s praticiens sont embauchés par les autorités sanitaires régionales et sont entièrement financés par le Ministère. Il arrive aussi que les autorités sanitaires régionales ne reçoivent qu'un financement partiel de la part du Ministère pour les infirmiers praticiens et couvrent le reste de leur salaire à partir de leur budget global (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2016). La loi modifiant le statut des infirmiers praticiens (*Statutes Amendment Act*), qui a été adoptée en 2011, vise à faire en sorte que les infirmiers praticiens travaillent dans toute la mesure de leur champ de pratique et soient le premier point de contact avec le système de soins primaires (Suter *et al.* 2014). L'initiative pour les infirmiers praticiens de la Colombie-Britannique annoncée au printemps 2012 avait pour but d'exploiter au mieux les compétences des infirmiers praticiens pour les patients ayant des besoins importants et d'établir une relation de collaboration avec d'autres fournisseurs (Suter *et al.* 2014).

La politique sur les soins primaires de la Colombie-Britannique vise à offrir des soins axés sur le patient, intégrés, complets, de grande qualité et d'un bon rapport qualité-prix (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Le Ministère a cerné deux priorités : 1) mettre en œuvre un système de soins primaires et communautaires fondé sur des équipes interdisciplinaires; 2) renforcer la collaboration entre les soins primaires et les soins spécialisés (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2014).

Le cadre de soins primaires de la Colombie-Britannique indique que les autorités sanitaires régionales, en collaboration avec les Divisions of Family Practice et avec l'appui du Ministère et de Doctors of BC, mettront en œuvre des modèles de soins primaires interdisciplinaires intégrés fondés sur les caractéristiques et les besoins locaux des collectivités dans lesquelles ils sont implantés. Des équipes régionales de leadership en matière de soutien à la pratique ont été créées par les autorités sanitaires régionales pour favoriser la mise en œuvre de ces nouveaux modèles (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Le document de travail de 2015 du Ministère indique que le plan consiste à revitaliser les soins primaires par des changements opérationnels plutôt que par une réforme structurelle. Une approche en ce sens consiste à proposer des mesures incitatives et des primes pour les omnipraticiens offrant une gamme complète de services, pour la formation et la refonte de la pratique de la médecine familiale, ainsi que pour l'aide au recrutement (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015, p. 86).

Le gouvernement de la Colombie-Britannique, Doctors of BC et les autorités sanitaires régionales sont les principaux acteurs impliqués dans la réforme des soins primaires (Suter *et al.* 2014). Le General Practice Services Committee (GPSC), un comité mixte composé de médecins et de représentants du gouvernement unique au Canada, a été établi en 2002 (Suter *et al.* 2014). Le GPSC a commencé par mettre en œuvre des initiatives axées sur les maladies et a évolué pour se tourner vers les problèmes de coordination et de santé de la population à l'échelle du système (Tregillus et Cavers 2011). Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique déclare qu'il collaborera avec Doctors of BC et le GPSC permanent

pour remplacer progressivement les pratiques des médecins travaillant seuls par des pratiques de médecine familiale en équipe (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015).

Le document de travail de 2015 du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique indique que le Ministère établira des rapports publics pour les soins primaires et communautaires comprenant des mécanismes d'évaluation de l'incidence et des résultats. Sans en faire la description, le rapport souligne qu'un cadre de qualité des services de santé est en cours d'élaboration et que le Ministère examinera les lois, les règlements, les politiques, les normes et les lignes directrices pertinentes pour s'assurer qu'elles appuient les changements proposés aux soins primaires et communautaires et s'y conforment. Le cadre suggère que le GPSC pourrait évoluer vers un comité interdisciplinaire de soins primaires et communautaires, et le Ministère travaillera avec Doctors of BC en vue d'élargir la composition de l'équipe. Le Ministère propose d'harmoniser la rémunération des médecins aux soins fondés sur les lignes directrices, ce qui permettrait de financer la gestion des maladies chroniques, les conférences sur les soins palliatifs, les conférences sur les congés de soins de courte durée, les soins complexes, l'initiative de réseau sur la maternité (Maternity Network Initiative), l'initiative sur la santé mentale (Mental Health Initiative) et les soins palliatifs (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015).

En réaction au document de travail, Doctors of BC a publié un document qui appuyait l'orientation du cadre; toutefois, le groupe a soulevé des préoccupations au sujet de la modification de la composition du GPSC, car elle pourrait « diluer la voix des médecins » (Doctors of BC 2015, p. 7).

Innovation en matière de soins primaires

Une initiative importante de la GPSC a été la création des **Divisions of Family Practice**, qui consistait à former 35 réseaux locaux de médecins de famille en vue de répondre aux objectifs communs en matière de soins de santé et de trouver de nouvelles stratégies pour collaborer et servir plus de 230 collectivités (Divisions of Family Practice de la Colombie-Britannique s.d., Suter *et al.* 2014). Ces divisions de médecine familiale sont des organismes sans but lucratif financés par le gouvernement provincial et Doctors of BC. Chaque division a un directeur général et un médecin responsable à sa tête (Dale McMurchy Consulting 2015). Elles créent un environnement où les médecins de famille peuvent travailler en partenariat avec les autorités sanitaires régionales (Aggarwal et Hutchinson 2012). Les divisions créent également des groupes de médecins de famille dans une région géographique définie afin de défendre leurs droits, de recruter d'autres médecins et de leur permettre de s'appuyer mutuellement dans la pratique et les initiatives d'éducation (Dale McMurchy Consulting 2015). En 2010, des fonds ont été octroyés aux médecins pour qu'ils donnent des contrats à d'autres fournisseurs de soins de santé dans le but de fournir des soins à des populations données (Suter *et al.* 2014).

La plupart des omnipraticiens appuient l'approche des Divisions of Family Practice (Tregillus et Cavers 2011), et la majorité sont membres d'une division locale (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Un projet de recherche portant sur une division a montré des résultats positifs, y compris une plus grande interaction entre les médecins, une meilleure appropriation et une plus grande responsabilisation dans la mise en œuvre des projets, un engagement accru dans la prise de décision et une mise en œuvre plus efficace des initiatives communautaires (Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique 2015). Tregillus et Carver (2011) rapportent que les médecins qui s'y inscrivent ont vu leurs gains augmenter de 11,8 % (environ 27 000 \$ par médecin).

MANITOBA

Gouvernance et responsabilisation

On compte cinq offices régionaux de la santé (ORS) au Manitoba (Ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba s.d.). La majorité de la population manitobaine (67 %) vit à Winnipeg, la capitale (Lévesque *et al.* 2012). Les ORS fonctionnent conformément à la *Loi sur les offices régionaux de la santé* (1996), même si elle ne fait pas explicitement mention de l'harmonisation entre le mandat des ORS et leurs responsabilités en matière de soins primaires, et relèvent du ministre de la Santé, des Aînés et de la Vie active.

Politiques sur les soins primaires

Selon le site Web de la province sur les soins primaires, l'objectif de ces offices était de garantir à tous les Manitobains l'accès à un médecin de famille et à une équipe de soins primaires d'ici 2015 (Province du Manitoba, s.d.). Nous n'avons pas été en mesure de déterminer si le Manitoba est parvenu à atteindre cet objectif.

En 2002, le Manitoba a mis en place un cadre stratégique pour les soins de santé primaires qui consigne les objectifs suivants : participation communautaire, santé de la population, équipes interdisciplinaires, accessibilité, pertinence, continuité, efficacité et pertinence (Lévesque *et al.* 2012). La première phase des initiatives lancées dans ce cadre correspondait à la mise en place de centres d'appels, d'éducation des patients et des fournisseurs, de financement incitatif fondé sur la qualité et de réseaux de médecins (Lévesque *et al.* 2012). Dans la deuxième phase des initiatives, le ministère de la Santé financera les ORS en vue d'initiatives de gestion du changement chez les médecins (Lévesque *et al.* 2012).

Selon Lévesque *et al.* (2012), la réforme des soins primaires a pris du retard au Manitoba par rapport aux autres provinces, car le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba, les ORS et les médecins n'ont pas établi de relation de collaboration. Le Manitoba compte un grand nombre de médecins de famille pratiquant seuls ou dans de petits cabinets, ce qui représente un défi pour la mise en œuvre de modèles de soins intégrés (Mable, Marriott et Mable 2012). Au terme d'un examen de la régionalisation au Manitoba, il a été recommandé que les ORS mettent en œuvre des modèles fondés sur des mesures incitatives pour améliorer la prestation de modèles de soins primaires intégrés (Lavis et Shearer 2010).

Au départ, le Manitoba avait concentré ses efforts de réforme des soins primaires sur des programmes axés sur la qualité et le rendement et d'autres programmes complémentaires (visant l'amélioration de l'accès aux soins primaires, par exemple), plutôt que de réorganiser les modèles de soins (Lévesque *et al.* 2012). La province a mis à l'essai d'autres modes de rémunération des médecins. Toutefois, ces approches étaient principalement axées sur le recrutement de médecins pour les encourager à travailler dans les régions rurales où les services sont insuffisants, de sorte que la majorité des médecins qui exercent à Winnipeg (60 %) sont rémunérés à l'acte (Lévesque *et al.* 2012). Le barème des honoraires des médecins est fixé selon l'entente-cadre entre le ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active et Doctors Manitoba.

Innovation en matière de soins primaires

Le **Réseau de services médicaux intégré (RSMI)**, mis sur pied en 2006, est une clinique dirigée par un médecin et composée d'une équipe spécialisée de professionnels de la santé (Wranik *et al.* 2015). Les quatre principaux objectifs du RSMI sont les suivants : améliorer l'accès aux soins primaires,

améliorer l'accès et l'utilisation de l'information par les médecins de premier recours, améliorer la vie professionnelle des médecins de famille et démontrer les avantages de la gestion des maladies chroniques (Health Intelligence Inc. and Associates 2017). Le modèle du RSMI avait été créé au départ pour que les médecins rémunérés à l'acte exercent dans des cabinets de groupe. Treize cliniques de ce réseau reçoivent un financement mixte et des mesures incitatives fondées sur la qualité (Mable *et al.* 2012, Katz *et al.* 2016). Aucun financement de base n'est octroyé aux RSMI et le financement supplémentaire se fait au moyen de mesures incitatives axées sur la qualité appuyant la gestion et la prévention des maladies chroniques (Wranik *et al.* 2015). Le principal mode de paiement des fournisseurs reste la RA, et la clinique reçoit un financement incitatif basé sur la qualité (Lévesque *et al.* 2012).

Le RSMI est un programme qui vise à modifier la prestation des soins dans les grandes cliniques et n'entraîne pas de changement dans la gouvernance (Lévesque *et al.* 2012). Les cliniques du RSMI appartiennent aux médecins actionnaires qui ont le pouvoir discrétionnaire d'administrer le programme; il y a donc une relative autonomie dans la planification, la composition de l'équipe et la gestion des soins dans la mise en œuvre de ce programme (Wranik *et al.* 2015).

Une évaluation de la première phase des cliniques du RSMI, mise en œuvre en 2008-2009, a révélé que la vie professionnelle des médecins ne s'était pas améliorée, contrairement à la qualité des soins et à l'accès aux soins (Mable *et al.* 2012). Après la première phase, les fournisseurs étaient favorables à l'élargissement du programme à 65 pratiques (Lévesque *et al.* 2012).

Les **réseaux de soins primaires (RSP)** sont le fruit de partenariats entre les ORS, les pratiques de soins primaires et les organismes communautaires et visent à fournir des soins primaires coordonnés (Gouvernement du Manitoba 2013a). Le premier RSP a été établi en 2014 et le plan initial était d'en créer 14 (Kusch 2014). Le budget annuel pour chaque RSP est de 750 000 \$ (Kusch 2014). Les RSP visent à améliorer la continuité des soins, à augmenter l'accès aux soins primaires pour les patients et à mettre l'accent sur l'amélioration des soins centrés sur la personne (Gouvernement du Manitoba 2013a). Un RSP est régi par un comité directeur composé de membres de la RRS, de fournisseurs de soins primaires et d'organismes communautaires qui tiennent compte des intervenants de la région (Gouvernement du Manitoba 2013). Il vise à mobiliser la collectivité en s'harmonisant aux priorités locales et en établissant des partenariats avec les organismes communautaires offrant des services aux personnes marginalisées (Gouvernement du Manitoba 2013a).

Les médecins faisant partie d'un RSP peuvent être rémunérés selon trois modes différents : RA, financement non conventionnel et financement mixte (Dinh 2012). Par ailleurs, les RSP peuvent collaborer avec d'autres médecins rémunérés à l'acte dans la zone couverte par le réseau (Gouvernement du Manitoba 2013b). Dans le cadre de l'initiative des RSP, le financement n'est pas remis directement aux médecins. Il est plutôt accordé aux cliniques en fonction d'indicateurs de qualité. Les équipes des RSP sont formées d'autres membres non médecins, comme des infirmiers, des infirmiers praticiens, des auxiliaires médicaux, des spécialistes de l'exercice, des pharmaciens, des travailleurs en santé mentale, des travailleurs sociaux et des intervenants en soins spirituels (Gouvernement du Manitoba 2013a). Or, la mise en place du programme pour les auxiliaires médicaux diminue les chances des infirmiers praticiens de travailler sous la supervision d'un médecin.

Les équipes de soins de santé **My Health Teams (MyHT)** ont été introduites comme modèle de partenariat en collaboration avec les RSP. MyHT sont des équipes interprofessionnelles de soins primaires (Health Intelligence Inc. and Associates 2017) qui sont issues de partenariats entre les ORS,

les pratiques de soins primaires et les organismes communautaires (Gouvernement du Manitoba s.d.). Les équipes MyHT sont conçues pour être le premier point de contact pour les patients et devraient proposer des soins primaires accessibles, y compris des soins après les heures d'ouverture (Chateau *et al.* 2017). La composition des équipes MyHT est variable. Les équipes peuvent inclure des médecins, des infirmiers, des infirmiers praticiens, des agents de développement communautaire, des spécialistes de l'exercice, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qui travaillent ensemble au sein d'un vaste réseau virtuel (Chateau *et al.* 2017). Les équipes MyHT ont été conçues pour aider les patients à avoir accès aux fournisseurs appropriés, qui les aiguillent de manière coordonnée vers d'autres services ou d'autres fournisseurs, s'il y a lieu (Chateau *et al.* 2017, p. 9). Elles offrent des services à la population d'une circonscription hospitalière et peuvent aussi être associées à une collectivité éloignée prise en charge par un infirmier praticien ou un auxiliaire médical (Health Intelligence Inc. and Associates 2017).

Il s'agit d'organisations à but non lucratif qui, en vertu de l'entente MyHT, sont régies par les fournisseurs (Wranik *et al.* 2015). Les détails de cette entente n'ont pas été publiés dans les documents accessibles au public mentionnés dans le présent document. Les équipes MyHT, en partenariat avec l'ORS, sont chargées de planifier les services et de décider de la composition de l'équipe. En somme, toutes les décisions sont soumises à l'approbation de l'ORS (Wranik *et al.* 2015). Les équipes MyHT peuvent être constituées de médecins salariés et d'autres fournisseurs non médecins qui détiennent des contrats avec l'ORS ou qui sont rémunérés par la clinique.

Le Manitoba a également mis en œuvre d'autres innovations dans le domaine des soins primaires, par exemple le modèle d'**accès avancé**. Ce modèle a été mis en place en 2007 par le gouvernement du Manitoba pour aider les cliniques à modifier la pratique et le déroulement du travail afin que les patients soient vus par les médecins dans les meilleurs délais (Lévesque *et al.* 2012). Il fonctionne selon une approche en équipe pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des changements, et vise à réduire les temps d'attente et à faciliter l'accès aux soins le jour même (Conseil canadien de la santé 2013). Les cliniques de soins primaires adhérant à ce modèle doivent s'inscrire à un programme d'amélioration de 12 mois qui comprend une formation sur la gestion du changement (Conseil canadien de la santé 2013). Grâce à ce modèle visant l'amélioration de la qualité, les cliniques sont parvenues à réduire les temps d'attente (Conseil canadien de la santé 2013).

NOUVEAU-BRUNSWICK

Gouvernance et responsabilisation

En 1992, le Nouveau-Brunswick a mis en place huit régies régionales de la santé (RRS). La province a ensuite procédé en 2008 à une réorganisation en les regroupant en deux entités qui sont davantage axées sur la langue que sur la situation géographique : le Réseau de santé Vitalité et le Réseau de santé Horizon (Gouvernement du Nouveau-Brunswick s.d.). Ces RRS sont dirigées par des conseils d'administration nommés par le ministre de la Santé (Gouvernement du Nouveau-Brunswick s.d.). Le mandat des deux RRS est vaste : elles sont responsables de la gestion et de la prestation des services de santé, entre autres dans les hôpitaux, les centres de santé communautaire (CSC), les programmes extramuraux, les services de toxicomanie et de santé mentale. Cependant, aucune mention n'est faite des services de santé de première ligne ou des services médicaux (sauf dans les centres de santé communautaire) (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, s.d.).

Politiques sur les soins primaires

Même si 93 % des Néo-Brunswickois avaient un médecin de famille en 2011, l'accès rapide à un médecin demeure un défi à l'échelle de la province (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick 2012). En effet, selon les résultats d'un sondage réalisé dans le cadre d'une étude, seulement 30 % des répondants pouvaient obtenir un rendez-vous avec leur médecin de famille le jour même ou le lendemain, un taux 15 % inférieur à la moyenne nationale (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick 2012).

Depuis le début des années 2000, le Nouveau-Brunswick a fait plusieurs investissements dans les soins primaires. En voici quelques exemples : la mise en place de CSC où collaborent des médecins et d'autres professionnels de la santé, l'offre de programmes d'éducation interdisciplinaire, la création de modèles de collaboration entre les médecins de famille et les infirmiers praticiens, l'élargissement de l'offre de soins à distance et l'introduction de paramédicaux en soins primaires (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2012).

En 2006, la province a mis sur pied un comité de travail connu sous le nom de Comité directeur sur les soins de santé primaires afin de conseiller le gouvernement quant aux modèles efficaces de prestation des soins primaires pour la province (Comité consultatif sur les soins de santé primaires 2010).

En 2012, un cadre de soins primaires contenant les recommandations importantes suivantes a été élaboré : 1) intégrer les services de santé primaires; 2) établir des modèles de soins communautaires en équipe; 3) mettre en œuvre un cadre de responsabilisation et 4) renforcer le leadership pour la transformation du système (Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2012).

Les résultats d'un sondage sur les soins primaires mené en 2014 par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick révèlent une amélioration de la communication avec les médecins et de la satisfaction à l'égard des services par rapport au sondage de 2011. Cependant, l'accès aux soins après les heures d'ouverture ne s'est pas amélioré. L'enquête de 2014 a également révélé des variations considérables dans les indicateurs de qualité des soins primaires parmi les collectivités du Nouveau-Brunswick (Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick, 2015).

Le gouvernement travaille avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick (SMNB) à l'élaboration d'un plan pour améliorer l'accès aux soins en équipe. En 2013, la SMNB a publié un document intitulé

Réhabiliter le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Les médecins du Nouveau-Brunswick ont un plan. La santé en premier., qui formulait trois recommandations principales : 1) former des équipes de soins primaires; 2) mettre en œuvre des dossiers électroniques des patients et 3) « [é]liminer l'interdiction bureaucratique aux médecins de pratiquer là où les patients ont besoin d'eux » (Société médicale du Nouveau-Brunswick 2013, p. 2). On suggère en outre dans ce document qu'il est important que les médecins soient membres des conseils d'administration des RRS, ce qui est par ailleurs interdit par la SMNB.

Le Comité consultatif sur les soins de santé primaires (2010) a signalé que les infirmiers praticiens jouent un rôle clé dans l'évolution des soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. En 2010, 51 infirmiers praticiens étaient employés par les RRS, y compris au sein de 38 équipes de collaboration entre les médecins et les infirmiers praticiens (Comité consultatif sur les soins de santé primaires 2010).

En 2017, le gouvernement provincial a fait état de trois initiatives clés pour améliorer les soins primaires et les soins de courte durée dans la province : 1) mettre en œuvre une approche de soins primaires en équipe dirigée par des médecins; 2) élaborer un modèle de soins intégrés et coordonnés et 3) aider les personnes à recevoir des soins dans des milieux appropriés (Gouvernement du Nouveau-Brunswick 2017a).

Innovations en soins de santé primaires

Le **Programme extra-mural** est un programme provincial dont le lancement était prévu le 1^{er} janvier 2018 (Gouvernement du Nouveau-Brunswick 2017). Il sera administré par l'entreprise privée Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick. Ce programme s'inscrit dans une initiative plus vaste entreprise par le gouvernement pour gérer les besoins en matière de soins primaires qui consiste à regrouper les services d'Ambulance Nouveau-Brunswick, le Programme extra-mural et Télés-Soins (811) (Gouvernement du Nouveau-Brunswick 2017). Habituellement, le Programme extra-mural permet de prodiguer, sur recommandation d'un médecin de famille, des soins à domicile aux patients grâce à une équipe interdisciplinaire. Les équipes comprennent du personnel infirmier, des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé (Comité consultatif sur les soins de santé primaires 2010). En 2016, le Nouveau-Brunswick a adopté une législation qui autorise les infirmiers praticiens à recommander des patients au Programme extra-mural et à demander des services de diagnostic (Gouvernement du Nouveau-Brunswick 2016).

En 2017, le gouvernement provincial a annoncé un partenariat avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick en vue de créer un modèle de soins de santé primaires du nom de **Médecine familiale Nouveau-Brunswick**. Dans le cadre de cette approche d'équipe, les médecins inscriront leurs propres patients et offriront des services les soirs et les fins de semaine. C'est la Société médicale du Nouveau-Brunswick qui assurera la gestion du programme (Gouvernement du Nouveau-Brunswick 2017b).

Les centres de santé communautaires (CSC) ont été mis en place au Nouveau-Brunswick au début des années 2000. Ils sont composés d'une équipe interprofessionnelle comprenant des médecins de famille, des infirmiers, un diététiste, un travailleur social et des thérapeutes en réadaptation. Les principales caractéristiques des CSC sont les suivantes : 1) des soins en équipe; 2) une ligne téléphonique accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7; 3) la gestion des maladies chroniques; 4) la promotion de la santé et la prévention des maladies; 5) la participation volontaire des fournisseurs et des patients; 6) la surveillance du

rendement du programme et 7) l'importance accordée à la gestion du changement (Comité consultatif sur les soins de santé primaires 2010). En 2012, on dénombrait neuf CSC dans la province (Mable *et al.* 2012). Dans certains d'entre eux, les médecins reçoivent un salaire, tandis que dans d'autres, les médecins sont rémunérés selon un modèle de RA (Comité consultatif sur les soins de santé primaires 2010).

TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

Gouvernance et responsabilisation

Il y a quatre autorités sanitaires régionales à Terre-Neuve-et-Labrador : Santé Western, Santé Labrador-Grenfell, Santé Central et Santé Eastern. En vertu de la *Regional Health Authorities Act*, les autorités sanitaires régionales sont chargées de la supervision, de la gestion et du contrôle de la prestation des services communautaires et de santé. Ces services comprennent la promotion de la santé, les soins continus et de longue durée, la santé communautaire, les services de santé mentale et de toxicomanie, le soutien communautaire, les soins hospitaliers, l'évaluation et l'assurance de la qualité, le dépistage de la santé, les interventions de protection et les services d'ambulance terrestre. La gestion des soins primaires ou des services des médecins ne fait pas partie du mandat des autorités sanitaires régionales.

Politiques sur les soins primaires

Vers la fin des années 1990 et 2000, Terre-Neuve-et-Labrador a donné la priorité au recrutement et à la rétention des médecins, particulièrement dans les régions rurales. Elle avait alors le taux le plus élevé de médecins salariés au pays. Malgré tout, Tomblin et Jackson (2009) indiquent que le système de soins de santé primaires de la province accuse un retard par rapport aux autres territoires de compétence, principalement en raison de la forte opposition à la réforme de la part de la médecine organisée (Tomblin et Jackson 2009).

Le plan stratégique actuel du ministère de la Santé et des Services communautaires vise à implanter les services de soins primaires et les équipes interdisciplinaires dans l'ensemble du territoire (Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador 2017). En 2015, le Ministère a publié un document dans lequel il indiquait qu'il fallait rendre le secteur des soins primaires plus efficace pour améliorer la santé de la population et réduire les inefficacités (Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador 2015).

D'ailleurs, dans son cadre pour les soins primaires, le Ministère exige que les patients soient rattachés à des équipes de soins de santé primaires axés sur la collaboration et prévoit atteindre cet objectif en offrant un « centre de médecine de famille » à chaque citoyen, en élargissant l'accès aux équipes de soins de santé primaires, en mettant en place de solides structures de gouvernance, de gestion et de responsabilisation pour les équipes, en élargissant la formation des professionnels de soins primaires pour qu'ils travaillent en équipe et en mettant en œuvre des initiatives de recrutement et de maintien en poste pour réduire le roulement des professionnels de la santé (Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador 2015, p. v). D'après le Ministère, il faudra mesurer le succès de l'expansion des soins primaires en se fondant sur les indicateurs suivants : la présence de services de soins primaires établis et d'équipes interdisciplinaires; la mise en place de systèmes de rémunération (par exemple, de codes de facturation pour les médecins) afin de faciliter la collaboration interdisciplinaire; l'utilisation accrue des dossiers médicaux électroniques; le nombre de patients ayant accès aux services de soins primaires dans certains établissements et la réduction du nombre de visites aux services d'urgence par les mêmes patients dans certains établissements (Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador 2017, p. 10).

Innovations en soins de santé primaires

En 2012, trois **centres de santé communautaire (CSC)** à Terre-Neuve-et-Labrador pouvaient compter sur des équipes interdisciplinaires de soins de santé ainsi que sur des infirmiers praticiens et avaient recours à des régimes de rémunération non conventionnels (Mable *et al.* 2012). La même année, le

territoire comptait **sept secteurs pour les équipes de soins de santé primaires** au sein des quatre autorités sanitaires régionales, et une expansion à 30 secteurs était prévue (Dinh 2012, Mable *et al.* 2012). On ne recense dans ces centres aucune inscription de clientèle, et les médecins qui y pratiquent sont rémunérés à l'acte ou reçoivent un salaire (Dinh 2012). Les équipes sont constituées de médecins, de coordonnateurs, de personnel infirmier, de professionnels en soins communautaires, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes, de pharmaciens, de physiothérapeutes et de psychologues (Dinh 2012).

NOUVELLE-ÉCOSSE

Gouvernance et responsabilisation

En 2001, les quatre conseils régionaux de santé créés en 1996 ont été transformés en neuf autorités sanitaires de district (ASD). En avril 2015, la Nouvelle-Écosse a établi une autorité sanitaire provinciale, connue sous le nom de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, et le Centre de soins de santé IWK. Or, cette régie n'a pas de mandat clair par rapport à la gestion des soins primaires ou des services médicaux (Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse s.d.).

Politiques sur les soins primaires

Selon l'étude de Lévesque *et al.* (2012), les réformes sur les soins primaires en Nouvelle-Écosse ont été mises en œuvre en consultation et en collaboration avec les principales parties concernées. Cependant, toujours d'après cette même étude, ces changements ont été mis en place de façon progressive au sein de la collectivité en misant sur les programmes axés sur la qualité et le rendement plutôt que sur une réforme plus vaste qui engendrerait des changements structurels à l'échelle provinciale. Ainsi, en Nouvelle-Écosse, l'accent a été mis sur l'élaboration de pratiques de soins primaires axés sur la collaboration, les modes de rémunération non conventionnels, les interventions en matière de santé de la population et le système de dossiers médicaux électroniques (Lévesque *et al.* 2012, Mable *et al.* 2012).

L'un des principaux objectifs de la Nouvelle-Écosse a été de soutenir le développement de soins primaires en équipe, de réduire les temps d'attente et d'améliorer la gestion et la prévention des maladies chroniques (Wranik *et al.* 2015). La Nouvelle-Écosse s'est associée à d'autres provinces de l'Atlantique et au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires pour mettre en œuvre des initiatives comme les programmes d'autogestion des soins, les télésoins et l'initiative *Building a Better Tomorrow* (un programme d'éducation sur l'établissement d'équipes de soins primaires) (Mable *et al.* 2012). La province offre par ailleurs un programme de gestion de l'information sur les soins de santé primaires qui aide les fournisseurs à implanter les dossiers électroniques des patients et les initiatives de promotion de la santé dans les soins en équipe (Mable *et al.* 2012).

De plus, la Nouvelle-Écosse a intégré une stratégie en matière de soins infirmiers visant à étendre le rôle des infirmiers dans les soins primaires en équipe (Mable *et al.* 2012). L'initiative sur les soins infirmiers familiaux permet d'offrir de la formation et du soutien pour l'ajout d'un infirmier spécialisé en soins familiaux aux cliniques de soins primaires existantes (Lévesque *et al.* 2012). Ce programme vise principalement à intégrer les infirmiers spécialisés en soins familiaux aux soins primaires et à leur donner l'occasion d'exercer leur profession dans toute l'étendue de leur champ de pratique (Lévesque *et al.* 2012).

À la suite du rapport publié en 2003 intitulé « Primary Health Care Renewal: Action for Nova Scotians », la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (RSNE) a publié « Strengthening the Primary Health Care System in Nova Scotia » en avril 2017. On y recommande d'instaurer des « foyers médicaux », un modèle fondé sur les équipes interdisciplinaires de soins familiaux. La vision de ce modèle est fondée sur une approche axée sur la santé de la population qui met l'accent sur le mieux-être et la gestion des maladies chroniques et intégrant les soins en équipe (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse 2017).

Le modèle de centre de médecine de famille proposé fait appel à des équipes interdisciplinaires et collaboratives de soins familiaux ou à des réseaux de fournisseurs (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse 2017). Les équipes sont composées de médecins de famille, d'infirmiers praticiens, d'infirmiers

spécialisés en soins familiaux et d'autres fournisseurs comme des diététistes, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des pharmaciens, des apprenants, des comportementalistes, des assistants de bureaux de médecins et d'autres professionnels en fonction des besoins de la collectivité (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse 2017, p. 12). Voici un exemple d'équipe pour un ratio de 10 000 patients : « 4 ou 5 médecins de famille, 1 ou 2 infirmiers praticiens, 2 ou 3 infirmiers spécialisés en soins familiaux, 1 ou 2 professionnels sur l'adaptation à la collectivité (p. ex., diététistes, travailleurs sociaux, ergothérapeutes), un pharmacien communautaire et d'autres ressources s'adaptant au groupe de services communautaires plus vaste, par exemple des personnes responsables du soutien administratif, du soutien au leadership et à la gestion et des relations avec les coordonnateurs de soins, des ambulanciers paramédicaux et d'autres ressources de soins primaires et secondaires » (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse 2017, p. 13).

En 2017, Doctors Nova Scotia a réclamé de nouveaux modèles de soins et de paiement aux médecins pour faire progresser la réforme des soins primaires qui, selon l'organisme, est en retard par rapport aux autres provinces et territoires. Finalement, l'étude suggère que la Nouvelle-Écosse devrait mettre en place un modèle d'inscription de clientèle auprès des médecins rémunérés par une combinaison de RA et de capitation (Doctors Nova Scotia 2017).

Innovations en soins de santé primaires

Les **équipes de soins primaires (ESP)** sont issues d'un modèle de soins primaires qui était en place avant 2014 (la date exacte de création n'a pas pu être trouvée dans le cadre de la présente étude). Elles visent à coordonner les soins aux patients en fournissant des soins interdisciplinaires en équipe en collaboration avec les services communautaires. L'offre de services et la composition des équipes interdisciplinaires des ESP peuvent varier : elles peuvent comprendre des médecins, un infirmier praticien, des sages-femmes, des diététistes, des conseillers, des infirmiers en santé publique et d'autres professionnels de la santé (Wranik *et al.* 2015).

Les ESP négocient leur financement avec leur ASD respective. Les budgets annuels sont ajustés en fonction de la répartition géographique des patients et de leur profil de maladie, ainsi que des salaires des fournisseurs non médecins et du personnel administratif et du prix des loyers des cliniques (Wranik *et al.* 2015). Les patients des ESP ne doivent pas obligatoirement être inscrits, mais ils sont rattachés aux médecins selon leur répartition géographique (Wranik *et al.* 2015).

Les médecins qui travaillent dans des régions peu peuplées sont généralement salariés, et ceux qui pratiquent dans des régions populeuses sont rémunérés à l'acte. Les salaires et les honoraires font l'objet d'une négociation entre le syndicat des médecins, Doctors Nova Scotia, et le ministère de la Santé, conformément à la convention-cadre conclue avec la province. Les médecins sont admissibles à des programmes supplémentaires favorisant la rémunération au rendement, comme le programme de gestion des maladies chroniques et le programme d'honoraires pour les soins complexes. Les fournisseurs non médecins et le personnel non médical reçoivent un salaire de l'ASD. Dans le cas des fournisseurs non médecins syndiqués, leur association professionnelle respective négocie leur salaire avec le ministère de la Santé (Wranik *et al.* 2015).

Les ESP ont des responsabilités envers les ASD qui, elles, relèvent du ministère de la Santé. Les ASD travaillent avec les ESP à la planification stratégique et c'est à ces dernières que revient la responsabilité de soumettre les rapports annuels et les rapports de dépenses. Les médecins salariés et rémunérés à l'acte relèvent du département des services aux médecins du ministère de la Santé (Wranik *et al.* 2015).

Les **équipes collaboratives de médecine familiale**, un modèle de soins primaires inspiré par le ministère, sont composées de médecins de famille, d'infirmiers praticiens, d'infirmiers spécialisés en soins familiaux et d'autres professionnels de la santé. On en compte environ 50 en Nouvelle-Écosse (Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse s.d.). Comme il s'agit d'un nouveau modèle de soins primaires, les informations sur son organisation, son financement et son administration sont limitées.

ONTARIO

Gouvernance et responsabilisation

En 2007, le gouvernement de l'Ontario a mis en place sa propre version des autorités sanitaires régionales, que l'on connaît sous le nom de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), conformément à la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*. En décembre 2016, l'Ontario a adopté le projet de loi 41, *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, ce qui a rendu obligatoire la réorganisation des services de soins à domicile dans la province. Ce projet de loi a également entraîné la création de sous-régions des RLISS dans les 14 RLISS, qui sont responsables de la planification du système de santé, de l'amélioration du rendement et de l'intégration des services. Avec l'adoption de la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, certains modèles de soins primaires (équipes de santé familiale, centres de santé communautaire et cliniques dirigées par des infirmiers praticiens) ont été explicitement ajoutés aux responsabilités des RLISS (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario 2017).

Politiques sur les soins primaires

Unique en son genre au Canada, l'Ontario a mis en œuvre une multitude de modèles organisationnels de soins primaires coexistant qui offrent aux médecins une variété de choix pour travailler en équipe (Lévesque *et al.* 2012). Les principales différences entre les modèles concernent la rémunération des médecins, la composition des équipes interdisciplinaires et les priorités de l'équipe (Rauscher 2015).

La réforme sur les modèles de soins primaires de l'Ontario touche les centres de santé communautaires (CSC), les organismes de services de santé, les réseaux de soins primaires qui ont fusionné pour devenir des organismes de santé familiale, les réseaux de santé familiale, les groupes de santé familiale, le modèle complet et les équipes de santé familiale. Elle concerne aussi les centres communautaires qui se concentrent sur la santé des Autochtones, appelés centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, et des cliniques dirigées par des infirmiers praticiens (Lévesque *et al.* 2012).

En raison de la vaste portée des réformes en Ontario, 75 % de la population fait partie de la clientèle touchée par la réforme des soins primaires. La moitié de celle-ci reçoit des soins de médecins rémunérés selon un mode de financement mixte et un tiers d'entre elles reçoit des soins de médecins pratiquant au sein d'une équipe interdisciplinaire (Lévesque *et al.* 2012). Marchildon et Hutchinson (2016) signalent qu'environ 88 % des médecins de l'Ontario exercent dans des cabinets où ils reçoivent une rémunération mixte. L'association des équipes Santé familiale de l'Ontario rapporte que 25 à 30 % des Ontariennes et Ontariens ont accès à des soins primaires en équipe prodigués par l'entremise des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, des CSC, des ESF et des cliniques dirigées par des infirmiers praticiens (Association of Family Health Teams of Ontario 2015). Les efforts de réforme des soins primaires de l'Ontario ont entraîné une diminution du recours aux cliniques sans rendez-vous, une réduction du nombre de médecins praticiens exerçant seuls et une augmentation des modèles de pratique en collaboration (Lévesque *et al.* 2012). L'Ontario a également mis l'accent sur l'élargissement du rôle des IP dans les soins primaires (Moat *et al.* 2014).

Les ESF et les CSC sont tous deux des modèles d'équipes interprofessionnelles et font souvent l'objet d'efforts de réforme en Ontario. Parmi les médecins de famille en Ontario, vingt et un pour cent exercent dans les CSC et les ESF (Rauscher 2015). Notons qu'un conflit oppose l'Association médicale de l'Ontario (AMO) et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) (Marchildon et

Hutchison 2016). En effet, l'AMO s'oppose à l'adoption du projet de loi 41, la *Loi de 2016 donnant la priorité aux patients* (Grant 2016, Association médicale de l'Ontario 2016).

En 1996, le Comité des services de médecins (CSM) a été mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario et l'AMO. Ce comité, coprésidé par l'AMO et le MSSLD, est responsable de la planification de la mise en œuvre de nouveaux modèles de soins primaires. Si certains affirment que le comité constitue une bonne plateforme pour l'engagement des médecins, d'autres soutiennent qu'il manque de transparence et de responsabilité publique, et que peu de professionnels de la santé non médecins y participent (Lévesque *et al.* 2012).

Des études récentes ont évalué le rendement des modèles de soins primaires et de réforme des soins primaires. En Ontario, environ 36 % des médecins sont rémunérés selon un mode par capitation (Rudoler *et al.* 2015). On remarque que les patients pris en charge dans des établissements fonctionnant selon des modes de rémunération par capitation mixte étaient en meilleure santé et plus riches que ceux des établissements ayant adopté les modes de RA améliorés. En effet, les modèles de soins primaires en Ontario sont associés à des coûts de santé totaux moindres pour les patients en comparaison avec les modèles de RA (Laberge, Wodchis, Barnsley et Laporte 2017). L'accès aux soins primaires n'est toutefois pas pour autant égal en Ontario : dans le Nord-Ouest de l'Ontario, 87 % des gens ont accès à un fournisseur de soins primaires, tandis que dans une région du Sud de l'Ontario, cette proportion se chiffre à 97 % (Wilson *et al.* 2016).

Dans son rapport de 2016, la vérificatrice générale de l'Ontario indique que les médecins de l'Ontario sont les mieux rémunérés au Canada et que l'Ontario rémunère davantage les médecins que les autres provinces qui ont adopté des modèles similaires de financement en fonction de l'inscription des patients. Une étude rapporte que les médecins de famille sont mieux rémunérés dans les modèles de soins primaires en équipe, en plus de faire état d'une plus grande satisfaction au travail (Lévesque *et al.* 2012). De nombreux Ontariens ont de la difficulté à accéder aux soins après les heures normales de travail, car les soins en tout temps ne sont pas obligatoires dans les modèles de réforme des soins primaires (Wilson *et al.* 2016). En 2015-2016, 57 % des Ontariens ont dû attendre deux jours ou plus avant de pouvoir consulter un médecin de famille. Cette proportion était de 51 % en 2006-2007 (Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario 2016).

Innovations en soins de santé primaires

Dans le cadre de la réforme qui remonte aux années 1970, les **centres de santé communautaire (CSC)** ont été les premiers à proposer des soins primaires multi-professionnels. Environ 74 CSC répondent aux besoins de 500 000 Ontariennes et Ontariens (Association des centres de santé de l'Ontario s.d.). Il s'agit d'organismes de soins de santé primaires communautaires et sans but lucratif (Association des centres de santé de l'Ontario, s.d.). Les équipes des CSC sont constituées de médecins, d'infirmiers praticiens, de promoteurs de la santé, de conseillers et d'autres professionnels de la santé qui reçoivent tous un salaire des RLSS.

Les **réseaux de santé familiale (RSF)** ont été établis en 2001. Ce sont des milieux où il y a très peu de collaboration interprofessionnelle. Ils sont composés de cinq médecins de famille ou plus qui sont rémunérés selon un mode de rémunération mixte (capitation et incitatifs financiers) (Rauscher 2015). Les médecins qui pratiquent dans un RSF sont responsables d'un groupe de patients (Rauscher 2015). En 2010, 34 % des Ontariens étaient inscrits dans un RSF ou un OSF (Rauscher 2015).

L'Ontario compte aussi des **organismes de santé familiale (OSF)**. Dans une étude de Kralj et Kantarevic (2013), il est mentionné que les médecins des OSF fournissent de 6 à 7 % moins de services et ont moins de visites par jour que les médecins qui sont rémunérés à l'acte. Or, ils sont de 7 à 11 % plus susceptibles d'atteindre les objectifs en matière de qualité des soins préventifs que leurs homologues rémunérés à l'acte.

Les **groupes de santé familiale (GSF)** ont été mis en place en 2003. Ils sont composés de trois médecins de famille ou plus qui sont rémunérés à l'acte et sont admissibles à des primes (Rauscher 2015). Les médecins des GSF sont responsables d'un groupe de patients et collaborent très peu au quotidien avec d'autres professionnels de la santé non médecins (Rauscher 2015).

Les **équipes de santé familiale (ESF)** ont été mises sur pied en 2005 pour améliorer l'accès aux soins primaires ainsi que la qualité et la continuité des soins, accroître la satisfaction des patients et des fournisseurs et augmenter le rapport coûts-efficacité des services de soins primaires (Le Conference Board du Canada 2014). En 2014, on dénombrait 185 ESF en Ontario (Le Conference Board du Canada 2014). Environ 2 millions de résidents de la province sont inscrits auprès d'ESF et 22 % des médecins de l'Ontario pratiquent dans ce contexte (Marchildon et Hutchison 2016).

La taille et la composition des équipes varient d'une ESF à l'autre, mais elles regroupent des médecins, des infirmiers praticiens, d'autres infirmiers, des pharmaciens, des diététistes, des podologues et des podiatres, des travailleurs sociaux, des travailleurs en santé mentale, des éducateurs en santé et des ergothérapeutes (Dinh 2012). Les ESF offrent des services à une liste de patients et aspirent à fournir des soins complets et coordonnés (Wilson *et al.* 2016). De plus, les équipes de santé familiale offrent un service téléphonique permettant de parler à un infirmier au téléphone (Rauscher 2015).

Les médecins qui exercent au sein d'une équipe de santé familiale concluent des contrats auprès du MSSLD et s'engagent à fournir une vaste gamme de services selon un mode de rémunération mixte incluant la capitation de base, la RA, des primes pour atteindre les objectifs de prévention et des paiements spéciaux ciblés pour les soins prénataux et intrapartum, les soins aux malades hospitalisés, les visites à domicile et les soins palliatifs (Rauscher 2015).

Une évaluation des ESF par le MSSLD a révélé que les ESF ont amélioré l'accès à la plupart des services de santé, réduit les temps d'attente, amélioré la satisfaction des patients et favorisé l'accès à une gamme de programmes de mieux-être et de prévention (Le Conference Board du Canada 2014).

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Gouvernance et responsabilisation

Santé Î.-P.-É, la seule autorité sanitaire de l'Île-du-Prince-Édouard, a été créée en 2009. Cette instance fournit des services de santé dans la province sous la direction du ministère de la Santé et du Mieux-être. La *Health Services Act* précise que les services de santé suivants relèvent de la responsabilité de Santé Î.-P.-É : programmes de santé publique, établissements de soins de longue durée, services de soins à domicile, réseaux de soins primaires, centres de santé et services de santé mentale et de toxicomanie (Santé Î.-P.-É 2017a). En vertu de la loi, Santé Î.-P.-É n'a pas le mandat explicite de gérer les services médicaux ou de soins primaires.

Politiques sur les soins primaires

L'une des priorités stratégiques du plan d'activités 2017-2018 de Santé Î.-P.-É. consiste à améliorer l'accès aux services de soins primaires (Santé Î.-P.-É. 2017a). L'expansion de la prestation des soins primaires afin d'assurer l'accès aux soins le jour même et le jour suivant, et la mise en place d'équipes interprofessionnelles de santé figurent aussi au nombre des priorités clés de Santé Î.-P.-É (Santé Î.-P.-É 2017b).

Quatre-vingt-quinze pour cent des résidents de l'Île-du-Prince-Édouard ont un fournisseur de soins primaires (Santé Î.-P.-É 2017a). La province a mis en place un registre provincial des patients et a recruté des professionnels de la santé (en mettant l'accent sur les infirmiers praticiens), ce qui a permis de jumeler 7 400 personnes à des fournisseurs de soins primaires sur une période de deux ans (2011-2013) (Santé Î.-P.-É. 2015b). Santé Î.-P.-É rapporte d'ailleurs que les temps d'attente pour l'accès aux médecins de premier recours ont diminué entre 2014-2015 (où il était en moyenne de 21,8 jours) et 2015-2016 (où il était passé à 7 jours ou moins).

Innovations en soins de santé primaires

Peu d'information sur les modèles de soins primaires à l'Île-du-Prince-Édouard est accessible au public.

Les **centres de santé familiale (CSF)** ont été établis grâce au Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé primaires et leur coût annuel est évalué à 6 millions de dollars (Corpus Sanchez International Consultancy 2008). Les équipes des centres de santé familiale sont constituées de médecins, d'infirmiers praticiens, d'infirmiers, de conseillers, de travailleurs communautaires, de travailleurs sociaux et de diététiciens (Corpus Sanchez International Consultancy 2008).

Les **réseaux de soins primaires (RPS)** se composent de médecins de famille, d'infirmiers praticiens, d'infirmiers autorisés, d'éducateurs spécialisés en diabète, d'infirmiers auxiliaires autorisés et de personnel de bureau. L'Île-du-Prince-Édouard compte 12 réseaux de soins primaires, aussi appelés centres de soins primaires (Santé Î.-P.-É 2015a).

QUÉBEC

Gouvernance et responsabilisation

En 1971, la Commission Castonguay-Nepveu recommandait que le système de santé du Québec soit divisé en 12 régions, chacune sous l'égide d'un conseil régional de la santé et des services sociaux (CRSSS). Cependant, les CRSSS n'avaient le pouvoir de conseiller le ministère de la Santé que sur l'organisation et la planification régionale des services (Martin, Pomey et Forest 2006). Au début des années 1990, les CRSSS ont été remplacés par les Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS), qui avaient le pouvoir de planifier, d'organiser et de mettre en œuvre les services de santé (Martin *et al.* 2006).

En 2003, le projet de loi 25, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, a été présenté et adopté, ce qui a donné lieu à la création de 95 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLSSS), qui représentait en fait la fusion d'organismes de santé dans une région géographique. De plus, de nouveaux établissements appelés centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont été formés avec un conseil d'administration responsable des ententes avec les organismes de santé et de services sociaux dans les RLSSS (Martin *et al.* 2006).

En avril 2015, le Québec a déposé le projet de loi 10, qui a centralisé tous les services de santé et dissout les régies régionales de la santé, donnant ainsi au ministère de la Santé et des Services sociaux le contrôle de l'administration des soins de santé (Gore 2017). Le projet de loi 10 aurait de nombreuses répercussions, notamment la dissolution d'environ 200 conseils et la suppression de 1 300 emplois à temps plein, qui se traduiraient par des économies de 220 millions de dollars par année. Les deux associations médicales du Québec (soit la FMOQ, le syndicat des médecins de premier recours, et la FMSQ, le syndicat des médecins spécialistes) s'y sont opposées (Vendeville, 2015).

Politiques sur les soins primaires

Le faible ratio médecin-patient limite l'accessibilité aux soins primaires au Québec. La province éprouve également des difficultés à intégrer les médecins dans diverses structures de santé administrées par l'État en raison des négociations avec deux associations médicales (Lévesque *et al.* 2012).

Une réforme majeure des soins primaires a été adoptée en 2015, par l'entremise du projet de loi 20, que le gouvernement prévoit mettre en œuvre d'ici la fin de 2017. Il s'agit d'un projet de loi omnibus qui favorise l'accès aux soins primaires. Le projet de loi 20 exigera que les pratiques de soins primaires respectent des objectifs, notamment en ce qui concerne les heures de travail (au moins 12 heures par semaine) et un nombre minimal de patients vus (jusqu'à 1 512) (Young 2015). Si ces objectifs ne sont pas atteints, des pénalités financières peuvent être imposées, y compris une réduction des honoraires de l'ordre de 30 % (Gore 2017).

En 2015, l'Association médicale canadienne (AMC) et l'Association médicale du Québec (AMQ) ont produit un mémoire sur le projet de loi 20. Dans ce mémoire, on qualifie le projet de loi 20 « d'attaque à l'autonomie professionnelle des médecins » (Association médicale du Québec et Association médicale canadienne 2015, p. 3). Les associations offrent de travailler avec le gouvernement pour améliorer l'accès aux soins en mettant en place les dossiers électroniques des patients, en élargissant le rôle des autres professionnels de la santé au sein des équipes et en travaillant à instaurer des formes mixtes de modèles de financement.

Innovations en soins de santé primaires

Les **groupes de médecine de famille (GMF)** ont été mis sur pied en 2000 dans le but de régler les problèmes d'accès et de qualité dans le système de soins primaires du Québec (Aubin et Quesnel-Vallée 2016).

Ils sont axés sur la pratique interprofessionnelle et le travail d'équipe, qui sont nécessaires pour offrir des heures prolongées et mettre en place les dossiers électroniques des patients (Aubin et Quesnel-Vallée 2016). Ces groupes offrent des services téléphoniques après les heures d'ouverture qui sont assurés par des médecins en tout temps (Breton, Lévesque, Pineault, Pineault et Hogg 2011). Ils comprennent aussi des fournisseurs non médecins comme des infirmiers, des nutritionnistes, des experts psychosociaux, des physiothérapeutes, des pharmaciens et d'autres professionnels de la santé (Pomey *et al.* 2009). La taille et la composition de l'équipe des GMF peuvent varier, mais les groupes comptent habituellement une dizaine de médecins de famille, deux infirmiers et deux employés administratifs, qui s'occupent d'environ 15 000 patients inscrits (Breton *et al.* 2011).

À l'heure actuelle, 3 784 médecins de famille travaillent dans un GMF. Les médecins sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (Breton *et al.* 2011). Les GMF reçoivent des budgets globaux calculés selon le nombre de patients inscrits (Aubin et Quesnel-Vallée 2016). L'agence régionale de la santé et des services sociaux alloue annuellement des fonds en fonction du nombre de patients inscrits, du salaire du personnel administratif, du loyer associé à l'espace de pratique et des coûts associés à l'embauche de personnel et d'infirmiers. Les médecins du GMF acceptent des contrats avec les agences régionales de santé et de services sociaux qui représentent le ministère de la Santé et des Services sociaux (Breton *et al.* 2011). Les contrats stipulent les services que le GMF offrira, en plus des heures de prestation de services. L'enveloppe de financement moyenne est de 270 000 \$ (Breton *et al.* 2011).

En échange, les médecins du GMF doivent inscrire les patients. Il s'agit en fait d'un type d'arrangement par capitation. Pomey et ses collaborateurs (2009) suggèrent que cette entente entre le gouvernement et les médecins représente une étape importante puisqu'elle « a ouvert la porte à l'État en demandant aux médecins d'adopter des pratiques de soins spécifiques et d'assumer la responsabilité de la santé de leur population de patients » (Pomey *et al.* 2009, p. 41).

En 2011, la province comptait 223 GMF qui offraient des services à plus de 25 % des Québécois (Breton *et al.* 2011). Le plan initial du gouvernement du Québec était de faire passer ce nombre à 300, mais cet objectif n'était toujours pas atteint en 2014 (Forget 2014). Par ailleurs, l'objectif initial consistant à ce que chaque médecin de famille prenne en charge de 1 200 à 1 500 patients n'a pas été atteint non plus. La moyenne ne s'élevait qu'à 837 patients par médecin. En somme, les patients des GMF connaissent une meilleure continuité des soins, mais l'accessibilité ne s'est pas améliorée (Aubin et Quesnel-Vallée 2016).

La recherche sur les modèles de GMF révèle des défis dans le processus administratif et des difficultés dans la mise en œuvre des dossiers électroniques des patients (Lévesque *et al.* 2012). Dans son étude, Forget (2014) a noté les défis auxquels fait face le modèle de GMF. En voici quelques-uns : le peu d'incitatifs financiers pour inscrire plus de patients auprès de médecins établis; le manque de clarté concernant le rôle de la couverture après les heures d'ouverture, qui contredit les exigences qui s'appliquent aux omnipraticiens souhaitant travailler dans les salles d'urgence; les difficultés inhérentes aux environnements d'équipe; et le manque de compréhension du public à l'égard de ce modèle.

Le modèle de cliniques sans rendez-vous, ou **cliniques-réseau**, est un autre type de modèle qui a été mis en place en même temps que les GMF (Lévesque et al., 2012). S'inscrivant dans un modèle de soins primaires, elles ont d'abord été établies dans les régions urbaines, comme Montréal et Québec. Il s'agit de cliniques privées généralement plus grandes que les GMF (Rauscher 2015). Elles élargissent le rôle des pratiques de soins primaires en donnant accès à des services diagnostiques et spécialisés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (Lévesque *et al.* 2012). En 2010, on comptait 29 cliniques-réseau à Montréal (Lévesque *et al.* 2012). Les médecins qui y pratiquent sont rémunérés selon le mode de RA (Rauscher 2015).

Les **centres locaux de services communautaires (CLSC)** ont quant à eux été créés dans les années 1970. Il s'agit de centres de santé et de services sociaux primaires qui offrent des services à une population géographique définie. Les CLSC sont des établissements interdisciplinaires régis par leur collectivité (Coyle 2012). À l'origine, le gouvernement voulait que les CLSC deviennent le principal modèle de soins au Québec (Hutchison *et al.* 2011). La mise en place des CLSC a suscité une forte opposition de la part des associations médicales du Québec, qui n'étaient pas d'accord avec le modèle salarié (Breton *et al.* 2011). En 2014, 15,7 % des médecins de famille pratiquaient dans les CLSC.

SASKATCHEWAN

Gouvernance et responsabilisation

La Saskatchewan a été la première province au Canada à introduire la couverture hospitalière universelle (1947) et la couverture universelle des soins médicaux (1962) après une grève des médecins de 32 jours. Après la grève, la relation de gouvernance et de responsabilisation établie entre le gouvernement de la Saskatchewan et les médecins travaillant dans la province est devenue le modèle pour le reste du Canada, entre autres en ce qui concerne le statut des médecins entrepreneurs indépendants rémunérés à l'acte et les négociations bilatérales périodiques entre les associations médicales provinciales et les gouvernements provinciaux (Marchildon 2016).

Cette entente de base n'a pas été modifiée malgré la division de la province en 32 districts de santé en 1992, le regroupement de ces districts en 12 régions sanitaires et la constitution de l'Athabasca Health Authority dix ans plus tard. En 2017, une seule autorité sanitaire provinciale, l'autorité sanitaire de la Saskatchewan (Saskatchewan Health Authority ou SHA), a été créée (Liebenberg 2017). Bien que la *Provincial Health Authority Act* indique que l'autorité sanitaire provinciale est responsable des services de santé, il n'y est pas question des soins primaires. De plus, la nouvelle loi n'établit pas une nouvelle relation de responsabilité entre les médecins et la SHA.

Politiques sur les soins primaires

Les soins primaires en Saskatchewan se sont développés de façon très progressive (Abrametz, Bragg et Kendel 2016). En 2001, le plan d'action pour les soins de santé de la Saskatchewan a introduit un autre modèle de rémunération des médecins, mais la majorité des médecins de soins primaires sont toujours payés selon un mode de RA (Suter *et al.* 2014). Au cours des années 2000, les autorités sanitaires régionales ont investi dans les soins primaires par le biais de nouveaux postes de direction qui ont supervisé l'élargissement d'un nouveau programme pour le diabète, l'implantation de la Ligne Info-Santé (811), et l'ajout d'infirmiers praticiens, de sages-femmes et de pharmaciens dans les équipes de soins primaires (Abrametz *et al.* 2016). Le plan de santé de la Saskatchewan pour 2012 et 2013 indiquait que des indicateurs tels que l'accès et l'attachement des patients aux équipes de soins primaires seraient surveillés (Suter *et al.* 2014).

Dans le cadre sur les soins de santé primaires de la Saskatchewan (2012), on propose de faire en sorte que tous les résidents aient accès à une équipe de soins primaires (Abrametz *et al.* 2016), par exemple en créant des sites consacrés à l'innovation, des centres de crise axés sur la collaboration permettant d'élargir l'accès aux services de santé primaires ainsi que des services d'urgence. Toutefois, les fonctions de base des équipes de soins primaires ou les attentes à l'égard des médecins de famille, par exemple sur la direction des équipes, ne sont pas précisées (Suter *et al.* 2014).

En 2016, le groupe consultatif de la Saskatchewan sur la structure du système de santé indiquait dans son rapport que les bons soins aux patients passent par les soins primaires (Abrametz *et al.* 2016). Ils y présentaient leur vision des soins primaires de pointe pour la province qui comprenait : 1) des soins centrés sur le patient et la famille faisant participer les patients dans leur plan de soins avec des outils qui soutiennent l'autogestion; 2) un leadership engagé comprenant une stratégie claire d'amélioration de la qualité; 3) des patients ayant un fournisseur de soins réguliers dans un environnement de soins en équipe qui assure un service coordonné, continu, efficace et complet; 4) des fournisseurs qui utilisent un dossier médical électronique pour s'assurer que l'information sur les patients est accessible à tous les membres de l'équipe; 5) des soins appropriés et efficaces ayant recours aux meilleures pratiques et

à la promotion de la santé; 6) l'utilisation optimale des ressources et des membres de l'équipe dans leur champ de pratique respectif pour assurer l'efficacité et 7) un accès amélioré, comme des heures prolongées, un lieu de service pratique et des temps d'attente réduits (Abrametz *et al.* 2016, p. 18).

Dans ce même rapport, les équipes de soins primaires sont décrites comme étant composées de divers professionnels de la santé tels que des infirmiers praticiens, des diététiciens, des pharmaciens, des travailleurs sociaux, des ambulanciers paramédicaux, etc. (Abrametz *et al.* 2016, p. 18). Dans le rapport, on recommande également la mise en œuvre intégrale du cadre sur les soins de santé primaires (2012), y compris la mise en œuvre des soins primaires en équipe (Abrametz *et al.* 2016).

Innovations en soins de santé primaires

En 2016, la Saskatchewan a établi **20 sites de « démonstration » sur les innovations en soins primaires** avec d'autres modèles de prestation des soins primaires et des équipes interprofessionnelles permettant d'expérimenter et de faire des apprentissages sur les politiques (Abrametz *et al.* 2016; Suter *et al.* 2014). Ces sites ont permis de mettre à l'essai différents modèles de soins primaires, par exemple des cliniques aux heures d'ouverture prolongées, des centres d'urgence collaboratifs et de nouvelles approches de gestion clinique (Abrametz *et al.* 2016). Il semble qu'aucune évaluation rigoureuse et indépendante des résultats de ces 20 sites d'innovation n'a été réalisée.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Gouvernance et responsabilisation

En août 2016, les six régions de la santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest se sont regroupées en trois entités : l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest 2017a), la Tlicho Community Services Agency et la Hay River Health Authority. La Tlicho Community Services Agency et la Hay River Health Authority délèguent actuellement l'organisation des services de soins primaires à l'Administration territoriale des services de santé. Douze conseils régionaux du mieux-être conseilleront la nouvelle administration des services de santé unique (Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest 2017b). Bien que la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ne stipule pas ouvertement qu'il revient à l'Administration territoriale de gérer les services médicaux ou de soins primaires, c'est elle qui est directement responsable de l'embauche et du déploiement de tous les médecins et infirmiers de premier recours dans les Territoires du Nord-Ouest. En outre, tous les médecins sont des employés salariés de l'Administration territoriale, une situation unique par rapport à toutes les autres autorités sanitaires canadiennes (quoique le ministère de la Santé du Nunavut joue un rôle similaire à celui de l'Administration territoriale à cet égard).

Politiques sur les soins primaires

À l'échelle communautaire, les équipes informelles de soins primaires sont composées d'infirmières, de travailleurs en santé mentale et de travailleurs sociaux communautaires qui sont appuyés par des équipes régionales dans les centres régionaux (Mable *et al.* 2012). Les centres de santé communautaire offrent un accès aux soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 dans huit collectivités des Territoires du Nord-Ouest (Mable *et al.* 2012).

On recense 48 infirmiers praticiens qui travaillent dans les Territoires du Nord-Ouest (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2016). La majorité des infirmiers praticiens sont salariés et travaillent pour le gouvernement (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2016). Les infirmiers praticiens et les infirmiers en pratique avancée sont les principaux fournisseurs de soins primaires dans la plupart des collectivités des Territoires du Nord-Ouest (Mable *et al.* 2012). Les médecins de famille, quant à eux, travaillent dans les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest et offrent aussi des services d'obstétrique (Mable *et al.* 2012).

Innovations en soins de santé primaires

Bien que le plan stratégique 2017-2020 de l'Administration territoriale comprend des objectifs comme la prestation intégrée et coordonnée des services de soins primaires, les stratégies ou les modèles de prestation de soins qui seront utilisés pour réformer ou améliorer les soins primaires n'y sont pas précisés (Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest 2017a). Il existe cependant quelques exemples individuels d'innovation dans les soins primaires.

Le Collège des médecins de famille du Canada indique que la **clinique de soins de santé primaires de Yellowknife** est un exemple réussi d'initiative de « centre de médecine de famille ». Le centre de médecine de famille est « une pratique de médecine familiale définie par ses patients comme l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise pour présenter leurs préoccupations individuelles et familiales sur le plan de la santé et en discuter » (Le Collège des médecins de famille du Canada 2017, p. 8).

La moitié de la population des Territoires du Nord-Ouest vit dans sa capitale. C'est donc naturellement que la clinique de soins de santé primaires s'est établie à Yellowknife. Lancée en 2012, cette clinique est née de la fusion de deux cliniques. Le modèle du centre de médecine familiale a servi de cadre directeur pour sa planification et sa mise en œuvre. Outre la mise en place d'un seul dossier médical électronique, des soins interprofessionnels en équipe et une liste de patients ont été établis dans la foulée de ce lancement. Le Collège des médecins de famille du Canada (2017) rapporte que les évaluations, à l'aide de l'outil de notation des foyers de soins primaires, démontrent des améliorations dans les soins à la clinique de Yellowknife après sa mise en œuvre (2017).

Les médecins de Yellowknife ont recours à la technologie pour offrir des services aux collectivités éloignées. Les fournisseurs de soins sont appuyés par un seul dossier médical électronique, un vaste système qui devait répondre aux besoins de 80 % des résidents des Territoires du Nord-Ouest d'ici la fin de 2016 (Le Collège des médecins de famille du Canada 2017).

NUNAVUT

Gouvernance et responsabilisation

Au Nunavut, l'administration et la prestation des services de santé n'ont pas été régionalisées. C'est le ministère de la Santé du Nunavut qui est responsable de la gestion et de la prestation des services de santé sur tout le territoire, avec la collaboration des quatre bureaux régionaux sous sa responsabilité : Qikiqtaaluk, Kivalliq, Kitmeot, Iqaluit (Ministère de la Santé du Nunavut 2016). En vertu de la *Nursing Act*, les infirmiers exercent une profession autoréglementée, dans le cadre de laquelle le gouvernement du Nunavut soutient l'Association des infirmières et infirmiers autorisés des Territoires du Nord-Ouest et l'autorité de réglementation du Nunavut. Bien qu'il ne soit pas expressément question des soins médicaux ou des soins primaires dans la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, c'est le gouvernement territorial qui réglemente directement les médecins et conclut des ententes avec eux. Les centres de santé communautaires et régionaux qui fournissent la plupart des services de soins primaires sont sous la gestion et le contrôle directs du ministère de la Santé du Nunavut. Presque tous les soins primaires sont dirigés par des infirmiers dans des centres de santé communautaires.

Politiques sur les soins primaires

Le Nunavut fait face à des défis dans la prestation des services de santé en raison de la taille du territoire, des températures extrêmement froides en hiver et de la grande dispersion de sa petite population dans de nombreuses collectivités, ce qui nécessite un recours au transport médical aérien pour les soins secondaires et tertiaires (Bureau du vérificateur général du Canada 2017). Le ministère de la Santé recrute et embauche des médecins et des infirmiers. La plupart des infirmiers et tous les médecins viennent de l'extérieur du Nunavut (Bureau du vérificateur général du Canada 2017).

Dans son rapport sur les services de soins de santé au Nunavut publié en 2017, le vérificateur général du Canada conclut en affirmant que : « le ministère de la Santé n'avait pas géré ni soutenu adéquatement son personnel des soins de santé en vue d'assurer la prestation des services dans les centres de santé régionaux et locaux du Nunavut » (Bureau du vérificateur général du Canada 2017, ligne 126). Le rapport mettait en évidence les problèmes suivants : les professionnels de la santé n'étaient pas formés et orientés de manière cohérente, les processus d'assurance de la qualité étaient rarement mis en œuvre, les risques en matière de sécurité étaient mal gérés et le recrutement d'infirmier(ère)s permanents et d'autres professionnels de la santé était inefficace. Le rapport annuel 2016-2017 du ministère de la Santé indique que la Division des opérations est en train d'élaborer un cadre d'amélioration de la qualité, un plan de mise en œuvre et une trousse de ressources pour les programmes de santé communautaire et de soins infirmier(ère)s en santé publique (Ministère de la Santé du Nunavut 2016).

Innovations en soins de santé primaires

Les **centres de santé communautaire (CSC)** répondent à la plupart des besoins en matière de soins primaires au Nunavut (Marchildon et Torgerson 2013). Les CSC sont dirigés par des infirmier(ère)s et composés d'équipes d'infirmier(ère)s employés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (Marchildon et Torgerson 2013, Bureau du vérificateur général du Canada 2017). Les médecins visitent périodiquement les centres de santé ou offrent un soutien à distance (Bureau du vérificateur général du Canada 2017). En mars 2016, 69 infirmier(ère)s en santé communautaire prodiguaient des soins primaires et des soins d'urgence de base aux 24 collectivités éloignées du Nunavut. Les infirmier(ère)s en santé communautaire offrent des soins primaires, y compris des soins prénataux et postnataux, et exercent un rôle élargi correspondant aux fonctions qui leur sont déléguées par un médecin (p. ex.,

suturer les plaies, administrer des médicaments, effectuer des radiographies, plâtrer des membres fracturés) (Bureau du vérificateur général du Canada 2017). À Iqaluit, les infirmier(ère)s praticiens de la clinique de médecine familiale et les omnipraticiens du petit hôpital général de Qikiqtani fournissent des soins primaires (Marchildon et Torgerson 2013). À l'extérieur d'Iqaluit, il n'est pas nécessaire d'inscrire la clientèle. Les résidents de la communauté utilisent leurs CSC locaux, car il n'y a pas d'autre option viable étant donné les distances qui séparent les communautés et l'absence de réseau routier les reliant. Dans un tel environnement, la continuité des soins primaires et la responsabilisation des fournisseurs envers les usagers sont assurées sans inscription de clientèle. Les soins sont fournis 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par des infirmier(ère)s en santé communautaire (ISC) qui demeurent joignables par téléphone après les heures normales d'ouverture de la clinique. Les cliniques sans rendez-vous se tiennent l'avant-midi, tandis que les cliniques de mieux-être se déroulent l'après-midi. Bien que le gouvernement se soit fixé comme objectif d'établir des dossiers de santé électroniques pour tous ses résidents d'ici 2012 (Marchildon et Torgerson 2013), le présent examen n'a pas permis de déterminer les progrès réalisés à cet égard.

YUKON

Gouvernance et responsabilisation

Les services de soins de santé au Yukon n'ont pas été régionalisés. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon est responsable du programme de santé et de services sociaux du territoire.

Politiques sur les soins primaires

Le Yukon fait face à un certain nombre de défis en matière de soins de santé : certains Yukonnais vivent dans de petites collectivités éloignées, la population est vieillissante et le territoire affiche une incidence accrue de maladies chroniques (Bureau du vérificateur général du Canada 2011). De plus, les peuples autochtones, qui représentent 25 % de la population du Yukon, connaissent d'importantes disparités sur le plan de la santé par rapport au reste du Canada (Bureau du vérificateur général du Canada 2011).

Selon un rapport de 2011 du vérificateur général du Canada, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon a commencé à planifier l'établissement d'objectifs pour les résultats en matière de santé et l'élaboration d'indicateurs clés (Bureau du vérificateur général du Canada 2011). Parmi les autres problèmes, mentionnons l'absence d'un système d'information sur la santé pour recueillir des données sur la santé et les lacunes dans la surveillance et l'évaluation des programmes (Bureau du vérificateur général du Canada 2011).

Tel qu'énoncé dans le plan stratégique 2014-2018 du territoire, l'un des objectifs est d'offrir des services intégrés et de qualité à tous les résidents du Yukon (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon 2014). Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement du Yukon a l'intention d'intégrer les infirmier(ère)s praticiens dans le système de santé (qui sont autorisés à pratiquer depuis 2012) et d'accroître l'utilisation de la télésanté (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon 2014, Gouvernement du Yukon 2012).

Innovations en soins de santé primaires

Comme au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, les CSC dotés d'infirmier(ère)s en santé communautaire (ISC) sont le lieu principal où les soins primaires sont offerts dans les petites collectivités (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon 2014). On recense 12 CSC dotés d'un ou de plusieurs infirmier(ère)s de soins de santé primaires (Gouvernement du Yukon s.d.). Les CSC offrent des traitements médicaux, des programmes de santé communautaire et des services d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 (Gouvernement du Yukon s.d.). De plus, les visites des médecins dans les CSC sont relativement peu fréquentes (Health Intelligence Inc. and Associates 2014).

Cependant, le personnel des CSC se heurte à certains défis, par exemple : le temps que les ISC consacrent à des fonctions autres que les soins infirmier(ère)s, les lacunes concernant les dossiers médicaux électroniques, l'absence de soins en équipe, l'introduction tardive des IP (Health Intelligence Inc. and Associates 2014). Voici quelques autres défis liés à la prestation des services dans les CSC : ressources médiocres en santé mentale et en toxicomanie, besoins en soins actifs à l'échelle communautaire, soins à domicile et palliatifs ainsi que médicaux limités, services dentaires, de physiothérapie et d'ergothérapie limités (Health Intelligence Inc. and Associates 2014).

La **clinique de soins axés sur la collaboration** est un modèle de soins primaires qui cible les populations ayant des besoins complexes et leur donne accès à des services de santé mentale, à des soins médicaux et à un travailleur de proximité (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon 2014). Le

ministère de la Santé et des Affaires sociales prévoit intégrer les infirmier(ère)s praticiens à ce modèle de soins (Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon 2014). L'Hôpital général de Whitehorse compte une clinique de soins axés sur la collaboration (Gouvernement du Yukon 2013). Étant donné le manque d'information sur ce modèle de soins, y compris sur l'inscription de clientèle, le cadre de financement et l'utilisation des dossiers de santé électroniques, il est difficile de se prononcer sur cette innovation particulière.

Annexe B : Caractéristiques de base des modèles de soins primaires dans l'ensemble du Canada

Province ou territoire	Modèle de soins de santé primaires (année d'adoption)	Nombre et portée (s'il y a lieu)	Composition du personnel	Rémunération et financement	Caractéristiques de gouvernance
Alberta	Réseaux de soins de santé primaires (RSP) (2003)	42 RSP servant 3,6 millions des 4 millions d'Albertains.	80 % des médecins de soins primaires adhèrent à ce modèle : 3 800 médecins et 1 000 autres professionnels de la santé équivalents temps plein qui ne sont pas des médecins.	Rémunération de base (rémunération à l'acte ou par capitation) et paiements supplémentaires pour la couverture après les heures de travail et autres activités.	Les RSP sont indépendants et sans but lucratif. Les médecins sont des actionnaires (régis par le conseil d'administration du RSP) ou des entrepreneurs offrant des services (comme entité de Services de santé Alberta).
Colombie-Britannique	Divisions of Family Practice (s.d.)	35 réseaux locaux de médecins de famille pour plus de 230 collectivités.	Médecins	Financés par le gouvernement provincial et Doctors of BC. Augmentation de 11,8 % de la rémunération des médecins.	Chaque division est dirigée par un directeur général et un médecin responsable. La division permet aux médecins de famille de travailler ensemble à la prise de décision en partenariat avec les RRS.
Manitoba	Réseau de services médicaux intégré, RSMI (2006)	13	Médecins de famille	Financement mixte et mesures incitatives fondées sur la qualité (en fonction de divers indicateurs de rendement) Des primes sont aussi accordées selon le nombre de patients. Aucun financement de base n'est affecté. Ce n'est pas le médecin qui reçoit le financement directement, mais bien la clinique.	Les cliniques avec RSMI appartiennent aux médecins actionnaires qui ont le pouvoir discrétionnaire d'administrer les fonds du programme.
	Réseau de soins de santé primaires, RSS (2014)	14	Les équipes des RSP peuvent être composées de médecins, d'infirmiers praticiens, de spécialistes de l'exercice, de pharmaciens, de travailleurs en santé mentale, de travailleurs sociaux et d'intervenants en soins spirituels.	Rémunération à l'acte, financement non conventionnel et financement mixte. Les RSP peuvent collaborer avec d'autres médecins rémunérés à l'acte dans la région du réseau.	Un RSP est régi par un comité directeur composé de membres de la RRS, de prestataires de soins primaires et d'organismes communautaires qui tiennent compte des intervenants de la région.

	Équipes My Health Teams, MyHT (s.d.)		La composition varie et peut inclure des médecins, des infirmiers, des infirmiers praticiens, des agents de développement communautaire, des spécialistes de l'exercice, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qui travaillent ensemble dans un vaste réseau virtuel.	Médecins et autres professionnels salariés	Les organismes sans but lucratif dirigés par les fournisseurs aux termes de l'entente MyHT. L'équipe MyHT et l'ORS planifient les services et décident de la composition de l'équipe; toutes les décisions doivent cependant être approuvées par l'office régional de la santé.
	Modèle d'accès avancé (2007)	Au départ, on prévoyait étendre ce modèle à 75 % des cliniques de soins de santé primaires du Manitoba au plus tard en 2015.			Selon ce modèle, les cliniques de soins de santé primaires participent à un programme d'amélioration de 12 mois qui inclut une formation en gestion du changement.
Nouveau-Brunswick	Programme extra-mural (2018)		Les équipes comprennent du personnel infirmier, des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels de la santé.		Le programme sera exécuté par une entreprise privée, Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick.
	Médecine familiale Nouveau-Brunswick (2017)		Approche fondée sur le travail d'équipe.		Gérée par la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
	Centres de santé communautaires (CSC) [début des années 2000]	Neuf CSC à l'échelle de la province en 2012.	Équipe interprofessionnelle : médecin de famille, personnel infirmier, diététiste, travailleur social et thérapeutes en réadaptation physique.	Salaire ou rémunération à l'acte	
Terre-Neuve-et-Labrador	Centres de santé communautaires (CSC) [s. d.]	Trois CSC en 2012.	Équipes interprofessionnelles en soins de santé, incluant des médecins et des infirmiers praticiens.	Financement autre	
	Équipe de soins de santé primaires (PHT) locales (s. d.)	Sept PHT locales couvrant les quatre RRS en 2012.	Médecins, coordonnateurs, personnel infirmier, professionnels en soins communautaires, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, pharmaciens, physiothérapeutes et psychologues.	Rémunération à l'acte ou salaire	Les autorités sanitaires sont le moteur principal des PHT.

Nouvelle-Écosse	Équipes de soins primaires (PCT) [s. d.]		Équipes interprofessionnelles de soins qui peuvent comprendre des médecins, un infirmier praticien, des sages-femmes, des diététistes, des conseillers, des infirmiers de santé publique et d'autres prestataires de soins de santé.	Les PCT négocient leur financement avec leur autorité sanitaire de district (ASD) respective. Les modèles de financement tiennent compte du lieu de pratique (les médecins en région peu peuplée reçoivent un salaire, tandis que les médecins en région très peuplée sont rémunérés à l'acte). Les salaires et les honoraires font l'objet d'une négociation entre le syndicat d'appartenance du médecin, Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé, conformément à la convention-cadre conclue avec la province. Les médecins sont admissibles à des programmes incitatifs de rémunération au rendement. Le personnel non médical reçoit un salaire de l'ASD.	
	Équipes collaboratives de médecine familiale (s. d.)	Une cinquantaine d'équipe comprenant au moins trois prestataires de soins de santé primaires exerçant dans au moins deux domaines différents.	Médecins de famille, infirmiers praticiens, infirmiers spécialisés en soins familiaux et autres professionnels de la santé.		
Ontario	Centres de santé communautaires (CSC) [1980]	74 CSC au service de 500 000 Ontariens.	Médecins, infirmiers praticiens, promoteurs de la santé, conseillers et autres professionnels de la santé.	Salaire, déterminé par la RLISS	Organismes sans but lucratif dirigés à l'échelle de la collectivité.
	Réseaux de santé familiale (RSF) [2001]	34 % des Ontariens en 2010.	Cinq médecins de famille ou plus.	Modèle de rémunération mixte fondé sur la capitation et les incitatifs financiers	
	Organismes de santé familiale (OSF) [s. d.]				
	Groupes de santé familiale (GSF) [2003]		Trois médecins de famille ou plus.	Rémunération à l'acte avec primes	

	Équipes de santé familiale (2005)	En 2010, 32 % des Ontariens étaient suivis par une équipe de santé familiale fonctionnant selon un modèle de rémunération à l'acte et 16 %, par une équipe de santé familiale rémunérée par capitation. 185 équipes de santé familiale en 2014.	Médecins (au moins sept, mais le nombre varie) et autres professionnels de la santé (infirmiers praticiens, autre personnel infirmier, pharmaciens, diététistes, podologues ou podiatres, travailleurs sociaux, travailleurs en santé mentale, éducateurs en matière de santé et ergothérapeutes). Les services sont axés sur la collectivité où ils sont offerts.	Rémunération à l'acte ou capitation Primes liées l'atteinte des objectifs de prévention et primes spéciales liées à la prestation de soins prénataux et intrapartum, de soins en milieu hospitalier, de soins à domicile et de soins palliatifs.	Les médecins qui exercent au sein d'une équipe de santé familiale s'engagent par contrat auprès du MSSLD à fournir une vaste gamme de services selon un modèle de rémunération mixte.
Québec	Groupes de médecine de famille (GMF) [2000]	15 000 patients inscrits par GMF. 3 785 médecins de famille exercent au sein d'un GMF. 223 GMF en 2011 et 25 % des Québécois inscrits.	Médecins (env. 10) et autres professionnels, par exemple : infirmiers (env. 2), nutritionnistes, spécialistes en soins psychosociaux, physiothérapeutes, pharmaciens et personnel administratif (env. 2 membres).	Médecins rémunérés à l'acte par la RAMQ. Le budget des GMF est déterminé en fonction du nombre de patients inscrits. Les autorités régionales de santé et de services sociaux déterminent le financement annuel en fonction du nombre de patients inscrits, du salaire du personnel administratif, du loyer des locaux et des frais d'embauche du personnel et des infirmiers.	Les médecins qui exercent au sein d'un GMF s'entendent par contrat avec les autorités régionales de santé et de services sociaux, qui représentent le ministère de la Santé et des Services sociaux.
	Cliniques-réseau (s.d.)	Principalement en milieu urbain (p. ex. à Montréal). 29 cliniques en 2010.	Médecins de première ligne	Rémunération à l'acte	Cabinets privés qui fournissent des soins de santé primaires.
	Centres locaux de services communautaires (CLSC) [années 1970]	15,7 % des médecins de famille exercent dans un CLSC.	Équipes interdisciplinaires	Salaire	Dirigés à l'échelle de la collectivité.
Saskatchewan	« Sites de démonstration » de l'innovation en matière de soins primaires (2016)	20 sites en 2016.	Équipes interdisciplinaires		

Annexe C : Autorités sanitaires provinciales et territoriales et lois sur les autorités sanitaires par territoire de compétence

Province ou territoire	Loi ou règlement	Rôles et responsabilités des autorités sanitaires régionales
Alberta	<i>Alberta Health Act</i> , S.A. 2010, c. A-19.5	<p>Rôles et responsabilités</p> <p>7(1) Conformément aux dispositions applicables et sous réserve de celles-ci, les autorités sanitaires régionales mises sur pied en vertu de la <i>Regional Health Authorities Act</i> sont responsables de la prestation des services de santé.</p> <p>(2) Conformément aux dispositions applicables et sous réserve de celles-ci, les conseils régionaux de santé doivent s’acquitter de leurs tâches et fonctions conformément aux dispositions en vertu desquelles elles ont été établies.</p> <p>(3) Conformément aux dispositions applicables et sous réserve de celles-ci, les ordres professionnels sont responsables de la réglementation des activités de leurs membres.</p> <p>(4) Sous réserve des dispositions réglementaires, en plus de ses responsabilités liées au système de santé, le ministre peut clarifier et coordonner les rôles et responsabilités des personnes visées par les paragraphes (1) à (3) ci-dessus.</p>
Colombie-Britannique	<i>Health Authorities Act</i> , .S.B.C. 1996., c. 180	<p>5 (1) Le mandat des conseils régionaux de santé est le suivant :</p> <p>a) élaborer et mettre en œuvre un plan sanitaire régional qui précise</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) les services de santé offerts dans la région ou une partie de celle-ci, (ii) le type, la taille et l’emplacement des établissements dans la région, (iii) les programmes servant à la prestation des services de santé dans la région, (iv) les ressources humaines requises en vertu du plan sanitaire régional, (v) les rapports à présenter au ministre concernant les activités par l’intermédiaire desquelles les conseils comptent accomplir leur mission; <p>b) élaborer des politiques, définir les priorités, préparer les budgets et les présenter au ministre, et allouer les ressources nécessaires à la prestation des services dans la région conformément au plan sanitaire régional;</p> <p>c) administrer et allouer les subventions consenties par le gouvernement pour la prestation des services de santé dans la région;</p> <p>d) assurer la prestation des services régionaux par leurs employés ou s’entendre avec des organismes gouvernementaux ou d’autres organismes publics ou privés concernant la prestation des services par lesdits organismes;</p> <p>e) [Abrogé, 2002, ch. 61, art. 4.]</p>

		<p>f) élaborer et mettre en œuvre des normes régissant la prestation des services dans la région;</p> <p>g) connaître, analyser et respecter les normes provinciales et régionales, et assurer la prestation des services applicables à la région en vertu de celles-ci;</p> <p>h) en collaboration, dans la mesure du possible, avec les services d'urgence de santé de la Colombie-Britannique, l'Autorité provinciale des services de santé de la province et les sociétés qui relèvent de cette dernière, de même qu'avec les établissements et organismes de santé, les municipalités, administrations et personnes concernées, planifier et coordonner</p> <p>(i) la prestation, en Colombie-Britannique, de services ambulanciers, de services de santé d'urgence et de services de santé complémentaires intégrés à l'échelle régionale et provinciale, tels que définis par la <i>Emergency Health Services Act</i>,</p> <p>(ii) le recrutement et la formation d'assistants médicaux d'urgence, aux termes de la <i>Emergency Health Services Act</i>, et de tout autre personnel nécessaire à la prestation des services auxquels le sous-alinéa (i) fait référence.</p> <p>(2) Les conseils doivent remplir leur mission dans le strict respect des normes provinciales et des services spécifiés</p>
<p>Manitoba</p>	<p><i>Loi sur les offices régionaux de la santé, C.P.L.M. 1996, c. R34</i></p>	<p>Mandat des offices régionaux de la santé</p> <p>23(1) Les offices régionaux de la santé ont pour mandat de fournir et d'administrer des services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de santé dans leur région sanitaire, en conformité avec la présente loi et ses règlements.</p> <p>Attributions des offices régionaux de la santé</p> <p>23(2) Les offices régionaux de la santé exercent les attributions suivantes en vue de remplir leur mandat :</p> <p>a) promouvoir et protéger la santé de la population de la région sanitaire et élaborer et mettre en œuvre des mesures relatives à la prévention des maladies et des blessures;</p> <p>b) évaluer de manière continue les besoins en matière de santé au sein de la région sanitaire et publier les rapports d'évaluation sur son site Web en conformité avec les directives du ministre;</p> <p>c) établir des objectifs et priorités à l'égard de la prestation des services de santé, qui répondent aux besoins en matière de santé au sein de la région sanitaire et qui sont compatibles avec les objectifs et priorités d'application provinciale;</p> <p>c.1) élaborer, mettre en œuvre et publier sur son site Web un plan régional stratégique qui, à la fois :</p> <p>(i) donne ses objectifs à long terme, sa vocation et ses priorités stratégiques pour la région sanitaire,</p> <p>(ii) incorpore :</p> <p>(A) les besoins en matière de santé dans la région, tels qu'évalués en conformité avec l'alinéa b),</p> <p>(B) les objectifs et les priorités établis en conformité avec l'alinéa c);</p> <p>c.2) réévalue et révisé son plan régional stratégique au moins une fois tous les cinq ans et plus fréquemment si le ministre le lui ordonne;</p>

		<p>d) élaborer et mettre en œuvre un plan sanitaire régional en conformité avec l'article 24;</p> <p>e) examiner et réviser le plan sanitaire régional au moins une fois par an et plus fréquemment si le ministre l'exige;</p> <p>f) gérer et affecter les ressources, y compris les fonds fournis par le gouvernement aux fins de la prestation des services de santé, en conformité avec la présente loi et ses règlements et avec le plan sanitaire régional;</p> <p>g) assurer que les moyens pris afin de fournir des services de santé permettent de réaliser les objectifs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) la prestation des services de santé obligatoires au public ou l'accès du public à ceux-ci, (ii) le respect des normes établies par arrêté ministériel, (iii) l'accès raisonnable du public aux services de santé; <p>h) assurer que les services de santé soient fournis d'une manière qui réponde aux besoins des particuliers et des collectivités au sein de la région sanitaire et qui permette une coordination et une intégration des services de santé et des établissements;</p> <p>i) collaborer avec d'autres personnes, y compris les ministères et les organismes gouvernementaux, en vue d'assurer la coordination des services de santé et des établissements dans la province et le respect des objectifs et priorités d'application provinciale;</p> <p>j) se conformer aux directives données par le ministre;</p> <p>k) surveiller et évaluer la prestation des services de santé et le respect des normes fixées par arrêté ministériel et des objectifs et priorités d'application provinciale, en conformité avec les lignes directrices énoncées ou prescrites par le ministre.</p>
<p>Nouveau-Brunswick</p>	<p><i>Loi sur les régies régionales de la santé, 2011, c. 217</i></p>	<p>Pouvoirs, fonctions et responsabilités des régies régionales de la santé</p> <p>Responsabilités des régies régionales de la santé</p> <p>29(1) Une régie régionale de la santé doit assurer la fourniture et l'administration des services de santé dans la région pour laquelle elle est établie.</p> <p>29(2) Par dérogation au paragraphe (1), une régie régionale de la santé peut, lorsque son plan régional de la santé et d'affaires l'y autorise, fournir des services de santé dans une autre région.</p> <p>2002, c. R-5.05, s. 29</p> <p>Détermination des besoins de santé</p> <p>30 Une régie régionale de la santé doit</p> <ul style="list-style-type: none"> a) déterminer les besoins de santé de la population qu'elle sert, b) déterminer les priorités dans la fourniture des services de santé à la population qu'elle sert, et c) allouer les ressources conformément au plan régional de la santé et d'affaires. <p>2002, c. R-5.05, s. 30</p> <p>Fourniture des services de santé</p> <p>31 Une régie régionale de la santé peut fournir des services de santé seulement</p> <ul style="list-style-type: none"> a) lorsqu'il existe des besoins de services de santé, b) lorsque les services sont compris dans un plan approuvé par le ministre,

		<p>c) lorsque les services sont compatibles avec le plan provincial de la santé, et</p> <p>d) lorsque les ressources nécessaires sont disponibles. 2002, c. R-5.05, s. 31</p>
Terre-Neuve-et-Labrador	<i>Regional Health Authorities Act, S.N.L., 2006, c. R-7-1.</i>	<p>Mandat des autorités sanitaires régionales</p> <p>16 (1) Les autorités sanitaires ont pour mandat de fournir et d'administrer des services de santé et communautaires dans leur région conformément à la présente loi et ses règlements.</p> <p>(2) Indépendamment du paragraphe (1), les autorités sanitaires peuvent fournir à l'échelle de plusieurs régions ou de la province certains services de santé et communautaires désignés par le ministre lorsque celui-ci leur en donne l'autorisation aux termes de l'article 4.</p> <p>(3) Les autorités sanitaires exercent les attributions suivantes en vue de remplir leur mandat :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) promouvoir et protéger la santé et le bien-être de la population de leur région en appliquant des mesures à cet égard, et élaborer et mettre en œuvre des mesures relatives à la prévention des maladies et des blessures; (b) évaluer de façon continue les besoins de leur région en matière de services de santé et communautaires; (c) établir des objectifs et priorités à l'égard de la prestation des services de santé et communautaires qui répondent aux besoins de leur région et qui sont compatibles avec les objectifs et priorités d'application provinciale; (d) gérer et affecter les ressources, y compris les fonds fournis par le gouvernement aux fins de la prestation des services de santé et communautaires, en conformité avec la présente loi; (e) s'assurer que les services de santé et communautaires sont fournis de façon intégrée et coordonnée; (f) collaborer avec d'autres personnes et organismes, y compris les gouvernements, administrations et organismes fédéraux, provinciaux et municipaux ainsi que les autres autorités sanitaires régionales, en vue d'assurer la coordination des services de santé et communautaires dans la province et le respect des objectifs et priorités d'application provinciale; (g) recueillir de l'information sur les services de santé et communautaires, et analyser cette information dans le but d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques et des programmes dans leur région; (h) fournir aux résidents de la région des renseignements sur <ul style="list-style-type: none"> (i) les services offerts par l'autorité, (ii) la façon d'obtenir ces services, (iii) la façon de communiquer avec l'autorité au sujet des services offerts par celle-ci; (i) surveiller et évaluer la prestation des services de santé et communautaires et le respect des normes fixées par arrêté ministériel et des objectifs d'application provinciale, en conformité avec les lignes directrices établies par le ministre aux termes de l'alinéa 5 (1) (b); (j) se conformer aux directives du ministre.

		<p>Pouvoirs des autorités sanitaires régionales</p> <p>17. (1) Les autorités peuvent</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) acheter, prendre à bail ou autrement acquérir une propriété; (b) vendre, donner à bail ou autrement céder une propriété; (c) accepter des concessions, cadeaux, legs ou dons de biens immobiliers et personnels et, lorsque ces concessions, cadeaux, legs ou dons s'accompagnent de directives ou de conditions, les autorités peuvent, à moins que la personne à l'origine de la concession, du cadeau, du legs ou du don n'y consente autrement, se soumettre à ces directives ou conditions; (d) sauf là où les règlements l'interdisent, facturer les frais liés à la prestation des services de santé et communautaires au bénéficiaire; (e) mener des activités de recherche et de formation dans le domaine des services de santé et communautaires, et communiquer ou collaborer avec des personnes ou des organismes aux fins de ces activités; (f) constituer une fondation de bienfaisance, ou faire une demande en ce sens, aux termes de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> du Canada; (g) exercer toute autre attribution nécessaire à l'exécution de leur mandat, en plus de celles que leur accorde la présente loi. <p>(2) Sous réserve de l'approbation du ministre, les autorités peuvent</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) acheter, louer ou autrement acquérir un bien immobilier, ou des intérêts dans un bien immobilier, qu'elles jugent nécessaire à l'exécution de leur mandat; (b) construire, rénover, agrandir, transformer ou déménager des bâtiments ou des structures; (c) vendre, donner à bail ou autrement céder une propriété, ou des intérêts dans une propriété qu'elles ne jugent plus nécessaire à l'exécution de leur mandat. <p>(3) Les autorités peuvent emprunter des fonds</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) aux fins de leurs activités courantes; (b) dans le but d'acquérir une propriété dont elles feront usage ou pour faire bâtir, réparer, agrandir, meubler ou équiper une telle propriété. <p>(4) Les autorités peuvent s'entendre avec d'autres organismes pour que ceux-ci assurent la prestation de services de santé ou communautaires ou qu'ils collaborent à cette prestation.</p>
<p>Territoires du Nord-Ouest</p>	<p><i>Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux,</i></p>	<p>5.1.</p> <p>(1) L'administration territoriale, sous réserve de la présente loi et des règlements, arrêtés, directives et autres actes pris en vertu de la présente loi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) livre, ou prévoit ou coordonne la livraison : <ul style="list-style-type: none"> (i) des types de services de santé et de services sociaux approuvés en vertu de l'alinéa 2.1(1)c),

	L.R.T.N.-O. 1988, ch. T-3	<p>(ii) des activités promotionnelles de la santé et du mieux-être; b) gère, dirige et exploite chaque établissement, service de santé et service social placé sous sa responsabilité;</p> <p>c) gère les ressources, notamment les ressources financières et humaines, nécessaires à l'exercice de ses fonctions;</p> <p>d) accomplit les autres activités que lui confie le ministre.</p> <p>(2) Sous réserve de la présente loi, de la <i>Loi sur la gestion des finances publiques</i> et des règlements, arrêtés, directives et autres actes pris en vertu de ces lois, l'administration territoriale peut exercer les pouvoirs nécessaires et accessoires à ses fonctions prévues au paragraphe (1).</p> <p>(3) Il est entendu que peuvent être déléguées ou confiées à l'administration territoriale les attributions relatives à la gestion, au contrôle ou à l'exploitation des établissements de services sociaux mis sur pied ou prévus en vertu d'un texte, et des services sociaux créés ou prévus en vertu d'un texte. L.T.N.-O. 2015, ch. 14, art. 2.</p>
Nouvelle-Écosse	<i>Health Authorities Act</i> , 2014, S.N.S., c. 32	<p>19(1) Les autorités sanitaires doivent</p> <p>a) sous réserve de toute décision du ministre en vertu du paragraphe 9(a), déterminer les priorités quant aux services de santé qu'elles offrent et allouer les ressources en conséquence;</p> <p>b) faire des recommandations au ministre quant aux services de santé qu'elles devraient offrir;</p> <p>c) consulter le ministre et mettre en œuvre le plan de santé provincial;</p> <p>d) préparer un plan d'activité annuel des services de santé et présenter ce plan au ministre;</p> <p>e) mettre en œuvre leur plan d'activité des services de santé respectif;</p> <p>f) collaborer avec le ministre à la préparation et à la mise en œuvre des politiques et normes en matière de santé, des systèmes d'information sur la santé, des plans de ressources humaines pour le système de santé et autres initiatives provinciales liées au système de santé;</p> <p>g) respecter toutes les normes adoptées par le ministre relativement à la qualité des services offerts par les autorités sanitaires;</p> <p>h) se conformer à toute directive, politique ou ligne directrice du ministre concernant les services de santé offerts par les autorités sanitaires et l'administration de ces services;</p> <p>i) fournir au ministre tous les renseignements, incluant les renseignements personnels et les renseignements personnels sur la santé, nécessaires pour vérifier et évaluer la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et l'exhaustivité des services de santé, et aux fins de planification du système de santé;</p> <p>j) faire état de la performance du système de santé conformément aux exigences du ministre;</p> <p>k) élaborer et mettre en œuvre des plans d'amélioration du système de santé conformément aux exigences du ministre;</p> <p>l) fonctionner conformément au cadre de responsabilisation établi par le ministre, le cas échéant;</p> <p>m) évaluer les besoins des Néo-Écossais en matière de soins de santé et établir le profil des collectivités conformément aux exigences du ministre;</p> <p>n) fournir tout autre rapport demandé par le ministre;</p> <p>o) s'acquitter de toute responsabilité additionnelle imposée par le ministre ou exigée par la réglementation</p>

<p>Ontario</p>	<p><i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, L.O. 2006, chap. 4</i></p>	<p><i>Mission</i></p> <p><i>5 La mission de chaque réseau local d'intégration des services de santé consiste à planifier, à financer et à intégrer le système de santé local de façon à réaliser l'objet de la présente loi et, notamment, à faire ce qui suit :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) promouvoir l'intégration du système de santé local afin de fournir des services de santé appropriés, coordonnés, efficaces et efficients; b) déterminer les besoins du système de santé local en matière de services de santé, notamment les besoins concernant les effectifs médicaux, et prendre des dispositions à leur égard conformément aux plans et priorités provinciaux, et faire des recommandations au ministre au sujet du système, y compris ses besoins en matière de financement d'immobilisations; c) engager la collectivité de personnes et d'entités qui œuvrent au sein du système de santé local dans la planification du système et l'établissement des priorités de celui-ci, y compris l'établissement de mécanismes formels pour la participation et la consultation de la collectivité; d) veiller à ce que le système de santé local soit doté de processus appropriés pour répondre aux préoccupations de la population au sujet des services qu'elle reçoit; e) évaluer et surveiller le rendement du système de santé local et de ses services de santé, y compris l'accès à ces services et leur utilisation, leur coordination, leur intégration et leur rentabilité, et faire rapport à ce sujet au ministre et en assumer la responsabilité devant lui; e.1) promouvoir l'équité dans le domaine de la santé, y compris des résultats équitables en matière de santé, réduire ou éliminer les disparités et les inégalités dans le domaine de la santé, reconnaître l'incidence des déterminants sociaux de la santé et respecter la diversité des collectivités et les exigences de la Loi sur les services en français dans le cadre de la planification, de la conception, de la prestation et de l'évaluation des services; e.2) participer à l'élaboration et à la mise en œuvre de stratégies de promotion de la santé en collaboration avec les services de soins de santé de premier recours, les services de santé publics et les services en milieu communautaire afin de soutenir l'amélioration de la santé de la population et les résultats y afférents; f) participer et collaborer à l'élaboration, par le ministre, du plan stratégique provincial ainsi qu'à l'établissement et à la mise en œuvre de la planification à l'échelle provinciale, de la gestion de systèmes et des priorités, des programmes et des services en matière de soins de santé à l'échelle provinciale; g) élaborer des stratégies et collaborer avec les fournisseurs de services de santé, y compris les centres universitaires des sciences de la santé, les autres réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services à l'échelle provinciale, entre autres, afin d'améliorer l'intégration des systèmes de santé provincial et locaux et la coordination des services de santé;
-----------------------	---	---

		<p>h) mettre en œuvre des stratégies mixtes avec d'autres réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'améliorer les soins aux malades et l'accès à des services de santé de grande qualité et de promouvoir la continuité des soins de santé entre les systèmes de santé locaux et partout dans la province, et participer à ces stratégies;</p> <p>i) diffuser de l'information sur les meilleures pratiques et favoriser le transfert des connaissances entre les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les fournisseurs de services de santé;</p> <p>j) rehausser l'efficacité économique de la prestation de services de santé et la durabilité du système de santé;</p> <p>k) accorder un financement aux fournisseurs de services de santé, conformément aux priorités provinciales, de sorte qu'ils puissent fournir des services de santé et du matériel sanitaire;</p> <p>l) conclure des ententes visant l'établissement de normes de rendement et faire en sorte que les fournisseurs de services de santé qui reçoivent un financement du réseau se conforment à ces normes;</p> <p>m) faire en sorte que les ressources humaines, matérielles et financières du réseau soient gérées de façon efficace et efficiente et répondre de leur utilisation devant le ministre;</p> <p>m.1) fournir des services de santé et de services sociaux connexes ainsi que des fournitures et de l'équipement pour soigner des personnes à domicile, dans la collectivité et ailleurs, et fournir des biens et des services pour aider les fournisseurs de soins à prodiguer des soins à ces personnes;</p> <p>m.2) gérer le placement de personnes dans des foyers de soins de longue durée, des programmes de logement avec services de soutien, des lits de malades chroniques et des lits de réadaptation d'hôpitaux, et d'autres programmes et endroits où des services communautaires sont fournis dans le cadre de la <i>Loi de 1994 sur les services de soins à domicile et les services communautaires</i>;</p> <p>m.3) fournir des renseignements au public sur les services de santé et les services sociaux, et faire des renvois vers ces services;</p> <p>m.4) financer des services non sanitaires qui sont liés aux services de santé que finance le ministre ou un réseau local d'intégration des services de santé;</p> <p>n) réaliser les autres objets que précise le ministre par règlement pris en application de la présente loi. 2006, chap. 4, art. 5; 2016, chap. 30, art. 4.</p>
Île-du-Prince-Édouard	<i>Health Services Act</i> , 2015, c. H- 1.6	<p>12 Fonctions</p> <p>(1) Santé Î.-P.-É. doit</p> <p>a) fournir des services de santé, ou assurer leur prestation, conformément au plan de santé provincial;</p> <p>b) exploiter et gérer les établissements de santé conformément au plan de santé provincial;</p> <p>c) gérer les ressources (financières, humaines et autres) nécessaires pour fournir les services de santé et exploiter les établissements de santé conformément au plan de santé provincial;</p>

		<p>d) s'acquitter de toute autre fonction imposée par le ministre.</p> <p>Tâches</p> <p>(2) Santé Î.-P.-É est responsable devant le ministre de l'exécution de ses fonctions aux termes de la présente loi; elle doit</p> <p>a) respecter toutes les normes adoptées par le ministre relativement à la qualité des services offerts par Santé Î.-P.-É.;</p> <p>b) se conformer à toute directive, politique et ligne directrice du ministre concernant les services de santé offerts par Santé Î.-P.-É;</p> <p>c) mener ses activités conformément au cadre de responsabilisation établi par le ministre, le cas échéant;</p> <p>d) mener ses activités conformément à son plan d'activité approuvé et à son plan stratégique approuvé;</p> <p>e) mener ses activités dans les limites de son budget approuvé. 2009, c. 7, s. 12.</p>
<p>Québec</p>	<p><i>Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1991, chapitre S-4.2.</i></p>	<p>CHAPITRE I.1 RÉSEAU LOCAL DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX ET INSTANCE LOCALE 2005, c. 32, s. 48.</p> <p>99.2. Aux fins de la présente loi, on entend par « réseau local de services de santé et de services sociaux » tout réseau mis en place conformément à un décret du gouvernement pris en application de la <i>Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux</i> (chapitre A-8.1) de même qu'un nouveau réseau mis en place conformément à un décret pris en vertu de l'article 347. 2005, c. 32, s. 48.</p> <p>99.3. La mise en place d'un réseau local de services de santé et de services sociaux vise à responsabiliser tous les intervenants de ce réseau afin qu'ils assurent de façon continue, à la population du territoire de ce réseau, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés. 2005, c. 32, s. 48.</p> <p>99.4. La coordination des services offerts par les intervenants d'un réseau local de services de santé et de services sociaux est assurée par une instance locale, laquelle est un établissement multivocationnel qui exploite notamment un centre local de services communautaires, un centre d'hébergement et de soins de longue durée et, le cas échéant, un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés. Seule une instance locale visée au premier alinéa peut faire usage, dans son nom, des mots « centre de santé et de services sociaux ». 2005, c. 32, s. 48.</p> <p>99.5. L'instance locale est responsable de définir un projet clinique et organisationnel identifiant, pour le territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, les éléments suivants :</p>

		<p>(1) les besoins sociosanitaires et les particularités de la population en fonction d'une connaissance de l'état de santé et de bien-être de celle-ci;</p> <p>(2) les objectifs poursuivis concernant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population;</p> <p>(3) l'offre de services requise pour satisfaire aux besoins et aux particularités de la population;</p> <p>(4) les modes d'organisation et les contributions attendues des différents partenaires de ce réseau.</p> <p>Le projet clinique et organisationnel doit être conforme aux orientations ministérielles et régionales et respecter les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnus ainsi que les ressources disponibles.</p> <p>Aux fins de définition de son projet clinique et organisationnel, une instance locale doit, pour le territoire de son réseau local, mobiliser les établissements offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant une incidence sur les services de santé et les services sociaux et s'assurer de leur participation. 2005, c. 32, s. 48.</p> <p>99.6. Dans la perspective d'améliorer la santé et le bien-être de la population de son territoire, une instance locale doit offrir :</p> <p>(1) des services généraux, notamment des services de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation, de soutien et d'hébergement;</p> <p>(2) certains services spécialisés et surspécialisés, lorsque ceux-ci sont disponibles. 2005, c. 32, s. 48.</p> <p>99.7. Afin de s'assurer de la coordination des services requis pour la population du territoire du réseau local de services de santé et de services sociaux, l'instance locale doit :</p> <p>(1) définir et mettre en place des mécanismes d'accueil, de référence et de suivi des usagers des services de santé et des services sociaux;</p> <p>(2) instaurer des mécanismes ou conclure des ententes avec les différents producteurs de services ou partenaires que sont, notamment, les établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés, les médecins du territoire, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les ressources privées;</p> <p>(3) prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes, notamment celles ayant des besoins particuliers et plus complexes, afin de leur assurer, à l'intérieur du réseau local de services de santé et de services sociaux, la continuité des services que requiert leur état;</p>
--	--	---

		<p>(4) créer des conditions favorables à l'accès, à la continuité et à la mise en réseau des services médicaux généraux, de concert avec l'agence, le département régional de médecine générale et la table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, en portant une attention particulière à l'accessibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) à des plateaux techniques diagnostiques pour tous les médecins; b) à l'information clinique, entre autres, le résultat d'examen diagnostiques tels ceux de laboratoire et d'imagerie médicale, les profils médicamenteux et les résumés de dossiers; c) à des médecins spécialistes par les médecins de famille dans une perspective de hiérarchisation des services, lorsqu'approprié. 2005, c. 32, s. 48. <p>99.8. Une instance locale doit recourir à différents modes d'information et de consultation de la population afin de la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et de connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus. Elle doit rendre compte de l'application du présent article dans une section particulière du rapport annuel de gestion. 2005, c. 32, s. 48; 2011, c. 15, s. 3.</p>
<p>Saskatchewan</p>	<p><i>The Provincial Health Authority Act, 2007, c. P.- 30.3</i></p>	<p>Responsabilités de l'autorité sanitaire provinciale en matière de services de santé</p> <p>4-1(1) L'autorité sanitaire provinciale est responsable de la planification, de l'organisation, de la prestation et de l'évaluation des services de santé offerts sur son territoire.</p> <p>(2) L'autorité sanitaire provinciale exerce les attributions suivantes en vue de remplir son mandat aux termes du paragraphe (1) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) évaluer les besoins des Saskatchewanais en matière de soins de santé; b) conformément à l'article 7-1, préparer un plan opérationnel pour la prestation des services de santé et mettre ce plan à jour périodiquement; c) fournir les services de santé déterminés par le ministre en application du paragraphe 7-3(b); d) coordonner les services qu'elle fournit avec ceux offerts par d'autres prestataires de services de santé; e) évaluer les services de santé qu'elle fournit; f) promouvoir la santé et le bien-être; g) collaborer avec le ministre à la préparation et à la mise en œuvre des politiques et normes en matière de santé, des systèmes d'information sur la santé, des plans de ressources humaines pour le système de soins de santé et autres initiatives provinciales liées au système de santé; h) respecter toutes les normes adoptées par le ministre relativement à la qualité des services qu'elle doit offrir; i) se conformer à toute directive, politique ou ligne directrice du ministre concernant les services de santé qu'elle doit offrir et l'administration de ces services de santé; j) mettre en œuvre tous les plans de services de santé et autres plans exigés par le ministre;

		<p>k) fournir tous les rapports demandés par le ministre; l) exécuter toute autre tâche que lui confie le ministre.</p> <p>(3) Sous réserve de l'agrément du gouverneur en conseil, aux fins de l'acquittement de ses responsabilités, l'autorité sanitaire provinciale doit définir des zones de services intégrés en Saskatchewan afin que les services de santé soient fournis et gérés de manière efficiente, efficace et opportune.</p> <p>(4) les zones de services intégrés doivent tenir compte de toute structure organisationnelle déterminée en application de l'article 2-4.</p> <p>(5) Sous réserve de l'agrément du gouverneur en conseil, l'autorité sanitaire provinciale peut modifier le nombre de zones de services intégrées ou modifier les zones proprement dites.</p>
--	--	--

RÉFÉRENCES

- ABRAMETZ, B., T. BRAGG, et D. KENDEL. *Organizing and Integrating Patient-Centred Care: Saskatchewan Advisory Panel on Health System Structure Report* (2016). Tiré de : <http://publications.gov.sk.ca/documents/13/105089-Saskatchewan-Advisory-Panel-on-Health-System-Structure-Report.pdf>.
- AGGARWAL, M., et B. HUTCHINSON. *Toward a Primary Care Strategy for Canada*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Ottawa (2012).
- Alberta Health Act*, S.A. 2010, c. A-19.5.
- ASSOCIATION DES CENTRES DE SANTÉ DE L'ONTARIO. « CHC fact sheet » (s.d.). Tiré de : <https://www.aohc.org/chc-fact-sheet>.
- ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : Analyse rétrospective décennale*. Ottawa, AIIIC.
- ASSOCIATION MÉDICALE DE L'ONTARIO. « Ontario's doctors opposed to flawed legislation – Bill 41 » (2016). Tiré de : <https://www.oma.org/sections/news-events/news-room/all-news-releases/ontarios-doctors-opposed-to-flawed-legislation-bill-41/>.
- ASSOCIATION MÉDICALE DU QUÉBEC et ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. *Accessibilité : La solution passe par la concertation* (2015). Tiré de : <https://www.amq.ca/images/stories/documents/memoire-projet-loi-20-en.pdf>.
- ASSOCIATION OF FAMILY HEALTH TEAMS OF ONTARIO. « Optimizing value of and access to team-based primary care » (2015). Tiré de : <https://www.afhto.ca/highlights/evidence/optimizing-value-of-and-access-to-team-based-primary-care/>.
- AUBIN, É. L., et A. QUESNEL-VALLÉE. « Augmenter l'accessibilité et la qualité des services de santé de première ligne avec les Groupes de Médecine de Famille ». *Health Reform Observer—Observatoire des Réformes de Santé*, vol. 4, n° 1 (2016).
- BRETON, M., J.-F. LÉVESQUE, R. PINEAULT et W. HOGG. « Les réformes des soins de première ligne : Est-ce que le modèle des groupes de médecine de famille au Québec pourrait bénéficier de l'expérience Ontarienne dans le modèle des équipes de santé familiale? ». *Healthcare Policy*, vol. 7, no 2 (2011), p. e122-e135.
- BRETON, M., R. PINEAULT, J.-F. LÉVESQUE, D. ROBERGE, R. B. DA SILVA et A. PRUD'HOMME. « Reforming healthcare systems on a locally integrated basis: is there a potential for increasing collaborations in primary healthcare? ». *BMC Health Services Research*, vol. 13, n° 1 (2013), p. 262.
- BUREAU DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE L'ONTARIO. *Rapport annuel 2016*. Ontario, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario (2016).

- BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA. *Les services de soins de santé – Nunavut, 2017 mars – Rapport du vérificateur général du Canada* (2017). Tiré de : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/nun_201703_f_41998.html.
- BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA. Programmes et services de santé au Yukon – 2011. Tiré de : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/yuk_201102_f_34985.pdf.
- CHATEAU, D., A. KATZ, C. METGE, C. C. M. TAYLOR et S. MCCULLOCH. *Describing Patient Populations for the My Health Team Initiative*. Winnipeg (Man.), Manitoba Centre for Health Policy (2017).
- COHEN, M. *How Can We Create a Cost-Effective System of Primary and Community Care Built Around Interdisciplinary Teams?* (2014). Tiré de : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/ccpa-bc-submission-select-standing-committee-health>.
- COMITÉ CONSULTATIF SUR LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES. *Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick* (2010). Tiré de : http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Soins-de-sante-primaires/Document_de_discussion_sur_les_soins_de_sante_primaires.pdf.
- CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ. *Progress Report 2013: Health care renewal in Canada*. Toronto (Ont.), Conseil canadien de la santé (2013).
- CONSEIL DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Expérience des Néo-Brunswickois et Néo-Brunswickoises à l'égard des services de santé primaires, Résultats du sondage du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick sur la santé primaire 2014* (2015). Tiré de : <https://www.nbhc.ca/surveys/primaryhealth>.
- CORPUS SANCHEZ INTERNATIONAL CONSULTANCY. *An Integrated Health System Review in PEI--A Call to Action: A plan for change* (2008). Tiré de : http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_csi_report.pdf.
- COYLE, N. *Primary Health Care Reform: Who joins a Family Medicine Group?* (2012). Tiré de : http://digitool.library.mcgill.ca/R/?func=dbin-jump-full&object_id=106399&local_base=GEN01-MCG02.
- DALE MCMURCHY CONSULTING. *Evidence Brief: Preparing for a devolved population-based approach to primary care* (2015). Tiré de : https://www.oma.org/wp-content/uploads/pbfm_evidence_brief_oct2015.pdf.
- DINH, T. *Improving Primary Health Care Through Collaboration, Briefing 1-Current Knowledge About Interprofessional Team*. Ottawa, Le Conference Board du Canada (2012).
- DIVISIONS OF FAMILY PRACTICE BC. « Welcome to the Division of Family Practice » (s.d.). Tiré de : <https://www.divisionsbc.ca/provincial/home>.
- DOCTORS NOVA SCOTIA. *Fixing Nova Scotia's Primary Health Care Problem: Physicians' recommendation to improve primary care in Nova Scotia* (2017). Tiré de : <http://www.doctorsns.com/site/media/DoctorsNS/primary-care-position.pdf>.

- DOCTORS OF BC. *Response to BC Ministry of Health Policy Papers* (2015). Tiré de : https://www.doctorsofbc.ca/sites/default/files/final_doctors_of_bc_response_to_moh_policy_papers.pdf.
- FORGET, C. E. *The Case of the Vanishing Québec Physicians: How to Improve Access to Care*.
- GORE, B. « Opinion: Two years in, Quebec health reforms have brought malaise ». *Montreal Gazette* (23 janvier 2017). Tiré de : <http://montrealgazette.com/opinion/columnists/opinion-two-years-in-quebec-health-reforms-have-brought-malaise>.
- GOUVERNEMENT DE L'ALBERTA. « Agreement paves the way to better health care » (2017). Tiré de : <https://www.alberta.ca/release.cfm?xID=47113957717F5-A4BC-34B1-AE8AC3BA047727F2>.
- GOUVERNEMENT DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST. « Constitution de l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest » (2017-b). Tiré de : <http://www.gov.nt.ca/fr/newsroom/constitution-de-l%E2%80%99administration-des-services-de-sant%C3%A9-et-des-services-sociaux-des>.
- GOUVERNEMENT DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST. *Votre bien-être, notre priorité – Plan stratégique du système des services de santé et des services sociaux des TNO : De 2017 à 2020* (2017-a). Tiré de : <http://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/caring-our-people-strategic-plan-2017-2020-fr.pdf>.
- GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Primary Care Network Info Sheet* (2013-a). Tiré de : <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/pcn/docs/core.pdf>.
- GOUVERNEMENT DU MANITOBA. *Primary Care Networks in Manitoba: Information for Primary Care Providers* (2013-b). Tiré de : <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/pcn/docs/providersinfo.pdf>.
- GOUVERNEMENT DU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Projet d'intégration des soins de santé primaires » (2017). Tiré de : http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/patients/SoinsDeSantePrimaires/projet_integration.html.
- GOUVERNEMENT DU YUKON. « Centres de santé » (s. d.). Tiré de : <http://www.hss.gov.yk.ca/fr/healthcentres.php>.
- GOUVERNEMENT DU YUKON. « Dépôt d'un projet de loi concernant les infirmières praticiennes » (2012). Tiré de : <http://www.gov.yk.ca/fr/news/12-209.html>.
- GOUVERNEMENT DU YUKON. « Une clinique de soins de santé axés sur la collaboration » (2013). Tiré de : <http://www.gov.yk.ca/fr/news/13-304.html>.
- GRANT, K. « Ontario doctors threaten job action if province does not meet demands ». *The Globe and Mail* (29 novembre 2016). Tiré de : <https://www.theglobeandmail.com/news/national/ontario-doctors-threaten-job-action-as-talks-with-province-hit-impasse/article33096852/>
- HATCHER, L., et O. HOWELL. « Bridging the gap between family doctors and regional health authorities ». *Healthcare Management Forum*, vol. 24, n° 4 (2011), p. 188-191.

Health Authorities Act, 1996, R.S.B.C., c. 180.

Health Authorities Act, 2014, S.N.S., c. 32

HEALTH INTELLIGENCE INC. AND ASSOCIATES. *A Clinical Services Plan for Yukon Territory* (2014). Tiré de : <http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/ytcspfinalreport.pdf>.

HEALTH INTELLIGENCE INC. AND ASSOCIATES. *Provincial Clinical and Preventative Services Planning for Manitoba, Doing Things Differently and Better* (2017). Tiré de : <https://www.gov.mb.ca/health/documents/pcpsp.pdf>.

Health Services Act, 2015, c. H-1.6.

HUTCHISON, B., J. LÉVESQUE, E. STRUMPF et N. COYLE. « Primary Health Care in Canada: Systems in Motion ». *Milbank Quarterly*, vol. 89, n° 2 (2011), p. 256-288.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Ottawa (Ont.), ICIS. Tiré le 20 décembre 2017 de : <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC476>.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Soins de santé primaires au Canada : recueil de graphiques sur les résultats d'indicateurs sélectionnés 2016*. Ottawa (Ont.), ICIS (2016).

KATZ, A., J. VALDIVIA, D. CHATEAU, C. TAYLOR, R. WALLD, S. MCCULLOCH, C. BECKER et J. GINTER. *A Comparison Of Models of Primary Care Delivery in Winnipeg*. Winnipeg (Man.), Manitoba Centre for Health Policy (2016).

KRALJ B., et J. KANTAREVIC. « Qualité et quantité dans les modèles de financement mixte des soins primaires : résultats pour les organismes de santé familiale en Ontario ». *Canadian Journal of Economics/Revue canadienne d'économie*, vol. 46, n° 1 (2013), p. 208-238.

KUSCH, L. « Primary care network cleared for launch ». *Winnipeg Free Press* (14 mars 2014). Tiré de : <https://www.winnipegfreepress.com/local/primary-care-network-cleared-for-launch-247991351.html>.

LABERGE, M., W. P. WODCHIS, J. BARNSELY et A. LAPORTE. « Costs of health care across primary care models in Ontario ». *BMC Health Services Research*, vol. 17, n° 1 (2017), p. 511.

LAVERGNE, M. R., M. R. LAW, S. M. PETERSON, S. GARRISON, J. HURLEY, L. CHENG et K. MCGRAIL. « A population-based analysis of incentive payments to primary care physicians for the care of patients with complex disease ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 188, n° 15 (2016), p. E375-E383.

LAVIS, J. N., et J. SHEARER. *Issue brief: Strengthening primary healthcare in Canada*. Hamilton (Ont.), McMaster Health Forum (2010).

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA. « PMH in the Northwest Territories » (2017). Tiré de : <http://patientsmedicalhome.ca/pmh-in-canada/pmh-northwest-territories/>.

- LE CONFERENCE BOARD DU CANADA. *Final Report: An External Evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative*. Ottawa, Le Conference Board du Canada (2014).
- LÉVESQUE, J.-F., R. PINEAULT, D. GRIMARD, F. BURGE, J. HAGGERTY, W. HOGG et S. WONG. *Regarder en arrière pour mieux avancer : synthèse de l'évaluation de la réforme des soins de première ligne dans les provinces canadiennes*. Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal/Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec (2012).
- LIEBENBERG, M. « Single provincial health authority starts work of transformation in Sask ». *Prairie Post East* (8 décembre 2017), p. 2. Tiré de : <http://www.prairiepost.com/index.php/news/sw-sask/item/13464-single-provincial-health-authority-starts-work-of-transformation-in-sask.html>.
- Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, L.O. 2006, chap. 4.
- Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, L.R.T.N.-O. 1988, ch. T-3.
- Loi sur les offices régionaux de la santé*, C.P.L.M. 1996, c. R34.
- Loi sur les régies régionales de la santé*, 2011, c. 217.
- Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1991, chapitre S-4.2.
- MABLE, A. L., J. MARRIOTT et M. MABLE. *Politiques canadiennes de soins de santé primaires : L'évolution de la réforme*. Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2012).
- MARCHILDON, G. P. « Health Care in Canada: Interdependence and Independence », dans MARCHILDON, G. P., et T. J. BOSSERT (éd.). *Federalism and Decentralization in Health Care: A Decision Space Approach*. Toronto, University of Toronto Press (sous presse).
- MARCHILDON, G. P. « The Crisis of Regionalization ». *Healthcare Management Forum*, vol. 28, n° 6 (2015), p. 236-238.
- MARCHILDON, G. P. *Health systems in transition: Canada* (vol. 7). University of Toronto Press (2013).
- MARCHILDON, G. P., et B. HUTCHISON. (2016). « Primary care in Ontario, Canada: New proposals after 15 years of reform ». *Health Policy*, vol. 120, n° 7 (2016), p. 732-738.
- MARCHILDON, G. P., et R. TORGERSON. *Nunavut: a health system profile*. Montréal, McGill-Queen's University Press (2013).
- MARTIN, E., M.-P. POMEY et P.-G. FOREST. *The Reform of Regionalization in Quebec, The Introduction of Bill 25 Proposing the Transformation of Regional Boards into Health and Social Services Agencies and the Implementation of Local Service Networks* (2006). Tiré de : <http://www.queensu.ca/iigr/sites/webpublish.queensu.ca/iigrwww/files/files/Res/crossprov/QC-Regionalization.pdf>.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. *Primary and community care in BC: A strategic policy framework* (2015) Tiré de : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2015/primary-and-community-care-policy-paper.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE. *Setting Priorities for the B.C. Health System* (2014). Tiré de : <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2014/Setting-priorities-BC-Health-Feb14.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Un cadre des soins de santé primaires pour le Nouveau-Brunswick* (2012). Tiré de : <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Soins-de-sante-primaires/Un-cadre-des-soins-de-sante-primaires.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DU NUNAVUT. *Department of Health Annual Report: 2016-2017* (2016). Tiré de : https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/health_annual_report_16-17_en.pdf.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES DU YUKON. *Health and Social Services Strategic Plan, 2014-2019* (2014). Tiré de : <http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/hss-stratplan-2014-2019.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Healthy People, Health Families, Health Communities: A Primary Health Care Framework for Newfoundland and Labrador, 2015-2025* (2015). Tiré de : http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/phc_framework.pdf.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR. *Strategic Plan: 2017-2020* (2017). Tiré de : <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/HCSStrategicPlan2017-20.pdf>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. « Mise à jour : Intégration du système de santé » (2017). Tiré de : http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2017/hb_20170127_2.aspx.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse (s.d.). Tiré de : <https://novascotia.ca/dhw/about/nova-scotia-health-authority.asp>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DES ÂÎNÉS ET DE LA VIE ACTIVE DU MANITOBA. Offices régionaux de la santé (s.d.). Tiré de : <https://www.gov.mb.ca/health/rha/index.fr.html>.
- MOAT, K. A., J. N. LAVIS et B. HUTCHISON. *Learning from Promising Primary Care Practice Models for the USA: A Canadian Case Study' McMaster Health Forum*. Hamilton (Ont.), McMaster Health Forum et McMaster University for Training and Research Support Centre (2014).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ et UNICEF. *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care*. Alma-Ata (URSS), du 6 au 12 septembre 1978.
- POMEY, M.-P., E. MARTIN et P.-G. FOREST. « Quebec's Family Medicine Groups: Innovation and Compromise in the Reform of Front-Line Care ». *Canadian Political Science Review*, vol. 3, n° 4 (2009), p. 31-46.

- PRICE, D., E. BAKER, B. GOLDEN et R. HANNAM. *Patient Care Groups: A new model of population based primary health care for Ontario*. Toronto, Primary health Care Expert Advisory Committee (2015).
- PROVINCE DU MANITOBA. Soins primaires (s.d.). Tiré de :
<http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/index.fr.html>.
- PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Nouveau modèle pour la médecine familiale en vue d'améliorer l'accès aux médecins » (2017b). Tiré de :
<http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2017.06.0849.html>.
- PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. « Projet de loi visant à donner plus de pouvoirs aux infirmières praticiennes » (2016). Tiré de :
<http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2016.11.1122.html>.
- PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Plan du Nouveau-Brunswick pour les familles : améliorer l'accès aux soins primaires et aux soins de courte durée* (2017-a). Tiré de :
http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/eco-bce/Promo/family_plan/PlanDuNBPourLesFamilles.pdf.
- PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. Régies régionales de la santé (s.d.). Tiré de :
http://www.gnb.ca/0051/promos/news/rha_governance/RHA_governance-f.pdf.
- RAUSCHER, A. *GPSC Literature Review: What are the characteristics of an effective primary health care system for the future?* (2015). Tiré de :
<http://www.gpsc.bc.ca/sites/default/files/uploads/GPSC%20Visioning%20LR%20Primary%20Care%20Models%20Full.pdf>.
- RÉGIE DE LA SANTÉ DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. Collaborative Family Practice Teams (s.d.). Tiré de :
<http://www.nshealth.ca/collaborative-family-practice-teams>.
- RÉGIE DE LA SANTÉ DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. *Strengthening the Primary Health Care System in Nova Scotia* (2017). Tiré de :
http://www.nshealth.ca/sites/nshealth.ca/files/phc_evidence_synthesis_april_2017_final_updated.pdf.
- Regional Health Authorities Act*, S.N.L., 2006, c. R-7-1.
- RITTENHOUSE, D. R., S. M. SHORTELL et E.S. FISHER. (2009). « Primary care and accountable care—two essential elements of delivery-system reform ». *New England Journal of Medicine*, vol. 361, n° 24 (2009), p. 2301-2303.
- ROBINSON, J. C. « Theory and practice in the design of physician payment incentives ». *The Milbank Quarterly*, vol. 79, n° 2 (2001), p. 149-177.
- ROMANOW, R. J. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. Saskatoon, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002).
- ROSE, R. *Learning from comparative public policy: A practical guide*. Londres, Routledge (2005).

- RUDOLER, D., R. DEBER, J. BARNESLEY, R. H. GLAZIER, A. R. DASS et A. LAPORTE. « Paying for Primary Care: The Factors Associated with Physician Self-selection into Payment Models ». *Health Economics*, vol. 24, n° 9 (2015), p. 1229-1242.
- SALTMAN, R. B., A. RICO et W. G. W. BOERMA. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire (R.-U.), Open University Press (2006).
- SANTÉ ALBERTA. « Primary Care Networks governance » (s.d.-b). Tiré de : <http://www.health.alberta.ca/initiatives/primary-care-networks-governance.html>.
- SANTÉ ALBERTA. « Primary Care Networks Review » (2016-a). Tiré de : <https://open.alberta.ca/dataset/3ca7c848-0112-467f-8230-2ee364a294f8/resource/a41ff408-5d52-4763-83b5-1171612ee8c7/download/PCN-Review-2016.pdf>.
- SANTÉ ALBERTA. « Primary Care Networks Review » (2016-b). Tiré de : <https://open.alberta.ca/dataset/3ca7c848-0112-467f-8230-2ee364a294f8/resource/a41ff408-5d52-4763-83b5-1171612ee8c7/download/PCN-Review-2016.pdf>.
- SANTÉ ALBERTA. « Primary Care Networks » (s.d.-a). Tiré de : <http://www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html>.
- SANTÉ Î.-P.-É. « Les centres de santé offrent des soins primaires » (2015-a). Tiré de : <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/centres-sante-offrent-soins-primaires>.
- SANTÉ Î.-P.-É. *Health PEI Business Plan: 2017-2018* (2017-a). Tiré de : https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/health_pei_business_plan_2017-2018.pdf.
- SANTÉ Î.-P.-É. *Plan d'activités 2015-2016 de Santé Î.-P.-É.* (2015-b). Tiré de : <https://www.princeedwardisland.ca/fr/publication/plan-dactivites-2015-2016-sante-i-p-e>.
- SANTÉ Î.-P.-É. *Plan stratégique 2017-2020 de Santé Î.-P.-É.* (2017-b). Tiré de : https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/plan_strategique_2017-2020_de_sante_i-p-e.pdf.
- SASKATCHEWAN MEDICAL ASSOCIATION. *The future physician role in a redesigned and integrated health system* (2016). Tiré de : <https://www.sma.sk.ca/kaizen/content/files/RA003-RA Discussion Paper.pdf>.
- SCOTT, C., et L. LAGENDYK. *Contexts and Models in Primary Healthcare and their Impact on Interprofessional Relationships*. Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (2012).
- SECRÉTARIAT DES CONFÉRENCES INTERGOUVERNEMENTALES CANADIENNES. *Un plan décennal pour consolider les soins de santé*. Ottawa, SCIC (16 septembre 2004).
- SERVICES DE SANTÉ ALBERTA. « About AHS » (s.d.). Tiré de : <https://www.albertahealthservices.ca/about/about.aspx>.

- SOCIÉTÉ MÉDICALE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Réhabiliter le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick* (2013). Tiré de : <https://www.nbms.nb.ca/assets/Care-First/NBMSPolicyFR.pdf>.
- STARFIELD, B. « Is primary care essential? ». *Lancet*, vol. 344, n° 8930 (1994), p. 1129-1133.
- STARFIELD, B. « Toward international primary care reform ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 180, n° 11 (2009), p. 1091–1092.
- SUTER, E., R. MISFELDT, S. MALLINSON, A. WILHELM, O. BOAKYE, G. MARCHILDON et L. DANIEL. *Comparative review of the policy landscape of team-based primary health care service delivery in western Canada*. Services de santé Alberta (2014).
- The Provincial Health Authority Act*, 2007, c. P.- 30.3.
- TOMBLIN, S., et J. B. JACKSON. « Renewing health governance: A case-study of Newfoundland and Labrador ». *Canadian Political Science Review*, vol. 3, n° 4 (2009), p. 15-30.
- Toronto, C.D. Howe Institute (2014).
- TREGILLUS, V., et W. CAVERS. « General practice services committee: improving primary care for BC physicians and patients ». *Healthcare Quarterly*, vol. 14 (2011), p. 1-6.
- VENDEVILLE, G. « Five things to know about Bill 10 ». *The Montreal Gazette* (15 janvier 2015). Tiré de : <http://montrealgazette.com/news/quebec/bill-10-in-5-questions>.
- WALT, G., et L. GILSON. « Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis ». *Health Policy and Planning*, vol. 9, no 4 (1994), p. 353-370.
- WALT, G., J. SHIFFMAN, H. SCHNEIDER, S. F. MURRAY, R. BRUGHA et L. GILSON. « 'Doing' health policy analysis: methodological and conceptual reflections and challenges ». *Health Policy and Planning*, vol. 23, n° 5 (2008), p. 308-317.
- WEI, X., L. HAITAO, N. YANG *et al.* « Changes in the perceived quality of primary care in Shanghai and Shenzhen, China: a difference-in-difference analysis ». *Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé*, vol. 93, n° 6 (2015), p. 407-416.
- WILSON, M. G., J. N. LAVIS et K. A. MOAT. *Citizen Brief: Building a Primary-Care 'Home' for Every Ontarian* (2016). Tiré de : <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/citizen-briefs/primary-care-home-cb.pdf?sfvrsn=2>.
- WRANIK, D., M. KORCHAGINA, J. EDWARDS, A. LEVY et A. KATZ. *How Best to Pay Interdisciplinary Primary Care Teams? Funding and Remuneration: A Framework and Typology* (2015). Tiré de : <http://primaryhealthcareteams.ca/wp-content/uploads/2013/10/HRPA-Final-Report.pdf>.
- YOUNG, H. « Quebec reforms: necessary or overkill? ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 187, n° 9 (2015), p. E268.

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.

