



The College of
Family Physicians
of Canada

Le Collège des
médecins de famille
du Canada

Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du *Medical Home**

*Le terme *medical home* est utilisé couramment aux États-Unis et commence à apparaître dans certains documents au Canada et à l'échelle internationale; toutefois, aucun équivalent français n'a encore été définitivement retenu. On retrouve notamment maison médicale, carrefour de soins et foyer médical. Puisque le présent est un document travail, le CMFC accueillerait favorablement toute discussion quant au terme approprié à utiliser pour capter l'essence du *medical home* dans nos contextes québécois et canadien.

Document de travail
Octobre 2009

Table des matières

Sommaire	3
Introduction	5
Historique de la « Medical Home ».....	6
La « medical home » canadienne	8
Fondation et piliers de la « medical home » canadienne	10
Piliers d'une « Medical Home »	12
I. Un médecin de famille personnel pour chaque patient.....	12
II. L'accès à une équipe centrée sur les patients.....	14
III. L'accès aux soins centrés sur les patients en temps opportun	16
IV. La coordination des soins	17
V. Les soutiens des « Medical Home » centrées sur les patients.....	18
i. Information et communication électroniques	19
ii. Financement et rémunération.....	20
VI. Amélioration et évaluation de la qualité.....	21
Recommandations	22
Annexe A – Les soins de première ligne au Canada.....	24
Les équipes de soins de première ligne au Canada	25
Bibliographie	31

Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada

Sommaire

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) recommande l'introduction du concept de la *medical home* à la population du Canada, en incorporant les forces des modèles de la *medical home* ailleurs dans le monde et les expériences de renouvellement des soins de première ligne qui se déroulent présentement dans tout le Canada.

Une *medical home* est un établissement de soins médicaux centrés sur les patients où : 1) les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige leurs soins médicaux; 2) les soins s'adressent à l'entité globale du patient; 3) les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe interprofessionnelle; 4) l'accès aux rendez-vous est accru; 5) la pratique comprend une technologie de l'information bien soutenue, dont des dossiers médicaux électroniques; 6) la rémunération soutient le modèle de soins; 7) l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients sont les principaux objectifs.

Le CMFC voit la *medical home* canadienne se construire sur la relation permanente entre le patient et son médecin de famille comme fondation, et les sept piliers mentionnés ci-dessus comme support principal. En adoptant ce concept et ce langage, nous pouvons aider les Canadiens à mieux comprendre que les initiatives de soins de première ligne en cours au pays sont axées sur ce qu'il y a de mieux pour eux, et non pas seulement pour le système ou ses prestataires. En nous fixant l'objectif que chaque pratique tente de devenir une *medical home* pour ses patients, nous pourrions développer quelque chose d'uniquement canadien, qui offre des soins centrés sur les patients, un accès accru, et de meilleurs résultats de santé. Le soutien accru de tous les intervenants sera toutefois nécessaire pour aider les Canadiens à réaliser le plein potentiel des initiatives de soins de première ligne, pour bâtir sur les réussites.

Recommandations

1. Toutes les personnes du Canada devraient avoir accès à un établissement de pratique familiale ou de soins de première ligne qu'elles peuvent appeler leur maison médicale.
2. Au Canada, la *medical home* devrait comporter les éléments clés suivants :

- être centrée sur les patients pour répondre aux besoins de santé qu'éprouvent les patients sur la durée de vie;
 - un médecin de famille personnel pour chaque patient;
 - des soins en équipe, incluant à la fois 1) une collaboration interprofessionnelle entre le médecin de famille du patient et d'autres professionnels de la santé, et 2) une collaboration intraprofessionnelle (c.-à-d., entre le médecin de famille personnel du patient, d'autres médecins de famille ayant des compétences et intérêts particuliers, et d'autres spécialistes consultants);
 - l'accès aux soins en temps opportun, tant pour les soins de première ligne que pour les références à des services et des consultations plus spécialisés, prodigués lors de visites en personne ainsi que par des communications électroniques entre patients et prestataires;
 - des soins complets, continus « du berceau au tombeau », au moyen de liens appropriés entre les soins de première ligne et d'autres secteurs du système de santé, et entre le médecin de famille du patient et d'autres prestataires de soins de santé;
 - des dossiers de santé et médicaux électroniques;
 - un financement et une rémunération appropriés pour soutenir la *medical home* et les membres de son équipe professionnelle;
 - des programmes d'évaluation continue des résultats et d'amélioration de la qualité.
3. Chaque établissement de pratique familiale ou de soins de première ligne au Canada devrait avoir la possibilité, la formation et le soutien pour mettre sur pied une *medical home* centrée sur les patients qui répond aux besoins de sa population de patients.
 4. Les gouvernements, les responsables de la santé et les organisations chargés d'assurer aux patients l'accès à des services médicaux de première ligne devraient soutenir l'attribution des éléments essentiels de la *medical home* canadienne centrée sur les patients dans les modèles de soins de première ligne qu'ils élaborent présentement.
 5. Le CMFC et ses membres devraient continuer à travailler avec le public/les patients, les gouvernements, et autres principaux intervenants pour contribuer à soutenir la création de *medical homes* canadiennes et à en évaluer l'efficacité.

Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada

Introduction

Le concept d'une *medical home* prend de l'ampleur dans bien des pays. Elle est définie comme étant un établissement de soins médicaux centré sur les patients qui comprend les caractéristiques suivantes : 1) les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige leurs soins médicaux; 2) les soins s'adressent à l'entité globale du patient; 3) les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe interprofessionnelle; 4) l'accès aux rendez-vous est accru; 5) la pratique comprend une technologie de l'information bien soutenue, dont des dossiers médicaux électroniques; 6) la rémunération soutient le modèle de soins; et 7) l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients sont les principaux objectifs¹. La *medical home* est l'axe central de la prestation et de la coordination des services médicaux dont a besoin chacun de ses patients.

Au Canada, les gouvernements, de concert avec les médecins de famille, les infirmières et d'autres professionnels de la santé ont mis en œuvre un certain nombre d'initiatives de réforme des soins primaires, comme les réseaux de soins de première ligne en Alberta, les équipes Santé familiale en Ontario et les centres de santé familiale de l'Île-du-Prince-Édouard. Nombre de ces approches offrent des caractéristiques semblables à celles d'une *medical home*, mais elles demeurent mal comprises du public. Beaucoup incluent les éléments de base d'une *medical home*, et en fait, certaines se nomment elles-mêmes ainsi (Conseil canadien de la santé, 2009b; Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Le concept de la *medical home* rassemble les éléments sous une stratégie plus élaborée mettant l'accent sur le fait qu'elles sont centrées sur les patients. Il faut noter ici que nous ne recommandons pas que les divers modèles de soins de première ligne instaurés au Canada portent le nouveau nom de *medical homes*. Mais nous recommandons que chacun de ces modèles aspire à servir de *medical home* à ses patients.

Le CMFC recommande l'introduction du concept de la *medical home* pour la population canadienne – incorporant les forces des modèles de la *medical home* d'ailleurs avec les leçons tirées des expériences de renouvellement des soins de première ligne dans tout le Canada. En adoptant ce concept et ce langage centrés sur les patients, nous pouvons aider les Canadiens à

¹ Concepts recueillis à plusieurs sources, dont : Berenson et al, *A House Is Not a Home: Keeping the Patient at the Center of Practice Redesign*, Health Affairs, Vol 27, N° 5, Septembre / Octobre 2008.

mieux comprendre que les initiatives de soins de première ligne instaurées dans le pays sont axées sur ce qu'il y a de mieux pour eux, et non pas seulement pour le système ou ses prestataires. En nous fixant l'objectif que chaque pratique tente de devenir une *medical home* pour ses patients, nous pourrions développer quelque chose d'uniquement canadien, où les soins seront centrés sur les patients et offriront un meilleur accès, et de meilleurs résultats de santé à toutes les personnes de notre nation. Le soutien accru de tous les intervenants sera toutefois nécessaire pour aider les Canadiens à réaliser le plein potentiel des initiatives de soins de première ligne — pour bâtir sur les réussites.

Historique de la *Medical Home*

L'expression *medical home* a été utilisée pour la première fois en 1967, dans le livre *Standard of Child Health Care* (Sia et al., 2004, p. 1473) de l'American Pediatrics Association (APA). En 1974, la *medical home* était au cœur d'une politique de l'APA décrétant que les pédiatres doivent défendre les droits des enfants dans leurs soins et que les patients aient accès à des soins continus sans se buter à des obstacles financiers ou sociaux (Sia et al., 2004, p. 1473).

L'American Academy of Family Physicians (AAFP) a adapté ce modèle aux soins de première ligne en 2004. L'Association of American Medical Colleges (2008) a fait la recommandation suivante : « Toute personne devrait avoir accès à une *medical home* — une personne qui sert de conseiller et de prestataire de confiance, soutenue par une équipe coordonnée — avec qui elle a une relation continue. La *medical home* préconise la prévention; elle dispense des soins pour la plupart des problèmes et sert de point de premier contact pour ces soins; elle coordonne les soins avec d'autres prestataires et des ressources communautaires au besoin; elle intègre les soins dans tout le système de santé; et elle dispense des soins et une éducation en santé de manière adaptée sur le plan culturel, dans le contexte familial et communautaire » (AAMC, 2008, p. 4).

La Patient-Centered Medical Home (PCMH) américaine se base sur quatre pierres angulaires : les soins de première ligne; les soins centrés sur les patients; le nouveau modèle de pratique; et la réforme des honoraires (Rittenhouse et Shortell, 2009, p. 2038). C'est un modèle de pratique qui est adopté de plus en plus aux États-Unis pour faire progresser les soins centrés sur les patients et les résultats de santé de la population.

Le concept de *medical home* est désormais considéré internationalement comme étant un modèle qui améliore la prestation des soins de première ligne et l'accessibilité pour les

patients. Un sondage de 2007 comparant les expériences de soins de santé en Australie, au Canada, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis a conclu que « disposer d'une *medical home* qui est accessible et qui contribue à coordonner les soins est associé à des expériences significativement positives » (Schoen et al., 2007, p. 717).

En outre, le sondage (Schoen et al., 2007) a observé que dans les sept pays, trois quarts des répondants ou plus disaient attacher une valeur au fait d'avoir une *medical home* (p. 722).

Comme la *medical home* gagne la faveur mondiale, aux États-Unis et partout ailleurs, le CMFC propose qu'il est temps que les intervenants du système de santé canadien rassemblent les pièces de la réforme des soins de première ligne sous le chapeau d'une stratégie canadienne de la *medical home*.

La *medical home* canadienne

Le CMFC définit ainsi une *medical home* canadienne :

Un cabinet ou une clinique médicale où chaque patient aurait :

- I. Son propre médecin de famille*
- II. D'autres professionnels de la santé travaillant ensemble en équipe avec le médecin de famille du patient*
- III. Des rendez-vous en temps opportun pour toutes les consultations du médecin de famille et d'autres membres de l'équipe des soins de première ligne*
- IV. L'arrangement et la coordination de tous les autres services médicaux, dont l'aiguillage aux spécialistes consultants*
- V. Un dossier médical électronique*

*La *medical home* comprendrait :*

- i. Un financement et des ressources appropriés*
- ii. Les soutiens du système nécessaires à l'évaluation continue et à la gestion de la qualité*

Les éléments de base essentiels à une *medical home* ne sont pas nouveaux au Canada. Nombre d'entre eux sont le moteur des initiatives axées sur la réforme des soins de première ligne des dix dernières années. Bien que l'enjeu ait changé récemment, entre 2000 et 2004, le soutien des soins de première ligne était une priorité pour les premiers ministres (voir l'annexe A).

Néanmoins, partout au pays, des modèles de soins de première ligne apparaissent encore pour soutenir les soins complets, centrés sur les patients. Des éléments de la *medical home* proposée se trouvent dans nombre de ces modèles. Les patients ont un médecin de famille personnel, parfois appuyé par des équipes de soins de santé qui contribuent aux services complets, de premier contact dispensés sur la durée de vie d'une personne. L'amélioration de la qualité, que permet la gestion de l'information électronique, prend de l'importance. D'autres soutiens nécessaires du système comme les méthodes de rémunération de rechange et l'accès amélioré

à d'autres services spécialisés deviennent plus facilement accessibles, ce qui donne un modèle qui ressemble à la *medical home*.

Beal et al. (2007) ont observé que « lorsque les adultes ont une *medical home*, leur accès aux soins nécessaires, la réception de dépistages de routine préventifs, et la gestion des maladies chroniques s'améliorent

substantiellement » (p. 1). Une étude récente de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2009) a rapporté que 41 pour cent des adultes canadiens avaient au moins une maladie chronique sur sept (arthrites, cancer, emphysème ou BPCO, diabète, maladie du cœur,

hypertension, et troubles de l'humeur, n'incluant pas la dépression). Bien que presque tous (96 pour cent) aient déclaré avoir un établissement de soins régulier, l'ICIS (2009) a conclu qu'il faut d'autres améliorations pour aider les patients à prendre en charge leur maladie chronique. Une *medical home* faciliterait l'élaboration de meilleures stratégies de prise en charge des maladies chroniques et la participation des patients à une prise en charge autonome plus efficace de leur état.

En plus d'améliorer les soins aux patients souffrant de maladies chroniques, une *medical home* peut aussi aborder la santé de la population, en particulier les déterminants de la santé. Starfield et Shi (2004) notent qu'une relation avec une *medical home* est associée à de meilleurs résultats de santé (p. 1493). Ils ont aussi observé qu'une *medical home* peut mener à « des réductions des écarts de santé entre les sous-populations socialement défavorisées et les populations mieux nanties socialement » (p. 1493). Les premières recherches additionnelles aux États-Unis observent qu'une *medical home* centrée sur les patients leur offre de meilleurs

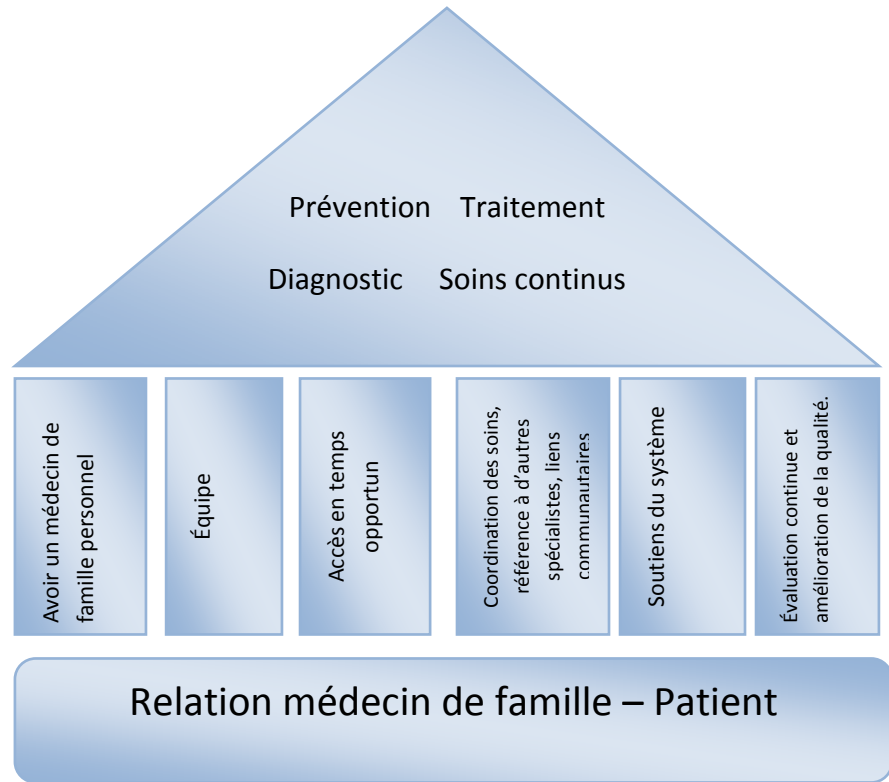


Fig. 1. "medical home" canadienne

« qualité de soins, expériences, coordination des soins, et accès », et que le renforcement des soins de première ligne entraîne des réductions relativement immédiates « des visites aux salles d'urgence et des hospitalisations, ce qui produit des économies de frais généraux » (Grumbach, Bodenheimer, et Grundy, 2009, p. 1)

Fondation et piliers de la *medical home* canadienne

LA FONDATION :

La *medical home* canadienne servira le patient. Sa fondation est la relation permanente entre le patient et son médecin de famille. La centralité du patient pour le médecin de famille a été soulignée par le Dr Ian McWhinney, considéré par bon nombre être le père de la médecine familiale universitaire au Canada. Il a dit : « Nous définissons la médecine familiale en termes de relations, et la continuité de la relation patient-médecin est une de nos valeurs essentielles. » (Le Collège des médecins de famille du Canada, 2000b). Le titre de l'ouvrage, *Les patients d'abord* (2004), publié pour célébrer le 50^e anniversaire de notre Collège, a été choisi pour souligner l'importance pour notre discipline des soins centrés sur les patients et de la relation patient-médecin dans le travail au jour le jour des médecins de famille.

Comme discipline, au Canada, la médecine familiale est régie par les quatre principes de la médecine familiale, qui gravitent tous autour de la relation permanente entre les médecins de famille et leurs patients. Les rôles CanMEDS de la médecine familiale récemment approuvés (2009) définissent plus à fond les différentes responsabilités que doivent assumer les médecins de famille pour répondre aux besoins de leurs patients. Ces principes et rôles correspondent aux attributs et aux compétences nécessaires aux médecins de famille qui seront affectés à des modèles de *medical home*. En outre, ces principes et rôles seront essentiels pour aider notre discipline à fixer des objectifs

Les quatre principes de la médecine familiale

La relation patient-médecin est au centre du rôle du médecin de famille

Le médecin de famille est un clinicien compétent

La médecine familiale est une discipline communautaire

Le médecin de famille est une ressource pour une population de pratique définie

Rôles CanMEDS MF

Expert en médecine familiale

Communicateur

Collaborateur

Gestionnaire

Promoteur de la santé

Érudit

d'éducation, de formation et d'apprentissage de durée de vie aux médecins de famille du Canada.

Comme 86 pour cent des Canadiens ont leur propre médecin de famille, la création de cette fondation est déjà sur la bonne voie.

LES PILIERS :

Les piliers qui supportent chaque *medical home* au Canada seront notamment : un médecin de famille personnel pour chaque patient; des soins dispensés par le médecin de famille et d'autres professionnels de la santé travaillant en équipe avec le médecin de famille; l'accès en temps opportun à des rendez-vous avec le médecin de famille et les autres membres de l'équipe; l'arrangement et la coordination par le médecin de famille ou les autres membres de l'équipe de la *medical home* de tous les autres services médicaux offerts dans la communauté (p. ex., analyses en laboratoire et tests d'imagerie diagnostique, diététistes, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.); l'aiguillage (avec accès pré-arrangé, déterminé et en temps opportun pour les patients de la maison médicale) vers d'autres spécialistes et des services hautement spécialisés; les communications et les liens à d'autres prestataires de soins des hôpitaux de la communauté; les soutiens du système dont un financement et des ressources appropriés, des dossiers de santé/médicaux électroniques; et des programmes d'évaluation continue et d'amélioration de la qualité.

Les patients seront les bénéficiaires en bout de ligne de l'accent mis sur les soins centrés sur les patients, qui se répercutera dans le système de santé grâce aux *medical homes*. Les *medical homes* soutenues de façon appropriée serviront de point d'entrée et d'axe central à la prestation et à la coordination de tous les soins et services médicaux que nécessite chaque patient. Chaque pilier de la *medical home* canadienne devra être bien soutenu pour assurer les résultats escomptés.

Piliers d'une *medical home*

I. Un médecin de famille personnel pour chaque patient

Le rôle du médecin de famille est essentiel à chaque *medical home* centrée sur les patients. Pendant quelques années, le CMFC a prôné que chaque Canadien ait son propre médecin de famille. Nous avons recommandé et effectué des changements qui aideront notre pays à atteindre la capacité de réaliser cet objectif dès que possible. Nous avons établi la cible que 95 pour cent de la population de toutes les collectivités du pays devrait avoir un médecin de famille d'ici 2012. Bien que certaines collectivités l'aient atteinte, ce n'est pas le cas de la plupart.

Les études de renommée mondiale de la Dre Barbara Starfield et de ses collègues ont fourni des données probantes substantielles à l'effet qu'un bon système de soins de première ligne donnant accès à des médecins de famille et des équipes entraîne de meilleurs résultats de santé pour la population. En outre, il dispense des soins de santé plus efficaces, de meilleure qualité, à moindre coût (Barr, 2008; Bodenheimer, Grumbach, et Berenson, 2009; Macinko, Starfield, et Shi, 2007).

Les médecins de famille et autres prestataires de soins de première ligne sont essentiels à la promotion du bien-être et déterminants pour aider les patients à prévenir la maladie. Cette notion a été appuyée par Macinko et al. (2007) lorsqu'ils ont noté : « Les régions géographiques qui comptent plus d'omnipraticiens et de médecins de famille par population ont des taux d'hospitalisation plus faibles pour des maladies qui devraient être évitables ou détectées tôt par de bons soins de première ligne (y compris le diabète sucré ou la pneumonie chez les enfants et l'insuffisance cardiaque congestive, l'hypertension, la pneumonie et le diabète sucré chez les adultes). »(p. 122)

Rosenthal (2008) a également conclu que les collectivités urbaines et rurales ayant une « disponibilité adéquate de médecins de soins de première ligne ont des taux plus faibles de mortalité infantile, des poids de naissance plus élevés, et des taux d'immunisation égaux ou supérieurs aux normes nationales, malgré les disparités sociales » (p. 428). Enfin, pour les patients jugés être des « grands utilisateurs de ressources » ou « très grands », Hollander, Kadlec, Hamdi et Tessaro (2009) ont révélé que « voir régulièrement un médecin des soins de première ligne semblait être lié à une utilisation plus faible des hôpitaux et par conséquent, à de moindres frais » (p. 33). Et pour les patients qui ont de plus grands besoins de soins pour leur diabète ou leur insuffisance cardiaque congestive (ICC), « une augmentation de 1 % de

l'attachement à une pratique est associée à une diminution moyenne du coût total des soins entre 80 \$ et 323 \$ » (Hollander et al., 2009 p. 41)².

Les données probantes soutiennent que le fait d'avoir un médecin de soins de première ligne³ entraîne de meilleurs résultats de santé dans la population. D'après Macinko et al. (2007) : « La disponibilité de médecins de soins de première ligne était associée à de meilleurs résultats de santé, notamment, toutes causes confondues, le cancer, la cardiopathie, l'accident vasculaire cérébral, et la mortalité infantile; le faible poids de naissance; l'espérance de vie et la santé auto-évaluée... Les résultats regroupés de la mortalité, toutes causes confondues, suggèrent que l'ajout d'un médecin de soins de première ligne par 10 000 de population était associé à une réduction moyenne de la mortalité de 5,3 pour cent, ou 49 par 100 000 par année. » (p. 111) Pour mettre ce chiffre en perspective, aux États-Unis, une réduction de 5,3 pour cent de la « mortalité toutes causes confondues » aurait potentiellement réduit de 127 617 le nombre de décès en 2000 (Macinko et al., 2007, p. 119).

Notamment, les Canadiens comprennent et apprécient grandement d'avoir un médecin de famille personnel. Dans un sondage Décima (2004) commandé par le CMFC, 88 pour cent des répondants ont dit qu'avoir un médecin de famille leur permet d'être plus confiants dans leur capacité d'accéder à des soins appropriés en temps opportun. Les sondages Ipsos-Reid menés pour l'Association médicale canadienne ont montré que les Canadiens accordent une cote élevée aux soins dispensés par leur médecin de famille et que ceux qui ont un médecin de famille étaient plus satisfaits de tous les autres aspects des soins de santé au Canada que ceux qui n'en avaient pas.

Une bonne relation patient-médecin et la centralité du patient sont des principes directeurs de la discipline et de la pratique de la médecine familiale au Canada. Les médecins de famille canadiens qui observent les principes de la médecine familiale saisiront volontiers l'occasion de prendre part à une *medical home* bien soutenue dans laquelle chaque patient a un médecin de famille personnel. Ce modèle sera bien accueilli par les Canadiens.

² Hollander et al. (2009) précisent que « ces résultats doivent être reproduits et raffinés dans la future recherche » (p. 41).

³ Macinko, Starfield et Shi (2007) définissent les médecins de soins de première ligne comme des « médecins de médecine allopathique travaillant en médecine familiale, en pratique générale, en médecine interne générale, et en pédiatrie générale... » (p. 115). Aux É.-U., ces domaines participent tous à la prestation de soins médicaux de première ligne.

II. L'accès à une équipe centrée sur les patients

Chaque pratique qui devient une *medical home* doit inclure l'accès pour les patients à une équipe de prestataires de soins de santé travaillant ensemble dans des relations de confiance.

Le médecin de famille personnel d'un patient est le prestataire principalement responsable de dispenser et de coordonner les soins médicaux. Toutefois, les médecins partagent la responsabilité de la prestation des soins, pour un certain nombre de services cliniques, avec les infirmières, les pharmaciens et d'autres qui ont une formation et des compétences avancées élargissant la portée de leur pratique. En adoptant les soins centrés sur les patients, tous les membres de l'équipe devraient jouer un rôle important, utiliser des compétences de leadership d'animation, et communiquer efficacement avec tous les membres de l'équipe (AAMC, 2008; Nutting et al., 2009, p. 256).

Les médecins de famille et les infirmières ont une longue histoire de collaboration dans les établissements de pratique familiale et de soins de première ligne. Nombre de modèles récents de renouvellement des soins de première ligne ont consolidé encore plus les rôles et les relations entre ces deux professions à titre de prestataires clés des soins aux patients, et ils sont tous deux des membres essentiels des équipes des *medical homes*. D'autres comme les pharmaciens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les

La *medical home* canadienne : l'expérience d'une patiente

Naomi est en fin de cinquantaine. Elle est diabétique insulino-dépendante, a une tension artérielle élevée, et de l'arthrite évolutive aux genoux et aux hanches.

Elle prend rendez-vous pour voir son médecin de famille, qui fait partie d'une *medical home* canadienne, après des problèmes récents de toux et de fièvre. Son médecin de famille diagnostique une infection des voies respiratoires inférieures, mais il prend note aussi de la tension artérielle élevée de Naomi. En outre, ses résultats de glucomètre indiquent une augmentation de la glycémie.

Le médecin de famille de Naomi documente le diagnostic différentiel, prescrit les analyses appropriées en laboratoire, fait une ordonnance à Naomi pour l'infection respiratoire, et lui conseille d'ajuster son dosage d'insuline. Il demande à son infirmier de communiquer avec elle le lendemain pour évaluer sa glycémie et vérifier sa tension artérielle.

L'infirmier praticien de la *medical home* voit Naomi le lendemain. Il vérifie sa glycémie et sa tension artérielle. En sa qualité d'éducateur compétent en matière de diabète, il peut conseiller à Naomi d'autres ajustements de son dosage d'insuline, et lui organise une visite du diététiste affilié à la *medical home*, pour examiner l'observance de sa diète. Si sa glycémie demeure élevée malgré les ajustements, il faudra prendre des dispositions pour qu'elle voie un endocrinologue affilié à la *medical home*. Comme sa tension artérielle demeure élevée, il discute avec le médecin de famille l'augmentation de sa médication contre l'hypertension. Il remarque également que Naomi a davantage de problèmes avec ses hanches et ses genoux, et il trouve difficile de se déplacer chez elle.

L'infirmier communique avec l'ergothérapeute (ET) communautaire, qui est lié à la *medical home*. L'ET organise une visite à domicile pour évaluer la mobilité de Naomi et recommander des appareils pour accroître sa sécurité à la maison. Toute cette information est consignée au dossier médical électronique de Naomi de sorte qu'elle est facilement accessible à tous les prestataires de l'équipe de la *medical home* de Naomi.

Naomi apprécie l'accès en temps opportun à sa *medical home* et la coordination de ses soins par un seul établissement de pratique.

travailleurs sociaux, les psychologues et les diététistes peuvent s'ajouter selon la disponibilité et les besoins de la communauté. Dans *La valorisation de l'argent* du Conseil canadien de la santé (2009b), la *medical home* est un endroit « où les gens peuvent consulter non seulement un médecin de soins primaires mais peuvent aussi se faire soigner par une équipe comprenant, selon leurs besoins, des infirmières, des pharmaciens, des sages-femmes, des travailleurs sociaux, des médecins, des diététiciens et des physiothérapeutes » (p. 36).

Wedel, Kalischuk, Patterson et Brown (2007), dans leur étude sur les soins de santé de première ligne à Taber, en Alberta, ont conclu que : « L'intégration réussie des soins de santé de première ligne dépend de la compréhension acquise des besoins de soins de santé individuels, familiaux et communautaires ainsi que de la création d'occasions pour les utilisateurs et les prestataires de soins de santé de se rencontrer et d'utiliser cette information pour arriver à une vision partagée de la prestation optimale des soins de santé. » (p. 84) Dans certains endroits, les adjoints au médecin (ou cliniques) se joignent aux pratiques à titre de membres appréciés de l'équipe.

Sont également essentiels à l'équipe de la *medical home* les médecins qui apportent une expertise dans des domaines qui dépassent la portée de certains médecins de famille. Ce sont notamment des médecins de famille qui ont développé des intérêts spéciaux ou des pratiques ciblées, et d'autres spécialistes. Ces médecins peuvent dispenser des services au patient adressé par son médecin de famille personnel. Les médecins liés entre eux au sein d'une *medical home* devraient fournir ces services aux patients de cet établissement en temps opportun, conformément aux protocoles de priorités convenus. Ces médecins pourraient être colocataires du même établissement médical ou ailleurs dans la même communauté ou à proximité.

Si elles sont appropriées aux soins de chaque patient, les relations des membres de l'équipe avec les patients seront profitables aux soins généraux. Les rôles et responsabilités de chaque prestataire doivent être respectés et soutenus par les autres membres de l'équipe. Le besoin de communication continue parmi les membres de l'équipe est essentiel. La confiance et le respect des rôles respectifs doivent être établis et nourris pour que l'équipe survive.

III. L'accès aux soins centrés sur les patients en temps opportun

Dans une étude menée par Wong et al. (2008), l'accès en temps opportun était coté par les patients comme étant l'un des éléments les plus importants des soins de première ligne. Bien qu'une majorité de Canadiens (76 pour cent) déclarent que la qualité des soins de première ligne qu'ils reçoivent est « excellente » ou « très bonne », 13 pour cent ont dit avoir de la difficulté à accéder aux soins de première ligne (ICIS, 2009). Dans l'étude de 2007 du Fonds du Commonwealth, les estimations des Canadiens du temps qu'il faut pour accéder aux soins étaient comparativement médiocres – jusqu'à 6 jours. La pénurie de médecins de famille et les soutiens inadéquats du système pour de nombreux éléments de base de la réforme des soins de première ligne contribuent à ce que le Canada échoue continuellement à résoudre le problème de l'accès.

L'accès en temps opportun aux soins de première ligne est le sujet d'une vaste étude conjointe en cours du CMFC et de l'Association médicale canadienne. Le rapport préliminaire abordait un certain nombre de problèmes qui empêchent d'accéder en temps opportun aux soins de première ligne ainsi qu'à des services plus hautement spécialisés. Pour presque 5 millions de personnes (14 %), le besoin de soins de santé le plus criant est de trouver un médecin de famille. Et pour ceux qui ont un médecin de famille, l'accès aux soins de première ligne après les heures régulières demeure un problème. Pour améliorer l'accès pour les patients, le Canada a besoin d'un plus grand nombre de médecins et d'infirmières, d'équipes de soins mieux soutenues, de dossiers de santé électroniques, et de la mise en œuvre de systèmes de prise de rendez-vous plus nouveaux et plus évolués en pratique familiale. Certains de ces éléments ont gagné du terrain, et prestataires comme patients ont exprimé une satisfaction grandissante.

Les stratégies pour rendre la pratique et ses prestataires de soins de santé plus accessibles aux patients qui ont été introduites dans la *medical home* américaine et/ou les modèles de renouvellement des soins de première ligne canadiens sont notamment : la substitution d'échanges par courriel, par téléphone et par télécopieur aux visites en personne lorsque cliniquement approprié; des rendez-vous en groupe plutôt qu'individuels; des rendez-vous avec accès préalable (même jour); et « l'amélioration de la coordination des soins avec les spécialistes, les hôpitaux et autres prestataires de services » (Bodenheimer, Grumbach et Berenson, 2009, p. 2695).

À mesure que ces nouvelles communications évoluent et résolvent les problèmes juridiques, de confidentialité et de rémunération qui en ont retardé l'introduction, il est prévu qu'elles

deviennent la base de toute pratique d'une *medical home* et qu'elles contribuent à l'accès aux soins en temps plus opportun pour beaucoup de patients.

IV. La coordination des soins

Les soins de première ligne devraient être complets, assurer la continuité, et coordonner les soins entre d'autres cliniciens et d'autres niveaux de soins (c.-à-d., secondaires, tertiaires et quaternaires) (Rittenhouse et Shortell, 2009; Rosenthal, 2008; Wong, Watson, Young, et Regan, 2008). Confirmant encore l'importance de la continuité, Starfield, Chang, Lemke et Weiner (2009) ont constaté que les patients qui ont un médecin de famille régulier voient moins de spécialistes, ce qui peut mener à des frais réduits (p. 222).

La continuité est essentielle non seulement à l'amélioration de la qualité, en particulier à l'élimination des obstacles pour ceux qui ont des maladies chroniques, mais également à la réduction des erreurs. Rosenthal et Wong (2008) ont constaté qu'une interruption de la relation médecin-patient semble contribuer significativement aux erreurs de soins de santé.

La recherche indique que « une vaste gamme de services sont dispensés par les médecins des soins de première ligne et... associés à de meilleurs résultats de santé et à des coûts plus faibles » (Starfield et Shi, 2004, p. 1494). Starfield et Shi (2004) écrivent : « Avoir une source de soins régulière s'est avéré le facteur le plus important associé à la réception de soins préventifs, même après avoir pris en compte l'effet des caractéristiques démographiques, de l'état financier, et du besoin de soins continus. » (p. 1495)

Faire en sorte que les patients aient accès à une série de services de soins de première ligne dispensés et/ou coordonnés par leur médecin de famille personnel et une équipe de professionnels de la santé est un objectif clé de la *medical home* canadienne.

Mais la coordination des soins ne veut pas dire que tous les prestataires peuvent et doivent être au même endroit. Certaines *medical homes*, particulièrement dans les centres urbains, peuvent compter un certain nombre de prestataires de soins de santé, alors que les communautés rurales ou éloignées peuvent n'avoir qu'un seul médecin de famille et une infirmière. Les *medical homes* au Canada devraient constituer des réseaux. Les membres d'une équipe peuvent, en certains endroits, travailler dans différentes régions géographiques mais coordonner les soins pour les patients dans toute une région plus vaste. Par exemple, le district électoral de Bulkley Valley-Stikine, en Colombie-Britannique, a 32 000 habitants dispersés sur 176 914 kilomètres carrés; une superficie presque le double de celle du Portugal. Par

conséquent, ce serait un usage prudent des ressources que d'avoir des *medical homes* dans cette région se constituer en réseau dans une série de localités, plutôt qu'une seule.

Une *medical home* doit être liée à d'autres services de soins de santé dans la communauté, la région, et la province, notamment des hôpitaux et d'autres institutions et services de soins de santé (comme les soins à domicile) de la région. Il devrait y avoir des réseaux stratégiquement organisés de médecins et d'autres professionnels de la santé, situés dans la même clinique, dans la communauté environnante ou la plus proche. L'équipe de médecins qui fait partie d'une *medical home* devrait comprendre le médecin de famille qui sera le médecin personnel de chaque patient, d'autres médecins de famille dont la pratique comprend des intérêts particuliers, et d'autres collègues spécialistes consultants.

Comme il l'a déclaré dans son document de travail *Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement* (2000a), le CMFC a longtemps revendiqué la création de Réseaux de pratique familiale (RPF) : « Ce modèle encourage les médecins de famille des quatre coins du Canada à former des groupes réels ou virtuels qui exercent dans le même édifice ou dans des endroits différents mais qui sont reliés l'un à l'autre pour faciliter le transfert des informations et le partage des responsabilités cliniques. Là où ce sera possible, cette liaison devrait être soutenue par la mise en place de systèmes qui font appel à la technologie de l'information et des communications. »

Constituer des réseaux dans tout le système de santé est essentiel si les prestataires de soins de santé veulent faire en sorte que les patients aient accès aux soins qu'il leur faut de manière ponctuelle et efficace.

V. Les soutiens des *medical homes* centrées sur les patients

Pour réussir, les *medical homes* centrées sur les patients nécessiteront d'importants soutiens du système qui comprennent, sans s'y limiter : des ressources humaines en santé suffisantes; un financement adéquat et une protection bien définie en matière de responsabilité pour tous les membres de l'équipe; un soutien informatique pour les dossiers de santé électroniques; des ententes conclues par chaque profession de la santé sur les rôles et responsabilités cliniques et organisationnelles de tous les membres de l'équipe; et la création de liens/réseaux avec les autres professionnels de la santé et les hôpitaux de la communauté. Mettre sur pied et soutenir des *medical homes* nécessitent le soutien du public et de la communauté, d'autres prestataires

de soins de santé, des autorités sanitaires régionales, et des gouvernements provinciaux et fédéral.

Une *medical home* ne se bâtit pas en cochant simplement les articles d'une liste. Il faut que le processus soit continu, et pour certaines, il faudra peut-être se laisser guider par une volonté de changer et de s'aventurer dans des territoires inconnus : de nouveaux systèmes informatiques, de nouvelles méthodes de prise de rendez-vous, de nouveaux arrangements de coordination, de nouvelles méthodes de soins en équipe, et un accent renouvelé sur la prestation de soins chroniques et préventifs organisés (Nutting et al., 2009, p. 255). Certains de ces éléments existent déjà dans des modèles de soins de première ligne partout au pays, mais afin de bâtir une *medical home* canadienne efficace, il faudra en améliorer beaucoup.

i. Information et communication électroniques

On reconnaît de plus en plus la valeur des dossiers de santé électroniques pour obtenir des soins de qualité rentables et de meilleurs résultats. L'approche centrée sur les patients du modèle américain de la *medical home* a mis l'accent sur le besoin de DSE/DME pour l'entreposage et le partage d'information sur les patients, et pour aider à communiquer avec les patients et les autres prestataires au sujet des patients. Les *medical homes* doivent se doter de dossiers de santé électroniques (DSE) pour « faciliter la coordination des soins » (Sandy et al., 2009, p. 1140).

Au Canada, la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques retarde relativement à celle de nombreux autres pays développés comparables. Selon le Sondage national des médecins (2007), 12 pour cent des médecins de famille utilisent des dossiers médicaux électroniques (DME) plutôt que sur papier. En Australie, l'utilisation de DME est à 64 pour cent; 87 pour cent aux Pays-Bas; 100 pour cent en Nouvelle-Zélande; et 29 pour cent aux États-Unis (SOAR médecine familiale, 2006, p. 35).

La mise en œuvre accrue des dossiers électroniques est soutenue dans certains pays. Par exemple, les gouvernements de certains pays européens « équipent toutes les pratiques de soins de première ligne de dossiers de santé électroniques interopérables et axés sur les soins ambulatoires qui permettent à l'information de circuler dans tous les établissements afin d'améliorer la continuité et la coordination des soins » (Bodenheimer, Grumbach et Berenson, 2009, p. 2694-2695). Les dossiers médicaux électroniques sont essentiels pour assurer la communication appropriée et ponctuelle avec les autres prestataires au sein du système de

santé, et pour assurer le suivi des mesures préventives et des résultats des soins des patients. Ils offrent aussi la possibilité de différents modes de communication avec les patients, ce qui peut améliorer l'accès et les stratégies d'auto-prise en charge des patients.

Les besoins en matière de technologie de l'information et d'électronique ne se limitent toutefois pas aux dossiers électroniques. Un instrument relativement simple comme le courriel peut « accroître l'interaction patient/médecin et moins perturber l'horaire de travail du patient » (Rosenthal, 2008, p. 433). Un autre exemple : le site Web d'une pratique familiale peut offrir des conseils, de l'information et des nouvelles à un groupe de patients de la pratique. Encore une fois, la *medical home* met l'accent sur la centralité du patient et les outils électroniques doivent servir à améliorer l'expérience du patient. Finalement, les questions liées à la confidentialité, à la responsabilité et à la rémunération doivent être réglées pour permettre cette méthode d'interaction au Canada.

ii. Financement et rémunération

Au Canada, environ la moitié des médecins de famille (48 pour cent) reçoivent au moins 90 pour cent de leur revenu professionnel de la rémunération à l'acte (RAA) (Sondage national des médecins, 2007). Quelque 31 pour cent des médecins de famille reçoivent au moins 90 pour cent de leur revenu professionnel d'une méthode de paiement mixte (Sondage national des médecins, 2007). Il semble que les méthodes de paiement mixte sont plus répandues dans les modèles plus récents de soins de première ligne. Par exemple, Wranik et Durier-Copp (2009) ont constaté que dans les réseaux Santé famille d'Ontario, les médecins de famille « reçoivent une rémunération basée sur l'inscription par patient, 10 % des codes applicables de la facturation RAA, plusieurs paiements ciblés, et la RAA pour les patients non inscrits » (p. 10).

Même s'il faut plus de temps pour évaluer l'effet des différents mécanismes de paiement sur le rendement des prestataires et sur les résultats de santé des patients, il semble que les méthodes de paiement mixte aient eu « un certain effet positif sur la prestation de soins préventifs et la qualité des soins » (Wranik et Durier-Copp, 2009, p. 22).

Dans les modèles de soins centrés sur les patients, les modes de rémunération sont aussi essentiels pour inciter à la prestation de soins de première ligne à des populations de patients plus diversifiées. Ils accordent aussi aux médecins de famille la possibilité de passer suffisamment de temps avec les patients dont les besoins sont plus complexes. Les paiements

basés sur l'atteinte d'objectifs spécifiques de santé préventive peuvent aussi être inclus. Bien que la rémunération au rendement soit à craindre si elle mène à diriger les soins de manière à ne satisfaire qu'à certains indicateurs, les incitations à atteindre des objectifs spécifiques de soins préventifs combinées à la capacité de les identifier et de les suivre dans un dossier médical électronique peuvent être bénéfiques.

VI. Amélioration et évaluation de la qualité

Un important soutien de la *medical home* centrée sur les patients est la capacité de surveiller le rendement de la réponse aux besoins de soins de santé des patients. Le dossier médical électronique se révèle une précieuse ressource pour cette exigence, mais les systèmes d'information électroniques doivent être améliorés pour soutenir l'amélioration de la qualité en pratique familiale et les questions de sécurité des patients. Le suivi du rendement est essentiel à l'amélioration de la qualité, ainsi qu'à l'évaluation permanente de la maison médicale.

Certains modèles plus nouveaux de soins de première ligne au Canada ne sont pas en exploitation depuis assez longtemps pour avoir été évalués à fond. Des données indiquent que le modèle américain de la *medical home* peut améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, mais il faut plus de recherche pour déterminer comment une *medical home* peut servir au mieux les besoins de la communauté (AAMC, 2008; Barr, 2008; Schoen et al., 2007).

Les domaines suivants doivent être évalués : les résultats de santé des patients; les objectifs des soins préventifs; la satisfaction des patients; les indicateurs clés de rendement (ICR) qui font que les médecins ne sont pas pénalisés si les patients refusent de suivre le traitement recommandé; la satisfaction du prestataire/membre de l'équipe; les coûts; l'utilisation d'autres services de santé par les patients (p. ex., salle d'urgence, hospitalisation); le service des populations marginalisées; l'enseignement (pour des « bonis » potentiels à l'enseignement/l'encadrement); les services d'approche communautaires; l'efficacité de l'équipe; les temps d'attente; l'indice de continuité; et l'accès aux soins.

Mais Rittenhouse et al. (2008) nous avertissent que l'évaluation d'une *medical home* doit se faire prudemment, puisqu'elle est davantage que la somme de ses parties (p. 1256). Il faut l'examiner sous l'angle de la valeur globale des relations patient-prestataire offrant des soins de première ligne continus et complets (Rittenhouse et al., 2008, p. 1256).

Recommandations

Le CMFC croit que le modèle de la *medical home* traitera des problèmes actuels de la prestation des services de soins de première ligne au pays, et recommande donc que :

1. Toutes les personnes au Canada devraient avoir accès à un établissement de pratique familiale ou de soins de première ligne qu'elles peuvent appeler leur *medical home*.
2. La *medical home* canadienne devrait comporter les éléments clés suivants :
 - être centrée sur les patients pour répondre aux besoins de santé qu'éprouvent les patients sur la durée de vie;
 - un médecin de famille personnel pour chaque patient;
 - des soins en équipe, incluant à la fois 1) une collaboration interprofessionnelle entre le médecin de famille du patient et d'autres professionnels de la santé, et 2) une collaboration intraprofessionnelle (c.-à-d., entre le médecin de famille personnel du patient, d'autres médecins de famille ayant des compétences et intérêts spéciaux, et d'autres spécialistes consultants);
 - l'accès aux soins en temps opportun, tant pour les soins de première ligne que pour les références à des services et à des consultations plus spécialisés, prodigués lors de visites en personne ainsi que par des communications électroniques entre patients et prestataires;
 - des soins complets, continus « du berceau au tombeau », au moyen de liens appropriés entre les soins de première ligne et d'autres secteurs du système de santé, et entre le médecin de famille du patient et d'autres prestataires de soins de santé;
 - des dossiers de santé et médicaux électroniques;
 - un financement et une rémunération appropriés pour soutenir la *medical home* et les membres de son équipe professionnelle;
 - des programmes d'évaluation continue des résultats et d'amélioration de la qualité.
3. Chaque établissement de pratique familiale ou de soins de première ligne au Canada devrait avoir la possibilité, la formation et le soutien pour mettre sur pied une *medical home* centrée sur les patients qui répond aux besoins de sa population de patients.
4. Les gouvernements, les responsables de la santé et les organisations chargés d'assurer aux patients l'accès à des services médicaux de première ligne devraient soutenir

l'attribution des éléments essentiels de la *medical home* canadienne centrée sur les patients dans les modèles de soins de première ligne qu'ils élaborent présentement.

5. Le CMFC et ses membres devraient continuer à travailler avec le public/les patients, les gouvernements, et autres principaux intervenants à contribuer à soutenir la création de *medical homes* canadiennes et à en évaluer l'efficacité.

Annexe A – Les soins de première ligne au Canada

Pour la plupart des Canadiens, le premier contact avec le système de santé se fait par les soins de première ligne, et la majorité y reçoit des soins d'un médecin de famille. Une étude récente (2009) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a révélé que 91 % des Canadiens interrogés avaient un endroit régulier de soins de première ligne, et que 78 % allaient à un cabinet de médecin (17 % choisissaient des cliniques sans rendez-vous, un centre local de services communautaires ou des centres de santé communautaires).

Au cours des dix dernières années, le renouvellement des soins de première ligne et les équipes de soins de première ligne ont été au centre des initiatives provinciales et fédérales de réforme des soins de santé. Maintes commissions et consultations ont eu lieu avec des intervenants représentatifs des soins de santé canadiens, dont le CMFC et ses sections provinciales.

Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS), créé en 1997 par les premiers ministres provinciaux et fédéral du Canada, a alloué 150 millions de dollars à 140 projets « en vue d'examiner et d'évaluer des approches novatrices pour assurer la prestation des services de santé » (Santé Canada). Quand le FASS a été inauguré, quatre provinces exigeaient que les médecins de famille fassent partie d'une équipe ou travaillent en groupe comme condition préalable au financement (Conseil canadien de la santé, 2009a). Le financement du FASS a pris fin en 2001.

En 2000, les premiers ministres ont convenu « d'accélérer le renouvellement des soins de première ligne » et d'y investir afin que « la population canadienne reçoive les soins les plus pertinents qui soient, par le fournisseur le plus approprié et dans le contexte le plus propice » (Conseil canadien de la santé, 2009a, p. 26).

La même année, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) a été créé par le gouvernement fédéral et doté de 800 millions de dollars pour six ans. Le FASSP voulait « établir des équipes interprofessionnelles afin de prodiguer les meilleurs soins par le fournisseur le plus approprié », « augmenter l'accent mis sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la gestion des maladies chroniques », « accroître l'accès aux services essentiels 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 », et « faciliter la coordination avec les autres services de santé (comme les spécialistes et les hôpitaux) » (Conseil canadien de la santé, 2009a, p. 26-27).

Les premiers ministres ont soutenu de nouveau les soins de première ligne par *l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, qui énonçait : « Les premiers ministres conviennent que l'amélioration de la continuité et de la coordination des soins, le dépistage et l'intervention précoces, une meilleure information sur les besoins et les résultats, et de nouveaux incitatifs convaincants pour garantir l'adoption rapide et permanente des nouvelles façons de faire constituent les pierres angulaires d'un système de soins primaires efficace. » (Conseil canadien de la santé, 2009a, p. 27).

L'année suivante, *Un plan décennal pour consolider les soins de santé* a paru. Ce plan fixait l'objectif que 50 pour cent des Canadiens aient accès à des équipes multidisciplinaires en tout temps d'ici 2011. Le Conseil canadien de la santé (2009a) note que même s'il est difficile de déterminer combien de Canadiens ont accès aux soins d'une équipe, il est peu probable qu'en deux ans, la moitié de la population atteigne l'objectif de l'accès à des équipes fixé pour 2011.

La plupart des provinces ont commencé à mettre sur pied des équipes de soins de première ligne visant à améliorer la centralité des patients. Les modèles canadiens de soins de première ligne en équipe varient; certains voient la transformation dans la façon dont le cabinet du médecin de famille et les fonctions sont organisés, d'autres mettent l'accent sur l'alignement des pratiques des médecins de famille avec celles des autres professionnels de la santé de la communauté pour dispenser des soins à des groupes spécifiques de patients aux besoins plus grands (p. ex., les réseaux de soins de première ligne d'Alberta qui se concentrent sur les patients de maladies chroniques).

Les équipes de soins de première ligne au Canada

Ce qui suit est un survol de certaines initiatives de soins de première ligne au Canada:

Colombie-Britannique

Réseaux intégrés de santé (RIS) : La C.-B. a inauguré 26 RIS en novembre 2008. Ils desservent présentement une population de 50 000 patients. « Les équipes des réseaux intégrés de santé ciblent les patients souffrant de troubles de santé mentale et de toxicomanie, les patients ayant deux états chroniques ou plus, ou les patients résidant dans des communautés insuffisamment desservies. » (Conseil canadien de la santé : La perspective de la Colombie-Britannique, 2009a)

Les patients sont inscrits par l'intermédiaire de leur médecin de famille et sont soignés par les équipes qui varient selon les besoins des patients. L'équipe d'un patient comprend les

médecins de famille et peut inclure infirmiers, spécialistes de la santé mentale et pharmaciens (Conseil canadien de la santé : La perspective de la Colombie-Britannique, 2009a).

Les équipes interdisciplinaires de soins de première ligne de la C.-B., comptant de 3 à 20 membres, sont habituellement dirigées par un médecin de famille et se composent de divers prestataires de soins de santé (Conseil canadien de la santé : La perspective de la Colombie-Britannique, 2009a).

La *BC Primary Health Care Charter*, publiée en 2007, considère les patients comme des partenaires de la réforme des soins de première ligne.

Alberta

Réseau de soins primaires (RSP) : Il y a présentement 30 RSP qui se composent de médecins, infirmières, pharmaciens, diététistes et autres prestataires, en Alberta. Quelque 60 pour cent des médecins de famille appartiennent à un RSP, et le but est d'atteindre les 80 pour cent d'ici 2011 (Ward, 2009).

Les RSP améliorent les soins et l'accès des patients, et ont la capacité d'accepter plus de patients. Selon Ward (2009), près de deux millions d'Albertains (sur une population de 3,65 millions) ont accès à un médecin de famille par un RSP.

Saskatchewan

Les équipes de soins de première ligne comprennent une variété de prestataires de soins de santé, comme des médecins de famille, des infirmières praticiennes, et des travailleurs sociaux. D'après le Conseil canadien de la santé (2009a): « Dans les petites collectivités, une équipe peut consister en une infirmière praticienne travaillant en collaboration avec un médecin à l'extérieur, qui offre des services itinérants une ou deux fois par semaine. » (La perspective de la Saskatchewan, p. 1)

La *Patient First Review* de la Saskatchewan permet des consultations publiques sur les politiques du système de santé.

Manitoba

Réseau de médecins intégré (RMI) : Ce réseau a été créé et a « élargi les soins interdisciplinaires aux prestataires payés à l'acte » (Conseil canadien de la santé : La perspective du Manitoba, 2009a).

Les RMI cherchent à améliorer la prestation des soins de première ligne en : améliorant l'accès; améliorant l'accès des prestataires à l'information sur les patients; améliorant la vie

professionnelle des prestataires; offrant des soins de première ligne de grande qualité axés sur les maladies chroniques (Conseil canadien de la santé : La perspective du Manitoba, 2009a).

Environ 9 pour cent des médecins de famille du Manitoba ont joint des RMI et 65 autres médecins sont présentement recrutés.

Ontario

Équipes Santé familiale (ESF) : Les ESF sont des équipes interdisciplinaires dont la taille et la composition se basent sur les besoins de la communauté et la disponibilité des prestataires (Conseil canadien de la santé : La perspective de l'Ontario, 2009a). Dirigées par des médecins de famille, les ESF se composent généralement de 10 médecins de soins de première ligne et de sept autres prestataires de soins de santé, mais la taille des équipes peut varier d'un à 50 médecins, et les ESF de large réseau peuvent en compter 116.

Il y a présentement 150 ESF en Ontario, et l'on prévoit en ajouter 50. Quelque 1,9 million d'Ontariens appartiennent à une ESF, et 250 000 d'entre eux n'avaient pas de médecin de famille auparavant (Conseil canadien de la santé : La perspective de l'Ontario, 2009a).

Centres de santé communautaire (CSC) : Les CSC offrent également des soins interdisciplinaires de médecins, de personnel infirmier praticien, de travailleurs sociaux, etc., qui dispensent des soins de santé de première ligne et des programmes de promotion de la santé. Les CSC « améliorent les soins de première ligne en ciblant des populations spécifiques, dont des populations à risque élevé ou vulnérables... » (Conseil canadien de la santé : Perspective de l'Ontario, 2009a).

Les Réseaux Santé famille (RSF) et Groupes Santé famille (GSF) « se composent en grande partie de groupes de médecins qui travaillent ensemble à dispenser des soins complets à leurs patients. Ces pratiques offrent, après les heures régulières, l'accès à une infirmière par un service de consultation téléphonique » (Conseil canadien de la santé : Perspective de l'Ontario, 2009a).

Québec

Groupe de médecine de famille (GMF) : Un GMF est une équipe qui se compose habituellement d'un médecin de famille, d'une infirmière et d'autres prestataires de soins de santé, selon les besoins de la communauté. Le gouvernement du Québec prévoit instaurer 300 GMF dans tout le territoire québécois de sorte que toute la population soit inscrite auprès d'un médecin de groupe de médecine de famille (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). Québec a récemment lancé la prochaine génération de sa stratégie des soins de première ligne – la Clinique-réseau intégrée –encore une fois modelée sur les soins en équipe.

Nouveau-Brunswick

Centres de santé communautaires (CSC) : Une équipe de base composée d'un médecin, d'une infirmière praticienne et d'un infirmier à laquelle peuvent se greffer d'autres prestataires de soins de santé, selon les besoins de la communauté. Les CSC « dispensent des services de promotion de la santé et de prévention des maladies/blessures, la prise en charge des maladies chroniques, et tiennent compte des déterminants de la santé plus larges comme l'emploi, l'instruction et la pauvreté » (Conseil canadien de la santé : La perspective du Nouveau-Brunswick, 2009a). Il y a sept CSC dans la province.

Centres de services de santé (CSS) : Les CSS sont des cabinets de médecins qui complètent des infirmières praticiennes et des infirmières.

Nouvelle-Écosse

Les équipes de soins de première ligne se composent habituellement d'un médecin de famille et soit d'une infirmière praticienne, soit d'une infirmière en soins familiaux. Des diététistes, travailleurs sociaux et autres prestataires de soins de santé peuvent s'y ajouter, selon les besoins de la communauté (Conseil canadien de la santé : La perspective de la Nouvelle-Écosse, 2009a).

Île-du-Prince-Édouard

Centres de santé de famille (CSF) : Il y a cinq équipes de soins de santé de famille à l'Î.-P.-É., qui comprennent au moins un médecin de famille travaillant avec une infirmière praticienne ou une infirmière en pratique avancée (Conseil canadien de la santé : La perspective de l'Île-du-Prince-Édouard, 2009a). Ces équipes peuvent comporter d'autres prestataires de soins de santé comme des conseillers en santé mentale, selon les besoins de la communauté.

D'autres équipes à l'Î.-P.-É. incluent : des équipes de soins à domicile; des équipes intégrées de soins palliatifs; des équipes de santé publique; et des équipes communautaires de santé mentale et de toxicomanie.

Une revue récente des CSF a établi comme objectif « d'élargir les équipes existantes, en accroissant le nombre de médecins travaillant dans des équipes et en ajoutant d'autres prestataires, si possible » (Conseil canadien de la santé : La perspective de l'Île-du-Prince-Édouard, 2009a). Un sixième et septième CSF sont créés en milieu rural.

Terre-Neuve-et-Labrador

Les équipes de soins de première ligne se composent d'un médecin, faisant fonction de responsable, de personnel en soins infirmiers et en santé communautaire et d'un travailleur

social. Elles sont définies géographiquement, c'est-à-dire qu'elles desservent toutes les personnes d'une région donnée (Conseil canadien de la santé : La perspective de Terre-Neuve et Labrador, 2009a).

D'autres prestataires peuvent en faire partie et s'ajoutent au besoin et selon la disponibilité.

À l'heure actuelle, la province se prépare à établir 30 zones d'équipe qui couvriront la province au complet et desserviront l'ensemble de la population (Conseil canadien de la santé : La perspective de Terre-Neuve et Labrador, 2009a).

Yukon

À Whitehorse, le Diabetes Collaborative réunit médecins de famille, infirmières, physiothérapeutes et nutritionnistes dans la gestion des soins du diabète. Habituellement, on désigne un médecin de famille comme responsable clinique.

Dans les régions rurales et éloignées, les équipes se composent généralement d'un médecin et d'une infirmière, qui ne se trouvent pas nécessairement au même endroit, mais qui travaillent de concert à la prestation de soins. (Conseil canadien de la santé : La perspective du Yukon, 2009a).

Territoires du Nord-Ouest

Modèle de prestation de services intégrés (MPSI) : Le MPSI dessert la population générale mais certaines équipes ciblent des groupes de patients spécifiques, comme les personnes souffrant de diabète. Le MPSI coordonne les soins et vise « l'intégration des services et du système, des soins primaires aux niveaux secondaire et tertiaire de services... [il s'agit d'une] approche de la prestation des services de santé et des services sociaux axée sur les clients et fondée sur le travail d'équipe » (Conseil canadien de la santé : La perspective des Territoires du Nord-Ouest, 2009a).

Nunavut

Le Nunavut souffre d'une pénurie de prestataires de soins de santé, mais habituellement, l'infirmière en santé communautaire dirige une équipe interdisciplinaire et est le premier point de contact pour les patients. « Une équipe peut compter une diversité de prestataires de soins de santé à un moment donné, suivant les circonstances et selon que les membres de l'équipe sont résidents, itinérants ou virtuels. » (Conseil canadien de la santé : La perspective du Nunavut, 2009a)

L'Unité médicale du Nord engage des médecins assurant une permanence pour donner des consultations par téléphone ou par courriel. Des médecins, des physiothérapeutes, et autres

prestataires se rendent régulièrement dans les collectivités comme Baffin, Kivalliq et Kitikmeot (Conseil canadien de la santé : La perspective du Nunavut, 2009a).

Dans les centres de santé communautaires, l'équipe de base se compose d'au moins deux infirmières en santé communautaire, avec un travailleur social, des représentants en santé communautaire, des commis interprètes et un technicien en radiologie. (Conseil canadien de la santé : La perspective du Nunavut, 2009a).

Bibliographie

- Association of American Medical Colleges. (2008). *The medical home: AAMC position statement*. Washington, DC.
- Barr, M.S. (2008). The need to test the patient-centered medical home. *Journal of the American Medical Association*, 300(7), 834-835.
- Beal, A.C., Doty, M.M., Hernandez, S.E., Shea, K.K., & Davis, K. (2007). Closing the divide: How medical homes promote equity in health care: Results from the Commonwealth Fund 2006 health care quality survey. *The Commonwealth Fund*.
- Beaulieu, M-D., Rioux, M., Rocher, G., Samson, L., & Boucher, L. (2008). Family practice: Professional identity in transition. A case study of family medicine in Canada. *Social Science and Medicine*, 1-11. doi: 10.1016/j.soscimed.2008.06.019
- Berenson, R.A., Hammons, T., Gans, D.N., Zuckerman, S., Merrell, K., Underwood, W.S., & Williams, A. (2008). A house is not a home: Keeping patients at the centre of practice redesign. *Health Affairs*, 27(5), 1219-1230.
- Bodenheimer, T., Grumbach, K., & Berenson, R.A. (2009). A lifeline for primary care. *The New England Journal of Medicine*, 360(26), 2693-2696.
- Bindman, A.B. (2009). Is there a personal doctor in the house? *Annals of Internal Medicine*, 150(5), 351-352.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Analyse en bref: Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*.
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2004). *Les patients demandent de remédier aux temps d'attente*. Consulté le 30 septembre 2009, à : <http://www.cfpc.ca/French/cfpc/communications/news%20releases/2004%2011%2025/default.asp?s=1>
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2000a). *Soins de première ligne et médecine familiale au Canada : une ordonnance de renouvellement*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada.

- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2000b). *Le rôle du médecin de famille dans les soins à domicile*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada.
- Le Collège des médecins de famille du Canada. (2009). Actes du Leaders' Summit : *L'évolution de la médecine familiale, passée, présente et future*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada.
- Le Collège des médecins de famille du Canada et la Section des enseignants en médecine familiale. (2009). *CanMEDS – Médecine familiale*. Groupe de travail sur la révision du curriculum. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada.
- Enthoven, A.C, Crosson, F.J., & Shortell. S.M. (2007). 'Redefining health care': Medical homes or archipelagos to navigate? *Health Affairs*, 26(5), 1366-1372.
- Forster, J., Rosser, W., Hennen, B., McAuley, R., Wilson, R., & Grogan, M. (1994). New approach to primary medical care. *Canadian Family Physician*, 40, 1523-1530.
- Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté le 3 septembre 2009, à : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/gmf/index.php?accueil-fr>
- Green, L. (2009). The patient-centered medical home: A discussion at NAPCRG 2008. *Annals of Family Medicine*, 7(2), 183-184.
- Grumbach, K., Bodenheimer, T., & Grundy, P. (2009). *The outcomes of implementing patient-centered medical home interventions: A review of the evidence on quality, access and costs from recent prospective evaluation studies*. Patient-Centered Primary Care Collaborative, Centre for Excellence in Primary Care.
- Haggerty, J., Burge, F., Lévesque, J-F., Gass, D., Pineault, R., Beaulieu, M-D., & Santor, D. (2007). Operational definitions of attributes of primary health care: Consensus among Canadian experts. *Annals of Family Medicine*, 5(4), 336-344.
- Santé Canada. *Fonds pour l'adaptation des services de santé*. Consulté le 2 septembre 2009, à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/ehealth-esante/infostructure/finance/htf-fass/index-fra.php>
- Conseil canadien de la santé. (2009a). *Équipes à l'oeuvre : Les équipes de soins de santé primaires au Canada*. (comprend les perspectives provinciales). Toronto.

- Conseil canadien de la santé. (2009b). *La valorisation de l'argent : Renforcer le système canadien de soins de santé*. Consulté le 16 septembre 2009, à : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/HCC_VFMReport_FRE_WEB.pdf
- Hollander, M.J., Kadlec, H., Hamdi, R., & Tessaro, A. (2009). Increasing value for money in the Canadian healthcare system: New findings on the contribution of primary care services. *Healthcare Quarterly*, 12(4), 30-42.
- Kidd, M.R., Watts, I.T., Mitchell, C.D., Hudson, L.G., Wenck, B.C., & Cole, N.J. (2006). Principles for supporting task substitution in Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 185(1), 20-22.
- Macinko, J., Starfield, B., & Shi, L. (2007). Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *International Journal of Health Services*, 37(1), 111-126.
- Morgenstern, C. (2005). *Stufen: Eine Entwicklung in Aphorismen und Tagebuch-Notizen*. Consulté le 8 septembre 2009, à : <http://www.gutenberg.org/files/15898/15898-8.txt>
- Sondage national des médecins. (2007). Consulté le 3 septembre 2009, à : http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/2007_Survey/Results/FR/National/pdf/Q33/Q33a_CORE.only.fr.pdf
- Nutting, P.A., Miller, W.L., Crabtree, B.F., Jaen, C.R., Stewart, E.E., & Stange, K.C. (2009). Initial lessons from the first national demonstration project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Annals of Family Medicine*, 7(3), 254-260.
- Rittenhouse, D.R., Casalino, L.P., Gillies, R.R., Shortell, S.M., & Lau, B. (2008). Measuring the medical home infrastructure in large medical groups. *Health Affairs*, 27(5), 1246-1258.
- Rittenhouse, D.R., Shortell, S.M. (2009). The patient-centered medical home: Will it stand the test of health reform? *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2038-2040.
- Rosenthal, T.C. (2008). The medical home: Growing evidence to support a new approach to primary care. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 21(5), 427-440.
- Sandy, L.G., Bodenheimer, T., Pawlson, L.G., & Starfield, B. (2009). The political economy of U.S. primary care. *Health Affairs*, 28(4), 1136-1144.

- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M.M., Bishop, M., Peugh, J., & Murukutla, N. (2007). Toward higher-performance health systems: Adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 26(6), 717-734.
- Sia, C., Tonniges, T.F., Osterhus, E., & Taba, S. (2004). History of the medical home concept. *Pediatrics*, 113(5), 1473-1478.
- SOAR Médecine familiale (2006). *Un colloque international de six organisations pour l'avancement de la médecine familiale*. Mississauga, ON: Le Collège des médecins de famille du Canada.
- Starfield, B., & Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance: A review of evidence. *Pediatrics*, 113(5), 1493-1498.
- Starfield, B., Chang, H-Y., Lemke, K.W., & Weiner, J.P. (2009). Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in US health plans. *Journal of Ambulatory Care Management*, 32(3), 215-225.
- Susman, J. (2009). Beyond the walls of the medical home. *The Journal of Family Practice*, 58(4), 178.
- Vesely, R. (2009). Medical home blueprint: Four doc groups release guides seeking consistency. *Modern Healthcare*, 39(18), 18.
- Ward, R. (2009, August 20). Solving the family doctor shortage. *The Calgary Herald*. Consulté le 25 août 2009, à : <http://www.calgaryherald.com/opinion/op-ed/Solving+family+doctor+shortage/1911890/story.html>
- Wedel, R., Kalischuk, R.G., Patterson, E., & Brown, S. (2007). Turning vision into reality: Successful integration of primary healthcare in Taber, Canada. *Healthcare Policy*, 3(1), 80-95.
- Wong, S.T., Watson, D.E., Young, E., & Regan, S. (2008). What do people think is important about primary healthcare? *Healthcare Policy*, 3(3), 89-104.
- Assemblée mondiale de la santé. (2009). *Soins de santé primaire et renforcement des systèmes de santé*. 62^e Assemblée mondiale de la santé, point 12.4 à l'ordre du jour.

Wranik, D.W. & Durier-Copp, M. (2009). Physician remuneration methods for family physicians in Canada: Expected outcomes and lessons learned. *Health Care Analysis*. doi: 10.1007/s10728-008-0105-9