



UNE NOUVELLE VISION POUR LE CANADA

PRATIQUE DE MÉDECINE FAMILIALE

**LE CENTRE DE MÉDECINE DE FAMILLE
2019**

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA



CENTRE DE
MÉDECINE
DE FAMILLE

© 2019 Le Collège des médecins de famille du Canada

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

Pour citer ce document : Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale – Le Centre de médecine de famille 2019.*

Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
POURQUOI UNE RÉVISION DU CMF ?	1
L’OBJECTIF DE CE DOCUMENT	2
LES PROGRÈS AU SUJET DU CMF JUSQU’À MAINTENANT	4
FONDEMENTS	6
1 ^{er} pilier : Administration et financement	7
2 ^e pilier : Infrastructure appropriée	9
3 ^e pilier : Soins interreliés	12
FONCTIONS	14
4 ^e pilier : Soins accessibles	15
5 ^e pilier : Capacité de s’adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale	17
6 ^e pilier : Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d’un médecin de famille	20
7 ^e pilier : Continuité des soins	23
8 ^e pilier : Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille	25
DÉVELOPPEMENT CONTINU	27
9 ^e pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche	28
10 ^e pilier : Formation, éducation et développement professionnel continu	30
CONCLUSION.....	32
RÉFÉRENCES	33



INTRODUCTION

Les besoins changeants des patients et de leur communauté imposent au système de soins de santé de nouvelles demandes afin de maintenir, voire d'améliorer la qualité des services. Les changements démographiques, la complexité grandissante du secteur de la santé et les nouvelles technologies contribuent au dynamisme du système de santé. Les médecins de famille jouent un rôle de premier plan dans ce système, puisqu'ils sont à la fois le premier point de contact des patients et une ressource médicale fiable pour les communautés qu'ils desservent. Par ailleurs, ils prennent soin de leurs patients et leur viennent en aide dans toutes leurs interactions avec le système de santé. La vision du Centre de médecine de famille (CMF) met l'accent sur le rôle de la médecine familiale et des médecins de famille dans la prestation de soins de qualité, avec compassion et en temps opportun.

Le succès d'un CMF repose sur le travail d'équipe et la collaboration, allant de l'implication des patients dans leurs propres soins à la collaboration interprofessionnelle et

intraprofessionnelle des fournisseurs de soins à la contribution des décideurs qui fournissent l'infrastructure et le financement nécessaires. Le CMF 2019 a été rédigé en tenant compte des commentaires de divers intervenants, ce qui traduit l'approche collaborative qu'il prône. Son but est de réaliser la vision du CMF pour tous les patients et les fournisseurs de soins du Canada.

En 2011, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) publiait *Une vision pour le Canada : La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*¹. Ce document présentait une vision pour l'avenir des soins primaires en transformant le système de soins de santé pour mieux répondre aux besoins de toutes les personnes qui habitent au Canada. La vision définissait les 10 piliers qui composent le CMF et fournissait des recommandations détaillées pour aider les médecins de famille et leurs équipes, ainsi que les responsables de l'élaboration des politiques et les administrateurs du système de soins de santé, à mettre en place ce nouveau modèle partout au pays.

POURQUOI UNE RÉVISION DU CMF ?

Depuis 2011, plusieurs principes de la vision du CMF ont été adoptés dans les réformes des soins primaires. De nouveaux modèles ont vu le jour au Canada (voir Les progrès au sujet du CMF jusqu'à maintenant). Afin de mieux refléter la réalité actuelle, de répondre aux besoins changeants des médecins de famille et de leurs équipes, et d'appuyer la mise en œuvre continue du CMF, le CMFC a créé cette édition révisée de la vision. Elle reflète la réalité changeante des soins primaires au Canada, notamment l'adoption rapide des dossiers médicaux électroniques (DME)^{2,3} et une transition vers des structures interprofessionnelles de pratique².

Bien que des progrès aient été accomplis, il reste encore du travail à faire pour réaliser pleinement cette vision. En 2016, près de 75 pour cent des Canadiens et Canadiennes ont affirmé que la qualité des soins qu'ils recevaient de leurs médecins de famille était bonne ou excellente⁴. En 2017, un sondage effectué par le CMFC révélait que 79 pour cent des répondants affirmaient que les soins qu'ils recevaient de leurs médecins de famille étaient excellents ou bons⁵. Cependant, au même moment, 55 pour cent des Canadiens et Canadiennes croyaient aussi que le système de soins de santé global aurait besoin de changements fondamentaux⁴. De plus, le Canada se situe encore en dessous de la moyenne internationale pour certains aspects des soins axés sur les patients, par exemple, l'accès aux rendez-vous le jour même ou le lendemain. Bien que la plupart des Canadiens et Canadiennes (84,7 pour cent) aient un médecin ou un établissement de soins qu'ils consultent régulièrement, ils rapportent généralement des temps d'attente plus longs pour les

soins médicaux que d'autres adultes dans des pays comparables⁴. Le CMF 2019 tient compte de ces préoccupations et propose des solutions qui pourraient aider à améliorer davantage le système de soins primaires pour tous.

Bien que certains aspects de la vision du CMF aient été mis à jour (voir Qu'est-ce que le Centre de médecine de famille?), les principes fondamentaux demeurent les mêmes. La vision du CMF 2019 met l'accent sur la prestation de soins complets et globaux, axés sur le patient et de haute qualité aux patients et à leurs familles tout au long de leur vie. Elle englobe le rôle essentiel que les médecins de famille et les pratiques de médecine de famille jouent dans le système de soins de santé, et reflète le fait que les systèmes dotés de soins de santé primaires solides ont de meilleurs résultats, une plus grande efficacité et une meilleure qualité des soins⁶. Le CMF 2019 reconnaît qu'un patient ne pourra pas voir son médecin de famille lors de chaque visite, mais qu'un professionnel de la santé qualifié membre de l'équipe du CMF lui fournira les soins les plus appropriés en fonction de ses besoins, avec un soutien et un leadership continus de la part des médecins de famille. Le CMF 2019 souligne l'importance primordiale de s'adapter aux besoins de sa communauté et de la responsabilité sociale en soins primaires en ajoutant un nouveau pilier. L'importance de répondre aux besoins de la communauté par l'engagement et la prestation de soins équitables, culturellement sécuritaires et anti-oppressifs qui tentent d'évaluer les déterminants sociaux de la santé et d'intervenir est maintenant plus clairement mise en évidence.

L'OBJECTIF DE CE DOCUMENT

Le CMF 2019 présente les 10 piliers révisés qui composent un CMF. Les attributs clés sont définis et expliqués par chacun des piliers. Des références sont fournies afin de démontrer les données probantes provenant de la recherche pour chaque attribut. Ce document vise à appuyer les médecins de famille qui travaillent actuellement dans un CMF afin de faire en sorte que leur pratique respecte davantage les piliers du CMF, ou à aider les pratiques qui désirent faire une transition vers un CMF. De plus, ce document peut guider les gouvernements, les responsables de l'élaboration des politiques, d'autres professionnels de la santé et les patients sur les façons de structurer un système de soins de santé primaires qui répond mieux aux besoins de la population canadienne.

Plusieurs ressources pour le CMF ont été mises au point et continueront d'être disponibles. Elles comprennent des **guides Conseil pratique** sur divers sujets, ainsi que l'**outil d'autoévaluation** qui peut aider à quantifier les progrès de la

pratique vers la vision du CMF. Au fil du temps, plus de matériel sur les nouveaux thèmes identifiés dans le CMF 2019, ainsi que des outils pour appuyer les médecins dans la transition vers l'adoption des structures du CMF – par exemple la trousse de mise en œuvre du CMF – seront disponibles sur le site : centremedecinedefamille.ca.

Qu'est-ce que le Centre de médecine de famille ?

Le CMF est une pratique de médecine de famille définie par ses patients comme l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise de parler de leur santé personnelle et familiale, ainsi que de leurs problèmes de santé. Le CMF peut être divisé en trois thèmes : Fondements, Fonctions et Développement continu (voir le Tableau 1 et la Figure 1).

Tableau 1 : 10 piliers de la vision révisée du CMF

THÈME	PILIER
Fondements	1. Administration et financement
	2. Infrastructure appropriée
	3. Soins interreliés
Fonctions	4. Soins accessibles
	5. Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale
	6. Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille
	7. Continuité des soins
Développement continu	8. Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille
	9. Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche
	10. Formation, éducation et développement professionnel continu

Les trois piliers des Fondements sont les structures de soutien qui facilitent la prestation de soins par le CMF. Les trois aspects sont essentiels au succès de la mise en œuvre et à la viabilité d'un CMF.

Les Fonctions sont des aspects centraux de l'opération d'une pratique de médecine de famille et sont composées des cinq piliers de base du CMF. Ces principes régissent les types de soins offerts par les CMF afin de s'assurer qu'ils répondent bien aux besoins des patients, des familles et des communautés desservies. Les piliers de cette section reflètent **les quatre principes de la médecine familiale**⁷, qui soulignent la place importante qu'ils occupent dans le CMF 2019 dans son ensemble.

Les piliers du Développement continu sont essentiels à l'avancement de la vision du CMF. Ces aspects font en sorte que les médecins peuvent fournir les meilleurs soins possible aux patients dans divers contextes. En appliquant ces piliers, le CMF mettra en pratique les principes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) pour atteindre les résultats nécessaires pour répondre aux besoins de leurs patients, de leurs communautés et de la communauté des soins de santé dans son ensemble, maintenant et à l'avenir.

Le CMF est une vision à laquelle chaque pratique peut aspirer. Plusieurs pratiques partout au Canada ont déjà commencé la transition vers le CMF, grâce au dévouement et au leadership des médecins de famille et de leurs équipes. Cette vision est

une ressource pour ces pratiques lorsqu'elles procèdent à une évaluation continue des façons de faire et à des initiatives en matière d'ACQ. Elle peut aussi aider d'autres intervenants, y compris les planificateurs gouvernementaux, les responsables de l'élaboration des politiques et les bailleurs de fonds, à mieux comprendre ce qui définit une pratique de médecine de famille axée sur le patient. En sollicitant la participation des patients à toutes les étapes des activités de développement, d'évaluation et d'ACQ de la pratique, le CMF peut contribuer de façon importante à faire progresser les objectifs de transformation vers un système de santé axé sur le patient⁸.

Ce que le Centre de médecine de famille n'est pas

Bien qu'il soit important de comprendre ce que le CMF veut être, il est aussi important de souligner qu'il ne s'agit pas d'une solution universelle. Les pratiques individuelles en milieux ruraux ou éloignés, ou les pratiques en grand groupe qui desservent les populations vulnérables des grands centres urbains peuvent respecter les principes du CMF en incorporant des stratégies qui correspondent aux réalités de leurs milieux de pratique. En fait, la responsabilité sociale et la capacité de s'adapter aux besoins de la communauté sont un nouvel ajout important à la vision révisée du CMF qui tient

compte du besoin pour chaque pratique de médecine de famille de s'adapter et de répondre aux besoins des patients et des communautés qu'elle dessert. Ce qui fonctionne pour une pratique ne fonctionnera pas nécessairement pour toutes les pratiques.

La vision du CMF ne nécessite pas le déménagement ou la refonte de toutes les pratiques ni que les médecins ou d'autres professionnels de la santé fassent des investissements financiers importants. C'est plutôt du soutien et une implication au niveau du système qui sont nécessaires pour atteindre cette vision. Les piliers et attributs énumérés dans ce document sont des indicateurs qui guident la réforme et qui aident les pratiques dans leur cheminement.

Il est important de noter que cette vision n'a pas comme objectif d'entraver ou de changer les initiatives prometteuses qui sont actuellement en cours au Canada dans des pratiques de médecine de famille (dont plusieurs ont déjà adopté et incorporé le concept de centre de médecine; voir Les progrès au sujet du CMF jusqu'à maintenant). Elle a plutôt comme objectif de s'appuyer sur ces efforts et de les renforcer. Plus les initiatives de soins de santé répondent aux objectifs du CMF, plus il est probable que les objectifs globaux de créer un système de soins de santé axé sur le patient partout au Canada se réalisent.

Figure 1 : Le Centre de médecine de famille



LES PROGRÈS AU SUJET DU CMF JUSQU'À MAINTENANT

Depuis la publication du document de vision original du CMF, des changements dans le système ont eu lieu dans presque tous les territoires et provinces du Canada. Plus précisément, des pratiques qui s'inspirent du CMF gagnent du terrain dans plusieurs provinces et sont actuellement à divers stades de développement.

Le CMFC a pris le pouls de l'adoption du CMF dans toutes les provinces dans son *Bilan provincial sur le Centre de médecine de famille*, publié au début de 2019⁹. Ce rapport contient des cotes et des descriptions des progrès effectués dans chaque province jusqu'à la fin de 2018, ce qui constitue une bonne mesure de l'état de la vision au moment de la publication de la présente version.

Alberta

En Alberta, des **réseaux de soins primaires** (RSP)¹⁰ ont été mis sur pied pour établir un lien entre les groupes de médecins de famille et les autres professionnels de la santé. Au sein des RSP, les cliniciens collaborent à la prestation de soins qui répondent aux besoins particuliers de la communauté et de la population. À l'heure actuelle, il y a 42 RSP en Alberta, composés de plus de 3700 (ou 80 pour cent des) médecins de famille et de plus de 1100 autres professionnels de la santé. Les RSP fournissent des soins à près de 3,6 millions d'Albertains, soit 80 pour cent de la population de l'Alberta.

Les cliniques de soins primaires doivent recueillir des données pour le troisième rendez-vous disponible afin d'améliorer l'accès pour les Albertains¹¹. Le troisième rendez-vous disponible mesure le temps que les patients doivent attendre pour avoir un rendez-vous avec leurs prestataires de soins. Le troisième rendez-vous disponible est considéré comme un système de mesure plus précis de l'accès aux soins que le prochain rendez-vous disponible, étant donné que le prochain ou le deuxième rendez-vous disponible l'est peut-être à cause d'une annulation ou d'un autre événement qui n'est pas toujours prévisible ou fiable.

Colombie-Britannique

La nouvelle stratégie de soins primaires du gouvernement de la Colombie-Britannique met l'accent sur l'amélioration de l'accès à des soins offerts en équipe par l'intermédiaire des RSP¹². Les RSP sont dans les phases initiales d'adoption et quand ils seront pleinement mis en œuvre, ils entraîneront des changements à l'échelle du système : ils permettront d'établir un lien entre divers prestataires de soins afin d'améliorer l'accès aux soins et la qualité de ces soins. Ils permettront aux patients d'avoir accès à toute la gamme d'options de soins de santé, simplifieront l'orientation des patients et fourniront un meilleur soutien aux médecins de famille, aux infirmières

pratiquantes et à d'autres prestataires de soins de santé primaires. Le **General Practice Services Committee**¹³ (GPSC; un partenariat entre le gouvernement provincial et Doctors of BC) fait spécifiquement mention du concept du CMF et s'appuie sur celui-ci pour élaborer sa vision pour l'avenir des soins de santé en Colombie-Britannique.

Manitoba

Au Manitoba, les CMF sont des Home Clinics et les RSP sont connus sous le nom de My Health Teams. L'initiative My Health Teams rassemble des équipes de fournisseurs de soins de santé (médecins, infirmières, infirmières pratiquantes, etc.) afin d'assurer la collaboration dans la prestation de soins de haute qualité adaptés aux besoins de la communauté et des patients¹⁴. Comme le nom de l'initiative l'indique, l'objectif est d'améliorer les soins de santé en mettant en place des équipes de professionnels de la santé qui collaborent pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires des Manitobains¹⁵. Les deux premières My Health Teams ont été mises en place en 2014; il y en a maintenant 15 dans toute la province¹⁶. Le Manitoba Centre for Health Policy a travaillé à évaluer l'impact de l'initiative My Health Teams.

Nouveau-Brunswick

En 2017, le gouvernement a annoncé le Plan pour les familles du Nouveau-Brunswick, qui met l'accent sur l'accès aux soins offerts en équipe. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement provincial et la Société médicale du Nouveau-Brunswick ont mis sur pied un programme volontaire intitulé **Médecine familiale Nouveau-Brunswick**. Dans ce modèle de soins prodigués en équipe, les médecins ont leurs propres patients inscrits, mais fournissent aussi des services à tous les patients des médecins qui font partie de leur équipe¹⁷. On a annoncé en 2018 que 25 médecins de famille seront ajoutés au système provincial de soins de santé afin que les résidents de la province aient accès à un médecin de soins primaires et pour aider à réduire les temps d'attente¹⁸.

Terre-Neuve-et-Labrador

En 2015, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a publié le document *Healthy People, Healthy Families, Healthy Communities : A primary health care framework for Newfoundland and Labrador*. Les objectifs de la stratégie comprennent notamment de garantir «un accès en temps opportun à du soutien et des services de soins de santé primaires complets et globaux axés sur la personne» et que «la réforme des soins de santé primaires vise à mettre en place des équipes de fournisseurs

de soins afin de faciliter l'accès à une gamme de services de santé et de services sociaux adaptés aux besoins des communautés desservies¹⁹. » Ces deux objectifs respectent les principes généraux du CMF. Des équipes de soins de santé primaires ont été mises en place à St. John's et devraient l'être bientôt à Corner Brook et à Burin²⁰. Plusieurs initiatives lancées dans le cadre de cette stratégie en sont aux premiers stades de développement. Le fait de continuer dans la direction établie permettra à Terre-Neuve-et-Labrador de se rapprocher de l'intégration de la vision du CMF dans la prestation de soins de santé primaires.

Territoires du Nord-Ouest

La création récente d'une seule autorité sanitaire territoriale a permis d'améliorer les soins primaires partout aux Territoires du Nord-Ouest. En août 2018, le Conseil de leadership des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a voté à l'unanimité en faveur d'une résolution appuyant la refonte du système de soins de santé vers une approche de soins offerts en équipe et axée sur la relation, qui respecte les valeurs du CMF. Dans plusieurs régions, des médecins contractuels sont déjà affectés à des visites régulières dans des communautés isolées et travaillent en étroite collaboration avec le personnel local pour offrir une continuité dans le soutien à distance entre les visites. La planification est en cours pour mettre en place des équipes de soins multidisciplinaires basées sur la vision du CMF dans plusieurs plus grands centres régionaux, afin d'améliorer la continuité des soins et l'accès au médecin et au personnel infirmier, ainsi que le soutien en santé mentale sur place et d'autres disciplines des soins de santé. Les DME implantés à l'échelle du territoire ainsi que l'augmentation de l'utilisation du système de télésanté et d'autres modalités de soins virtuels facilitent ce travail.

Nouvelle-Écosse

Le rapport de 2017, *Strengthening the Primary Health Care System in Nova Scotia*, a recommandé la mise en place de maisons de santé, composées d'équipes collaboratives interprofessionnelles de médecine de famille. Le modèle est basé sur une approche de la santé de la population qui met l'accent sur le bien-être et la prise en charge/prévention des maladies chroniques et qui inclut des soins complets et globaux offerts en équipe. Il y a environ 50 équipes de **pratique familiale collaborative**²¹ et un certain nombre d'équipes de soins primaires partout en Nouvelle-Écosse.

Ontario

Le modèle qui correspond le plus au cadre du CMF est celui des **équipes Santé familiale** (ESF)²². Les ESF sont composées de médecins de famille, d'infirmières praticiennes et d'autres professionnels de la santé, et fournissent des programmes et services en soins primaires axés sur la communauté. Les 184 ESF desservent collectivement plus de trois millions d'Ontariens

inscrits. Selon les résultats d'une évaluation sur cinq ans menée par le Conference Board du Canada en 2014, les ESF ont entraîné des améliorations sur le plan organisationnel et celui de la prestation des services²³. Beaucoup de progrès ont été réalisés grâce aux modèles d'inscription des patients. L'inscription des patients est un processus selon lequel les patients sont inscrits formellement auprès d'un prestataire ou d'une équipe de soins primaires. Cela encourage la responsabilisation en définissant la population qui est sous la responsabilité du prestataire de soins. L'inscription formelle des patients auprès d'un médecin de soins primaires jette les bases d'une approche proactive de la prise en charge des maladies chroniques et des soins préventifs²⁴. Les études montrent que les modèles ont atteint un certain degré de succès dans l'amélioration de l'efficacité du système de santé en Ontario grâce à la réduction du recours aux services d'urgence pour les soins non urgents²⁵.

Île-du-Prince-Édouard

À l'Île-du-Prince-Édouard, les soins primaires sont offerts par l'intermédiaire de cinq **RSP**²⁶. Chaque réseau est composé d'une équipe de médecins de famille, d'infirmières praticiennes, d'infirmières autorisées, d'éducateurs en diabète, d'infirmières auxiliaires autorisées, de personnel administratif et, dans certains cas, de diététistes et de travailleurs en santé mentale. Ils offrent une large gamme de services de santé, y compris le diagnostic, le traitement, l'éducation, la prévention des maladies et le dépistage.

Québec

Le **Groupe de médecine de famille**²⁷ (GMF) est le modèle de soins offerts en équipe au Québec qui ressemble le plus au CMF. Le classement des GMF (obligations, soutien financier et professionnel) est basé sur l'inscription pondérée des patients. Un GMF peut desservir de 6 000 à plus de 30 000 patients. L'allocation des ressources (financières et en termes de professionnels de la santé) dépend du nombre cible pondéré de patients que dessert le GMF. Dans un GMF, chaque médecin prend soin de ses propres patients inscrits, mais tous les médecins du GMF peuvent avoir accès aux dossiers médicaux de tous les patients. Les GMF fournissent des soins en équipe par l'intermédiaire de médecins, infirmières, travailleurs sociaux ou autres professionnels de la santé qui collaborent pour offrir des soins appropriés en fonction des besoins de la communauté.

Saskatchewan

La Saskatchewan a investi dans l'initiative intitulée Connected Care Strategy, qui met l'accent sur une approche en équipe des soins impliquant le patient et ses proches, et qui s'étend de la communauté à l'hôpital et vice versa. L'objectif est d'établir le lien entre les équipes et de fournir des soins harmonieux aux personnes ayant de multiples besoins en matière de santé à long terme, en mettant l'accent sur des soins offerts dans la communauté²⁸.

FONDEMENTS

Les fondements du CMF sont les structures de soutien sous-jacentes qui permettent à la pratique d'exister et qui facilitent chacune des fonctions du CMF. Sans un fondement solide, le CMF ne peut pas fournir de soins de haute qualité axés sur les patients. Les fondements sont l'administration et le financement (qui comprennent le soutien financier et gouvernemental, ainsi qu'une gouvernance, un leadership et une gestion solides), l'infrastructure appropriée (qui comprend l'espace physique, les ressources humaines, les dossiers électroniques et d'autres supports numériques) et les soins interreliés (l'intégration de la pratique dans d'autres milieux de soins grâce aux TI en santé).



ADMINISTRATION
ET FINANCEMENT

PAGE 7 ►



INFRASTRUCTURE
APPROPRIÉE

PAGE 9 ►



SOINS INTERRELIÉS

PAGE 12 ►



1^{er} pilier : Administration et financement

Les pratiques ont besoin de personnel, de soutien financier, de mobilisation, de gouvernance, de leadership et de gestion afin de fonctionner au sein de la communauté et d'offrir des soins exceptionnels.

- 1.1** Les rôles et les responsabilités en matière de gouvernance, d'administration et de gestion sont clairement définis et appuyés dans chacun des CMF.
- 1.2** Le système investit suffisamment de fonds pour appuyer les CMF, y compris les rôles cliniques, administratifs, éducatifs et en recherche de chacun des membres de l'équipe du CMF.
- 1.3** Les modèles de rémunération mixte qui appuient le mieux les soins en équipe en partenariat avec les patients dans un CMF doivent être considérés pour encourager l'approche désirée.
- 1.4** Les futures ententes de financement des soins de santé fédérales/provinciales/territoriales fournissent des mécanismes de financement appropriés qui appuient les priorités du CMF, y compris les soins préventifs, la santé des populations, les dossiers électroniques, les soins communautaires et l'accès aux médicaments, aux services sociaux, ainsi qu'aux spécialistes et aux soins de courte durée appropriés.

Gouvernance et gestion de la pratique

L'exercice d'une gouvernance efficace de la pratique est essentielle pour garantir un processus intégré de planification, de coordination, de mise en œuvre et d'évaluation³⁰. Chaque CMF devrait clairement définir sa structure et ses fonctions administratives et de gouvernance, et déterminer quel membre du personnel est responsable de chaque fonction. Bien que la complexité de ces systèmes varie en fonction de la taille de la pratique, du nombre de membres dans l'équipe de professionnels de la santé et des besoins de la population desservie, chaque CMF devrait avoir un plan organisationnel en place qui permet de guider les activités de la pratique.

Du point de vue de la gouvernance, des politiques et procédures devraient être mises en place, puis révisées et mises à jour régulièrement, particulièrement dans les plus grandes pratiques. Ces politiques et procédures offriront une orientation quant aux aspects relatifs à l'organisation des services cliniques, aux systèmes de gestion et de prise de rendez-vous, à la gestion de l'information,

aux installations, à l'équipement et au matériel, aux ressources humaines, à la définition des rôles et responsabilités cliniques et administratifs des membres de l'équipe du CMF, au budget et aux finances, aux questions légales et relatives aux responsabilités, à la sécurité des patients et des professionnels de soins, et à l'ACQ. Dans certains cas, des valeurs normalisées par défaut peuvent être disponibles en fonction de la province où est située la pratique et des structures qui existent pour appuyer les équipes interprofessionnelles. Des structures et des systèmes doivent être en place pour permettre de rémunérer les professionnels de la santé pour le temps passé à exercer et à participer activement aux activités d'ACQ. Ces activités doivent être ajoutées à l'horaire et rémunérées afin d'être vues comme importantes et essentielles au même titre que le reste du temps en clinique.

Afin de s'assurer que tous les membres de l'équipe du CMF peuvent s'acquitter de leurs rôles, des programmes de développement du leadership devraient être offerts. Permettre aux médecins de poursuivre ce développement professionnel nécessaire requiert du financement suffisant de

Prestation de soins en partenariat avec les patients

Des soins axés sur le patient ou en partenariat avec le patient? Comprendre et reconnaître les patients en tant que partenaires à part entière quant à leurs propres soins est une petite distinction dans la terminologie, mais qui est très éloquente. Tenir compte des patients et les respecter en tant que partenaires permet aux prestataires de soins de santé de mieux reconnaître et d'inclure les compétences et l'expérience propres à chaque patient. La perspective et la rétroaction des patients peuvent être incorporées de façon plus inclusive dans les processus d'ACQ en place afin d'améliorer la prestation des soins. Comprendre la nature des partenariats avec les patients peut aider les médecins à bâtir de meilleures relations de confiance avec les personnes dont ils s'occupent²⁹.

la part du gouvernement pour couvrir les frais de formation et le soutien financier permettant de garantir que la perte de revenus n'est pas un obstacle (voir le 10^e pilier : Formation, éducation et développement professionnel continu).

Soutien externe

Chaque pratique de médecine de famille au Canada peut devenir un CMF, et un milieu d'apprentissage optimal est seulement possible avec la participation et le soutien de tous les intervenants dans l'ensemble du système de soins de santé. Ceci comprend les médecins de famille; les autres professionnels de la santé qui jouent un rôle essentiel au sein des équipes des CMF; les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; les programmes de formation universitaire; les ordres de médecins et autres associations de professionnels de la santé; et surtout, les Canadiens et Canadiennes, individuellement et collectivement au sein de leurs communautés – les bénéficiaires des soins fournis par le CMF.

Pour atteindre ces objectifs, les CMF ont besoin que les gouvernements canadiens assurent l'allocation de financement adéquat et d'autres ressources. Étant donné que la structure, la composition et l'organisation de chaque CMF différeront en fonction des besoins de la communauté et de la population, le financement doit être flexible. Plus précisément, les CMF différeront en fonction du personnel dont ils ont besoin (clinique, administratif, etc.). Le financement doit être disponible pour garantir que les CMF peuvent déterminer l'effectif optimal afin de mieux répondre aux besoins de la communauté. Le système de soins de santé doit aussi s'assurer que tous les professionnels de la santé qui font partie de l'équipe du CMF ont une protection de responsabilité appropriée, et que des ressources adéquates sont fournies pour garantir que chaque pratique du CMF peut offrir un contexte optimal pour enseigner aux étudiants et aux résidents, et pour effectuer de la recherche reliée à la pratique. Ces caractéristiques sont aussi reflétées dans les quatre principes de la médecine familiale, ce qui renforce la place centrale qu'occupe la médecine de famille dans la prestation des soins.

L'expérience de nouveaux modèles de pratique de médecine de famille, comme des modèles d'inscription des patients en Ontario, suggère que les modèles de rémunération mixte sont en train de devenir la forme de rémunération de choix des médecins de famille³¹⁻³³. Ces modèles conviennent bien à la prestation de soins en équipe en partenariat avec les patients. Le modèle actuel de rémunération à l'acte encourage une série de consultations courtes qui peuvent être insuffisantes

pour répondre à tous les besoins des patients, tandis que la rémunération mixte incite des groupes de médecins à collaborer pour fournir des soins complets et globaux pendant et après les heures d'ouverture pour leurs patients inscrits. Le modèle de rémunération par capitation permet des consultations plus en profondeur en fonction des besoins de la population, plutôt qu'un modèle axé sur le volume.

La recherche a aussi démontré que les modèles de rémunération par capitation mixte pouvaient entraîner de petites améliorations dans les processus de soins (par exemple, atteindre les cibles de qualité des soins préventifs)³⁴ et peut être particulièrement utile pour appuyer les patients dans la gestion et la prévention des maladies chroniques³⁵. Le CMFC recommande que les gouvernements mettent en place des modèles de rémunération mixte partout au pays pour atteindre de meilleurs résultats pour la santé. (Voir le [guide Conseil pratique : La rémunération des médecins dans un centre de médecine de famille](#)³⁶ pour plus d'information.)

Il est important de s'assurer que des fonds ou du temps sont spécialement alloués aux activités supplémentaires de la pratique, comme le développement du leadership, l'ACQ et l'enseignement, et qu'elles ne sont pas perçues comme étant financièrement désavantageuses.

La viabilité du système de soins de santé au Canada dépend d'un fondement constitué de soins primaires et de pratiques de médecine de famille solides³⁷. En fait, « les soins primaires de haute qualité sont largement reconnus comme le fondement d'un système de soins de santé efficace³⁸. » Le financement futur pour les soins de santé – en particulier du gouvernement fédéral par l'intermédiaire d'ententes fédérales, provinciales et territoriales – doit être appuyé par des ententes de financement appropriées et bien conçues qui encouragent l'adoption de la vision du CMF pour les soins primaires ; d'autres priorités du CMF comme les soins préventifs, la santé des populations, les DME, les soins communautaires ; ainsi que l'accès à la médication, aux services sociaux, aux spécialistes appropriés et aux soins de courte durée.

Pour que la vision du CMF soit un succès et qu'elle fasse partie de l'avenir de la pratique de la médecine de famille au Canada, nous avons besoin de l'engagement et du soutien de tous ceux qui font partie du système de soins de santé canadien, y compris les décideurs et les patients. En collaborant avec tous les paliers de gouvernement et avec les patients, nous pouvons améliorer le système de soins de santé, afin que toute la population canadienne ait accès à des soins complets et globaux offerts en équipe et axés sur le patient.



2^e pilier : Infrastructure appropriée

L'espace physique, les effectifs, les dossiers électroniques et les autres supports numériques, ainsi que l'équipement et les réseaux virtuels facilitent la prestation en temps opportun de soins complets, globaux et accessibles.

- 2.1** Tous les CMF utilisent les DME dans leurs pratiques et ont accès aux supports numériques pour maintenir leur système de DME.
- 2.2** Les DME conçus pour être utilisés dans les CMF sont identifiés et approuvés par un processus centralisé qui comprend les médecins de famille et d'autres professionnels de la santé. Les pratiques peuvent sélectionner un DME à partir d'une liste de fournisseurs approuvés régionalement.
- 2.3** Les DME approuvés pour les CMF tiennent compte des normes appropriées de prise en charge des soins aux patients dans un établissement de soins primaires et offrent la possibilité d'émettre des ordonnances électroniques. Ils sont munis de programmes de soutien aux décisions cliniques; d'outils de consultation et d'orientation électroniques; d'outils de prise de rendez-vous électroniques qui favorisent l'accès anticipé aux soins; et de systèmes qui appuient l'analyse des données, l'enseignement, la recherche, l'évaluation et l'ACQ.
- 2.4** Les dossiers électroniques utilisés dans un CMF sont interreliés, conviviaux et compatibles.
- 2.5** Les pratiques qui partagent des locaux dans un CMF sont des espaces physiques accessibles et créés pour favoriser la collaboration et l'interaction entre les membres des équipes.
- 2.6** Un CMF dispose du personnel approprié pour fournir un accès en temps opportun (p. ex., avoir des adjoints au médecin et/ou des infirmières autorisées pour atteindre les objectifs du CMF).
- 2.7** Un CMF possède la technologie nécessaire pour permettre des formes alternatives de soins, comme des soins virtuels ou des télésoins.
- 2.8** Du financement et des ressources suffisants sont fournis pour garantir que les exigences des enseignants et de l'établissement seront respectées par tous les sites d'enseignement des CMF.

Le passage des dossiers papier aux DME au Canada est presque complet. Comme la prestation des soins évolue et intègre davantage la technologie, les applications possibles qui en découlent s'élargissent aussi³⁹. La proportion des médecins de famille qui utilisent des DME est passée de 16 pour cent en 2004 à 85 pour cent en 2017⁴⁰.

La technologie de l'information est de plus en plus omniprésente dans la prestation de soins de santé et peut s'avérer très bénéfique dans le partage de l'information avec les patients; elle facilite l'observance des plans de traitement et la prise régulière des médicaments. La technologie de l'information sur la santé (TIS) est aussi utilisée dans de nouvelles méthodes innovatrices de soins. Cependant, la TIS comporte aussi de nouveaux risques et peut créer de nouveaux obstacles. Les prestataires devraient être conscients que l'application de nouvelles technologies peut entraver la qualité des soins aux patients.

Quand ils sont bien mis en œuvre, les DME peuvent aider à faire le suivi des données au fil du temps, à cerner les patients qui doivent effectuer des visites préventives, à

mieux surveiller les paramètres de base des patients (comme les vaccinations et les lectures de la tension artérielle) et à améliorer la qualité générale des soins dans une pratique¹. Les DME peuvent améliorer la capacité de chaque pratique à conserver et à récupérer l'information médicale de chaque patient et de la population de la pratique dans son ensemble. Ils peuvent faciliter le partage d'information nécessaire pour orienter des patients et pour les consultations. L'information qui se trouve dans un dossier électronique peut être utilisée pour enseigner, pour effectuer de la recherche fondée sur la pratique et pour évaluer l'efficacité des changements apportés à la pratique dans le cadre d'un engagement envers l'ACQ¹. Les DME et la TIS soutiennent activement les autres piliers de la vision du CMF.

En plus de conserver et de partager l'information, les avantages les plus probants de cette technologie sont sa capacité de recueillir des données afin d'illustrer le rendement de la pratique et les résultats sur la santé des patients desservis par les pratiques de médecine de famille⁴¹. Les données permettent aux pratiques de mesurer le progrès

grâce aux objectifs d'ACQ. Une cueillette de données à plus grande échelle permet l'agrégation d'ensembles de données anonymisées et la mesure du rendement au-delà du niveau de la pratique⁴¹. Une réglementation stricte relative à la protection de la vie privée garantit que les données sur les patients demeurent sécuritaires et confidentielles. De façon générale, l'ACQ et la recherche profitent aux patients en favorisant des soins plus appropriés et efficaces, qui forment la base d'un autre pilier essentiel de la vision du CMF – le 9^e pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche.

Plus l'utilisation des DME devient répandue, plus les problèmes passent de leur mise en place à l'optimisation du système de DME dans la pratique. Idéalement, les DME devraient être adéquatement appuyés financièrement et utiliser une terminologie universelle pour favoriser la gestion de données normalisées. De plus, les DME devraient être compatibles avec d'autres dossiers de santé électroniques (DSE) employés dans les soins du patient¹. De la formation et du soutien technique sur l'utilisation efficace de la technologie doivent aussi être offerts sur une base continue. Les sources d'information numérique, particulièrement dans les domaines sensibles de l'information sur les patients et de la planification des soins, nécessitent un niveau plus élevé de soutien technique pour maintenir la confiance quant à leur utilisation et leur application au sein des groupes d'intervenants.

Une analyse systématique et globale de la documentation grise révisée par les pairs a révélé que le partage des coûts ou les commandites financières des gouvernements sont nécessaires pour assumer le coût élevé de l'adoption et de l'entretien des DME. Les gouvernements de plusieurs pays européens munissent toutes leurs pratiques de soins primaires de dossiers de santé électroniques (DSE) compatibles axés sur les soins ambulatoires qui permettent à l'information de circuler entre les établissements pour améliorer la continuité et la coordination des soins¹. S'assurer que le soutien gouvernemental permet l'adoption, l'entretien et l'utilisation efficace, la coordination et l'interopérabilité des outils électroniques est essentiel à l'utilisation judicieuse de cette technologie.

Un CMF utilisera aussi la technologie pour des méthodes alternatives de soins. Les soins virtuels sont des interactions cliniques qui ne nécessitent pas que les patients et les prestataires de soins soient dans la même pièce en même temps⁴². Les consultations virtuelles seront rémunérées en vertu des régimes d'assurance-santé provinciaux. Les consultations

peuvent être asynchrones, où les patients répondent à des questions cliniques structurées en ligne, puis reçoivent des soins d'un médecin plus tard (des consultations en ligne), ou synchrones, où les patients interagissent avec les médecins en temps réel par téléphone (téléconsultations), vidéoconférence (consultations virtuelles) ou par texto⁴³. Les soins virtuels améliorent l'accès pour les personnes qui habitent en régions rurales et éloignées, mais aussi en zones urbaines où certains patients n'ont pas de médecin de soins primaires attiré ou ne peuvent avoir accès à leur médecin pour des rendez-vous en personne dans un délai qui répond à leurs besoins actuels⁴³. Les soins virtuels peuvent aussi être une option pour les patients qui habitent dans des établissements de soins de longue durée ou qui ont des problèmes de mobilité⁴³.

Une bonne communication entre les membres de l'équipe permet aux pratiques situées dans un CMF de fonctionner sur une base virtuelle quand les professionnels de la santé ne sont pas situés dans le même espace physique. Il est important de reconnaître quand la colocation n'est pas possible et de maintenir une bonne circulation de l'information dans ces situations, ce qui peut être particulièrement pertinent en zones rurales et éloignées.

Les pratiques devraient s'assurer que les dossiers électroniques qu'ils utilisent sont conçus pour favoriser la collaboration et les interactions entre membres de l'équipe autant que possible, ce qui comprend tous les prestataires de soins de santé du CMF, ainsi que ceux qui sont dans le cercle de soutien du patient. Par exemple, elles devraient s'assurer que lorsque les patients consultent quelqu'un d'autre que leur prestataire principal, cette visite est inscrite dans le système et les renseignements sont faciles à consulter pour permettre une continuité des soins. Ceci devient complexe dans des situations où les prestataires de soins ne partagent pas les mêmes locaux. Un soutien accru du système est nécessaire pour avoir des dossiers électroniques universels et compatibles pour l'application totale de ce principe.

Avoir une infrastructure appropriée dans un CMF n'est pas seulement une question de technologie : il faut aussi que les zones cliniques, administratives et d'accueil du cabinet soient efficaces et conçues de façon ergonomique. Il s'agit d'un avantage considérable pour le personnel et les patients⁴⁴. Le fait d'avoir un espace physique et/ou virtuel partagé où plusieurs membres de l'équipe peuvent se rencontrer pour établir des relations de confiance et communiquer les uns

Satisfaction à l'égard des consultations virtuelles

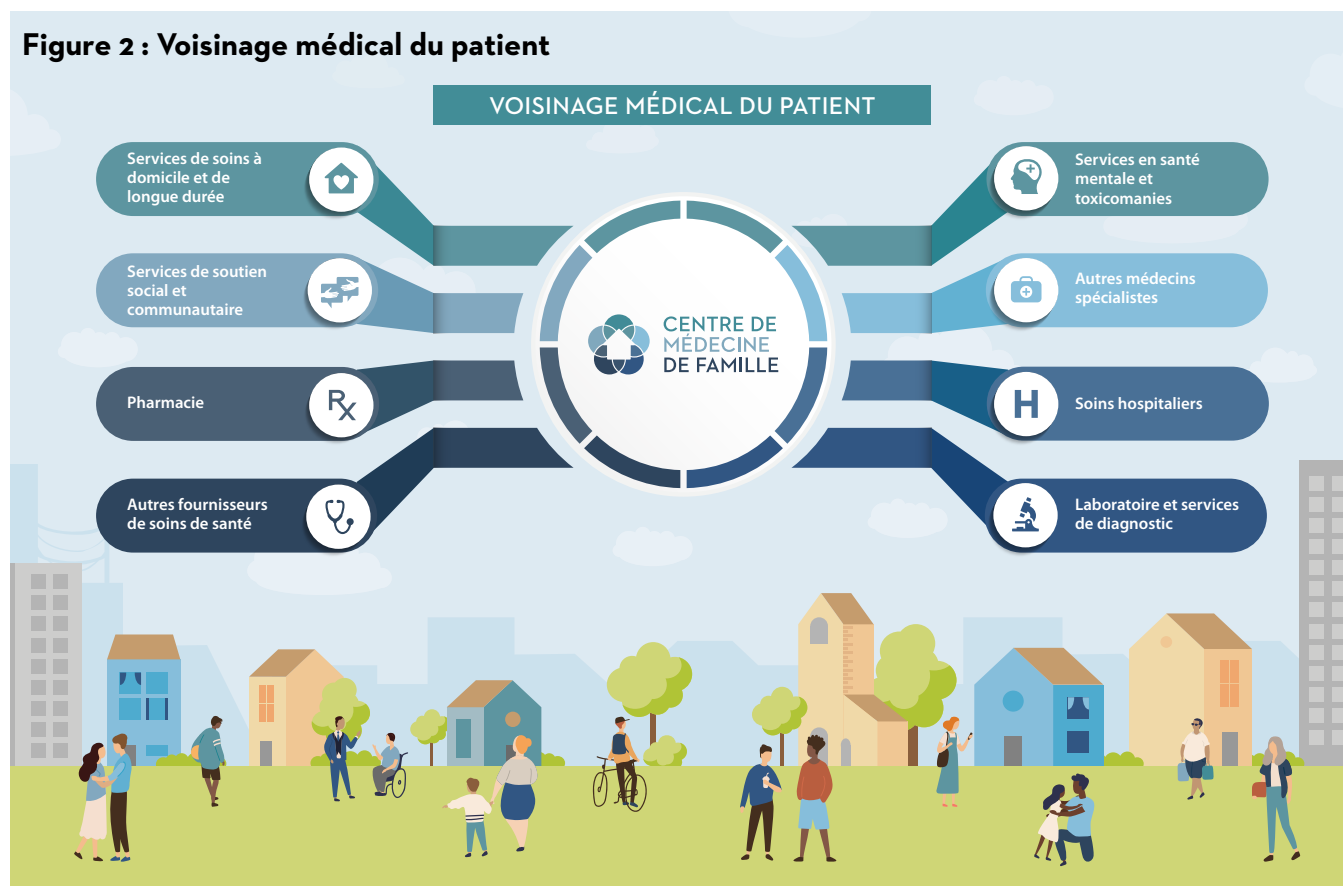
Une étude de la Colombie-Britannique a rapporté que plus de 93 pour cent des patients ont indiqué que leur consultation virtuelle était de grande qualité, et 91 pour cent ont indiqué que leur consultation virtuelle avait été très utile ou assez utile dans la résolution de leur problème de santé⁴⁵.

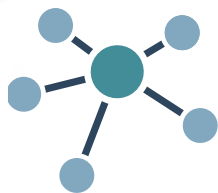
avec les autres concernant les soins aux patients est essentiel à la création d'une pratique collaborative. Les soins en équipe fleurissent quand les soins sont intentionnels, quand des réunions régulières sur les soins aux patients sont incorporées dans la pratique courante des CMF, et quand ces étapes sont rémunérées. Cette collaboration fait en sorte que les patients participent à toutes les discussions pertinentes et qu'ils reçoivent les meilleurs soins de la part de professionnels dotés d'un éventail global de compétences.

Une pratique de médecine de famille devrait être physiquement accessible aux patients et à leurs familles. Cela suppose que toutes les aires publiques, les toilettes et les bureaux sont accessibles en fauteuil roulant⁴⁴. Une salle d'examen devrait pouvoir accueillir confortablement le patient et la personne qui l'accompagne, ou les professionnels de la santé, qui peuvent se trouver dans la salle en même temps. Le fait d'avoir des salles polyvalentes réduit ou élimine le risque d'avoir à attendre qu'une salle appropriée se libère.

Pour atteindre leurs objectifs, les CMF ont besoin du soutien des gouvernements partout au Canada pour l'allocation de ressources financières suffisantes et d'autres ressources. La recherche démontre que les obstacles principaux à l'adoption des DME par les médecins de famille incluent les contraintes financières et de temps, le manque de personnel de soutien compétent, le manque de compatibilité avec les systèmes des hôpitaux et des pharmacies⁴⁵, ainsi qu'avec les systèmes de DME provinciaux/

territoriaux. Par conséquent, le gouvernement doit garantir le financement requis pour appuyer l'équipe du CMF dans le cadre de ses responsabilités cliniques, administratives et en recherche. Il doit aussi y avoir du soutien pour les éléments de base de la pratique comme les DME, les stratégies de la pratique axées sur le patient comme les visites de groupe, et les communications électroniques entre les patients et les professionnels de la santé (voir le 1^{er} pilier : Administration et financement). Les DME devraient améliorer la prestation des soins dans les pratiques de proximité en améliorant la productivité et les procédures. L'objectif de la mise en place des DME n'est pas de réduire le temps passé avec les patients ni de mener à l'épuisement professionnel chez les médecins. Elle ne devrait pas avoir de répercussions négatives sur leur bien-être. Bien que les structures qui appuient les CMF diffèrent d'une province à l'autre, il est important qu'elles couvrent un ensemble commun de principes afin d'intégrer les fonctionnalités de base décrites dans ce document. Le système doit aussi faire en sorte que tous les professionnels de la santé qui font partie de l'équipe du CMF aient une protection de responsabilité appropriée et que les ressources adéquates soient fournies afin que chaque CMF puisse fournir un contexte optimal pour enseigner aux étudiants et aux résidents, et pour effectuer de la recherche fondée sur la pratique. L'autonomie du prestataire de soins est essentielle à son bien-être. En effet, comme le leadership des médecins au sein du CMF est un des piliers principaux, il est important de maintenir l'autonomie du médecin, tout en respectant celle des patients et des autres professionnels de la santé, et en assurant leur responsabilisation.





3^e pilier : Soins interreliés

Le processus d'intégration de la pratique avec d'autres services et milieux de soins est rendu possible grâce à l'intégration de la technologie de l'information en santé.

- 3.1** Un CMF est en contact avec les services sociaux et de santé offerts dans la communauté pour l'orientation des patients.
- 3.2** Des liens définis sont établis entre le CMF et d'autres spécialistes, et les services de soins médicaux de la communauté locale ou la plus proche pour garantir l'orientation des patients en temps opportun.
- 3.3** Le CMF permet de centraliser la collecte et le partage de renseignements pertinents sur les patients grâce à la technologie de l'information. Il assure la continuité de l'information sur les patients recueillie dans différents établissements de services sociaux et médicaux.

La connectivité et la communication efficace au sein de et entre les établissements de soins sont des concepts essentiels d'un CMF. Ceci garantit que les soins que reçoivent les patients sont coordonnés et continus. Pour ce faire, chaque CMF devrait établir, maintenir et utiliser des liens définis avec des prestataires de soins secondaires et tertiaires, y compris les hôpitaux locaux; d'autres spécialistes et cliniques de soins médicaux; les unités de santé publique; les laboratoires; les services d'imagerie diagnostique, de physiothérapie, de santé mentale et toxicomanies, de réadaptation, et d'autres services sociaux et de santé.

Les soins interreliés sont une priorité pour plusieurs organisations de soins de santé au Canada. Par exemple, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a mis sur pied un programme unique en son genre qui a comme but d'améliorer les liens entre prestataires de soins grâce à une meilleure utilisation de la technologie⁴¹. (Voir l'encadré « Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé » pour plus d'information.) L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), l'Association médicale canadienne (AMC) et Health Action Lobby (HEAL) reconnaissent que pour permettre aux Canadiens et Canadiennes d'être en bonne santé et leur fournir les meilleurs soins, il faut créer un système de soins de santé intégré de façon

fonctionnelle dans tout le continuum de soins – un système basé sur des équipes collaboratives interprofessionnelles qui fournissent le bon prestataire de soins, au bon moment, au bon endroit pour offrir les bons soins⁴⁶. De la même façon, Inforoute Santé du Canada met l'accent sur l'expansion de la santé numérique à l'échelle du système pour améliorer la qualité et l'accessibilité des soins.

Le CMF fait partie du « voisinage » médical élargi du patient (voir la Figure 2) et assure les liens avec tous les autres professionnels de la santé dans la communauté. Il est important de conserver des liens avec des collègues en soins de santé, ainsi qu'avec les organismes d'aide sociale au sein de la communauté, conformément au 5^e pilier : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale.

Grâce aux liens dans le voisinage médical, les CMF collaborent avec d'autres prestataires pour faire en sorte que les patients puissent être orientés ou avoir une consultation en temps opportun, et pour définir des procédures de partage de l'information. Afin d'établir et d'entretenir ces liens, il est essentiel qu'il y ait une communication ouverte et fréquente entre toutes les personnes qui participent aux soins des patients.

Inforoute Santé du Canada

Mise sur pied en 2001, Inforoute Santé du Canada⁴⁷ est un organisme indépendant sans but lucratif financé par le gouvernement fédéral. Il a comme mission d'améliorer l'accès aux soins de santé, en allant au-delà des modèles de soins traditionnels offerts en personne et vers des stratégies novatrices qui accélèrent le développement, l'adoption et l'utilisation efficace de solutions de santé numériques partout au Canada. Les principales priorités en la matière comprennent les dossiers électroniques, les télésoins à domicile, les consultations virtuelles et les portails pour les patients.

Idéalement, les CMF permettent de centraliser les soins aux patients en recueillant l'information pertinente auprès des prestataires de soins externes et des patients, et en coordonnant celle-ci. Ces renseignements incluent les soins médicaux et les soins reçus auprès d'autres services sociaux et de santé; par exemple, des services reçus par l'intermédiaire de programmes de soins à domicile. Les pratiques du CMF devraient aussi pouvoir partager l'information pertinente avec les prestataires de soins externes, le cas échéant et dans le contexte approprié, et ce, tout en respectant de façon stricte les règles sur la protection de la vie privée. Cette communication réciproque de l'information garantit que tous les prestataires du réseau de soins ont accès à l'information la plus précise et complète, afin de leur permettre «de passer moins de temps à chercher l'information et plus de temps sur ce qui importe le plus : soigner le patient⁴⁹».

En général, c'est grâce aux systèmes de TIS que les soins sont interreliés dans le CMF et le système de santé. Les CMF

s'efforcent continuellement de travailler de façon efficace avec d'autres prestataires de soins dans le voisinage médical en tirant profit du développement technologique qui facilite la création et le maintien de liens rapides.

Pour utiliser les systèmes de TIS pour les soins coordonnés, les éléments suivants sont essentiels⁵¹ :

-  La normalisation des données
-  La compatibilité des DME et des autres systèmes d'information sur la santé
-  L'accès en temps réel aux données et la possibilité de transmettre l'information juste rapidement
-  Des méthodes de communication fiables entre le CMF et les divers prestataires de services sociaux et de santé

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

La **Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé** appuie les services de consultation électronique RACE (Rapid Access to Consultative Expertise) et BASE (Building Access to Specialists through eConsultation) qui utilisent les systèmes téléphoniques et le Web pour relier les patients et les spécialistes⁴⁸. Ces programmes ont eu du succès et démontrent que les consultations à distance peuvent réduire le temps d'attente pour recevoir des soins spécialisés en permettant aux médecins de famille de prendre en charge plus efficacement leurs patients dans les établissements de soins primaires.

Protection des renseignements sur les patients

Il est important de garder en tête que toute information sur le patient, obtenue pendant la prestation des soins, appartient au patient, conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques* (LPRPDE). La pratique est responsable de l'archivage et du transfert sécuritaires et confidentiels de l'information. Consultez le **module sur l'intendance des données** dans le **guide Conseil pratique : Utilisation avancée et éclairée des DME⁵⁰** pour plus d'information.

FONCTIONS

Les fonctions décrivent le noyau du CMF et les soins qu'il fournit. Il s'agit des éléments principaux qui différencient un CMF d'autres formes de soins primaires. Un CMF offre : des soins accessibles; la capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et la responsabilité sociale; des soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille; la continuité des soins; et des soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille.



SOINS ACCESSIBLES
PAGE 15 ►



CAPACITÉ DE S'ADAPTER AUX
BESOINS DE LA COMMUNAUTÉ
ET RESPONSABILITÉ SOCIALE
PAGE 17 ►



SOINS COMPLETS ET GLOBAUX
PRODIGUÉS EN ÉQUIPE SOUS
LE LEADERSHIP D'UN
MÉDECIN DE FAMILLE
PAGE 20 ►



CONTINUITÉ DES SOINS
PAGE 23 ►



SOINS OFFERTS EN PARTENARIAT AVEC
LE PATIENT ET SA FAMILLE
PAGE 25 ►



4^e pilier : Soins accessibles

Grâce à l'adoption de l'accès anticipé et des rendez-vous accélérés, de l'accès virtuel, des approches axées sur l'équipe et des soins accessibles, les patients peuvent être vus rapidement.

- 4.1** Un CMF garantit que les patients ont accès à des conseils médicaux et à l'information sur les options de soins offertes 24 heures par jour, 7 jours sur 7, 365 jours par année.
- 4.2** Chaque patient est inscrit auprès d'un CMF.
- 4.3** Les CMF offrent des options de prise de rendez-vous qui garantissent un accès en temps opportun aux soins appropriés.
- 4.4** Quand le médecin de famille personnel du patient n'est pas disponible, un rendez-vous est pris avec un autre médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé qualifié membre de l'équipe du CMF.
- 4.5** Les patients peuvent participer à la planification et à l'évaluation du système de prise de rendez-vous de leur CMF.
- 4.6** Le nombre de patients inscrits par prestataire dans un CMF doit être approprié pour garantir un accès en temps opportun aux rendez-vous et à des soins sécuritaires de haute qualité.

L'accès aux soins primaires est fondamental pour un système de soins de santé très efficace et est considéré par les patients⁵² et d'autres organismes de soins de santé comme l'une des caractéristiques les plus importantes des soins de santé primaires. Pour que les soins soient accessibles, tous les patients devraient avoir accès à un médecin de famille qui agit à titre de prestataire principal et qui est appuyé par une équipe de professionnels de la santé qualifiés. Les patients doivent pouvoir avoir accès à des soins et à des traitements médicaux quand ils en ont besoin. Bien que la plupart des Canadiens et Canadiennes ont actuellement un médecin de famille qu'ils voient régulièrement⁴, il est important que toute la population canadienne ait accès à un médecin de famille attiré. L'accessibilité des soins ne signifie pas seulement l'accès rapide à des rendez-vous. Ceci comprend les principes d'accès en temps opportun, mais aussi les rendez-vous accélérés, l'accès virtuel et les approches de soins en équipe pour garantir que les patients peuvent être vus par le prestataire de soins qui leur convient le mieux quand ils en ont besoin.

Étant donné que les patients consultent pour différentes raisons, il est inutile de définir les temps d'attente appropriés pour chaque type de visite comme dans d'autres secteurs des soins de santé, notamment en chirurgie. Par conséquent, en médecine de famille, l'accent devrait être mis sur l'amélioration de l'accès aux soins pour s'assurer que les patients peuvent les recevoir quand ils en ont besoin. Ceci ne signifie pas que les médecins de famille qui pratiquent dans un CMF devraient être sur appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, 365 jours par année, mais qu'il serait important de mettre en place des moyens permettant aux patients d'avoir accès à des soins en modifiant les activités de la clinique et la gestion des horaires. Par contre, même si les patients auront plus de choix (p. ex., par téléphone ou en ligne), ils devraient s'attendre à ce que les pratiques mettent en place des paramètres réalistes. Les pratiques devraient communiquer clairement les disponibilités des prestataires de soins et le temps de réponse auquel il est raisonnable de s'attendre selon les méthodes d'accès et la disponibilité des ressources. Faire que les patients de la pratique comprennent ce qui est réaliste et travailler

Pratiques équitables et éthiques

L'AMC a déterminé que l'accès équitable aux soins était une priorité de premier ordre de la réforme du système de soins de santé⁵³. De la même façon, l'accessibilité est un élément essentiel de l'approche des soins de santé primaires, qui est prônée par l'AICC⁵⁴. Grâce au Cadre d'évaluation de la justice sociale de l'AICC et au développement plus approfondi de l'initiative sur la justice sociale, l'AICC reste un fervent défenseur de la justice sociale et un chef de file en matière de pratiques équitables et éthiques en soins de santé et en santé publique⁵⁵.

à répondre à ces attentes garantit que la pratique demeure axée sur le patient conformément au 1^{er} pilier : Administration et financement. Les organismes de financement doivent appuyer ces changements importants pour permettre d'offrir aux patients plus d'options d'accès aux soins.

La prise de rendez-vous le jour même a été mise en place dans plusieurs CMF afin de mieux répondre aux besoins des patients. Souvent décrits comme « faire le travail du jour le jour même », les rendez-vous accélérés offrent à la grande majorité de patients la possibilité de prendre rendez-vous la journée de leur appel, peu importe la raison de la consultation⁶⁰. Pour de plus amples renseignements sur la prise de rendez-vous le jour même, consultez le **guide Conseil pratique : Accès en temps opportun aux soins dans les cabinets ou cliniques de médecine familiale**⁶¹.

Dans la mesure du possible, les patients devraient avoir des raisons claires de vouloir un rendez-vous au moment même de la demande. Ceci garantit que suffisamment de temps est prévu pour chaque consultation. Si plusieurs problèmes de santé doivent être traités, ils seront évalués au triage par un des membres de l'équipe et des arrangements seront mis en place pour que ces problèmes soient pris en charge rapidement, soit au moment de la visite ou à un autre moment.

Ce n'est pas toujours possible pour les patients de prendre rendez-vous avec leur médecin de famille principal. Pour assurer la continuité des soins, les rendez-vous peuvent être pris avec d'autres médecins ou professionnels de la santé qui font partie de l'équipe. La décision concernant qui fournit les soins dans de tels cas dépend des besoins du patient, de la disponibilité des membres de l'équipe et des champs de pratique de chaque membre de l'équipe. Dans ces cas, toute information pertinente recueillie lors du rendez-vous est communiquée au prestataire principal et l'on en tient compte lors de la prestation de soins à long terme du patient.

Les CMF peuvent répondre encore mieux aux besoins des patients en offrant des heures d'ouverture prolongées, pendant lesquelles les responsabilités de la prestation des soins sont partagées entre les médecins de famille au sein d'une ou plusieurs pratiques, ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe qui participent davantage aux soins. Les CMF remettent aussi à leurs patients une adresse courriel ou un numéro de téléphone à utiliser au besoin après les heures d'ouverture, et leur présentent des services virtuels pour les guider au bon endroit au bon moment afin de recevoir les soins dont ils ont besoin. Donner à un patient le prochain rendez-vous disponible ou bien le diriger vers un hôpital ou un autre service d'urgence est essentiel à la prise en charge efficace et à la viabilité de notre système de soins de santé^{62,63}. Un CMF peut faire en sorte que les patients sachent où aller pour avoir accès à des soins et à de l'information sur la santé 24 heures sur 24, 365 jours par année en fournissant cette information aux patients en personne ou par l'intermédiaire d'autres systèmes (site Web, messages vocaux, etc.).

Conformément au 9^e pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche, les CMF offrent la possibilité aux patients de donner leur avis sur l'accessibilité de la pratique. Les patients devraient notamment avoir l'occasion d'évaluer le système de prise de rendez-vous et de fournir une rétroaction sur celui-ci. Des mécanismes et du soutien doivent être mis en place pour faire en sorte que les pratiques et les organismes de réglementation puissent examiner la rétroaction et y réagir de façon appropriée, pour ensuite communiquer cette réponse aux patients.

Déterminer le nombre optimal de patients pour chaque pratique du CMF est essentiel afin de garantir des soins accessibles, sécuritaires et de haute qualité⁶⁴. Mettre en place et incorporer les recommandations de la vision du CMF peut permettre aux pratiques de penser à augmenter le nombre de patients inscrits. Le nombre de patients inscrits variera en fonction du nombre de médecins et autres membres de l'équipe, des obligations de la pratique, de l'engagement

Soins accessibles

Les soins accessibles réduisent la redondance et le dédoublement des services (p. ex., quand un patient prend un rendez-vous plus tard et consulte aussi un autre prestataire de soins entre-temps), améliorent les résultats sur la santé, entraînent une meilleure satisfaction du patient et du prestataire de soins, et réduisent les visites à l'urgence⁵⁶⁻⁵⁸.

Soins après les heures normales d'ouverture

Une étude effectuée à Waterloo (Ontario) a rapporté que de fournir des services après les heures normales d'ouverture de la clinique réduisait les temps d'attente, et que les services offerts par d'autres prestataires de soins de santé représentaient un élément clé dans l'amélioration de l'accès pour les patients⁵⁹.

envers l'enseignement et la recherche, et des besoins de la population desservie (voir le 5^e pilier : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale). Lorsqu'elle détermine le nombre optimal de patients qu'elle peut recevoir, chaque pratique doit évaluer l'impact possible sur la population actuelle de l'inscription d'un plus grand nombre de patients, la viabilité de la charge de travail pour

les médecins et les autres membres de l'équipe du CMF, et les conséquences de la taille de la population desservie sur la satisfaction à l'égard des soins. Consultez le [guide Conseil pratique sur le nombre de patients inscrits](#) pour de plus amples renseignements⁶⁵.



5^e pilier : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale

Un CMF doit rendre des comptes à la communauté qu'il dessert et répondre aux besoins de la population par l'intermédiaire d'interventions au niveau du patient, de la pratique, de la communauté et des politiques.

- 5.1** Les CMF ont comme objectif d'évaluer et d'aborder les déterminants sociaux de la santé (p. ex., le revenu, l'éducation, l'hébergement, le statut d'immigrant) comme des aspects pertinents relativement à la personne touchée, à la communauté et aux politiques.
- 5.2** Le nombre de patients inscrits tiendra compte des besoins de la communauté et de la sécurité du patient.
- 5.3** Les CMF utilisent les données sur les populations marginalisées/à risque pour adapter les soins, la programmation et son plaidoyer pour répondre aux besoins propres à la communauté.
- 5.4** Les médecins de famille du CMF agissent en fervents défenseurs de la santé auprès des personnes touchées et de la communauté, ainsi que sur le plan des politiques, à l'aide du cadre CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF) qui les guide dans leurs efforts de représentation, et ils sont appuyés dans cette tâche.
- 5.5** Les médecins de famille et les membres de l'équipe du CMF fournissent des soins qui sont anti-oppressifs et culturellement sécuritaires, et tentent d'atténuer la discrimination à laquelle sont confrontés plusieurs patients à cause de leur âge, leur genre, leur race, leur classe, leur orientation sexuelle, leur identité de genre, leurs capacités, etc.

La responsabilité sociale désigne l'obligation des médecins de famille de répondre aux besoins des communautés du Canada⁶⁶. Pour que les soins de santé soient socialement responsables, ils doivent être accessibles par tous et répondre aux besoins des patients, des communautés et de la population en général⁶⁴. Cette obligation est ancrée dans le Profil professionnel en médecine de famille et les quatre principes de la médecine familiale, et elle met en valeur la capacité des médecins de famille de s'adapter à leur communauté et de répondre aux besoins des patients et des communautés. Ces principes de la médecine de famille correspondent aux principes de responsabilité sociale. La pratique de médecine de famille est ancrée dans la relation avec le patient qui englobe tous les enjeux liés aux besoins, perdure dans le temps et se manifeste dans tous les emplacements où ces soins sont prodigués. Un généraliste traite la personne dans son ensemble tout en s'occupant d'aspects précis. Il tient

compte du système quand il règle les problèmes individuels, et il tient compte du résultat quand il entame le processus. Il existe des outils pour aider les médecins de famille et les autres professionnels de la santé à améliorer leurs compétences et à approfondir leur formation concernant la responsabilité sociale et la sécurité. Ils sont offerts par plusieurs organisations professionnelles et centres de ressources partout au Canada comme le [Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé](#)⁶⁷ et le [Centre de collaboration nationale de la santé autochtone](#)⁶⁸, entre autres.

Les CMF sont conscients de l'influence des déterminants sociaux de la santé sur les patients et les communautés. Les médecins de famille sont souvent les professionnels de la santé les mieux placés pour agir sur les problèmes qui touchent les déterminants sociaux de la santé des patients. Défendre

les intérêts des patients et du système de santé en général fait naturellement partie de la structure d'un CMF. Cette mobilisation peut se produire à trois niveaux⁶⁹ :

- 🌀 **Micro** : Dans le milieu clinique immédiat et le travail quotidien avec les patients individuels, et basé sur les principes de compassion.
- 🌀 **Méso** : Dans la communauté locale, y compris la communauté culturelle du patient, la communauté locale des prestataires de soins, et dans la communauté civique élargie, où les professionnels de la santé sont des citoyens ainsi que des prestataires de soins.
- 🌀 **Macro** : Au niveau humanitaire, où les médecins se préoccupent du bien-être de toute la population de patients et tentent d'améliorer le bien-être des personnes grâce à des politiques en matière de santé publique (comme la réduction des inégalités des revenus, le soutien d'une imposition équitable et progressive, et l'expansion du filet de sécurité sociale).

Les principes de plaidoyer en médecine de famille sont présents dans le Référentiel de compétences [CanMEDS-MF 2017](#)⁶⁹, sous le rôle de Promoteur de la santé. Le [guide Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé](#)⁷⁰ décrit comment les médecins de famille du CMF peuvent faire de la promotion de la santé une partie bien réelle de leur pratique.

La pauvreté est un facteur de risque important pour la maladie chronique, la santé mentale et d'autres problèmes de santé.

Un faible revenu et d'autres déterminants sociaux de la santé présentent aussi des obstacles importants à l'accès aux soins⁷¹. Pour répondre aux besoins de ces patients, les pratiques pourraient devoir prolonger les heures d'ouverture, être plus flexibles et répondre plus rapidement, et passer plus de temps à aider les patients à trouver les soins dont ils ont besoin et à y accéder. Les CMF tiennent compte des autres besoins particuliers de la communauté quand ils déterminent le nombre approprié de patients inscrits. Les données démographiques et l'état de santé de la population de patients peuvent influencer la durée et la fréquence des rendez-vous dont ils auront besoin, ce qui a des répercussions sur la charge de patients d'un médecin⁶⁵. Par exemple, un CMF dans une communauté où il y a des taux élevés de maladies chroniques pourrait devoir réduire le nombre de patients inscrits afin de fournir des soins de haute qualité en temps opportun, étant donné que les patients ont besoin de plus de temps et de ressources. De la même façon, la situation sociale d'un patient peut avoir des répercussions sur le temps qu'un médecin de famille passe avec lui. Les médecins de famille et les membres de l'équipe pourraient devoir avoir recours à un interprète lors des rendez-vous cliniques et fournir des ressources écrites dans d'autres langues, des facteurs qui ont une incidence sur le temps nécessaire pour fournir des soins. Permettre aux pratiques d'un CMF d'ajuster le nombre de patients inscrits en fonction des besoins de la communauté requiert que les gouvernements mettent en place des modèles de rémunération mixte. Ces modèles de rémunération garantissent que les médecins de famille sont rémunérés adéquatement, et qu'ils ne sont pas dissuadés de passer le temps nécessaire avec les patients pour des raisons financières (voir le 1^{er} pilier : Administration et financement pour plus d'information).

Importance de la responsabilité sociale

La responsabilité sociale est une valeur essentielle pour les organisations de soins de santé et les professionnels de la santé. Par exemple, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège Royal), Médecins résidents du Canada et l'Association des facultés de médecine du Canada, entre autres, ont adopté des politiques qui soulignent l'importance de la responsabilité sociale au sein de leur organisme et dans le travail qu'ils accomplissent.

Responsabilité sociale et compétences culturelles

Chacun des professionnels de la santé a un rôle à jouer pour assurer que les soins offerts dans la communauté sont plus socialement responsables. Bien que les cours sur les compétences culturelles fassent maintenant partie intégrante de la formation médicale, les médecins peuvent pousser cet apprentissage plus loin en tentant de réfléchir, de se conscientiser et de modifier tout préjugé préconçu qui se forme naturellement et qui persiste à cause des expériences de vie d'une personne. Tenter de résoudre les préjugés implicites est le travail d'une vie, mais fait de façon diligente, cela peut aider à améliorer la qualité des soins fournis⁷². Être un soignant efficace nous apporte de la satisfaction, ainsi qu'à nos patients et à nos sociétés.

Les médecins de famille et leurs équipes du CMF sont au cœur de la santé des personnes et des populations, et peuvent discuter avec leurs patients de la promotion de la santé et de la prévention des maladies de façon créative. Ils accompagnent les patients en profitant de certains moments propices à l'apprentissage (p. ex., le fumeur qui souffre d'une pneumonie et qui est prêt à arrêter); ils influencent les politiques civiques pour soulever les questions liées à l'itinérance – les histoires confiées aux médecins de famille dans leur pratique quotidienne sont des outils puissants pour le changement. Ces équipes constituent aussi des prestataires de soins essentiels dans plusieurs secteurs importants en santé publique, y compris la prévention des maladies et des blessures; la promotion de la santé; la détection et la prise en charge des maladies chroniques; les immunisations; et la surveillance de la santé. Les CMF accordent la priorité à la prestation de soins basés sur des données probantes pour la prévention des maladies et des blessures, et la promotion de la santé, en les renforçant lors de chaque consultation avec le patient et au cours d'autres occasions de counseling. Les CMF et les bureaux de santé publique locaux ou régionaux devraient tisser et maintenir des liens forts les uns avec les autres. Les professionnels de la santé qui font partie des équipes des CMF peuvent occuper des rôles de promotion, d'éducation, de soutien ou jouer des rôles actifs dans les initiatives de santé publique, dans plusieurs différents milieux professionnels, éducatifs ou récréatifs au sein de la communauté. Un système de santé publique efficace devrait être invariablement lié à des médecins de famille basés dans la communauté et aux CMF; il devrait les reconnaître et les appuyer comme éléments essentiels à l'atteinte des objectifs plus larges relatifs à la santé publique et à la population.

Bien que les CMF mettent principalement l'accent sur les soins aux personnes et à leurs familles, il est important que les membres de l'équipe comprennent et abordent les problèmes de santé auxquels sont confrontées la population de leur pratique et la communauté dans son ensemble. Ces enjeux plus vastes représentent des facteurs en amont (déterminants sociaux de la santé) qui ont une plus grande

influence sur la santé des patients que les efforts des médecins individuellement. Cependant, les relations qui font partie intégrante des pratiques individuelles et collectives peuvent jouer un rôle central dans l'engagement des patients et des citoyens envers la création de communautés et de sociétés plus équitables et en santé. Par exemple, avec l'aide de la TIS, il est plus facile d'avoir accès à des renseignements sur les besoins des populations grâce à l'extraction de données du DME de la pratique, ou la participation à des programmes comme le **Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires** (RCSSSP)⁷³. Les réseaux du RCSSSP recueillent des données sur la santé provenant du DME des prestataires de soins primaires participants, extraient des données rendues anonymes et partagent l'information sur les maladies chroniques avec les gouvernements, les prestataires de soins de santé et les chercheurs pour fournir de plus amples renseignements afin d'effectuer des changements importants au niveau de la pratique et des systèmes. Des programmes comme celui du RCSSSP permettent aux pratiques de mieux comprendre les besoins des communautés et de mettre en œuvre des programmes spécifiques de prévention et de promotion de la santé qui peuvent contribuer au bien-être général de la population. Des initiatives comme celles-ci permettent aussi d'éviter le dédoublement des données et reconnaissent que les pratiques n'ont pas besoin de recueillir les données elles-mêmes (ou n'ont pas les ressources pour le faire). Cependant, ces données sont seulement une partie des soins – traiter la personne dans son ensemble tout en s'occupant des aspects plus pointus, que ce soit au niveau du patient, de la famille ou de la société est au cœur du généralisme.

Pour répondre aux besoins des divers patients inscrits, les médecins de famille et les autres membres de l'équipe du CMF tentent d'offrir des soins anti-oppressifs et culturellement sécuritaires, et d'atténuer la discrimination vécue par plusieurs patients selon leurs déterminants sociaux de la santé. Ceci nécessite une compréhension de l'impact des injustices passées et actuelles sur le bien-être de certaines populations et un effort afin de créer un milieu de pratique sécuritaire et accueillant en mettant l'accent sur les principes de compassion.

Avantages des données sociodémographiques

L'équipe Santé familiale (ESF) à l'hôpital St. Michael's recueille couramment des données sociodémographiques sur tous les patients. Les patients sont interrogés sur leur revenu, leur logement, l'identité de genre et d'autres déterminants sociaux de la santé importants. Leurs réponses sont compilées dans des DME sécurisées puis utilisées pour éclairer et orienter les soins individualisés axés sur le patient. Les données seront aussi utilisées pour la planification et l'évaluation des programmes de l'ESF⁷⁴.



6^e pilier : Soins complets et globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille

Un vaste éventail de services est offert par une équipe interprofessionnelle. Le patient ne voit pas toujours son médecin de famille, mais les interactions avec tous les membres de l'équipe sont communiquées de façon efficace au sein d'un CMF. Il est possible que l'équipe ne partage pas les mêmes locaux, mais le patient est toujours vu par un professionnel de la santé qui possède les compétences pertinentes, et celui-ci peut rejoindre un médecin (idéalement le médecin de famille du patient) au besoin.

- 6.1** Un CMF inclut un ou plusieurs médecins de famille, qui sont les prestataires de soins principaux pour leurs patients inscrits.
- 6.2** Des médecins de famille dotés de compétences avancées, ainsi que d'autres spécialistes médicaux, font partie de l'équipe ou du réseau d'un CMF, et ils collaborent avec le médecin de famille personnel du patient pour fournir un accès en temps opportun à divers services de soins primaires et de consultation.
- 6.3** Des modèles de soins partagés sur place sont encouragés et soutenus au sein de chaque CMF afin de permettre des consultations médicales rapides et une continuité des soins.
- 6.4** L'emplacement et la composition de l'équipe d'un CMF sont flexibles, en fonction des besoins et de la réalité de la communauté; les membres de l'équipe peuvent être au même endroit ou travailler dans des réseaux virtuels.
- 6.5** Un médecin de famille personnel et une infirmière qui possèdent des qualifications pertinentes sont au cœur des équipes des CMF; on encourage et appuie l'ajout d'autres membres (y compris, mais sans s'y limiter, les adjoints au médecin, les pharmaciens, les psychologues, les travailleurs sociaux, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les diététistes et les chiropraticiens), au besoin.
- 6.6** Les médecins, les infirmières et les autres membres de l'équipe du CMF sont encouragés à entretenir des relations avec les patients et soutenus dans ces efforts. Chaque prestataire de soins est reconnu comme membre de l'équipe du centre de médecine du patient.
- 6.7** Les infirmières et les autres professionnels de la santé qui font partie de l'équipe d'un CMF fournissent des services conformément à leurs rôles définis, leurs champs d'activité professionnelle et leurs compétences acquises personnellement. Leur rôle consiste à fournir des soins épisodiques et continus afin de soutenir et de compléter – et non de remplacer – ceux du médecin de famille.

Équipes de soins primaires

Plusieurs autres organisations professionnelles en santé ont accordé la priorité à l'importance de collaborer au sein d'une équipe afin de fournir les meilleurs soins possible aux patients. Le CMFC a collaboré avec plusieurs organisations – AICC, Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, Société canadienne de psychologie et Diététistes du Canada – pour créer le **guide Conseil pratique : Les soins en équipe dans le Centre de médecine de famille**⁷⁵. Ce guide comprend des stratégies pour la création d'une équipe de soins primaires et les descriptions générales des rôles des membres d'une équipe collaborative.

Les soins en équipe sont un élément fondamental du CMF. Mettre sur pied une équipe composée de membres provenant de divers milieux professionnels donne l'occasion de redéfinir ce qui est considéré optimal, en fonction des besoins de la pratique et de la communauté desservie. Une équipe hautement performante est essentielle pour pouvoir offrir des soins complets et globaux, coordonnés et efficaces axés sur les besoins du patient. Bien que différentes circonstances requièrent que certains aspects des soins aux patients soient fournis par différents professionnels de la santé, il est important de s'assurer que le médecin de famille est disponible pour des consultations auprès de tous les membres de l'équipe afin de fournir son expertise.

Afin d'exercer de façon efficace dans une équipe de soins de santé interprofessionnelle, on doit bien comprendre les contributions uniques de chaque membre, y compris leur formation, leur champ d'activités professionnelles et leurs connaissances, ainsi que leurs domaines d'excellence et leurs limites⁷⁶. Les pratiques qui s'appuient sur l'expertise de divers membres de l'équipe sont plus susceptibles de fournir aux patients les soins dont ils ont besoin et de répondre aux besoins de la communauté⁷⁷.

Les relations de toutes les dynamiques au sein de la pratique, qu'elles soient entre un patient et un médecin de famille ou entre un patient et d'autres membres de l'équipe, devraient être encouragées et appuyées dans le CMF. Bâtir ces relations développe la confiance et mène au but ultime, soit d'atteindre de meilleurs résultats sur la santé. Bien que chaque pratique doive être responsable de déterminer qui fait quoi (dans les limites des champs d'activités professionnelles de la pratique), le prestataire de soins principal de chaque patient devrait être son médecin de famille personnel.

Les médecins de famille qui possèdent des compétences avancées et ceux qui ont une pratique ciblée jouent un rôle important en collaborant avec le médecin de famille

personnel du patient et l'équipe pour fournir un accès en temps opportun à une vaste gamme de services de soins primaires et de consultation. Ils ajoutent à leurs compétences et expériences de base une expertise supplémentaire dans un domaine particulier, tout en demeurant engagés envers leurs principes de base en tant que généralistes⁷⁸. Ces médecins peuvent s'appuyer largement sur leur formation en médecine générale, l'approche de la prise en charge des maladies et les soins axés sur le patient, leur permettant de travailler de façon collaborative à différents niveaux de soins, notamment avec d'autres spécialistes, afin de répondre aux besoins des patients⁷⁹. Ces cliniciens agissent aussi à titre de ressources pour d'autres médecins dans leur système de santé local en améliorant la prestation des soins et les occasions d'apprentissage et d'enseignement. Le **guide Conseil pratique : Les communautés de pratique dans le Centre de médecine de famille**⁸⁰ fournit plus d'information sur la collaboration intraprofessionnelle entre médecins de famille.

Les stratégies de soins partagés fournissent aux patients un accès en temps opportun aux consultations à des moments prévus, avec d'autres spécialistes ou avec des médecins de famille qui ont des compétences avancées dans le cabinet de médecine de famille. Le consultant peut évaluer plusieurs patients par visite, après quoi un plan pour des soins continus peut être élaboré et approuvé par le médecin de famille, le consultant, d'autres membres de l'équipe et le patient.

Il n'y a pas de modèle universel pour déterminer la bonne composition de l'équipe de professionnels de la santé. La composition de l'équipe dépend des compétences, des aptitudes et de l'expérience nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé de la population de patients⁸¹. Ces besoins varient en fonction des caractéristiques de la communauté; par exemple, la géographie, la culture, la langue, les données démographiques, la prévalence de la maladie. On encourage les médecins de famille à découvrir

Membres additionnels des équipes de pratique

Ce ne sont pas tous les professionnels de la santé qui doivent être embauchés à temps plein. Par exemple, une pratique peut embaucher une diététiste pour des journées précises afin de diriger un programme d'éducation sur le diabète et de voir des patients qui ont un rendez-vous. Les pratiques peuvent aussi accueillir d'autres professionnels de la santé, comme des professionnels embauchés par une autorité sanitaire régionale, pour fournir des soins aux patients sur place. Cependant, les organismes de financement devraient reconnaître que les cliniques de médecine de famille qui accueillent d'autres professionnels de la santé sont souvent responsables des frais généraux associés au travail de ces praticiens sur place, et du soutien supplémentaire devrait être disponible pour s'assurer que les coûts n'incombent pas indûment aux médecins. Le 1^{er} pilier : Administration et financement et le 2^e pilier : Infrastructure appropriée soulignent que le CMF doit recevoir le financement adéquat et avoir accès à la bonne infrastructure (physique et en matière de gouvernance) pour appuyer les initiatives décrites dans cette vision.

les lacunes dans la prestation des soins de santé dans leur milieu de pratique et à travailler avec d'autres prestataires de soins de santé pour répondre à ces besoins dans la mesure du possible. Les données des DME – ainsi que la rétroaction des patients, des membres de la communauté et des intervenants – devraient éclairer la planification de l'équipe. Les facteurs dont il faut tenir compte comprennent :

- ✿ La population de patient
- ✿ Les besoins reconnus de la communauté en matière de soins de santé
- ✿ Les heures d'ouverture pour les patients
- ✿ Les heures de travail de chaque médecin
- ✿ Les rôles et le nombre de prestataires de soins autres que les médecins
- ✿ Les fonds disponibles⁸¹

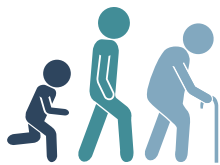
Le chevauchement ou les variations de compétences semblables peut créer des attentes ambiguës quant aux rôles définis au sein d'une pratique. Quand les équipes sont créées, les rôles devraient être clairement définis. Il est préférable que cela soit accompli au niveau de la pratique en fonction des besoins et des ressources de la communauté. Cette approche tient compte des changements qui ont eu lieu au cours de la carrière d'un professionnel de la santé, notamment le perfectionnement des compétences, l'obtention de certifications et les intérêts professionnels⁸². Au début de la prestation de soins en équipe et lors de tout changement au sein de l'équipe, il est important de prévoir du temps pour que chaque membre de l'équipe devienne confortable dans son rôle. Il est aussi important de reconnaître que ces ententes sont flexibles et peuvent changer, à condition que

les membres de l'équipe parviennent à un consensus sur les ajustements nécessaires.

Les membres de l'équipe peuvent travailler dans le même cabinet ou dans le même édifice, mais cela n'est pas nécessaire. Pour les pratiques plus petites ou éloignées, ou dans les plus grands centres urbains où le fait de pratiquer dans des espaces physiques rapprochés peut être un obstacle, il est possible de créer certains liens avec des pairs dans d'autres sites. L'utilisation judicieuse de la TIS permet d'orienter les patients et de faire des consultations virtuelles. Les liens virtuels entre les CMF et d'autres spécialistes, hôpitaux, services diagnostiques, etc., peuvent être améliorés en mettant sur pied des ententes et des engagements plus formels pour fournir un accès en temps opportun aux soins et aux services.

En fournissant aux patients une gamme complète de services qui répondent le mieux possible à leurs besoins, il est possible d'offrir un meilleur accès, une plus grande satisfaction pour les patients et les prestataires de soins, et une meilleure efficacité des ressources en offrant des soins en équipe^{61,77,83}. Bien qu'il y ait actuellement plusieurs systèmes en place qui appuient la création d'équipes de soins de santé, les pratiques peuvent aussi créer leurs propres équipes. Pour garantir le succès de l'équipe, les prestataires de soins doivent avoir une bonne compréhension des différentes responsabilités associées à chaque rôle et s'assurer que des outils sont disponibles pour favoriser la communication et un dialogue ouvert. Les équipes des CMF sont appuyées par un modèle flexible, qui peut être adapté à chaque situation. Les compétences que les médecins de famille acquièrent pendant leur formation (décrites dans le Référentiel CanMEDS-MF) les préparent à diriger les équipes interprofessionnelles. Les équipes de soins constituent une partie importante d'un CMF et sont essentielles au concept de soins complets et globaux, continus, axés sur le patient et prodigués en temps opportun.





7^e pilier : Continuité des soins

Les patients sont en meilleure santé et peuvent vivre pleinement leur vie quand ils reçoivent des soins d'un prestataire responsable qui les accompagne et qui sait comment leur santé évolue au fil du temps.

- 7.1** Le CMF favorise et encourage les relations à long terme entre les patients et les membres de l'équipe de soins, assurant ainsi la prestation de soins continus pendant toute la vie du patient.
- 7.2** Les équipes des CMF assurent la continuité des soins offerts à leurs patients dans différents contextes, notamment dans un cabinet de médecine de famille, dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et d'autres établissements dans la communauté, ainsi qu'au domicile du patient.
- 7.3** Un CMF sert de point central pour la coordination et la continuité des soins liés à tous les services médicaux que ses patients reçoivent dans la communauté médicale.

La continuité des soins se définit par l'uniformité de l'endroit où les besoins médicaux de chaque personne sont pris en charge au cours de sa vie, et par qui et de quelle façon⁸⁴. Étroitement liée aux soins complets et globaux offerts en équipe (voir le 6^e pilier : Soins globaux prodigués en équipe sous le leadership d'un médecin de famille), la continuité des soins est essentielle à toute pratique qui souhaite offrir des soins réellement centrés sur les besoins du patient. La continuité des soins est ancrée dans un partenariat à long terme entre le patient et le médecin dans lequel le médecin connaît les antécédents du patient grâce à son expérience, et peut intégrer la nouvelle information. Il peut ainsi prendre des décisions de façon efficace sans devoir faire des recherches ou un examen approfondi du dossier en tenant compte du patient dans son ensemble⁸⁴. Du point de vue du patient, ceci découle d'une profonde compréhension du parcours de chaque personne et du contexte lié à son état de santé actuel, ainsi que de la confiance qui s'établit avec le prestataire de soins au fil du temps.

Des études ont montré que si que le même médecin s'occupe d'une personne au fil du temps, pour des problèmes de santé mineurs et pour des maladies plus graves, la relation patient-médecin est renforcée et la compréhension augmente – des éléments essentiels pour des soins de santé primaires efficaces⁸⁵. Grâce à ses connaissances et son expertise médicales, le médecin de famille du patient peut donc mieux comprendre le patient en tant que personne, y compris ses antécédents médicaux et son contexte social plus vaste, comme ses antécédents personnels, familiaux, sociaux et professionnels (voir le 5^e pilier : Capacité de s'adapter aux besoins de la communauté et responsabilité sociale). Dans ce modèle, les patients, leurs familles et/ou leurs aidants naturels, et tous les prestataires de soins de l'équipe du CMF sont des partenaires de soins et collaborent pour atteindre les objectifs du patient tout en participant à la prise de décisions communes. Comprendre les besoins du patient, ses désirs, ses

craintes et ses façons de réagir à la maladie, aux médicaments et aux autres traitements renforce la capacité du médecin à détecter les tendances, et non seulement le problème médical présenté à un rendez-vous donné. La continuité des soins peut idéalement appuyer la santé et le bien-être des patients de façon active dans leur vie quotidienne sans mettre l'accent uniquement sur les soins quand ils sont malades. La bonne relation médecin-patient développée au fil du temps permet au patient de demeurer en bonne santé et au médecin de prévenir la maladie et les blessures, grâce à sa connaissance approfondie du patient qu'il utilise dans son travail avec les équipes de professionnels de la santé qualifiés afin de favoriser le bien-être du patient.

Dans le CMF, les médecins de famille, qui sont les prestataires de soins principaux, peuvent fournir des soins continus tout au long de la vie des patients et développent de bonnes relations avec eux. La recherche démontre que la continuité des soins est l'un des éléments les plus importants dans l'amélioration de santé des populations^{86,87}. Il s'avère en effet que les patients qui voient le même médecin en soins primaires sur une base continue sont en meilleure santé, se rendent moins souvent à l'urgence et sont moins souvent hospitalisés, comparativement à ceux qui reçoivent des soins de plusieurs médecins différents. Une étude canadienne a indiqué qu'abstraction faite des données démographiques et de l'état de santé des patients, la continuité des soins était un indicateur de la réduction des hospitalisations pour les maladies propices aux soins ambulatoires (comme la MPOC, l'asthme, le diabète et l'insuffisance cardiaque) et de la diminution des visites à l'urgence pour un large éventail de maladies pouvant être traitées dans des pratiques de médecine de famille⁸⁶. Dans l'ensemble, «plus le patient voit de médecins, plus il y a de risques d'effets indésirables; recevoir des soins de divers médecins lorsqu'il y a un fardeau élevé de morbidité sera associé à une plus grande possibilité d'effets indésirables⁸⁶». On a souligné qu'une source de

soins régulière et constante est associée à un meilleur accès à des services de soins préventifs, peu importe la situation financière du patient.

La continuité des soins nécessite aussi une continuité du milieu médical, de l'information et des relations. On a démontré qu'offrir ou coordonner la plupart des services médicaux dans un même endroit par le médecin de famille personnel et l'équipe de soins du patient entraîne de meilleurs résultats pour la santé⁸⁸. Conformément au 3^e pilier : Soins interreliés, quand les soins doivent être fournis dans différents milieux ou par différents professionnels de la santé (c.-à-d., le voisinage médical), la continuité des soins peut être préservée si le CMF joue un rôle de coordination et communique efficacement avec les autres prestataires de soins. Le CMF assure la liaison avec les prestataires de soins externes pour coordonner tous les aspects des soins fournis aux patients en fonction de leurs besoins. Ceci comprend, sans s'y limiter, orienter des patients vers des services spécialisés et assurer le suivi, coordonner les

soins à domicile et travailler avec les patients avant et après leur congé de l'hôpital ou d'autres centres de soins intensifs.

En plus de ce rôle de coordination, le CMF agit en tant que point central pour le partage, la cueillette, l'entreposage et la gestion de toute l'information pertinente sur les patients. Ceci garantit que le médecin de famille, en tant que prestataire de soins principal, possède un aperçu global des antécédents du patient. Une liste de tous les soins prodigués à chaque patient devrait être disponible dans chaque dossier médical (préférentiellement dans un DME) que tous les prestataires de soins appropriés devraient pouvoir consulter (voir le 2^e pilier : Infrastructure appropriée pour plus d'information sur les DME). Savoir que l'information médicale provenant de toutes les sources (c.-à-d., les prestataires de soins qui font partie du CMF ou non) est regroupée à un seul endroit (physique ou virtuel) augmente le degré de confort et de confiance des patients quant à leurs soins.



Continuité pour la santé du patient

La recherche démontre que la continuité des soins est un élément essentiel de la santé générale de la population. Les patients qui ont un médecin de famille régulier sont en meilleure santé et sont moins souvent hospitalisés que ceux qui n'en n'ont pas⁸⁹.



8^e pilier : Soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille

Les pratiques de médecine de famille répondent aux besoins uniques des patients et des familles dans leur environnement.

- | | |
|------------|--|
| 8.1 | Les soins et les prestataires de soins dans un CMF sont centrés sur les patients, et les services offerts répondent aux volontés, aux préférences et aux attentes des patients. |
| 8.2 | Les patients, leurs familles et leurs aidants naturels participent activement au processus de prise de décisions partagée. |
| 8.3 | Un CMF facilite l'accès à l'information médicale pour les patients grâce à des dossiers médicaux électroniques selon l'entente convenue avec l'équipe de soins. |
| 8.4 | Les soins autogérés sont encouragés et appuyés dans le cadre des plans de soins de chaque patient. |
| 8.5 | Des stratégies qui encouragent l'accès à diverses options de soins qui vont au-delà des consultations traditionnelles en cabinet (p. ex., les télésoins, les soins virtuels, les unités de santé mobiles, les consultations électroniques, etc.) sont intégrées dans le CMF. |
| 8.6 | La participation des patients et les mécanismes de rétroaction officialisés (p. ex., les conseils consultatifs de patients, les sondages auprès des patients) font partie de la planification et l'évaluation continues. |

Les soins axés sur les patients sont au cœur du CMF. Le Dr Ian McWhinney – souvent considéré comme le « père de la médecine de famille » – décrit les soins axés sur le patient comme si le prestataire de soins « entrait dans l'univers du patient, pour voir la maladie à travers ses yeux... Cela est étroitement lié aux volontés, aux besoins et aux préférences du patient, en plus d'y répondre⁸⁹. » Dans ce modèle, les patients, leurs familles et/ou les aidants naturels, ainsi que tous les prestataires de soins de santé de l'équipe du CMF sont des partenaires : ils collaborent afin d'atteindre les objectifs du patient et participent à la prise de décisions partagée. Les soins devraient toujours refléter les sentiments et les attentes du patient et répondre à ses besoins particuliers. Consultez le **guide Conseil pratique : Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille**⁹⁰ pour plus d'information.

Les aidants naturels* jouent un rôle important au sein du CMF. Ils aident les patients à prendre en charge la maladie et à composer avec celle-ci, et peuvent aider les médecins en agissant comme source d'information en santé fiable et en collaborant pour créer des plans de traitement et en assurer l'adoption⁹³. Le niveau et le type d'engagement de la part des aidants naturels devraient toujours être déterminés par le patient. Les médecins « devraient régulièrement évaluer les volontés du patient concernant la nature et l'étendue de la participation des aidants naturels lors des rencontres cliniques et s'efforcer de fournir au patient le niveau de confidentialité désiré⁹⁴. » Ils devraient reprendre cette conversation régulièrement et faire des changements en fonction de la volonté du patient. Les CMF mettent l'accent sur la prestation de soins axés sur le patient et sur l'inclusion des aidants naturels.

* Les aidants naturels comprennent des membres de la famille, des amis, des voisins et d'autres membres de la communauté.

Facteurs externes dans les soins de santé du patient

Les soins offerts en partenariat avec le patient et sa famille sont considérés d'une grande importance par tous les intervenants du système de santé. En 2011, l'AMC et l'AIIC ont publié un ensemble de principes pour guider la réforme du système de santé canadien⁹¹. Les soins axés sur le patient, figurant en tête de liste, sont présentés comme un principe crucial à l'amélioration de la satisfaction générale à l'égard du système de santé⁹¹. Par ailleurs, en 2016, Patients Canada a exhorté les gouvernements à tous les paliers de veiller à ce que toute nouvelle entente ou réforme adoptée en matière de santé soit axée sur le patient⁹².

Dans le cadre de leur engagement envers les soins axés sur le patient, les CMF facilitent et appuient l'autogestion par les patients. On a démontré que les interventions d'autogestion comme le soutien à la prise de décision, l'autosurveillance et les soutiens psychologique et social améliorent la santé⁹⁵. Les membres de l'équipe du CMF devraient toujours faire des recommandations en fonction de la perspective du patient. Ils devraient travailler en collaboration avec les patients et leurs prestataires de soins afin de créer des plans d'action réalistes et enseigner la résolution de problèmes et la capacité d'adaptation. Ceci est particulièrement important pour les personnes atteintes de maladies chroniques qui doivent travailler en partenariat avec leur médecin et leur équipe de soins de santé pour prendre en charge leur maladie au fil du temps. (Voir le **guide Conseil pratique : Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille**⁹⁶ pour de plus amples renseignements.) L'objectif de l'autogestion des soins devrait être de stimuler la confiance du patient et de l'aidant en leur capacité de bien gérer les maladies, d'améliorer la santé et de favoriser le bien-être global.

Afin de faciliter les soins offerts en partenariat avec les patients et les familles, un vaste éventail d'options conviviales pour accéder à l'information et aux soins au-delà des consultations traditionnelles au cabinet devraient être offerts aux patients au besoin. Ceci comprend les courriels, les télésoins, les soins virtuels, les unités de santé mobiles, les consultations électroniques, les visites à domicile, les rendez-vous le jour même, les consultations de groupe, les stratégies d'autonomie en matière de santé, l'éducation des patients et les séances

de traitement offertes en milieux communautaires. Fournir un vaste éventail d'options permet aux patients d'avoir accès au type de soins qu'ils préfèrent en fonction de leurs besoins individuels. Les patients doivent aussi savoir comment accéder à l'information et aux ressources qui leur sont offertes; par exemple, Prévention en main (**PeM**)⁹⁷.

Permettre aux patients d'accéder à leurs dossiers médicaux peut améliorer la communication avec le médecin ainsi que la satisfaction des patients^{98,99}. Il est important que les patients et les membres de l'équipe de soins de santé discutent de l'information spécifique qui sera accessible aux patients et qu'ils s'entendent sur celle-ci. Il est nécessaire de fournir de l'éducation aux patients sur l'accès et l'interprétation de l'information disponible. Afin de faciliter ce type d'accès, chaque CMF doit avoir un système de DME qui permet aux utilisateurs externes d'accéder à l'information de façon sécuritaire (voir le 2^e pilier : Infrastructure appropriée).

Les sondages auprès des patients et les occasions pour les patients de participer à la planification et à l'évaluation de l'efficacité des services de la pratique devraient être encouragés. Les pratiques doivent être prêtes à répondre et à s'adapter à la rétroaction des patients. Afin de renforcer une approche axée sur le patient, les pratiques peuvent mettre en place des conseils consultatifs de patients et d'autres mécanismes de rétroaction officialisés (p. ex., sondages auprès des patients) dans le cadre de leurs processus d'ACQ (voir le 9^e pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche).

Autogestion par les patients

La clinique Ajax Harwood Clinic (AHC) est un bon exemple de la façon dont une pratique qui favorise l'autogestion par les patients peut améliorer la santé à long terme, particulièrement chez les patients atteints de maladies chroniques⁹⁴. L'AHC a créé un milieu d'apprentissage et tente d'encourager la littératie en santé chez ses patients grâce à ses divers programmes. La clinique est axée sur l'éducation et la responsabilisation des patients, et tous les programmes de la clinique sont gratuits afin d'éliminer les obstacles financiers pour les patients.

DÉVELOPPEMENT CONTINU

Chaque CMF favorise le développement continu afin de mieux effectuer ses fonctions de base. Le CMF et son personnel sont engagés envers la mesure, l'amélioration continue de la qualité et la recherche, ainsi que la formation, l'éducation et le développement professionnel continu.



MESURE,
AMÉLIORATION
CONTINUE DE
LA QUALITÉ ET
RECHERCHE
PAGE 28 ►



FORMATION,
ÉDUCATION ET
DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL
CONTINU
PAGE 30 ►



9^e pilier : Mesure, amélioration continue de la qualité et recherche

Les pratiques de médecine de famille s'efforcent de progresser grâce à la mesure du rendement et à l'ACQ. La sécurité des patients est toujours une priorité et de nouvelles idées sont mises de l'avant grâce à l'implication des patients dans les activités de recherche et d'ACQ.

- 9.1** Les CMF créent et appuient des programmes d'ACQ qui évaluent la qualité et le rapport coût-efficacité des équipes et des services offerts en termes de satisfaction des patients et des prestataires de soins.
- 9.2** Les résultats de l'ACQ sont mis en application et utilisés pour améliorer les activités, les services et les programmes offerts par le CMF.
- 9.3** Tous les membres de l'équipe de professionnels de la santé (les équipes cliniques et administratives), ainsi que les apprenants et les patients, participeront aux activités d'ACQ qui se déroulent dans chaque CMF.
- 9.4** Les CMF encouragent leurs médecins, les autres professionnels de la santé, les étudiants et les résidents à participer à la recherche dans leurs milieux de pratique.
- 9.5** Les CMF sont des endroits idéaux pour la recherche communautaire sur la santé des patients et l'efficacité des soins et des services.

L'ACQ est une caractéristique essentielle de la vision du CMF. Elle encourage les équipes de soins de santé dans les pratiques à apporter des améliorations, tout en évaluant l'efficacité de leurs services, les résultats sur la santé, la sécurité de leurs patients ainsi que la satisfaction des patients et des professionnels de la santé. Chaque CMF s'engage à mettre en place un programme d'ACQ qui favorisera la sécurité des patients et qui améliorera l'efficacité et la qualité des services offerts aux patients. Dans le cadre des activités d'ACQ, une approche structurée est utilisée pour évaluer les procédures actuelles de la pratique et améliorer les systèmes afin d'obtenir les résultats escomptés.

Pour mettre en œuvre l'ACQ, l'équipe du CMF doit fixer les résultats escomptés et déterminer les stratégies d'évaluation appropriées. Lorsque le processus et les résultats escomptés seront définis en collaboration avec les patients, l'activité d'ACQ mesurera le rendement au moyen de la collecte de données et d'une comparaison avec celles de départ. La mesure du rendement peut être effectuée grâce à une observation structurée, à des sondages auprès des patients et des employés (voir le 8^e pilier : Soins

offerts en partenariat avec le patient et sa famille), à l'outil d'autoévaluation du CMF et aux DME de la pratique (voir le 1^{er} pilier : Administration et financement et le 3^e pilier : Soins interreliés). Les indicateurs choisis devraient être appropriés à chaque pratique et milieu communautaire, et significatifs pour les patients et la communauté. Le processus d'ACQ pourrait être présenté dans une pratique comme un programme d'amélioration autonome ou une évaluation effectuée par un groupe externe.

Dans certaines provinces, le financement est lié à l'atteinte de cibles de rendement, notamment celles qui rendent compte d'un bon rapport coût-efficacité des soins et de meilleurs résultats de santé¹⁰¹. Certaines provinces canadiennes ont commencé à établir un lien entre les incitatifs financiers, en fonction des résultats cliniques et des cibles atteintes (modèle de «rémunération en fonction du rendement»)¹⁰². Bien que cette approche donne certains avantages, elle comporte aussi des risques si les incitatifs financiers et les ressources deviennent trop centrés sur les patients atteints de certains problèmes médicaux ou sur ceux qui ont un meilleur potentiel d'atteindre les cibles fixées, alors que les soins sont reportés

Amélioration continue de la qualité

L'ACQ est une valeur importante au sein des organismes sanitaires comme la FCASS¹⁰⁰.

ou refusés à d'autres^{101,103}. Le développement futur des modèles d'incitatifs financiers devrait tenir compte des conséquences involontaires qui pourraient nuire à la capacité des pratiques de fournir des soins de bonne qualité à toute leur population de patients.

Les objectifs qui définissent un CMF pourraient être utilisés pour développer des indicateurs pour les initiatives d'ACQ dans les pratiques de médecine de famille de tout le Canada. Ces critères pourraient être bonifiés en ajoutant des indicateurs recommandés par des organisations comme Agrément Canada, Qualité des services de santé Ontario, l'Organisation des normes en santé et le Patient-Centered Medical Home Model aux États-Unis. Le CMFC s'est engagé à collaborer avec ces groupes pour développer davantage le processus d'ACQ pour les CMF et les pratiques de médecine de famille. Voir l'**Initiative d'amélioration de la pratique** (Pii)¹⁰⁴ du CMFC pour une liste des ressources disponibles.

L'ACQ est une activité d'équipe et tous les membres de l'équipe du CMF ainsi que les patients et les apprenants devraient y participer. Ceci garantira l'appui de l'équipe, favorisera l'engagement et la participation des patients, et fournira aux apprenants des occasions d'apprentissage importantes¹⁰⁵. Les CMF s'engagent à utiliser les résultats des initiatives d'ACQ pour effectuer des changements concrets dans leur pratique afin d'améliorer les activités, les services et les programmes.

Le temps et les efforts investis dans la participation à des activités d'ACQ devraient être reconnus comme étant

importants et ne devraient pas être découragés par les modèles de rémunération existants. Du temps et des ressources devraient être alloués pour permettre d'effectuer ces activités dans le cadre de la pratique, et ceci devrait faire partie des principes opérationnels.

À plus grande échelle, les CMF constituent des sites parfaits pour la recherche communautaire axée sur la santé des patients et sur l'efficacité des soins et des services. On devrait encourager l'équipe du CMF à participer aux activités de recherche et lui offrir des appuis. Les CMF devraient aussi promouvoir la participation des étudiants de médecine, des résidents et des externes à ces projets. Au Canada, le Réseau canadien de recherche en soins de santé primaires (RCRSSP) et l'engagement de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) jouent un rôle primordial¹⁰⁶. L'accent sur le soutien à la recherche axée sur le patient effectuée dans des milieux de soins primaires communautaires correspond aux priorités du CMF.

Les concours pour les subventions de recherche comme ceux annoncés par la SRAP devraient être fortement encouragés et appuyés. Les CMF constituent des laboratoires idéaux pour des études qui respectent les principes de recherche sur l'efficacité comparative et les priorités définies par le RCRSSP et la SRAP des IRSC. Ils fournissent d'excellents endroits pour des initiatives de recherche réparties sur plusieurs sites, notamment pour des projets comme ceux qui sont en cours au sein du RCRSSP – un réseau de médecins de famille qui effectue de la surveillance sur diverses maladies chroniques à l'échelle du pays.





10^e pilier : Formation, éducation et développement professionnel continu

Mettre l'accent sur la formation et l'éducation garantit que les connaissances et l'expertise des médecins de famille peuvent être partagées avec l'ensemble de la communauté des soins de santé, et au fil du temps en créant des organismes d'apprentissage où les étudiants et les médecins qui exercent la médecine à temps plein peuvent demeurer à la fine pointe des meilleures pratiques.

- 10.1** Les CMF sont identifiés et appuyés par des facultés de médecine et d'autres établissements d'enseignement professionnel de la santé comme des endroits optimaux pour la formation expérientielle des étudiants et des résidents.
- 10.2** Les CMF enseignent et incarnent les éléments qui les définissent, notamment les soins en partenariat avec les patients, les équipes/réseaux de soins, les DME, l'accès en temps opportun aux rendez-vous, les soins complets, globaux et continus, la prise en charge de problèmes complexes indifférenciés, la coordination des soins, la recherche reliée à la pratique et l'ACQ.
- 10.3** Les CMF fournissent un milieu de formation pour les résidents en médecine de famille qui incarne les compétences définies dans le Cours Triple C axé sur les compétences en médecine familiale, les quatre principes de la médecine familiale et les rôles CanMEDS-MF, et qui leur permet de les maîtriser.
- 10.4** Les CMF permettent aux médecins et aux autres professionnels de la santé de participer à des activités de développement professionnel continu (DPC) pour répondre aux besoins de leurs patients et de leurs communautés individuellement et en équipe.
- 10.5** Les CMF permettent aux médecins de famille de partager leurs connaissances et leur expertise avec la communauté plus large des soins de santé.

Les CMF servent de sites de formation pour les étudiants en médecine, les résidents en médecine de famille ainsi que les étudiants en soins infirmiers et dans d'autres professions en santé¹⁰⁷. Ils fournissent un endroit qui permet de démontrer et d'enseigner des pratiques axées sur les rôles essentiels des médecins de famille et des équipes interprofessionnelles dans le cadre du continuum d'un système de soins de santé. Un des objectifs de la formation des résidents en médecine de famille est d'apprendre à fonctionner en tant que membre d'une équipe interdisciplinaire, prenant soin de patients dans divers milieux de soins, notamment les cabinets de pratique, les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et d'autres établissements de soins communautaires, ainsi qu'au domicile des patients^{70,108}.

Un CMF est aussi un modèle de pratique de médecine de famille où les initiatives de recherche et d'ACQ sont une caractéristique standard. Les CMF devraient offrir des occasions de participer à des activités de développement professionnel dans les CMF. Ils devraient attribuer les ressources, établir l'orientation et prévoir du temps pour ces activités.

La formation en médecine de famille est de plus en plus axée sur l'atteinte et le maintien des compétences définies

par le **Cours Triple C axé sur les compétences**¹⁰⁹ du CMFC. Le Cours Triple C comprend cinq domaines de soins : les soins des patients tout au long du cycle de vie; les soins dans divers milieux cliniques (urbains et ruraux); un éventail défini de responsabilités cliniques; les soins aux patients et aux populations marginalisées/défavorisées; et une liste définie des procédures de base. Le Cours Triple C intègre aussi les quatre principes de la médecine familiale et les rôles CanMEDS-MF.

Les CMF permettent aux étudiants et aux résidents en médecine de famille d'acquérir les compétences du Cours Triple C et d'apprendre à incorporer les quatre principes de la médecine familiale, le Profil professionnel en médecine de famille et les rôles CanMEDS-MF dans leurs activités professionnelles. Les apprenants acquièrent de l'expérience en matière de soins offerts en partenariat avec les patients, d'équipes/réseaux de soins, de DME, d'accès aux rendez-vous en temps opportun, de soins complets, globaux et continus, de prise en charge de problèmes indifférenciés et complexes, de coordination des soins, de recherche axée sur la pratique et d'ACQ – des éléments essentiels de la pratique de médecine de famille au Canada. De plus, les CMF constituent des endroits idéaux pour les apprenants d'autres spécialités et professions

en santé, ceux-ci pouvant y acquérir une expérience précieuse en travaillant dans des équipes interprofessionnelles et en fournissant des soins de haute qualité axés sur le patient. Les facultés de médecine et les programmes de résidence devraient encourager les apprenants à effectuer une partie de leur formation au sein d'un CMF.

Les médecins de famille qui pratiquent devraient se tenir au courant des développements médicaux et en soins de santé, et s'assurer que leur expertise reflète les besoins changeants de leurs patients, des communautés et des apprenants.

Mainpro^{MD} (Maintien de la compétence professionnelle) est le programme du CMFC conçu pour appuyer et promouvoir le DPC des médecins de famille dans tous les rôles et compétences CanMEDS-MF.

Le DPC désigne l'obligation professionnelle des médecins de participer à des activités d'apprentissage qui répondent aux besoins qu'ils ont eux-mêmes cernés et aux besoins de leurs patients; améliorer leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences dans toutes les dimensions de la pratique professionnelle; et continuellement améliorer leur rendement et la santé dans leur champ d'activités¹¹⁰. Trois principes fondamentaux du DPC au Canada ont été décrits récemment :

- ❁ répondre aux besoins des patients et des communautés
- ❁ s'appuyer sur des preuves scientifiques et des données fondées sur la pratique
- ❁ être conçu pour favoriser l'amélioration de la pratique du médecin et des résultats pour les patients

Le DPC inclut l'apprentissage dans tous les rôles et compétences CanMEDS-MF, y compris l'expertise clinique, l'enseignement et l'éducation, la recherche et l'érudition, et l'ACQ basée dans la pratique.

Les CMF encouragent leurs médecins et tous les autres membres du personnel à participer aux activités de DPC tout

le long de leur carrière en créant une culture d'apprentissage au sein de l'organisation. À cette fin, ils allouent du temps pour l'apprentissage personnel et l'apprentissage en équipe, ainsi qu'un accès aux données de la pratique pour cerner les besoins des patients/de la communauté ainsi que les lacunes dans la pratique afin de faire des choix d'activités de DPC judicieux et d'évaluer les répercussions de l'apprentissage sur les soins aux patients. Cette culture d'apprentissage et le désir d'améliorer continuellement la qualité et l'accès aux soins sont essentiels pour s'assurer que le CMF continue d'appuyer des équipes de soins hautement performantes.

Pour faire en sorte que tous les membres de l'équipe du CMF puissent s'acquitter de leurs rôles, des programmes de développement du leadership devraient être offerts. Permettre aux médecins de participer à ces activités de développement professionnel requiert suffisamment de financement des gouvernements pour couvrir les coûts de la formation et éviter que la perte de revenu et la capacité de la pratique ne soient des obstacles à cette participation.

Les médecins du CMF partagent leurs connaissances avec leurs collègues dans toute la communauté des soins de santé et avec d'autres professionnels de la santé de l'équipe en participant à l'éducation, à la formation et aux activités d'ACQ en collaboration avec les partenaires du pentagramme[†]. Ceci est particulièrement pertinent pour les médecins de famille qui ciblent un domaine de pratique en particulier (et détiennent possiblement un Certificat de compétence additionnelle) et qui peuvent partager leur expertise avec les autres. Cet échange de connaissances peut être fait de façon informelle ou de façon plus formelle. Par exemple, les médecins peuvent participer à des activités organisées par le CMFC ou par une section provinciale (p. ex., le Forum en médecine familiale, les assemblées scientifiques annuelles provinciales), ou mettre leur expertise à contribution dans le cadre de groupes de travail interprofessionnels qui traitent de sujets particuliers en soins de santé. On devrait encourager les médecins de famille à participer à ce type d'activités pour partager leurs connaissances et leurs compétences, et ainsi favoriser l'amélioration du système de santé global.

[†] Partenaires du pentagramme : les responsables de l'élaboration des politiques – autorités sanitaires fédérales, provinciales, territoriales et régionales; administrateurs de la santé et de l'éducation; université; communauté; professionnels de la santé – les médecins et leurs équipes

Développement professionnel continu

Le DPC fait partie intégrante du système de soins de santé dans son ensemble. Des organisations comme le Collège royal, l'AMC et l'AIIC mettent l'accent sur la valeur et l'importance de la formation continue pour permettre aux professionnels de la santé d'améliorer les soins aux patients.

CONCLUSION

La version vision révisée du CMF, soit d'un système de soins primaires hautement performant, répond à l'évolution rapide du système de santé et aux besoins changeants des Canadiens et Canadiennes. Les piliers et les attributs décrits dans ce document peuvent guider les pratiques à divers stades de la transition vers un CMF, et plusieurs caractéristiques se retrouvent dans d'autres documents fondamentaux de la médecine de famille comme le **Profil professionnel en médecine de famille**[™] et les quatre principes de la médecine familiale. Des ressources de soutien, comme la trousse de mise en œuvre du CMF, sont disponibles pour aider ceux qui entament la transition à surmonter les obstacles au changement. Bien que les éléments de base du CMF demeurent les mêmes pour toutes les pratiques, chacune mettra en œuvre les recommandations en fonction de ses propres besoins.

Le CMF est axé sur l'amélioration des soins centrés sur les patients dans le système de santé grâce à la collaboration, l'accès aux soins, la continuité des soins et la responsabilité sociale. Son objectif est de s'appuyer sur la contribution de longue date des médecins de famille et des soins primaires à la santé et au bien-être de la population canadienne, ainsi que sur les modèles émergents de pratique de la médecine de famille et des soins primaires qui ont vu le jour partout au pays. En particulier, cette

vision fournit des objectifs et des recommandations qui peuvent servir d'indicateurs. Elle permet aux patients, aux médecins de famille et aux autres professionnels de la santé, aux chercheurs, aux planificateurs en soins de santé et aux responsables de l'élaboration des politiques d'évaluer l'efficacité de tous les modèles de pratique en médecine de famille qui existent partout au Canada.

Les pratiques de médecine de famille qui atteignent les objectifs et qui respectent les recommandations décrites dans cette vision seront des CMF, mais le concept évolue constamment. En même temps que les médecins de famille s'engagent à apporter des changements dans leurs pratiques, le CMFC pour sa part s'engage à appuyer les développements dans le CMF en créant et en faisant la promotion de nouvelles ressources qui seront disponibles sur le site Web du CMF. Le CMFC jouera aussi un rôle de mobilisation important pour s'assurer que le soutien nécessaire est en place pour atteindre les objectifs d'un CMF. Chaque pratique de médecine de famille au Canada devrait recevoir l'appui du public, des gouvernements et des autres intervenants en soins de santé (les partenaires du pentagramme) pour atteindre ce but. Cela garantira que chaque personne au Canada peut avoir accès aux meilleurs soins primaires possible pour eux-mêmes et pour leurs proches.



RÉFÉRENCES

- Collège des médecins de famille du Canada. *Une vision pour le Canada : La pratique de médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2011. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada.pdf. Date de consultation : le 21 janv. 2019.
- Sondage national des médecins. Sondage national des médecins 2014 (site Web). <http://nationalphysiciansurvey.ca/fr/surveys-fr/12076-2/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Association médicale canadienne. Sondage sur les effectifs médicaux 2017 de l'AMC (site Web). <http://cma.andornot.com/en/surveydata/default.aspx>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Institut canadien d'information sur la santé. Résultats du Canada : *Enquête internationale de 2016 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé réalisée auprès d'adultes de 11 pays*. Ottawa, ON : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/text-alternative-version-2016-cmwf-fr-web.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Ipsos Public Affairs. *The College of Family Physicians of Canada: Family Medicine in Canada Report*. Toronto, ON : Ipsos; 2017.
- Organisation mondiale de la santé. Soins de santé primaires (site Web). https://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Collège des médecins de famille du Canada. Les quatre principes de la médecine familiale (site Web). http://www.cfpc.ca/Les_quatre_principes/. Date de consultation : janvier 2019.
- Association médicale canadienne. *La transformation des soins de santé au Canada : Des changements réels, des soins durables*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2018. Dans : <https://policybase.cma.ca/documents/PolicyPDF/PD10-05f.PDF>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Collège des médecins de famille du Canada. *Bilan provincial sur le Centre de médecine de famille - Février 2019*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2019. Dans : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_ReportCard_2018_FRE.pdf. Date de consultation : février 2019.
- Alberta Health. Primary Care Networks (site Web). <http://www.health.alberta.ca/services/primary-care-networks.html>. Date de consultation : le 16 août 2018.
- Access Improvement Measures (AIM) Alberta. Third Next Available Appointments (site Web). <https://aim.alberta.ca/2016/07/the-world-of-third-next-available-appointments-2/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Cabinet du premier ministre, ministère de la Santé. B.C. government's primary healthcare strategy focuses on faster, team-based care [communiqué de presse]. Victoria, C.-B. : Gouvernement de la Colombie-Britannique; 2018.
- General Practice Services Committee. What We Do: Patient Medical Homes (site Web). www.gpscbc.ca/what-we-do/patient-medical-homes-and-primary-care-networks. Date de consultation : le 22 août 2018.
- Gouvernement du Manitoba. Foire aux questions concernant les réseaux de soins de santé primaires à l'intention de la population manitobaine (site Web). <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/myhts/faq.fr.html>. Date de consultation : le 15 août 2018.
- Chateau D, Katz A, Metge C, Taylor C, McDougall C, McCulloch S. *Describing Patient Populations for the My Health Team Initiative*. Winnipeg, MB : Manitoba Centre for Health Policy; 2017. Dans : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/hiusers_Report_web.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Gouvernement du Manitoba. *Budget Paper F: Reducing Poverty and Promoting Community Involvement*. Winnipeg, MB : Gouvernement du Manitoba; 2018. Dans : https://www.gov.mb.ca/finance/budget18/papers/F-Reducing_Poverty_r.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. *Nouveau modèle pour la médecine familiale en vue d'améliorer l'accès aux médecins* [communiqué de presse]. Fredericton, N.-B. : Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2017. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2017060849.html>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Santé, Cabinet du premier ministre. Vingt-cinq nouveaux médecins seront ajoutés au système de soins de santé du Nouveau-Brunswick afin de réduire les temps d'attente [communiqué de presse]. Fredericton, N.-B. : Gouvernement du Nouveau-Brunswick; 2017. Dans : <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2018020140.html>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. *Healthy People, Healthy Families, Healthy Communities: A Primary Health Care Framework for Newfoundland and Labrador 2015-2025*. St. John's, T.-N.-L. : Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; 2015. Dans : https://www.health.gov.nl.ca/health/publications/PHC_Framework_update_Nov26.pdf. Date de consultation : novembre 2018.
- Santé et services communautaires. *Supporting Health Communities: Primary Health Care Team has Success at the Gathering Place* [communiqué de presse]. St. John's, T.-N.-L. : Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador; 2016. Dans : <https://www.releases.gov.nl.ca/releases/2016/health/1124n01.aspx>. Date de consultation : novembre 2018.
- Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. Collaborative Family Practice Teams (site Web). <http://www.nshealth.ca/collaborative-family-practice-teams>. Date de consultation : janvier 2019.
- Gouvernement de l'Ontario. Équipe Santé familiale (site Web). <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/default.aspx>. Date de consultation : le 16 août 2018.
- Conference Board du Canada. *Final Report: An External Evaluation of the Family Health Team (FHT) Initiative*. Ottawa, ON : Le Conference Board du Canada; 2014. Dans : www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=6711. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Kralj B, Kantarevic J, OMA Economics Department. Primary care model enrolment and hospital length of stay in Ontario: patient rostering associated with reduced length of stay, significant health system savings. *Ontario Medical Review*. Sept. 2012. 16-19. Dans : http://www.oma.org/wp-content/uploads/sept2012_primary_care_model.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Tiagi R, Chechulin Y. The Effect of Rostering with a Patient Enrolment Model on Emergency Department Utilization. *Healthcare Policy*. 2014; 9 (4) : 105-121. Dans : <https://www.longwoods.com/content/23809/the-effect-of-rostering-with-a-patient-enrolment-model-on-emergency-department-utilization>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Santé Î.-P.-É. *Les centres de santé offrent des soins primaires* [communiqué de presse]. Charlottetown, Î.-P.-É. : Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard; 2015. Dans : <https://www.princeedwardisland.ca/fr/information/sante-i-p-e/les-centres-de-sante-offrent-des-soins-primaires>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Gouvernement du Québec. Groupe de médecine de famille (GMF), groupe de médecine de famille universitaire (GMF-U) et super-clinique (site Web). <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>. Date de consultation : janvier 2019.
- Gouvernement de la Saskatchewan. *Fact Sheet: Connected Care* [communiqué de presse]. Regina, SK : Gouvernement de la Saskatchewan; 2018.
- Pomey MP, Ghadiri DP, Karazivan P, Fernandez N, Clavel N. Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. *PLoS One*. 2015; 10 (4) : e0122499.
- Pointer DD, Orlikoff JE. *Board Work: Governing Health Care Organizations*. 1st ed. San Francisco, CA : Jossey-Bass; 1999.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. À bas les mythes : La plupart des médecins préfèrent être rémunérés à l'acte. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2010. Dans : <https://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/mythbusters/Myth-Fee-for-Service-F.pdf?sfvrsn=0>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
- Blomqvist A, Busby C. *How to Pay Family Doctors: Why "Pay per Patient" is Better than Fee for Service*. Toronto, ON : C.D Howe Institute; 2012. Dans : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/Commentary_365.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.

33. Holden M, Madore O. *La rémunération des médecins de premier recours* (PRB 01-35F). Ottawa, ON : Bibliothèque du Parlement, Direction de la recherche parlementaire; 2002. Dans : <http://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/PRB-f/PRB0135-f.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
34. Carter R, Riverin B, Levesque JF, Garipey G, Quesnel-Vallee A. The impact of primary care reform on health system performance in Canada: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2016; 16 : 324.
35. Kiran T, Kopp A, Moineddin R, Glazier RH. Évaluation longitudinale de la réforme de la rémunération des médecins et de la mise sur pied d'équipes de soins pour la prise en charge et la prévention des maladies chroniques. *CMAJ*. 2015; 187 (17) : E494-502.
36. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : La rémunération des médecins dans un centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-la-remuneration-des-medecins-dans-un-centre-de-medecine-de-famille/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
37. Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. 2011; 89 (2) : 256-288.
38. Aggarwal M, Hutchison B. *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*. Ottawa, ON : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; 2012. Dans : <https://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/reports/Primary-Care-Strategy-FR.pdf?sfvrsn=0>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
39. PricewaterhouseCoopers. *Canada Health Infoway: The emerging benefits of electronic medical record use in community-based care*. Toronto, ON : PricewaterhouseCoopers; 2013. Dans : <https://www.pwc.com/ca/en/healthcare/publications/pwc-electronic-medical-record-use-community-based-care-report-2013-06-en.pdf>. Date de consultation : le 3 juillet 2018.
40. Inforoute Santé du Canada. *Utilisation des dossiers médicaux électroniques par les médecins canadiens. Résultats de 2017*. Toronto, ON : Inforoute Santé du Canada; 2017.
41. Collège des médecins de famille du Canada. *Accès aux données du dossier médical électronique pour l'amélioration de la pratique [énoncé de position]*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/HealthPolicy/CFPC_Policy_Papers_and_Endorsements/CFPC_Policy_Papers/CFPC-Position-Statement-Supporting-access-data-electronic-medical-records-FR.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
42. Jamieson T, Wallace R, Armstrong K, Agarwal P, Griffin B, Wong I et coll. *Virtual Care: A Framework for a Patient-Centric System*. Toronto, ON : Women's College Hospital Institute for Health Systems Solutions and Virtual Care; 2015. https://www.womenscollegehospital.ca/assets/pdf/wihw/WIHW_VirtualHealthSymposium.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
43. McGrail KM, Ahuja MA, Leaver CA. Virtual Visits and Patient-Centered Care: Results of a Patient Survey and Observational Study. *J Med Internet Res*. 2017; 19 (5) : e177.
44. Association médicale canadienne. *Gestion de votre cabinet* (site Web). <https://www.cma.ca/fr/gestion-de-votre-cabinet>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
45. Chang F, Gupta N. Les progrès dans l'adoption du dossier médical électronique au Canada. *Médecin de famille canadien*. 2015; 61 (12) : 1076-1084.
46. Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association médicale canadienne, Groupe d'intervention action santé. *Intégration : La nouvelle orientation des soins de santé canadiens – Rapport sur le Sommet des fournisseurs de la santé*. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2013. Dans : https://cna-aic.ca/-/media/cna/files/fr/cna_cma_health_provider_summit_transformation_to_integrated_care_f.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
47. Inforoute Santé du Canada. Site Web. <https://www.infoway-inforoute.ca/fr/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
48. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. *Médecine connectée* (site Web). <https://www.fcass-cfhi.ca/WhatWeDo/connected-medicine>. Date de consultation : le 15 août 2019.
49. Rajakulendra N, Macintosh E, Salah H. *Transforming Health: Toward decentralized and connected care*. Toronto, ON : MaRS Discovery District; 2014. Dans : <http://www.marsdd.com/wp-content/uploads/2014/09/Sep15-MaRS-Whitepapers-SmartHealth.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
50. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : Utilisation avancée et éclairée des DME*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2018. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/guide-conseil-pratique-utilisation-avancee-et-eclairée-des-dme/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
51. Ontario Primary Care Council. *Position Statement: Care Co-ordination in Primary Care*. Toronto, ON : Ontario Primary Care Council; 2015. Dans : http://www.afhto.ca/wp-content/uploads/OPCC_Care-Coordination-Position.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
52. Wong ST, Watson DE, Young E, Regan S. What do people think is important about primary healthcare? *Healthcare Policy*. 2008; 3 (3) : 89-104.
53. Association médicale canadienne. *Énoncé de position de l'AMC : Assurer un accès équitable aux soins de santé : Stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2014. Dans : <https://policybase.cma.ca/documents/Policypdf/PD14-04F.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
54. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Énoncé de position : Soins de santé primaires*. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2015. Dans : <https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-position-soins-sante-primaires.pdf?la=fr&hash=42AA7315D239A53F057D26D87CDCoF6FCCDD2DB>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
55. Association des infirmières et infirmiers du Canada. *La justice sociale... un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi*; 2e édition. Ottawa, ON : Association des infirmières et infirmiers du Canada; 2010. Dans : https://www.cna-aic.ca/-/media/cna/page-content/pdf-fr/social_justice_2010_f.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
56. Barry DW, Melhado TV, Chacko KM, Lee RS, Steiner J, Kutner JS. Patient and physician perceptions of timely access to care. *J Gen Intern Med*. 2006; 21 (2) : 130-133.
57. Glass DP, Kanter M, Jacobsen SJ, Minardi PM. The impact of improving access to primary care. *J Eval Clin Pract*. 2017; 23 (6) : 1451-1458.
58. Hudec JC, MacDougall S, Rankin E. Accès au médecin le jour même : Effets sur la satisfaction du médecin de famille, le revenu de son bureau et l'utilisation des services d'urgence. *Médecin de famille canadien*. 2010; 56 (10) : e361-e367.
59. Stalker CA. *How have physicians and patients at New Vision Family Health Team experienced the shift to a family health team model? Final Report*. Non publié; 2010.
60. Murray M, Tantau C. Same-day appointments: exploding the access paradigm. *Fam Pract Manag*. 2000; 7 (8) : 45-50.
61. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : Accès en temps opportun aux soins dans les bureaux ou cliniques de médecine familiale*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-l'accès-en-temps-opportun-aux-soins-dans-les-bureaux-ou-cliniques-de-medecine-familiale/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
62. Lemire F. Premier contact : son importance pour la pratique de médecine familiale en 2017 ? *Médecin de famille canadien*. 2017; 63 (3) : 255.
63. Williams DL. Balancing rationalities: gatekeeping in health care. *J Med Ethics*. 2001; 27 (1) : 25-29.
64. Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: How many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag*. 2007; 14 (4) : 44-51.
65. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique sur le nombre de patients inscrits*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2012. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/cmf-conseil-pratique-sur-le-nombre-de-patients-inscrits/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
66. Buchman S, Woollard R, Meili R, Goel R. Pratiquer la responsabilité sociale. *Médecin de famille canadien*. 2016; 62 (1) : 24-27.
67. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Site Web. <http://www.nccdh.ca/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
68. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Site Web. <https://www.nccah-cnsa.ca/1/Accueil.nccah>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.

69. Collège des médecins de famille du Canada. *CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans : <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource%20Items/Health%20Professionals/CanMEDS-Medecine-familiale-2017-FR.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
70. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-sur-les-determinants-sociaux-de-la-sante/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
71. Lightman E, Mitchell A, Wilson B. *Poverty is making us sick: A comprehensive survey of income and health in Canada*. Toronto, ON : Le Wellesley Institute; 2008. Dans : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/povertyismakingussick.pdf>. Date de consultation : le 18 janv. 2019.
72. White AA 3rd, Logghe HJ, Goodenough DA, Barnes LL, Hallward A, Allen IM et coll. Self-Awareness and Cultural Identity as an Effort to Reduce Bias in Medicine. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2018; 5 (1) : 34-49.
73. Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires. Site Web. <http://rcsssp.ca/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
74. Pinto AD, Bloch GPLan d'action pour renforcer les capacités des établissements de soins primaires afin de tenir compte des déterminants sociaux de la santé. *Médecin de famille canadien*. 2017; 63 (11) : e476-482.
75. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : Les soins en équipe dans le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-les-soins-en-equipe-dans-le-centre-de-medecine-de-famille/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
76. Grant R, Finocchio L, Pew Health Professions Commission, California Primary Care Consortium. *Interdisciplinary collaborative teams in primary care: a model curriculum and resource guide*. San Francisco, CA : Pew Health Professions Commission; 1995.
77. Schottenfeld L, Petersen D, Peikes D, Ricciardi R, Burak H, McNellis R et coll. *Creating Patient-Centered Team-Based Primary Care*. AHRQ Pub. No 16-0002-EF. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality; 2016.
78. Ministère de la Santé du Royaume-Uni. Part 3: The accreditation of GPs and Pharmacists with Special Interests. *Implementing care closer to home: Convenient quality care for patients*. Londres, R.-U. : Ministère de la Santé; 2007. Dans : <https://www.pcc-cic.org.uk/sites/default/files/articles/attachments/improved%20quality%20of%20care%20p3%20accreditation.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
79. Department of Health. Part 1: Introduction and overview. *Implementing care closer to home: Convenient quality care for patients*. Londres, R.-U. : Ministère de la Santé; 2007. Dans : <https://www.pcc-cic.org.uk/sites/default/files/articles/attachments/improved%20quality%20of%20care%20p1%20introduction.pdf>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
80. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : Les communautés de pratique dans le Centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/best-advice-guide-communities-practice-patients-medical-home/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
81. Dinh T. *Improving Primary Health Care Through Collaboration: Briefing 2—Barriers to Successful Interprofessional Teams*. Ottawa, ON : Conference Board of Canada; 2012. Dans : <https://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=5181&AspxAutoDetectCookieSupport=1>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
82. Nelson S, Turnbull J, Bainbridge L, Caulfield T, Hudon G, Kendel D et coll. *Optimisation des champs d'exercice : de nouveaux modèles de soins pour un nouveau système de soins de santé*. Ottawa, ON : Académie canadienne des sciences de la santé; 2014.
83. Mautner DB, Pang H, Brenner JC, Shea JA, Gross KS, Frasso R et coll. Generating hypotheses about care needs of high utilizers: lessons from patient interviews. *Popul Health Manag*. 2013; 16 (Suppl) : S26-33.
84. American Academy of Family Physicians. Definition of Continuity of Care (site Web). <https://www.aafp.org/about/policies/all/definition-care.html>. Date de consultation : le 25 juillet 2018.
85. Institut canadien d'information sur la santé. *L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille*. Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2015. Dans : https://secure.cihi.ca/free_products/UPC_ReportFINAL_FR.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
86. Starfield B, Chang HY, Lemke KW, Weiner JP. Ambulatory specialist use by nonhospitalized patients in us health plans: correlates and consequences. *J Ambul Care Manage*. 2009; 32 (3) : 216-25.
87. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018; 8 (6) : e021161.
88. Starfield B, Shi L. The medical home, access to care, and insurance: a review of evidence. *Pediatrics*. 2004; 113 (Supplement 4) : 1495.
89. McWhinney I. *The Need for a Transformed Clinical Method. Communicating with Medical Patients*. Londres, R.-U. : Sage; 1989 : 25.
90. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : Soins centrés sur le patient dans les centres de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2014. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-soins-centres-sur-le-patient-dans-les-centres-de-medecine-de-famille/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
91. Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Principes devant guider la transformation des soins de santé au Canada*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2011.
92. Patients Canada. *Why we need a Health Accord with Patients at the Centre* [communiqué de presse]. Toronto, ON : Patients Canada; 2016. Dans : <https://patientscanada.ca/2016/01/18/why-we-need-a-health-accord-with-patients-at-the-centre/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
93. Omole FS, Sow CM, Fresh E, Babalola D, Strothers H. Interacting with patients' family members during the office visit. *Am Fam Physician*. 2011; 84 (7) : 780-784.
94. Mitnick S, Leffler C, Hood VL; American College of Physicians Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *J Gen Intern Med*. 2010; 25 (3) : 255-60.
95. Panagioti M, Richardson G, Small N, Murray E, Rogers A, Kennedy A et coll. Self-management support interventions to reduce health care utilisation without compromising outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014; 14 : 356.
96. Collège des médecins de famille du Canada. *Guide Conseil pratique : Prise en charge des maladies chroniques dans un centre de médecine de famille*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2016. Dans : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/resources/conseils-pratiques/conseil-pratique-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-dans-un-centre-de-medecine-de-famille/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
97. Prévention en main. Site Web. www.preventionenmain.com. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
98. Kruse CS, Argueta DA, Lopez L, Nair A. Patient and provider attitudes toward the use of patient portals for the management of chronic disease: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2015; 17 (2) : e40.
99. Kruse CS, Bolton K, Freriks G. The effect of patient portals on quality outcomes and its implications to meaningful use: a systematic review. *J Med Internet Res*. 2015; 17 (2) : e44.
100. Conseil canadien de la santé. *Quelle voie mène à la qualité? Principales perspectives sur l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de santé au Canada*. Toronto, ON : Conseil canadien de la santé; 2013. Dans : https://healthcouncilcanada.ca/files/QIRReport_FR_FA.pdf. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
101. Mattison CA, Wilson MC. *Rapid Synthesis: Examining the Effects of Value-based Physician Payment Models*. Hamilton, ON : McMaster Health Forum; 2017. Dans : <https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/product-documents/rapid-responses/examining-the-effects-of-value-based-physician-payment-models.pdf?sfvrsn=2>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
102. Kaczorowski J, Hearps SJ, Lohfeld L, Goeree R, Donald F, Burgess K et coll. Effet des rappels à l'intention des soignants et des patientes, du déploiement d'infirmières praticiennes et des mesures incitatives financières sur les taux de dépistage des cancers du col utérin et du sein. *Médecin de famille canadien*. 2013; 59 (6) : e282-9.

103. Hutchison B. Pay for performance in primary care: proceed with caution, pitfalls ahead. *Healthc Policy*. 2008; 4 (1): 10-15.
104. Collège des médecins de famille du Canada. L'Initiative d'amélioration de la pratique (site Web). <http://www.cfpc.ca/initiative-damelioration-de-la-pratique/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
105. Collège des médecins de famille de l'Ontario. *Advancing Practice Improvement in Primary Care – Final Report*. Toronto, ON : Collège des médecins de famille de l'Ontario; 2015. Dans : https://ocfp.on.ca/docs/default-source/default-document-library/hqo-final-report-advancing-practice-improvement-in-primary-care.pdf?sfvrsn=d793f489_4. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
106. Instituts de recherche en santé du Canada. Stratégie de recherche axée sur le patient (site Web). <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/41204.html>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
107. Hasley PB, Simak D, Cohen E, Buranosky R. Training residents to work in a patient-centered medical home: What are the outcomes? *J Grad Med Educ*. 2016; 8 (2): 226-231.
108. Collège des médecins de famille du Canada. *Normes particulières applicables aux programmes de résidence en médecine familiale – le Livre rouge*. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada; 2016.
109. Collège des médecins de famille du Canada. Le Cours Triple C axé sur les compétences (site Web). http://www.cfpc.ca/Triple_C/. Date de consultation : le 22 janv. 2019.
110. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing professional development: Best practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014; 21 (2): 134-141.
111. Collège des médecins de famille du Canada. Profil professionnel en médecine de famille (site Web). <http://www.cfpc.ca/profilmf/>. Date de consultation : le 22 janv. 2019.

