

Modes d'organisation des services prometteurs pour le Québec

Rapport déposé au

Groupe de travail sur le financement des services de santé

Par

Paul. A. Lamarche, Université de Montréal

Raynald Pineault, Institut national de santé publique

Yvon Brunelle, Ministère de la Santé et des Services sociaux

31 octobre 2007

Principaux messages

Il est proposé de mise principalement sur l'organisation des services de première ligne et sur le développement d'organisations possédant les caractéristiques associées aux meilleurs effets pour les utilisateurs, les professionnels et les communautés.

Pour ce faire, le développement des services de première doit être concentré sur des organisations qui :

- Sont de propriétés privée sans but lucratif ou publique;
- Assument des responsabilités de suivi de l'état de santé, d'accès aux services et de coordination des soins des personnes ou de collectivités;
- Sont composées de 7 à 10 médecins de famille pratiquant en équipe dans une clinique en collaboration avec des infirmières et d'autres professionnels;
- Sont financés principalement sur la base du nombre et des caractéristiques socio-sanitaires des personnes envers qui elles assument des responsabilités;
- Rémunèrent les médecins qui y pratiquent en fonction principalement des responsabilités qu'ils assument ou du temps qu'ils y consacrent ;
- Sont dotées d'une gouverne professionnelle ou publique, centrée sur les responsabilités à assumer et valorisant, appuyant et respectant l'autonomie, la responsabilité et l'initiative des professionnels qui y pratiquent;
- Assurent une disponibilité de services 24/7 en collaboration avec les organisations de santé du territoire;
- Assurent que chaque personne est affiliée à un médecin de famille, que le suivi de sa santé et la coordination de ses services sont assumés par un professionnel et que les soins sont offerts par une équipe interdisciplinaire dont le rôle et fonction de chacun membre sont connus des personnes dès le début.

Les conditions suivantes doivent être respectées pour permettre ce développement.

- Le nombre d'étudiants, la valorisation de la pratique et le niveau de rémunération de la médecine de famille doivent refléter l'importance accordée au développement des services de première ligne.
- Des incitatifs financiers et non-financiers doivent être accordés aux médecins pour pratiquer dans les modes d'organisation énumérés ci-haut.
- Ces organisations doivent être dotées des technologies diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à assumer leurs responsabilités.
- Ces organisations doivent disposer de mécanismes facilitant leurs relations et la coordination des soins avec d'autres intervenants tels des agents de liaison, de nouvelles technologies de l'information et surtout de dossiers médicaux informatisés.
- La capitation doit rendre interdépendant les fonctions des organisations des services de première ligne et celles des services spécialisés.
- Les principes d'intégralité et d'accessibilité de la loi canadienne sur la santé soient amendés pour (1) couvrir une gamme spécifique de services sans lien avec les lieux de dispensation et (2) permettre l'utilisation des tickets orienteurs tout en continuant de proscrire l'utilisation des frais aux usagers.
- La gouverne du système de soins de santé du Québec doit être orientée vers la gestion de l'achat plutôt que la production de services.

Sommaire

Le Groupe de travail sur le financement du système de soins de santé du Québec a pour mandat de formuler des recommandations sur deux aspects déterminants de l'avenir de ce système : son financement et son organisation.

L'analyse présentée dans ce rapport confirme que la performance du système de soins du Québec est loin d'être parmi les meilleures au monde même si elle est bonne en comparaison à ce qui est observé dans les autres provinces canadiennes. Les points les plus faibles des systèmes des soins du Canada et particulièrement du Québec s'observent et sont reliés à l'organisation des services de première ligne. Ceci est d'autant plus troublant que de plus en plus d'évidences scientifiques démontrent que les systèmes de soins les plus performants sont ceux dont la fourniture de services repose le plus sur une organisation de première ligne qualifiée de forte. L'un des points forts de notre système est sans contredit sa relative équité : la capacité de payer des personnes n'est pas un obstacle majeur à l'obtention des services médicaux et hospitaliers requis. Le défi pour le Groupe de travail sur le financement est de trouver des solutions qui tout en corrigeant les lacunes de notre système en protègent les acquis.

Ce rapport suggère des pistes de solutions qui s'inscrivent entre le statut quo à tout prix et une privatisation comme pensée magique. Ces pistes reposent sur une analyse serrée de la performance des systèmes de soins des 10 provinces canadiennes et de 12 pays de l'OCDE ainsi que des enquêtes réalisées par le « Commonwealth Health Fund » auprès de la population et des médecins de plusieurs de ces pays. Elles reposent aussi sur trois revues systématiques de littératures : une synthétisant les résultats de 24 recherches réalisées dans 7 pays de l'OCDE et portant sur les effets associées au type de propriété des organisations de santé; une deuxième analysant 28 cas concrets d'organisations des services de première ligne observés et proposés dans 16 pays industrialisés et synthétisant les résultats de 38 recherches comparant les effets associées aux différents modes d'organisation de ces services; et la dernière résumant les résultats de 33 recherches réalisées au Québec et portant sur l'organisation des services de première ligne. Ces pistes reposent aussi sur les résultats de deux recherches réalisées récemment au Québec et portant sur les effets associés aux différents modes d'organisations des services de première ligne. Ensemble elles ont analysé plus de 500 organisations de soins de première ligne et évalué l'appréciation des services reçus de par de plus de 10 000 personnes. Elles reposent enfin sur des suivis constants d'expériences américaines particulièrement de quatre systèmes de soins considérés les plus performants aux États-Unis ainsi que des hôpitaux dits « Magnétiques » parce qu'ils réussissent à recruter et à retenir leur personnel dans un contexte de pénurie sévère de main d'œuvre.

Il ressort clairement des analyses que la performance des systèmes de soins n'est pas déterminée par le niveau de leur financement. Certains pays sont très performants avec peu de ressources financières (Nouvelle-Zélande et Grande-Bretagne) et d'autres ne le sont pas avec beaucoup de ressources (États-Unis et Canada). Il en est de même des provinces canadiennes.

D'autres facteurs sont donc beaucoup plus déterminants de la performance des systèmes de soins que le seul niveau de financement. L'un d'eux est l'organisation des services de première ligne. Il a été maintes fois démontré que les systèmes de soins ayant des organisations de services de première ligne qualifiées de fortes sont aussi ceux dont la population est en meilleure santé et souvent la plus satisfaite des services reçus. Ils coûtent aussi moins chers. L'analyse révèle que les points faibles de la performance des systèmes de soins du Canada et particulièrement du Québec concernent ou sont reliés justement à l'organisation de ces services. Il est donc proposé que le Groupe de travail se penche particulièrement sur l'organisation des services de première ligne pour solutionner les problèmes auxquels est confronté le système québécois.

L'analyse révèle aussi qu'il existe des organisations de services de première ligne qui obtiennent de meilleurs résultats que d'autres. Certaines de leurs caractéristiques semblent expliquer leur performance relative. L'une d'elle est le type de propriété des organisations. L'analyse ne procure aucune raison reliée aux effets pour les patients, les professionnels et les communautés justifiant le recours accru aux organisations privées à but lucratif au Québec. Au mieux, ces organisations produisent des effets qui sont égaux à ceux qu'obtiennent les organisations sans but lucratif et les organisations publiques. Au pire, elles produisent des effets qui leurs sont inférieurs. Le développement des services de santé de première ligne au Québec doit se concentrer sur des organisations privées sans but lucratif et publiques. Des pistes précises sont avancées à cette fin.

Les organisations qui obtiennent les meilleurs résultats pour la clientèle ou les populations qu'elles desservent partagent les caractéristiques suivantes :

- Elles voient au suivi de l'état de santé, à l'accès aux services et à la coordination des soins des personnes et des collectivités envers lesquelles elles assument des responsabilités;
 - Elles sont composées de 7 à 10 médecins de famille qui y pratiquent en équipe presque à plein temps en collaboration avec au minimum des infirmières mais aussi d'autres professionnels de la santé, du social et du communautaire;
 - Elles sont financées principalement sur la base du nombre et des caractéristiques socio-sanitaires des personnes envers qui elles assument des responsabilités;
 - Les médecins y sont rémunérés en fonction des responsabilités qu'ils assument (capitation ou épisodes de soins) ou du temps qu'ils y consacrent (taux horaire, vacation ou salaire) et pas uniquement ni principalement sur la base de la quantité et à la complexité des services produits (acte ou bonus au rendement);
 - Elles sont dotées d'une gouvernance professionnelle (médecins) ou démocratique (citoyens) et non marchande (propriétaires ou actionnaires), centrée sur les responsabilités à assumer envers les personnes et les collectivités;
- Elles valorisent, appuient et respectent l'autonomie, la responsabilité et l'initiative des professionnels qui y pratiquent;
- Chaque personne est affiliée à un médecin de famille, le suivi de son état de santé et la coordination des services qui lui sont offerts sont assumés par un seul et même professionnel et les soins sont offerts 24 heures par jour et sept jours par semaine par une équipe soignante multidisciplinaire dont les rôles et fonctions de chaque membre sont connus des personnes dès le début.

Pour assurer le développement d'organisations de services de première ligne possédant ces caractéristiques leurs relations harmonieuses avec les autres organisations de santé ainsi que leur pérennité au sein du système de soins Québécois, des conditions doivent être présentes. Elles sont :

- Que le nombre d'étudiants en médecine de famille, la valorisation de la pratique de médecine de famille dans la formation des médecins et le niveau de la rémunération de la médecine familiale comparativement à la médecine spécialisée soit reconsidérée à la lumière de la nécessité de développer cette pratique au Québec;
- Que ces organisations soient dotées des technologies diagnostiques et thérapeutiques nécessaires pour assumer leurs responsabilités de façon financièrement rentable.
- Que ces organisations soient dotées des mécanismes facilitant les relations avec les autres intervenants de la santé et la coordination des soins offerts à leurs patients dont des agents de liaison, des nouvelles technologies de l'information et surtout de dossiers médicaux informatisés.
- Que les principes d'intégralité et d'accessibilité de la loi canadienne sur la santé soient amendés pour (1) couvrir une gamme spécifique de services sans lien avec les lieux de dispensation et (2) permette l'utilisation des tickets orienteurs tout en continuant de proscrire l'utilisation des frais aux usagers.
- Que la perspective utilisée pour la gouverne du système de soins passe de la gestion de la production de services à l'achat de services pour des collectivités.

1- MANDAT

Le mandat que nous a confié le Groupe de travail sur le financement du système de soins de santé du Québec porte sur l'organisation des services de santé et plus particulièrement des services de première ligne. Il comprend quatre parties: 1- les effets associés aux différents modes d'organisation des services de première ligne; 2- les modes d'organisation les plus prometteurs pour le Québec; 3- des propositions pour développer au Québec les modes d'organisation les plus prometteurs; et 4- les conditions à mettre en place pour faciliter leur développement, leurs relations avec les autres organisations de santé et leur intégration au système de soins. Dans la réalisation de notre mandat, une attention particulière a été accordée aux propositions qui concernent trois volets importants du mandat du Groupe de travail, à savoir : le financement des services de santé, le rôle du secteur privé dans la fourniture des services et les modifications à apporter à la Loi canadienne sur la santé.

Pour faire part de la réalisation de notre mandat, le présent document présente d'abord la méthodologie sur laquelle repose sa réalisation ainsi que le contexte dans lequel il s'inscrit. Il traite ensuite successivement de chacun des volets de notre mandat.

2- MÉTHODES

La réalisation de notre mandat se fonde sur des revues systématiques de la littérature et des travaux de recherche auxquels les auteurs de ce rapport ont été récemment impliqués ou le sont encore.

L'analyse de la performance du Québec en comparaison des autres provinces du Canada repose sur des documents publiés par l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistiques Canada. Il repose aussi sur les données des enquêtes sur la santé des communautés canadiennes menées ces dernières années.

L'analyse de la performance du Canada en comparaison d'autres pays industrialisés a été réalisée à partir des données contenues dans la banque ÉCO-santé portant sur les 30 pays de l'OCDE et de publications qui les ont utilisées. Uniquement celles concernant douze pays ont été retenues pour les fins de cette analyse parce qu'ils sont d'un intérêt particulier pour le Québec soit parce que leur niveau socio-économique est comparable ou que certaines caractéristiques de leur système de soins font l'objet de discussion au Québec. Ces pays sont l'Allemagne, l'Australie, le Canada, les États-Unis, la France, la Grande-Bretagne, l'Italie, le Japon, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Cette analyse se base aussi sur les enquêtes réalisées au fil des ans par le Commonwealth Health Fund et des publications qui ont utilisé leurs résultats. Ces enquêtes portent sur un nombre plus restreint de pays. Il varie de trois à sept selon les années. Ce sont la Grande-Bretagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et le Canada auxquels se sont graduellement ajoutés les États-Unis, l'Allemagne et les Pays-Bas.

L'analyse des effets associés aux organisations de santé selon le type de propriété consiste en une revue systématique de 24 recherches publiées entre 1997 et 2007 dans des

revues scientifiques et réalisées dans 7 pays de l'OCDE : Allemagne, Canada, États-Unis, Finlande, France, Italie, Nouvelle-Zélande et Norvège.

Les effets associés aux modes d'organisation des services de première ligne proviennent principalement de quatre recherches auxquelles les auteurs ont été ou sont associés. Deux consistent en des synthèses de résultats de recherches. L'une est une analyse fine de 28 cas concrets d'organisations de services de première ligne observés ou proposés dans 16 pays industrialisés et de 38 recherches comparant les effets associés aux différents modes d'organisation¹. L'autre consiste en une analyse de 33 recherches réalisées au Québec portant sur l'organisation des services de première ligne². Les deux autres recherches ont été réalisées récemment au Québec pour cerner les différents modes d'organisation des services de première ligne qui y prévalent et les effets qui leur sont associés. L'une d'elle a cerné les caractéristiques d'un échantillon de 100 organisations de soins de première ligne dans cinq régions du Québec (Montréal, Montérégie, Bas du Fleuve, Gaspésie et Côte-Nord) et évalué l'expérience de soins de 3 319 utilisateurs de ces organisations³. L'autre a analysé en profondeur les caractéristiques de 473 cliniques médicales de Montréal et de la Montérégie et les expériences de soins de 6 610 résidents de ces deux régions⁴.

L'analyse des effets associés aux modes d'organisation repose enfin sur des suivis constants d'expériences américaines particulièrement des quatre systèmes de soins considérés les plus performants aux États-Unis et de ce qui est maintenant appelé les « Magnet Hospitals » (Hôpitaux magnétiques)⁵. Les systèmes les plus performants qui ont fait l'objet de suivi particulier sont: Veteran Health Administration, Kaiser Permanente, Pudget Sound et Pilgrim)⁶. Les «Hôpitaux magnétiques» émanent d'un constat effectué au début des années 1980. Certains hôpitaux américains réussissaient à recruter et retenir leur personnel infirmier dans un contexte de pénurie sévère de main-d'œuvre tandis que d'autres n'y parviennent pas. Ces hôpitaux ont fait et font toujours l'objet de plusieurs analyses afin de comprendre pourquoi? Des caractéristiques spécifiques de ces organisations ont été identifiées (plus de 80 références). Elles suscitent des intérêts dans d'autres pays tels l'Australie, la France et la Belgique. Ces études et références ainsi que les caractéristiques qui ressortent ont été utilisées pour les fins de ce rapport⁷.

3- CONTEXTE

Il n'y a rien de nouveau pour personne d'entendre dire que le système de soins du Québec fait face à d'importants problèmes. Les médias font part presque quotidiennement des difficultés que rencontre la population pour l'obtention de services de santé. Nos dirigeants politiques déplorent annuellement, et même mensuellement, que le système de soins accapare un pourcentage trop grand et de plus en plus grand des dépenses des programmes gouvernementaux.

Pour mieux apprécier le fonctionnement et la performance de notre système de soins, il est important de le situer dans un contexte plus global : par comparaison à d'autres provinces canadiennes et aussi d'autres pays industrialisés.

3.1 Système québécois en comparaison des autres provinces canadiennes¹

Les tableaux de l'annexe 1 présentent les informations disponibles permettant d'apprécier la performance du système de soins québécois en comparaison de ceux des autres provinces canadiennes. Il ressort de ces tableaux que le Québec est la province qui dépense le moins en soins de santé par habitant. Il occupe le dernier rang pour les dépenses totales et publiques de santé. Il occupe le septième rang pour les dépenses privées (tableau 1). Les ressources humaines et technologiques pour offrir des services à la population se situent néanmoins dans la bonne moyenne canadienne quoique d'importantes variations soient observées selon le type de ressources analysées. Le nombre de professionnels de la santé est légèrement au-dessus de la moyenne canadienne. Les médecins et les psychologues y sont parmi les plus nombreux et les infirmières et les pharmaciens les moins nombreux. (tableau 2). Le nombre d'appareils d'imagerie médicale par million d'habitants est légèrement au-dessus de la moyenne canadienne dont les appareils à résonance magnétique et les tomodensitomètres. Le nombre d'angiographes est égal à la moyenne canadienne. Le nombre de caméras nucléaires est légèrement en-dessous de la moyenne canadienne (tableau 3).

L'utilisation des services de santé est globalement moins grande au Québec que dans les autres provinces canadiennes, tout au moins pour les services pour lesquels des informations sont disponibles. C'est au Québec où la proportion de la population qui n'a pas effectué une visite médicale au cours de la dernière année est la plus élevée au Canada. Le Québec se classe parmi les provinces où il se fait le moins de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et de la prostate. Il s'y pratique le moins d'arthroplasties de la hanche et du genou. Il s'y fait moins de pontages aortocoronariens, d'hystérectomie, de césariennes et d'exams de tomodensitométrie. En contrepartie, le Québec est l'une des provinces qui semble faire un plus grand usage de médicaments que ce soit les médicaments en vente libre, prescrits ou par journée d'hospitalisation (tableaux 4 et 5).

Le Québec affiche un portrait de l'expérience de soins des personnes qui est en deçà de ce qui est observé ailleurs au Canada (tableaux 6 et 7). L'accessibilité aux services de santé est relativement bonne en comparaison aux autres provinces canadiennes. Elle varie toutefois énormément selon les services considérés. Elle est parmi les moins bonnes pour les soins de routine ou de suivi et les chirurgies non-urgentes. Elle est dans la moyenne pour les soins immédiats pour un problème mineur. Elle est parmi les meilleures pour les services des médecins spécialistes et les tests diagnostics.

La continuité relationnelle au Québec est toutefois la pire observée au Canada. C'est au Québec où la population a le moins de médecin de famille régulier. Uniquement 75,1 % de la population a un médecin de famille régulier comparativement à 89,5 % pour l'ensemble des provinces canadiennes et 95 % pour la Nouvelle-Écosse qui est la meilleure province à cet égard. La satisfaction de la population envers les soins de santé y

¹ Cette section a été préparée avec la gracieuse collaboration de Karine Farrell, étudiante à la maîtrise en administration de la santé de l'Université de Montréal.

est aussi parmi les plus faibles au Canada. Il est à remarquer que les deux autres provinces qui sont les plus faibles pour la satisfaction face aux soins de santé, sont l'Ontario et la Colombie-Britannique; ce sont les deux provinces les plus peuplées au Canada, avec le Québec.

Enfin le niveau de santé de la population québécoise est certainement parmi les plus élevés au Canada. L'espérance de vie à la naissance et à 65 ans se situe dans la moyenne canadienne. Toutefois, sa population souffre le moins d'incapacité et de limitations d'activités et se perçoit en meilleure santé que celle des autres provinces (tableaux 8 et 9). La prévalence de facteurs de risque semble y être inférieure à celle observée dans les autres provinces canadiennes avec d'importantes variations selon les facteurs. La population québécoise est celle qui fume le plus, a le moins de sentiment d'appartenance à sa communauté et qui ressent le plus de stress dans la vie quotidienne. Par contre, elle est celle qui consomme le plus souvent les portions recommandées de fruits et de légumes, qui possède un taux de consommation abusive d'alcool et un indice élevé de masse corporelle parmi les plus faibles au Canada (tableau 10).

Bref, le Québec performe relativement bien en comparaison des autres provinces canadiennes. Les points positifs sont l'état de santé de sa population, la disponibilité de ressources humaines et technologiques pour offrir les services à la population et l'accessibilité aux services de médecins spécialistes. Les points négatifs sont les faibles dépenses en soins de santé, l'accessibilité difficile surtout aux services de première ligne, la moins grande utilisation de services de dépistage, la moins grande satisfaction des soins reçus et surtout la très faible affiliation de la population à des médecins de famille réguliers.

Un aspect préoccupant du réseau québécois de la santé et des services sociaux est le degré de satisfaction au travail de son personnel. Cet aspect est préoccupant parce qu'il est de plus en plus reconnu que la qualité des soins, la satisfaction de la clientèle et le contrôle des coûts sont intimement reliés à la satisfaction au travail du personnel. Il est surtout préoccupant parce qu'il semble avoir peu évolué depuis le triste bilan qu'en a brossé le rapport Clair⁸. À titre d'exemples, le nombre de médecins qui recourent au Plan d'Aide équivaut annuellement à près de 50 % d'une cohorte de diplômés de médecins⁹. Les jours d'absentéisme du personnel infirmier sont en hausse au Canada et particulièrement au Québec. Ils ont atteint un sommet au début des années 2000 puis ont baissé. Ils sont repartis à la hausse malgré des efforts soutenus pour corriger la situation. Le portrait est sensiblement le même pour les autres groupes de personnel, y compris les cadres intermédiaires¹⁰. Enfin, Léger Marketing a brossé un portrait peu reluisant du climat de travail qui y règne. Il a tenu des Groupes de réflexion « Focus Groups » avec tous les groupes de professionnels et de cadres intermédiaires du réseau. Il en ressort que ce qui caractérise le plus le climat de travail est, outre le manque de personnel, le peu de respect et le peu d'écoute dont ils sont l'objet et le peu d'autonomie dont ils disposent dans l'exercice de leur fonction¹¹.

3.2 Systèmes de soins au Canada en comparaison à d'autres pays industrialisés

L'annexe 2 présente une série de tableaux permettant de positionner les systèmes de soins du Canada par rapport à ceux d'autres pays industrialisés. Il ressort de leur analyse que la performance des systèmes de soins canadiens s'est considérablement détériorée au cours des dernières années. Au début des années 1990, la population canadienne était la plus satisfaite des services de santé et particulièrement des services médicaux et hospitaliers. Elle était aussi celle qui réclamait le moins de changements majeurs ou complets à son système de soins. Elle ne réclamait que des changements mineurs.

La situation a bien changé au cours des dix ou quinze dernières années. Au début des années 2000, la satisfaction de la population canadienne des services de santé et des services médicaux est au mieux dans la valeur médiane des pays industrialisés. La population canadienne est toutefois la moins satisfaite des services hospitaliers (voir les tableaux 1, 2 et 3). Dans la plus récente analyse de la performance des systèmes de soins de sept pays les plus industrialisés de la planète, le Canada rivalise avec les États-Unis pour la dernière place (tableau 4).

Cette baisse du niveau de satisfaction envers les systèmes de soins du Canada semble être associée à des facteurs spécifiques. Les délais pour l'obtention des services sont au Canada les plus longs des pays analysés que ce soit pour un rendez-vous chez les médecins de famille ou les médecins spécialistes, l'admission en centres hospitaliers ou une chirurgie élective (tableaux 5 et 6). Le Canada dispute la dernière place aux États-Unis en ce qui a trait au pourcentage de la population ayant un médecin de famille régulier. Plusieurs aspects de cette relation laissent aussi à désirer, dont la capacité d'offrir des soins optimaux aux patients souffrant de multiples maladies chroniques ou des problèmes de santé mentale. (tableaux 7 à 10). Le Canada dispute aussi la dernière place aux États-Unis en matière de coordination des soins. C'est dans ces deux pays où la transmission de l'information entre les médecins spécialistes, les hôpitaux et les médecins de première ligne fait le plus défaut. C'est dans ces pays où les probabilités sont les plus grandes que des patients doivent répéter plusieurs fois leur histoire à différents professionnels, doivent reprendre les mêmes tests parce qu'ils sont prescrits par différents professionnels ou que les résultats ne sont pas livrés en temps opportun ou se rendent au rendez-vous avec leur médecin sans que leurs dossiers médicaux ne soient disponibles (tableaux 11 à 12).

L'organisation de la pratique médicale en cabinets est aussi un facteur important. C'est au Canada où les heures d'ouverture des cabinets permettent le moins aux patients de voir un médecin à l'extérieur de leurs heures habituelles de travail (matins, soirs et fins de semaine) sans qu'une alternative autre que de se rendre aux urgences ne soit disponible (tableaux 13). C'est au Canada où les cabinets de médecins de première ligne disposent le moins de dossiers médicaux informatisés et profitent donc le moins des avantages qu'ils procurent dans la gestion de leur pratique et le suivi de leurs patients (tableaux 14 à 17).

C'est enfin au Canada où l'utilisation des urgences est la plus élevée des pays analysés, et ce, depuis au moins 15 ans. C'est au Canada où les conditions médicales justifient le

recours aux urgences auraient pu être prises en charge le plus par les médecins réguliers s'ils avaient été disponibles. C'est au Canada où le temps d'attente aux urgences avant d'être traité sont les plus longs (tableau 18). C'est enfin au Canada où les médecins participent le moins à des activités et ont le moins d'incitatifs financiers à l'amélioration de la qualité des soins (tableau 19).

Un point positif ressort de cette comparaison : l'accessibilité financière aux services de santé. C'est en Grande-Bretagne puis au Canada où sont observés les pourcentages les plus faibles d'adultes ayant de la difficulté à payer le coût des services médicaux ou qui n'ont pas utilisé ces services à cause de leur coût. Au Canada, ces pourcentages augmentent toutefois de façon significative, rejoignant même ceux observés aux États-Unis, pour les services qui ne sont pas couverts par les régimes publics d'assurance tels les médicaments, les soins dentaires et les autres soins (tableau 20).

Ces observations ne sont certes pas étrangères à la perception de la population que la qualité des services a diminué au cours des dernières années et à la baisse de confiance que des services adéquats seront disponibles lorsqu'ils seront requis. C'est maintenant au Canada que la population pense le plus que des changements majeurs sont nécessaires pour améliorer son système de soins.

La performance du système de soins du Québec est donc dans la moyenne de ce qui est observé ailleurs au Canada, pays où l'on observe une perte de vitesse importante par rapport à d'autres pays industrialisés.

Le défi pour le Québec est maintenant double : améliorer la performance de son système de soins en préservant les acquis d'équité d'accessibilité financière et préserver les acquis au niveau de l'équité tout en améliorant l'expérience de soins des patients.

3.3 Les stratégies préconisées

Deux stratégies sont avancées pour améliorer la performance des systèmes de soins : accroître le financement ou améliorer l'organisation des services. Chacune de ces stratégies a ses tenants. Au Canada, les rapports Romanov¹² et Kirby¹³ et au Québec les rapports Clair¹⁴ et Bédard¹⁵ en sont des exemples éloquentes.

Les raisons souvent avancées à l'appui de la première stratégie est que le Québec est une province qui investit le moins de ressources financières dans son système de soins. Ceci est vrai autant des ressources publiques que des ressources privées. Il n'y a pas si longtemps, le Canada était le deuxième pays industrialisé à investir le plus dans son système de soins après les États-Unis. Aujourd'hui, même s'il se situe encore en haut de la liste, il est dépassé par des pays tels le Luxembourg, la Suisse, la Norvège et la France (tableau 21).

Les tenants de la deuxième stratégie s'appuient entre autres et possiblement surtout sur le peu ou l'absence d'évidence à l'effet que les systèmes des soins qui disposent de plus de ressources sont plus performants et plus satisfaisants pour les patients et pour les

professionnels que ceux qui en disposent de moins. À titre d'illustration, les tableaux présentés en annexe, autant ceux comparant la performance des systèmes de soins des provinces canadiennes que ceux comparant celle des systèmes des pays industrialisés classent les provinces et les pays par ordre croissant des dépenses totales de santé par habitant. Les provinces et les pays listés les premiers dépensent moins que ceux listés au bas. Une analyse attentive de ces tableaux laisse entrevoir l'absence de relation entre la quantité de ressources consacrées et la performance des systèmes de soins. Dans certains cas, la relation semble négative : les systèmes dépensant moins sont plus performants. La dernière analyse de la performance des systèmes de soins de sept pays industrialisés révèle aussi l'absence d'une telle association (annexe 1, tableau 4). Il existe donc d'autres facteurs à la base de la performance des systèmes de soins. Le présent rapport s'inscrit dans cette deuxième stratégie d'amélioration de la performance du système de soins.

3.4 Piste la plus prometteuse

Il a été maintes fois démontré que les systèmes de soins qui font reposer la fourniture des services sur des organisations de première ligne fortes sont aussi ceux dont la population est en meilleure santé et souvent la plus satisfaite des services reçus. Ces systèmes de soins coûtent aussi moins chers¹⁶. Revoir l'organisation des services de première ligne est donc une, sinon la piste la plus prometteuse pour améliorer la performance de notre système de soins.

Il existe d'ailleurs un consensus au Québec sur la nécessité de consolider les services de première ligne. Plusieurs projets sont en cours actuellement : intégration des CLSC aux Centres de services de santé et des services sociaux, Groupes de médecins de famille et cliniques réseaux à Montréal. D'autres se pointent à l'horizon dont les cliniques médicales à financement totalement privé. Un des volets du mandat du Groupe de travail présidé par M. Castonguay est justement de voir le rôle que peut jouer ce type de clinique dans la fourniture des services à la population.

Notre mandat porte spécifiquement sur ce volet du mandat du Groupe de travail. Il cerne les modes d'organisation les plus prometteurs sur la base d'une analyse détaillée d'expériences tentées dans des pays industrialisés mais aussi de multiples observations réalisées au Québec.

4- MODES D'ORGANISATION

4.1 Définition

Pour les fins de ce rapport, les services de première ligne sont conçus comme des services de premier niveau universellement accessibles et offerts en vue de maintenir et d'améliorer la santé des personnes. Ils comprennent la promotion de la santé, la prévention des maladies, les services diagnostiques, curatifs, de réadaptation, de soutien et palliatifs. Ils peuvent inclure aussi des services sociaux et communautaires s'ils sont offerts en vue de maintenir ou d'améliorer la santé.

Une organisation de santé peut se définir comme un ensemble d'acteurs qui interagissent pour mobiliser des ressources afin de produire des biens et services nécessaires à la réalisation leurs projets collectifs et à l'atteinte de leurs buts¹⁷.

Comme tout système organisé d'action, une organisation de services de santé est circonscrite par cinq dimensions : les acteurs, la vision, les ressources, la structure et les pratiques. Les acteurs en présence, particulièrement ceux en position de dominance, sont donc déterminants du type d'organisation susceptible d'émerger de leur interaction. Les propriétaires des organisations de santé sont généralement dans une telle position et y exercent une grande influence. La vision comprend les objectifs poursuivis ainsi que les valeurs, croyances et représentations qui fondent et donnent du sens à leur action et permettent aux acteurs de communiquer. Les ressources sont la quantité et la variété de celles mobilisées et utilisées pour produire les biens et services. La structure englobe l'ensemble des mécanismes qui encadrent et orientent les comportements des acteurs ainsi que les relations qu'ils établissent entre eux. Les pratiques sont les procédés qui sous-tendent la production des services.

Dans toute organisation, il existe une cohérence entre acteurs, vision, ressources, structures et pratiques. C'est cette cohérence qui rend les organisations empiriquement viables. Un mode d'organisation est conçu, pour les fins de ce rapport, comme une configuration particulière d'acteurs, d'une vision, de ressources, de structure organisationnelle et de pratiques. Ce sont surtout les pratiques qui déterminent les effets associés à un mode d'organisation. Mais ces pratiques sont en cohérence avec les acteurs, la vision, les ressources et la structure organisationnelle.

4.2 Modes d'organisation prévalant aux Québec

Trois types de propriété d'organisations de santé sont généralement observés : publique, privée sans but lucratif et privée à but lucratif. Les établissements publics appartiennent à une instance gouvernementale nationale, sub-nationale (état, région ou province) ou locale. Ils sont sans but lucratif. Ils ont pour but de desservir les membres des communautés que dirigent ces instances gouvernementales. Les organisations privées sans but lucratif appartiennent à des corporations privées caritatives, religieuses ou communautaires sans but lucratif. Leur but est de desservir les communautés dans lesquelles elles s'insèrent. Elles sont dirigées par des conseils d'administration composés généralement de représentants de leur communauté d'appartenance qui y siègent bénévolement. Les établissements privés à but lucratif appartiennent à des corporations privées dont l'objectif est de faire des profits en offrant des services.

Ces trois types de propriétés caractérisent aussi les organisations de soins de santé du Québec. Les établissements du réseau sont légalement des établissements publics au sens de la loi sur les services de santé et des services sociaux. Toutefois, ils sont dotés d'une entité juridique distincte du Ministère de la santé et des services sociaux. Certains ont même une corporation propriétaire qui désigne des membres au conseil d'administration de l'établissement. Ils possèdent alors certaines des caractéristiques des établissements privés sans but lucratif. Dans les faits toutefois, compte tenu de leur entière dépendance

financière du ministère de la Santé et des Services sociaux et de leur obligation de se soumettre à ses directives, ces établissements sont considérés et se comportent comme des organisations publiques. Les autres organisations tels plusieurs CHSLD et les cabinets de médecins sont légalement des organisations à but lucratif. Par contre, elles reçoivent leur financement presque exclusivement du ministère de la Santé et des Services sociaux ou de la Régie d'assurance maladie. Le degré avec lequel elles se comportent comme des organisations à but lucratif ou sans but lucratif reste à être déterminé. Une chose est certaine, plusieurs agissent comme des organisations privées non exclusivement à but lucratif. Plusieurs cliniques médicales sont des lieux de pratique des médecins. Leur objectif est davantage de fournir des services adéquats à la clientèle tout en leur permettant de gagner honorablement leur vie. D'autres cliniques sont et se comportent comme de réelles organisations à but lucratif. Ce sont possiblement ces cliniques qui, le plus souvent, facturent directement aux patients des frais complémentaires les plus élevés

Ce qui est actuellement envisagé au Québec, est de donner un rôle accru à ce type d'organisation dans la fourniture de services de santé à la population. Les raisons à la base de cette proposition ne font certes pas consensus, mais une chose ressort clairement de ce débat : le type de propriété des organisations de santé n'est pas neutre quant aux effets associés à la fourniture des services.

Trois raisons sont généralement avancées pour appréhender des effets différents des organisations de santé selon le type de propriété. La première est constituée des intérêts des acteurs dominant des organisations. La recherche du profit est vue comme l'incitatif majeur des propriétaires ou actionnaires des organisations privées à but lucratif. Certains croient que la recherche du profit incite les organisations à utiliser la plus petite combinaison de ressources permettant de satisfaire les clients. Ces organisations sont donc perçues comme étant plus performantes, plus rentables et plus productives que les autres organisations. Pour d'autres, cette recherche du profit n'a pas que des effets bénéfiques. Elle peut les inciter à adopter des comportements qui vont à l'encontre des intérêts d'autres acteurs tels que surfacturer les compagnies d'assurances et les patients pour les services rendus ou encore couper les dépenses en deçà de ce qui est requis pour maintenir la qualité des services.

Il est généralement perçu que les propriétaires des organisations privées sans but lucratif sont incités à poursuivre et à maximiser l'atteinte d'objectifs à connotation davantage sociale tels la santé et le bien-être de la communauté, la qualité des services ou encore l'accès aux soins des plus démunis. Ce n'est pas tant la rentabilité financière qui distingue les organisations privées à but lucratif de celles sans but lucratif. Toutes les organisations tentent à être rentables i.e. générer un excédent des revenus sur les dépenses. Ce qui les distingue le plus, c'est l'utilisation de cet excédent. Les organisations privées à but lucratif versent cet excédent aux propriétaires ou actionnaires. Les organisations sans but lucratif les utilisent pour mieux desservir les communautés dans lesquelles elles s'insèrent.

Deux théories permettent d'appréhender des effets diamétralement opposés des organisations publiques. Selon la première, ces organisations accomplissent sensiblement les mêmes fonctions et dans la même perspective que les organisations privées sans but lucratif. Les effets escomptés sont donc sensiblement les mêmes. La différence se situe surtout au niveau des sociétés dans lesquelles elles opèrent. Dans une société homogène où les attentes et préférences des citoyens sont relativement les mêmes, il y a peu de place pour des organisations privées sans but lucratif. Dans des sociétés pluralistes, les organisations publiques peuvent satisfaire les attentes et préférences de la majorité des citoyens tout en laissant d'importants groupes insatisfaits. Dans ce contexte, les organisations privées sans but lucratif deviennent des alternatives intéressantes aux organisations publiques. Leur diversité permet de répondre simultanément et de façon satisfaisante à des attentes et préférences de sous-groupes très variés de la population.

Selon l'autre théorie, les intérêts des gestionnaires sont déterminants pour appréhender le comportement et la performance des organisations publiques. Leur principal intérêt est d'accroître les budgets dont ils sont responsables. Il en résulte un développement de ces organisations et une ampleur de leurs budgets qui sont supérieurs à ce qui est requis pour répondre aux besoins des consommateurs. La performance et la productivité des organisations publiques sont donc inférieures à celles des organisations privées qu'elles soient à but ou sans but lucratif.

La deuxième raison se rapporte aux imperfections du marché des services de santé dont la capacité limitée des patients d'apprécier la qualité des services qu'ils reçoivent et la présence de tiers payants qui fait en sorte que la personne qui reçoit les services n'est pas celle qui les paie. Ces imperfections justifient et expliquent la présence des organisations publiques et privées sans but lucratif de soins de santé. Parce qu'elles n'ont pas d'obligation envers des actionnaires, elles ont moins d'incitatifs à utiliser ces imperfections à leur avantage et au détriment des consommateurs.

La rationalité des organisations constitue une dernière raison. Il existe deux types de rationalité : économique et sociale. Ces deux rationalités sont deux faces de la même pièce : si l'une augmente, l'autre tend à diminuer. Cette théorie laisse donc présager que les organisations à but lucratif sont plus performantes économiquement et moins socialement. Les organisations sans but lucratif et publiques sont à l'inverse moins performantes économiquement mais plus socialement.

En plus du type de propriété, les modes d'organisation possèdent chacun une configuration particulière quant à la vision, aux ressources, à la structure et aux pratiques. Quatre modes d'organisation ont été répertoriés dans les pays industrialisés. De cinq à six modes d'organisation coexistent au Québec. Ces derniers sont des formes spécifiques et plus précises des quatre modes d'organisation observés dans les pays industrialisés.

Ces modes d'organisation se distinguent par la vision qu'ils ont des services de première ligne. Ils adoptent une vision soit professionnelle soit communautaire. Les organisations dites professionnelles voient leur mission comme étant d'offrir des services médicaux aux personnes. Cette mission est assumée par des médecins qui travaillent dans des cliniques

qu'ils gouvernent de façon autonome. Le financement de ces organisations est assuré à même la rémunération des médecins. L'équipe soignante est composée de médecins auxquels peuvent s'associer des infirmières. La gamme des services offerts se limite presque exclusivement aux services médicaux.

Ces organisations professionnelles se subdivisent à leur tour en fonction des objectifs de prestation visés en priorité. Les organisations dites de contact favorisent le contact des personnes avec le système de soins. Ces organisations sont composées presque exclusivement de médecins rémunérés à l'acte et offrent leurs services aux personnes qui se présentent pour les obtenir. C'est ce mode d'organisation qui caractérise une proportion importante des cabinets privés de médecins du Québec. Trois variantes de ce mode d'organisation sont observées au Québec selon que les médecins pratiquent seuls (solo) ou en groupe, concentrent leur pratique sur leur clientèle régulière (fermée) ou l'ouvrent à de nouveaux patients via principalement la tenue de cliniques sans rendez-vous. Il est intéressant de noter que ce sont les organisations professionnelles de contact ouvertes à de nouveaux patients qui conçoivent le plus la pratique médicale comme une entreprise économique. Les autres organisations la perçoivent davantage comme un service à la collectivité.

Les organisations professionnelles dites de coordination mettent l'accent sur la coordination des services et le suivi des personnes qui s'inscrivent auprès d'elles pour obtenir leurs services. Cette responsabilité est assumée par un groupe de médecins rémunérés principalement à la capitation. L'équipe soignante est composée de plusieurs médecins et aussi d'infirmières. Un médecin ou une infirmière est spécifiquement désigné pour assurer le suivi et la continuité des services offerts à chacun des patients. Ces organisations disposent de moyens pour intégrer leurs services aux autres composantes du système de soins. L'infirmière assure la liaison avec les autres composantes du système et l'intégration clinique des services. Des technologies d'information assurent la circulation d'informations cliniques à l'ensemble du système. Au Québec, ce mode d'organisation de services de première ligne se différencie davantage selon les organisations auxquelles les services sont intégrés. Ils peuvent s'intégrer principalement aux autres organisations de première ligne (intégré 1^{ère} ligne) ou à l'ensemble des organisations du système de soins (intégré système). C'est ce dernier mode d'organisation qui décrit le mieux les groupes de médecine de famille (GMF) qui s'implantent actuellement au Québec.

Les organisations dites communautaires voient leur mission comme étant d'améliorer la santé de la population de la communauté dans laquelle elles œuvrent et de participer à son développement. Cette mission est assumée par des centres de services de santé régis par des représentants de la population du territoire desservi. Ces centres profitent d'un financement forfaitaire versé par une compétence locale ou régionale de santé qui veille à l'organisation de tous les services de santé sur le territoire et alloue des ressources tant aux services de première ligne qu'aux services d'autres niveaux destinés à leur population. Les équipes soignantes sont composées de professionnels de plusieurs disciplines qui assurent une large gamme de services médicaux, sociaux et communautaires qui visent à promouvoir la santé, à prévenir, dépister, diagnostiquer et

traiter les maladies. Elles offrent aussi des soins palliatifs et de réadaptation. Les professionnels qui y travaillent, notamment les médecins, sont rémunérés de façon forfaitaire en fonction du temps qu'ils consacrent à leurs activités professionnelles. C'est ce mode d'organisation qui décrit le mieux les CLSC du Québec quoique d'importantes variations soient observées quant à leurs caractéristiques.

Ces organisations se distinguent à leur tour selon leur degré d'intégration aux autres composantes du système de soins. Les organisations intégrées possèdent plusieurs caractéristiques qui permettent cette intégration dont le recours aux technologies de l'information pour transmettre l'information clinique à l'ensemble du système de soins, la collaboration avec d'autres entités offrant des services de première ligne ou des services complémentaires, comme les centres hospitaliers, de manière à garantir la gamme des services et leur disponibilité 24 heures par jour, sept jours par semaine, y compris l'intervention directe d'un professionnel auprès des patients, si nécessaire. C'est ce mode d'organisation qui décrit le mieux des CLSC des milieux ruraux. Ces caractéristiques sont absentes des organisations communautaires non intégrées. Elles sont particulièrement absentes chez des CLSC des milieux urbains.

5- EFFETS ASSOCIÉS AUX MODES ORGANISATIONS DE SANTÉ

Pour les fins de ce rapport, neuf effets auxquels sont associés les organisations de soins de santé font l'objet d'attention : l'efficacité, l'accessibilité, la continuité, la qualité, la globalité, l'utilisation, la réactivité, la productivité et la rentabilité. La définition de chacun de ces effets est présentée à l'annexe 3.

5.1 Selon la propriété

Les quatre premiers tableaux de l'annexe 3 résument les effets qui sont associés aux organisations selon le type de propriété. Il ressort de leur analyse qu'aucun type de propriété n'est associé à l'atteinte la plus élevée de tous les effets. Toutefois, les organisations privées sans but lucratif sont associées à l'atteinte la plus élevée du plus grand nombre d'effets. Elles sont les plus performantes en ce qui concerne l'efficacité des services, l'accessibilité, la globalité, la réactivité tant des patients, du personnel que des communautés, la qualité et la productivité. Elles obtiennent le deuxième rang en ce qui à trait à la rentabilité. Les organisations publiques suivent de très près. Elles détiennent seules le premier rang quant à l'accessibilité financière. Elles partagent le premier avec les organisations privées sans but lucratif en ce qui concerne l'efficacité, la réactivité tant des patients, du personnel que des communautés et la productivité. Elles obtiennent seules le troisième rang en ce qui à trait à la rentabilité. Ce qui ressort clairement, est que les organisations privées à but lucratif obtiennent seules le premier rang que pour la rentabilité. Elles partagent le premier rang avec les deux autres types d'organisations en ce qui à trait à l'efficacité et la réactivité des patients. Elles occupent seules ou partagent le dernier rang pour l'accessibilité financière et culturelle, la globalité, la réactivité des patients, du personnel et des communautés, la qualité surtout technique et la productivité.

Un fait intéressant à noter est que des quatre systèmes de soins les plus performants aux États-Unis, un est de propriété publique (Veteran Health Administration) et les trois autres sont sans but lucratif. Aucun n'est de propriété privée à but lucratif.

5.2 Selon les modes d'organisation

Les tableaux 5 et 6 de l'annexe 3 présentent les effets associés aux différents modes d'organisation des services de première ligne. Il ressort de leur analyse qu'aucun mode d'organisation des services de première ligne n'est associé à l'atteinte la plus grande de tous les effets. Un mode d'organisation peut être supérieur pour l'atteinte de plusieurs effets et simultanément, être inférieur pour l'atteinte d'autres effets. Le mode idéal d'organisation de première ligne n'existe donc pas. Toutefois, certains s'en rapprochent plus que d'autres.

Dans l'ensemble des pays analysés, les organisations de services de première ligne qui adoptent une vision communautaire et qui possèdent les caractéristiques organisationnelles qui lui sont associées, fournissent généralement des services de santé plus efficaces, plus continus, plus équitables, de meilleure qualité et à moindres coûts. Celles qui sont intégrées à l'ensemble du système de soins performant encore mieux que celles qui ne le sont pas. Par contre, les services offerts par ces organisations sont moins accessibles et répondent moins aux attentes et aux préférences des gens.

Les organisations qui adoptent une vision professionnelle des services de première ligne et qui possèdent les caractéristiques organisationnelles qui lui sont associées offrent, pour leur part, des services qui sont généralement plus accessibles et qui répondent mieux aux attentes et aux préférences des personnes. Par contre, leurs services ne sont pas aussi efficaces, continus, équitables et de qualité que ceux offerts par les organisations d'inspiration communautaire. Leurs coûts sont aussi plus élevés. Parmi ces organisations, celles qui mettent l'accent sur le suivi des personnes et la continuité des services performant mieux à ces égards que celles qui mettent l'accent principalement sur le contact des personnes avec le système de soins (tableau 5).

L'analyse des organisations des services de première ligne du Québec permet d'apporter des précisions sur les effets associés aux modes d'organisation (tableau 6). Elle permet surtout de différencier les modes d'organisation qui adoptent une vision professionnelle des services de première ligne parce que ce sont eux qui sont les plus présents au Québec. Elle permet de différencier trois modes d'organisation mettant l'accent sur le contact des personnes avec le système de soins et deux modes d'organisation mettant l'accent sur le suivi des personnes et la continuité des services. C'est cette différenciation qui a permis de cerner les modes d'organisation les plus et les moins performants au Québec.

Au Québec, le mode d'organisation qui est associé aux expériences de soins les plus satisfaisantes pour les personnes est celui dans lequel le médecin pratique seul, met l'accent sur le contact des personnes avec le système de soins et concentre sa pratique sur sa clientèle régulière (modèle professionnel, contact solo-fermé). Ce sont ces cliniques qui, au Québec, offrent les services de première ligne les plus accessibles et les plus

continus. Elles sont parmi celles qui répondent le plus aux attentes et aux préférences des personnes. Ce sont aussi celles qui offrent le recours le plus grand aux médecins de famille et le moins grand aux urgences des centres hospitaliers

Ces résultats sont assez surprenants. La pratique solo de la médecine fait l'objet de critiques assez sévères. Elle n'est généralement pas perçue comme possédant les caractéristiques favorisant une pratique de médecine de qualité¹⁸. Elle n'est pas perçue non plus comme favorisant la pratique de la médecine de famille de l'avenir¹⁹. Elle est souvent considérée comme en voie de disparition. Plusieurs explications peuvent être avancées pour expliquer cet écart d'appréciation entre les experts du domaine et les utilisateurs québécois des services. L'une retient particulièrement l'attention. L'appréciation de l'expérience de soins est faite par les utilisateurs de ces services, c'est-à-dire par les personnes qui ont réussi à identifier une source de soins, à être acceptées par celle-ci et à s'y rendre pour obtenir les services. Ces utilisateurs ont donc franchi avec succès les premières étapes de l'utilisation des services de santé de première ligne. Il est possible de croire que les personnes qui n'ont pas réussi à franchir ces premières étapes parce que ces organisations sont fermées à la clientèle régulière, puissent avoir une toute autre appréciation de ce mode de pratique. Certaines évidences existent à cet effet. Des pourcentages plus élevés de personnes n'ayant pas de médecin de famille régulier et ayant des besoins de services de santé non satisfaits sont observés sur les territoires dotés d'une proportion plus grande de ce type d'organisation des services de première ligne.

Il n'en demeure pas moins que ce mode d'organisation possède des caractéristiques qui produisent des expériences de soins satisfaisantes pour les patients. L'une de ces caractéristiques semble être la relation personnelle entre un patient et son médecin sur laquelle repose la pratique de ce modèle²⁰. Il est possible de croire que cette relation personnelle est remplacée dans des modèles d'organisation plus complexes par des relations plus anonymes et plus formelles du type personne-organisation. Si ce modèle d'organisation est en voie de disparition, cette caractéristique de la pratique médicale devrait pouvoir se retrouver dans d'autres modèles d'organisation des services de première ligne afin de préserver l'appréciation de l'expérience de soins des utilisateurs.

Il ressort aussi de l'analyse québécoise que les organisations qui sont associées aux expériences de soins les moins satisfaisantes pour les patients sont celles où le groupe de médecins met l'accent sur le contact des clients avec le système de soins et est ouvert à de nouveaux clients en centrant leur pratique autour des cliniques sans rendez-vous. Chose intéressante, ce sont aussi ces organisations qui sont les plus sensibles au caractère mercantile de la pratique médicale. Ce mode d'organisation de soins de première ligne est susceptible de se propager au cours des années à venir au Québec et particulièrement à Montréal, à cause de la priorité accordée à l'accessibilité aux soins de services de première ligne, et ce, sans égard à la continuité relationnelle. Si tel est le cas, cette étude révèle que l'accent sur le contact des personnes avec le système de soins n'est pas une condition suffisante pour assurer une expérience de soins satisfaisante des utilisateurs face à l'accessibilité aux services de santé. D'ailleurs plusieurs autres études québécoises démontrent que la non accessibilité aux services dépend au moins autant sinon plus de la continuité des services assurée par les organisations des services de première ligne que du

contact des personnes avec le système de soins surtout pour les personnes atteintes de maladies chroniques²¹.

Entre ces deux extrêmes se situent les autres modes d'organisation des services de première ligne : celui adoptant une vision communautaire et les deux modes adoptant une vision professionnelle qui mettent l'accent sur le suivi des personnes et la continuité des services.

Une analyse fine des sous-systèmes de soins américains les plus performants laisse entrevoir qu'ils partagent plusieurs des caractéristiques des organisations de première ligne les plus performantes du Québec. L'analyse permet de mettre certaines caractéristiques encore plus en évidence. Aucun de ces systèmes n'est à but lucratif. Le poids des soins primaires est très important dans la budgétisation de ces systèmes et dans la fourniture des services aux personnes assurées. La pratique de groupe des médecins est courante et solidement soutenue. Les organisations de santé de ces systèmes comptent en moyenne de 2 à 3 autres professionnels de la santé par médecin de famille. Le médecin est toujours partie intégrante de l'organisation : soit qu'il en est l'employé soit qu'il pratique à contrat en exclusivité pour l'organisation. Le salariat ou la capitation dominent largement comme modes de rémunération des médecins. Les systèmes d'information sont conçus pour et avec les cliniciens. Les dossiers médicaux sont informatisés et partageables entre les professionnels de la santé. De plus, autant les organisations de première ligne que les organisations spécialisées possèdent au moins un levier économique pour que les actions des uns tiennent compte des impératifs des autres. À titre d'exemple, la capitation accordée aux organisations de première ligne comprend un montant pour acheter des services des organisations plus spécialisées. En contrepartie, une organisation de première ligne suédoise qui ne prend pas en charge une personne dont le congé de l'hôpital a été signé, se voit dans l'obligation d'assumer les coûts des journées d'hospitalisation additionnelles de cette personne.

La pensée clinique c'est-à-dire les soins de qualité aux patients (plus que le contrôle des coûts) dicte les actions de ces organisations. Cette pensée est la base de l'arbitrage entre administrateurs et médecins s'il y a conflit entre qualité et coûts. Un seul projet clinique traverse tout le système de soins et dicte l'architecture du système d'information et du dossier médical informatisé. Il s'applique à l'ensemble des organisations des systèmes de soins. En contrepartie, il existe une forte décentralisation de la mise en œuvre de ce projet. La rétroaction, qui est le degré avec lequel les organisations obtiennent les résultats escomptés du projet clinique, est systématique et souvent mensuelle. Cette diffusion de résultats comparables joue un rôle clé auprès des professionnels, surtout des médecins. Elle procure un incitatif non économique à performer encore mieux.

Les analyses des « Magnets hospitals » font ressortir des caractéristiques qui sont au cœur des relations entre les organisations et les professionnels de la santé qui y travaillent. La satisfaction au travail des professionnels est très grande dans ces organisations. Elles sont perçues comme des endroits où il fait bon travailler. Le terme le plus souvent utilisé pour décrire le climat qui y règne est celui de famille.

Ces organisations possèdent des caractéristiques spécifiques communes. Elles sont centrées sur le service aux patients. Elles ont un projet clinique clair auquel les membres adhèrent. L'administration supporte le projet clinique. La qualité des soins et le contrôle des coûts sont deux critères de décision importants et d'égale valeur. Elles valorisent, appuient et respectent l'autonomie, le travail et l'initiative professionnelle. Elles reconnaissent que leur productivité et la qualité des services qu'elles offrent sont dues à leurs professionnels. Elles favorisent le changement et l'innovation comme sources d'amélioration. La structure de gestion est aplatie et relativement maigre. La gestion est donc proche des professionnels et accessible. Elle est hyper décentralisée et repose sur la confiance, l'autonomie et l'initiative des professionnels. Les conditions de travail dans ces organisations sont correctes mais pas extraordinaires. Ce qui est extraordinaire c'est le climat de travail.

6- MODES D'ORGANISATION LES PLUS PROMETTEURS

Cette analyse a des implications importantes pour la réalisation du mandat du Groupe de travail sur le financement du système de soins de santé du Québec. La performance du système de soins québécois se situe dans la moyenne canadienne qui, elle, est en baisse depuis un certain nombre d'années en comparaison d'autres pays industrialisés. Il n'y a pas de lien entre les ressources financières que les provinces ou les pays investissent dans leur système de soins et leur performance. Il existe d'autres facteurs plus déterminants de cette performance que le seul niveau de financement. L'organisation des services de première ligne est l'un de ces facteurs. Les systèmes les plus performants sont ceux qui possèdent une organisation des services de première ligne qualifiée de forte. La faible performance des systèmes de soins du Canada s'observe ou est attribuable surtout à la faiblesse de l'organisation des services de première ligne. C'est précisément à ce chapitre que la performance du système québécois est déficiente par rapport à ce qui se fait dans d'autres provinces du Canada. Les organisations de services de première ligne varient toutefois quant aux effets qui leur sont associés (efficacité, accessibilité, continuité, qualité, globalité, utilisation, réactivité, productivité et rentabilité). Les modes d'organisation considérés les plus prometteurs pour les Québec sont ceux qui possèdent les caractéristiques associées le plus à l'obtention des effets désirés de ces services.

Proposition 1 : **Le Groupe de travail sur le financement du système de soins de santé du Québec doit, pour la réalisation de son mandat, miser principalement sur :**

- **l'organisation et non le financement des services de santé,**
- **l'organisation des services de première ligne,**
- **les caractéristiques associées à l'obtention des effets souhaités de ces services.**

6.1 Selon le type de propriété

Une implication de cette analyse est qu'il n'y a aucune raison reliée aux effets pour les patients, les professionnels et les communautés qui justifie le recours accru aux organisations privées à but lucratif. Au mieux, elles produisent des effets qui sont égaux à

ceux qu'obtiennent les organisations sans but lucratif et les organisations publiques. Au pire, elles produisent des effets qui leurs sont inférieurs. Rarement leurs effets sont supérieurs. Cette avenue n'est pas donc une solution aux problèmes que rencontre le système de soins québécois.

Proposition 2 : Concentrer le développement des services de première ligne sur des organisations sans but lucratif ou publique et non sur des organisations à but lucratif.

Des avenues s'offrent pour développer au Québec des organisations de santé sans but lucratif. Une première avenue est de permettre aux centres de services de santé et de services sociaux d'agir réellement comme des organisations sans but lucratif en leur permettant d'offrir, moyennant une tarification, des services professionnels qui ne sont pas couverts par les régimes publics d'assurance. Les hôpitaux communautaires américains et certains hôpitaux anglais (Hospital Trusts) ont justement cette possibilité d'être financé simultanément par des fonds publics (Medicare et Medicaid) et des fonds privés (assurances privées). Cette double provenance de fonds est susceptible d'augmenter la rentabilité financière des organisations québécoises qui en a grandement besoin. Leur statut d'organisations sans but lucratif les oblige à utiliser cette rentabilité accrue aux bénéfices des patients et des communautés qu'elles desservent et non de leurs propriétaires. De telles initiatives ont d'ailleurs déjà été formulées au Québec (Institut de cardiologie de Montréal). Elles n'ont toutefois pas été expérimentées compte tenu des réactions négatives qu'elles ont suscitées à cette époque.

Proposition 2.1 Autoriser les Centres de services de santé et de services sociaux à :

- offrir des services non assurés moyennant tarification et
- utiliser les surplus générés aux bénéfices de l'ensemble de leur clientèle et de la communauté qu'ils desservent.

Une deuxième avenue est de permettre l'émergence de coopératives de consommateurs en matière de fourniture de services de santé. Ces coopératives se développent beaucoup au Québec. Leur rôle est important mais reste encore marginal dans l'ensemble des services offerts à la population. La proposition vise à permettre, inciter et supporter le développement de telles coopératives au Québec. Ces coopératives devraient pouvoir contracter avec des organisations existantes pour offrir les services à leurs membres ou offrir elles-mêmes les services en devenant propriétaires de cliniques médicales sans but lucratif et en recrutant leur propre personnel. Elles devraient pouvoir offrir une gamme de services plus étendue que celle assurée par les régimes publics actuels. Leur financement proviendrait de trois sources: cotisations annuelles des membres pour avoir droit aux services offerts, régimes publics d'assurance pour la fourniture de services assurés et frais aux usagers ou assurances privées pour la fourniture de services non couverts par les régimes publics d'assurance. Il est à souligner que les HMO (Health Maintenance Organisations) américains ont initialement été formés sur la base de coopératives de consommateurs de santé. Les effets obtenus par les premières formes de HMO faisaient l'envie des américains. Des effets similaires ont été obtenus des coopératives de santé

expérimentées en Saskatchewan²². Des propositions semblables ont déjà été formulées au Québec : les organisations de services intégrés de santé (OSIS)²³. À cette époque, des caisses de retraites s'étaient montrées intéressées à développer de telles organisations pour desservir leurs membres.

Proposition 2.2 Expérimenter des Coopératives des consommateurs de santé avec la liberté :

- **d'assurer à leurs membres la gamme de services qu'elles décident,**
- **d'offrir elles-mêmes ou à contrat avec des fournisseurs de leur choix la gamme de services assurés et**
- **de financer leurs services à même :**
 - **une cotisation annuelle demandée aux membres,**
 - **un juste remboursement du gouvernement du Québec pour les services assurés publiquement et**
 - **une facturation auprès des membres pour des services non assurés publiquement.**

La troisième avenue est de capitaliser sur le potentiel que représentent les Groupes de médecine de famille. Les résultats des recherches démontrent que les territoires de Centres de santé et de services sociaux où l'expérience de soins est la meilleure sont ceux dont la couverture par ces Groupes de médecine est la plus complète (e.g. La Pommeraie, Haute-Yamaska). Le soutien par les fonds publics à leur infrastructure et à leur fonctionnement représente une solution efficace, acceptable et relativement peu coûteuse pour améliorer notre système de prestation de services de première ligne.

Proposition 2.3 Poursuivre le développement des GMF selon les cibles fixées et supporter publiquement le développement de leur infrastructure et leur fonctionnement.

Une dernière avenue intéressante se dessine au Québec. Elle consiste à développer une nouvelle forme d'organisations publiques dans le domaine de la santé. Certaines initiatives reposent actuellement sur une forte implication des autorités municipales dans le domaine de la santé (Turso, St-Étienne des Grés). Des propositions plus formelles ont aussi été formulées pour confier à une MRC la fourniture de services de première ligne (MRC Rimouski-Neigette). Il y a donc un fondement québécois à cette alternative. Certaines expériences étrangères, particulièrement dans les pays scandinaves et nordiques, laissent croire que des organisations de santé relevant du niveau local de gouvernement et offrant des services de première ligne sont associées à des effets bénéfiques pour les utilisateurs et leur communauté. Il est fort possible que cette avenue soit réalisable plus facilement en milieu rural qu'en milieu urbain.

Proposition 2.4 Expérimenter, valoriser et supporter la prise en charge de la fourniture des services de santé de première ligne par des municipalités et des MRC.

6.2 Selon les modes d'organisation

La deuxième implication est que les organisations de première ligne doivent partager certaines caractéristiques communes reliées à la vision de la première ligne, aux ressources qu'elles utilisent, à leur structure de gouverne et à leurs pratiques.

Vision

Les organisations de première ligne les plus prometteuses pour le Québec conçoivent leur rôle en termes de responsabilités envers des personnes ou des collectivités. Ces responsabilités peuvent s'inspirer autant de la vision communautaire que professionnelle des services de première ligne. Elles peuvent contribuer à l'amélioration de la santé et au développement des communautés dans lesquelles elles œuvrent. Elles peuvent répondre aux besoins de services et assurer le suivi et la coordination des soins offerts aux personnes. Il est toutefois clair qu'une vision de la première ligne centrée uniquement sur le contact des personnes avec le système de soins ou la fourniture de services aux personnes qui se présentent pour les obtenir n'est pas suffisante pour assurer des expériences de soins satisfaisantes pour les personnes.

Proposition 3 : **Concentrer le développement des services de santé de première ligne sur des organisations qui assument des responsabilités :**

- **de suivi de l'état de santé, d'accès aux services et de coordination des soins envers des personnes et des collectivités et**
- **qui ne se limitent pas au contact des personnes avec le système de soins et à la fourniture de visites sans rendez-vous.**

Ressources

Les organisations de services de première ligne les plus prometteuses pour le Québec sont des organisations où les médecins pratiquent en groupe (CLSC, GMF, UMF). Cette notion de groupe doit dépasser le simple partage des locaux et de l'accueil. Elle implique la mise en commun des dossiers médicaux et le partage de tâches cliniques dont les plages horaires, le suivi de la clientèle dans et hors de la clinique (ex. urgences, CH, CHSLD, domicile). Elle implique aussi la collaboration et l'implication des médecins pour assurer et maintenir la qualité des services offerts dans la clinique (études de cas) ainsi que la compétence des membres.

Afin que cette notion d'équipe se concrétise, les médecins doivent se connaître suffisamment pour anticiper leurs réactions respectives y compris dans des circonstances imprévues. Ils doivent aussi s'investir dans la vie de la clinique. Pour ce faire, ils doivent concentrer une partie importante de leur pratique en cabinet dans une seule et même clinique. Implication, stabilité et échanges sont des ingrédients essentiels à la réalisation de cette notion d'équipe. Des études québécoises ont d'ailleurs démontré que les cliniques associées à des expériences de soins satisfaisantes pour les patients sont

composées de 7 à 10 médecins qui y concentrent une proportion importante de leur temps de pratique. En milieu éloigné, ce nombre de médecins peut être atteint en réunissant plusieurs points de services.

Or, certaines mesures de répartition des effectifs médicaux peuvent inciter et même obliger les médecins à répartir leur temps clinique entre plusieurs lieux de pratique. Les activités médicales particulières (AMP) en sont un exemple concret. Elles procurent un niveau supérieur de rémunération aux médecins qui consacrent une partie de leur temps clinique à accomplir des activités jugées prioritaires : garde à l'urgence, pratique en CLSC ou en CHSLD, etc. Les dépannages en régions en sont un autre exemple. Elles peuvent contribuer à développer ce qui est maintenant convenu d'appeler la pratique médicale à la carte²⁴: une pratique qui se répartit entre plusieurs lieux de pratique, en fonction des intérêts et objectifs de chacun des médecins, sans une réelle implication de leur part dans aucun milieu de pratique.

Dans les organisations de services de première ligne les plus prometteuses pour le Québec, l'équipe soignante est interdisciplinaire. Son étendue varie selon que l'organisation est du type communautaire ou professionnel. Elle doit toutefois comprendre au minimum des infirmières auxquelles peuvent être associés d'autres professionnels de la santé, du social et du communautaire.

Proposition 4 : **Concentrer le développement des services de santé de première ligne sur des organisations :**

- **composées de 7 à 10 médecins de famille,**
- **pratiquant en équipe dans une seule clinique et**
- **en collaboration avec au minimum des infirmières mais aussi d'autres professionnels**

Les organisations de services de première ligne les plus prometteuses pour le Québec sont financées sur la base des responsabilités qu'elles assument envers des personnes ou des populations. Leur financement est relié principalement au nombre et caractéristiques socio-sanitaires des personnes ou des collectivités dont elles sont responsables. Ce mode de financement est connu sous des appellations différentes selon les pays : per capita ajusté, taux communautaire (community rating) ou capitation. Cette capitation ne doit pas couvrir uniquement les services offerts par les médecins et le personnel de la clinique. Si une définition aussi restrictive de la capitation est utilisée, les probabilités sont très grandes de voir augmenter le nombre de références aux médecins spécialistes et aux hôpitaux afin de sortir de la capitation une partie des soins offerts à leurs patients.

Proposition 5 : **Financer les organisations de services de première ligne principalement sur la base du nombre et des caractéristiques socio-sanitaires des personnes ou collectivités envers qui elles assument des responsabilités.**

On ne pourra pas parler de modes d'organisation des services de première ligne les plus prometteurs pour le Québec sans aborder la très délicate question du mode de

rémunération des médecins. Le mode de rémunération a une valeur très symbolique au sein de la profession médicale. Il est perçu comme la source et l'expression de leur autonomie face aux organisations de santé. Mais, s'il y a une constante qui se dégage de l'analyse des expériences d'autres pays, c'est que le mode de rémunération des médecins dans les organisations les plus performantes n'est jamais uniquement ni principalement la rémunération à l'acte. Il n'est pas basé uniquement ni principalement sur la quantité et la complexité des services produits. Il est soit en fonction du temps consacré à la pratique (taux horaire, vacation ou salariat), de la responsabilité assumée envers la clientèle (capitation ou par épisode de soins) ou mixte.

Proposition 6 : **Rémunérer les médecins qui pratiquent dans ces organisations de première ligne en fonction soit :**

- **des responsabilités qu'ils assument à l'égard des personnes et des collectivités (capitation ou épisodes de soins) ou**
- **du temps qu'ils y consacrent (taux horaire, vacation ou salaire) et**
- **non uniquement ni principalement sur la base de la quantité et de la complexité des services produits (acte ou bonus au rendement).**

Gouverne

Les organisations de services de première ligne les plus prometteuses pour le Québec possèdent une gouverne qui est assurée soit par des professionnels (gouverne professionnelle) soit par des représentants de la population (gouverne démocratique). Elle n'est pas assurée par les propriétaires ou actionnaires des organisations de santé (gouverne marchande)²⁵. Une étude réalisée dans 11 pays de l'OCDE a identifié une condition essentielle pour que les partenariats entre les secteurs privé et public donnent des résultats acceptables pour la population : que leur gouverne soit fortement publique. Les résultats les moins bons sont observés lorsque la gouverne est laissée principalement au secteur privé²⁶.

Le projet clinique doit être au cœur de la gouverne. Cette gouverne doit être centrée sur le service aux patients. La gestion des ressources est un moyen de réaliser ce projet clinique. L'administration supporte donc la réalisation de ce projet clinique. La qualité des soins et le contrôle des coûts sont deux critères de décision importants et d'égale valeur.

De plus, cette gouverne doit valoriser, appuyer et respecter l'autonomie, le travail et l'initiative professionnelle. Elle doit reconnaître que la productivité de l'organisation et la qualité des services qu'elle offre reposent principalement sur leurs professionnels. Cette gouverne doit valoriser le changement et l'innovation comme sources d'amélioration.

La structure de gestion est aplatie et relativement maigre. La gestion est donc proche des professionnels et accessible. Elle est hyper-décentralisée et repose sur la confiance, l'autonomie et l'initiative des professionnels.

- Proposition 7 :** **Doter ces organisations de première ligne d'une gouverne :**
- **professionnelle ou démocratique,**
 - **centrée sur les responsabilités à assumer envers les personnes et les collectivités et**
 - **qui valorise, appuie et respecte l'autonomie, la responsabilité et l'initiative des professionnels qui y pratiquent.**

Pratiques

Ces organisations doivent assurer, en collaboration avec d'autres organisations de santé du territoire, l'accessibilité aux services 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Cette accessibilité doit être assurée par un juste équilibre entre des cliniques sur rendez-vous et des cliniques sans rendez-vous ainsi que par un système de garde. Elle ne doit pas reposer uniquement ni principalement sur des cliniques sans rendez-vous.

- Proposition 8 :** **Assurer la disponibilité des services de ces organisations 24 heures par jour, 7 jours semaines par**
- **un juste équilibre entre les visites avec et sans-rendez-vous et**
 - **un système de garde établi en collaboration avec les autres organisations de santé du territoire.**

Dans ces organisations, chaque patient est affilié à un médecin. Un professionnel, médecin ou infirmière, doit assumer la responsabilité du suivi de son état de santé et la coordination des soins qui lui sont procurés. Les soins sont fournis par une équipe interdisciplinaire dont le rôle dépasse celui de support aux médecins. Le rôle des membres de l'équipe est de suivre eux-mêmes des personnes ou des groupes qui requièrent leurs services et de procurer une gamme définie de services relevant de leur champ de compétence. De plus, la composition de l'équipe et le rôle de chacun des membres doivent être connus des patients. Ce sont deux conditions à des expériences de soins satisfaisantes pour les patients. Sans elles, les interventions des autres professionnels peuvent être perçues comme des obstacles ou barrières à surmonter par les patients pour rencontrer leur médecin.

- Proposition 9 :** **Assurer que dans ces organisations :**
- **chaque personne est affiliée à un médecin de famille,**
 - **le suivi de son état de santé et la coordination des services qui lui sont offerts sont assumés par un seul et même professionnel,**
 - **les soins sont offerts par une équipe multidisciplinaire dont les rôles et fonctions de chaque membre sont connus par les patients dès le début.**

7- Conditions nécessaires au développement des services de première ligne au Québec

Les conditions nécessaires au développement des services de première ligne au Québec poursuivent trois objectifs: 1- faciliter le développement des modes d'organisations jugés les plus prometteurs, 2- permettre leur coordination avec les autres organisations de santé et 3- faciliter leur intégration à l'ensemble du système de soins.

7.1 Conditions pour développer les modes d'organisation les plus prometteurs

Trois conditions sont minimalement requises pour faciliter le développement au Québec des modes d'organisation des services de première ligne les plus prometteurs.

La première concerne la place de la médecine de famille dans le système de soins québécois. Cette place est reliée directement au nombre de médecins de famille en formation et en pratique, à la valorisation de la pratique de médecine de famille dans les facultés de médecine et les hôpitaux d'enseignement ainsi qu'à son niveau de rémunération en comparaison à celle de la médecine spécialisée.

Il n'y a pas si longtemps, le Québec formait environ 60% de médecins de famille et 40% de médecins spécialistes. Dès 1995, près de 50% des diplômés des facultés de médecine du Québec étaient des médecins de famille et 50% des médecins spécialistes. La tendance allait en s'accroissant. Au cours de cette même année, le pourcentage des entrées en spécialités étaient de 40% en médecine de famille et 60% en spécialités. En 2007, l'ensemble des facultés de médecine affiche une baisse encore plus marquée d'étudiants optant pour la médecine familiale. La proportion d'étudiants qui ont choisi la médecine familiale est de 35 % à l'Université de Sherbrooke, 33 % à l'Université Laval, 31 % à l'Université de Montréal et 19 % à l'université McGill. La proportion optant pour la médecine de famille tend vers 30% contre 70% pour la médecine spécialisée. Cette tendance s'observe même après l'augmentation importante d'étudiants en médecine autorisée par le gouvernement du Québec depuis quelques années.²⁷

Cette baisse d'attraction de la médecine de famille est certes reliée à plusieurs facteurs. Deux retiennent particulièrement l'attention : la valorisation de la pratique de la médecine de famille en cours de formation et le niveau de rémunération. Des entrevues auprès des quatre directeurs de départements de médecine de famille du Québec confirment le peu de valorisation qui est faite en cours de formation pour la pratique en médecine de famille. Dans les faits, disent les directeurs, il y a dévalorisation de la médecine générale. Cette dévalorisation est alimentée par divers facteurs dont l'engouement pour la spécialisation et même la sur- spécialisation²⁸.

La rémunération joue un rôle crucial dans le fonctionnement des systèmes de soins. Elle est le mécanisme par lequel les médecins sont rétribués pour les biens et services qu'ils fournissent. Mais elle accomplit beaucoup plus. Elle témoigne de l'importance qu'une société accorde à la place qu'occupent les médecins dans le système de soins. Elle atteste de la nécessité que la société accorde aux services qu'ils produisent. Il en est aussi ainsi

du différentiel de rémunération entre les médecins et particulièrement entre les spécialités médicales. Selon les données de la RAMQ, le niveau de la rémunération des médecins de famille était en moyenne de 47% inférieur à celui des médecins spécialistes en 2003 et de 62% inférieur à celui des médecins en spécialités chirurgicales. Seulement une année plus tard, le niveau de rémunération des médecins de famille perdait du terrain en comparaison à celui des médecins spécialistes. Elle était, en 2004, de 50% inférieure à celle des médecins spécialistes et de 65% inférieure à celle des médecins de spécialités chirurgicales. Ce différentiel est susceptible de s'accroître grandement suite aux dernières ententes avec le Fédération des médecins spécialistes. Il est à se demander si le Québec réussira à développer les services de santé de première ligne avec des tendances aussi marquées vers la médecine spécialisée.

Proposition 10 : **Refléter l'importance accordée au développement des services de première ligne dans :**

- **le nombre d'étudiants en médecine de famille,**
- **la valorisation de la pratique de médecine de famille dans la formation des médecins et**
- **le niveau de la rémunération de la médecine familiale comparativement à la médecine spécialisée.**

Demander des propositions concrètes à cette fin :

- **aux directeurs de départements de médecine familiale des facultés de médecine du Québec**
- **en collaboration avec la FMOQ**

La deuxième condition est de procurer des incitatifs aux médecins pour qu'ils optent de pratiquer dans les modes d'organisation les plus prometteurs. Ce n'est pas tout d'inciter les étudiants à choisir la médecine de famille. Il faut aussi les inciter à pratiquer dans les modes d'organisation les plus prometteurs. Ces incitatifs sont de nature économique mais aussi non-économique. Il est important que le niveau de rémunération soit plus élevé dans ces modes d'organisation de première ligne que dans les autres. L'Ontario a opté pour une mesure semblable. Les médecins pratiquant au sein des « Family Health Groups », l'équivalent de nos Groupes de médecine de famille, et ceux payés sur une base de capitation ont reçu une augmentation de plus de 30 %. Il est aussi important que la médecine de famille qui se pratique soit de grande qualité, reconnue comme telle, supportée et qu'elle corresponde à l'image que s'en font les médecins qui la choisissent. À titres d'exemples, les critères utilisés pour accorder des privilèges aux médecins doivent être tels qu'ils constituent une reconnaissance de la compétence de ceux qui les satisfont. Des ressources doivent être consacrées à assurer la qualité des services qu'ils offrent ainsi qu'au maintien et développement de leurs compétences. Des liens doivent être établis avec des médecins spécialistes et des centres hospitaliers offrant des services spécialisés afin de les appuyer dans la prise en charge des patients ayant des problèmes de santé complexes. Un système d'information doit permettre d'assurer un suivi adéquat de leurs patients et de comparer leurs pratiques et d'en jauger les effets pour leurs patients.

Proposition 11 : **Procurer des incitatifs économiques et non-économiques aux médecins de famille pour qu'ils choisissent de pratiquer dans les modes d'organisation des services de première ligne les plus prometteurs.**

La troisième condition est que ces organisations doivent disposer des équipements diagnostics et thérapeutiques nécessaires à assumer leurs responsabilités. Elles ne doivent pas devoir diriger les personnes vers les centres hospitaliers pour l'obtention d'analyses et examens souvent de base. C'est leur crédibilité auprès des patients qui en dépend. Ces équipements se retrouvent d'ailleurs dans les cliniques des systèmes de soins dotés d'une première ligne qualifiée de forte.

Proposition 12 : **Doter ces organisations des technologies diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à assumer leurs responsabilités. Confier un mandat à l'Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) pour identifier ces technologies.**

7.2 Conditions d'intégration aux autres organisations de santé

Pour assumer ces responsabilités, ces organisations doivent disposer de moyens permettant d'intégrer leurs services aux autres composantes du réseau : technologies de l'information, dossiers médicaux informatisés, agents de liaison, intervenants pivots etc.,

Cette analyse révèle que les organisations de services de première ligne les plus performantes sont celles qui sont pleinement axées sur la collaboration avec le milieu et l'intégration de leurs services aux autres composantes du système de soins. La collaboration entre les organisations de services de première ligne d'un même territoire est requise pour procurer des services 24 heures par jour et 7 jours par semaine et permettre la mise en commun de certains équipements médicaux et en assurer ainsi une meilleure utilisation. Elle permet d'assurer un meilleur suivi des personnes atteintes de problèmes de santé complexes telles les maladies chroniques ou de mieux suivre des sous-groupes de la population lors de campagnes de vaccination ou de dépistages de masse. Cette collaboration est requise avec les organisations offrant des services spécialisés pour faciliter l'accès de ces services aux patients qui en ont besoin et pour assurer une meilleure coordination des services offerts par différents professionnels ou organisations de santé au cours d'un même épisode de soins d'un patient. Elle est aussi requise avec les organisations communautaires pour supporter les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé complexes ainsi que leurs proches aidants. Elle est enfin requise avec les secteurs autres que celui de la santé afin d'agir sur des déterminants de la santé ou d'intégrer les personnes dans des milieux de vie naturels. Cette collaboration est donc une condition essentielle à l'obtention des effets escomptés du développement des services de première ligne.

Deux moyens permettent d'assurer cette collaboration. Un premier moyen est de doter ces organisations de mécanismes facilitant l'établissement de relations entre elles. On

pense plus particulièrement à des agents de liaison chargés d'assurer la relation avec d'autres intervenants de la santé, des organismes communautaires et des secteurs autres que celui de la santé. On pense aussi aux nouvelles technologies d'information qui facilitent la transmission d'information clinique entre ces différents intervenants et dont le contenu s'inspire d'une pensée clinique commune et a fait l'objet de consensus. On pense enfin au dossier médical informatisé qui ouvre la porte à une nouvelle façon de suivre les patients et de gérer la pratique de première ligne. Les dossiers médicaux informatisés permettent aux médecins de famille d'accéder aux dossiers de leurs patients de l'extérieur de leur clinique, de partager leurs dossiers avec des médecins extérieurs à leur cabinet, de prescrire des examens et des médicaments électroniquement ou d'avoir accès aux résultats des examens, des consultations ou des hospitalisations de leurs patients. Ils leur permettent aussi d'être alertés électroniquement d'un problème potentiel avec la médication de leurs patients ou d'effectuer des rappels auprès d'eux lorsque des suivis sont nécessaires. Ils leur permettent enfin d'obtenir la liste de leurs patients par diagnostic, par facteur de risque à la santé ou par médicaments utilisés y compris ceux prescrits par des médecins autres que le médecin régulier.

Proposition 13 : **Doter ces organisations de mécanismes facilitant les relations avec les autres intervenants et la coordination des soins offerts à leurs patients tels les agents de liaison, les nouvelles technologies de l'information et surtout les dossiers médicaux informatisés.**

Un deuxième moyen est de rendre interdépendant le financement des organisations de santé. Cette interdépendance incite chaque organisation à définir ses actions en tenant compte des obligations des autres. C'est ainsi que la capitation accordée aux organisations des services de première ligne peut comprendre, en tout ou en partie, le coût des consultations demandées aux médecins spécialistes. Une partie de la rémunération des médecins spécialistes est ainsi liée à leur réponse aux demandes des médecins de famille. En contre partie, les organisations de services de première ligne pourraient recevoir une somme équivalente aux économies réalisées par un séjour plus court à l'hôpital résultant d'une prise en charge rapide de leur part.

Proposition 14 : **Inclure dans la capitation versée aux organisations de services de première ligne un montant :**

- **liant le financement des organisations offrant des services spécialisés à la prise en charge des patients provenant de la première ligne et**
- **incitant les organisations de services de première ligne à reprendre en charge leurs patients lorsque les services offerts par des organisations spécialisées ne sont plus requis.**

7.3 Conditions de leur intégration à l'ensemble du système de soins

Le développement et la consolidation des modes d'organisation des services de première ligne les plus prometteurs pour le Québec requièrent des modifications aux fondements même de notre système de soins et de son mode de fonctionnement. Deux conditions retiennent particulièrement l'attention : la loi canadienne sur la santé et le mode de gestion du système adopté jusqu'à ce jour particulièrement par le Ministère de la santé et des services et les Agences régionales.

7.3.1 La loi canadienne sur la santé

La loi canadienne sur la santé rend conditionnel le paiement de la contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé des provinces au respect de 5 conditions. Deux retiennent particulièrement l'attention pour les fins de ce rapport : l'intégralité et l'accessibilité.

Le principe d'intégralité précise la gamme de services à être assurée par les provinces. En théorie, cette gamme doit couvrir tout ce qui est médicalement requis. La loi limite cette couverture aux services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes. Dans les faits, elle se limite aux services fournis par les hôpitaux et les médecins. Cette interprétation du principe d'intégralité fait du Canada l'un des pays où la gamme des services assurés par les régimes publics d'assurance est la plus limitée des pays industrialisée. Les systèmes de soins du Canada ont donc une double particularité : (1) couvrir presque 100% des coûts (2) d'une gamme très limitée de services assurés.

L'implantation des modes d'organisation des services de première ligne les plus prometteurs pour le Québec commande de modifier quelque peu ces fondements des systèmes de soins au Canada. Elle commande que la compréhension du principe d'intégralité soit modifiée pour ne plus être limitée aux services offerts par les hôpitaux pour comprendre aussi les mêmes services s'ils sont offerts par des organisations des services de première ligne désignées c'est à dire possédant les caractéristiques mentionnées ci-haut.

Proposition 15 : **Amender la loi canadienne sur la santé pour que le principe d'intégralité couvre :**

- **une gamme spécifique de services**
- **qu'elle soit offerte par les hôpitaux ou les organisations de services de première ligne désignées.**

Le principe d'accessibilité oblige les provinces à offrir les services assurés selon des modalités qui ne fassent ni directement ni indirectement obstacles à leur accès. La facturation de ces services est explicitement mentionnée comme un obstacle à leur accès. Il en résulte donc qu'aucune province canadienne n'impose une tarification aussi minime soit-elle aux usagers pour l'obtention des services assurés. La mise en place des modes d'organisation des services de première ligne les plus prometteurs pour le Québec commande de préciser ce principe. Une distinction importante doit être faite entre les

frais aux usagers et les tickets orienteurs. Un frais à l'utilisateur est un montant demandé à une personne chaque fois qu'elle utilise un service de santé. Une facturation de 20\$ par visite chez un médecin de famille en est un exemple. La littérature abonde de recherches démontrant clairement que ces frais ne constituent pas une solution aux problèmes auxquels font face les systèmes de santé. La réputée Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé qualifie les frais aux usagers de mythe dont il faut abattre les croyances sur leurs prétendus effets. Les évidences scientifiques révèlent que ces frais aux usagers ont pour effets de réduire l'utilisation des services de santé de la part des pauvres et des personnes âgées (les malades) et d'accroître l'utilisation des gens à revenu plus élevé et susceptible d'être bien portant. Pour les personnes pauvres et malades, ils diminuent l'utilisation autant des services essentiels que des services discrétionnaires. Ils reportent la demande de services plus légers et moins coûteux vers des services plus lourds et plus coûteux. Ils sont associés à une aggravation de l'état de santé des personnes les plus touchées. Ils n'ont pas pour effet de réduire les coûts totaux des services.²⁹ C'est précisément les effets qui ont été observés au Québec quand des frais de \$ 2,00 ont été imposés aux médicaments prescrits³⁰.

Un ticket orienteur est un montant demandé à une personne qui s'adresse à un endroit pour obtenir un service lorsqu'une autre source de soins jugée plus pertinente est disponible pour l'offrir gratuitement. L'objectif ici n'est pas d'accroître le financement du système de soins mais sa productivité en orientant les personnes vers une source de soins jugée plus appropriée. L'exemple le plus classique du ticket orienteur est le frais chargé à une personne lorsqu'elle se présente elle-même chez un médecin spécialiste pour obtenir des services alors que les mêmes services sont gratuits si la personne est référée par un médecin de famille. Il existe plusieurs exemples d'utilisations judicieuses des tickets orienteurs. Si la compréhension du principe d'accessibilité doit être modifiée ce n'est que pour permettre l'utilisation du ticket orienteur et non des frais aux usagers.

Proposition 16 : **Préciser le principe d'accessibilité de la loi canadienne sur la santé pour permettre l'utilisation des tickets orienteurs et continuer à proscrire l'utilisation des frais aux usagers**

7.2 Transformation de la gouverne du réseau des soins de santé

Une dernière implication de cette analyse est que la réponse aux besoins, attentes et préférences d'une population québécoise de plus en plus hétérogène, différenciée et plurielle, requiert non pas une mais plusieurs formes d'organisation de santé, chacune tentant de satisfaire le mieux possible les besoins, attentes et préférences spécifiques des clientèles et populations qu'elles desservent. C'est cette capacité d'adaptation à des populations hétérogènes qui semble expliquer la meilleure performance des organisations privées sans but lucratif comparativement aux organisations publiques. Cette capacité d'adaptation requiert aussi que ces formes différentes d'organisation émergent des milieux qu'elles entendent desservir plutôt que d'être décrétées et imposées par une autorité supérieure. L'hypothèse est que les milieux sont en meilleures positions que quiconque pour identifier les organisations les plus susceptibles de répondre à leurs attentes et préférences.

Force est de constater que ces conditions ne sont pas présentes actuellement dans le système public de la santé et des services sociaux du Québec. Il existe des formes très précises et homogènes d'établissements offrant des services de santé et des services sociaux au Québec. Elles sont stipulées dans la loi sur les services de santé et des services sociaux. La structure interne de chacun des établissements y est aussi précisée dans les moindres détails. Leurs responsabilités et modes de fonctionnement y sont aussi scrupuleusement spécifiés. Il est d'ailleurs intéressant de noter qu'au fil des ans, le nombre d'articles de cette loi tend à s'accroître et avec lui, les spécificités de ce que les établissements doivent être et faire.

La loi reflète la perspective qui oriente la gouverne actuelle du système de soins du Québec. Elle peut être décrite comme orientée essentiellement vers la gestion de la production de services. C'est la gestion de la production de services qui guide les actions et décisions du ministère de la santé et des services sociaux et des Agences régionales. C'est cette conception qui fait que tout dans la loi encadre la production de services. Mêmes les ressources financières sont allouées à des producteurs de services et en fonction de leurs nombres et de leurs caractéristiques. À titre d'exemple, le budget du programme d'assurance des services médicaux de la RAMQ est déterminé essentiellement par le nombre de médecins au Québec et le revenu moyen négocié avec leurs fédérations. Les budgets alloués aux Agences régionales sont déterminés principalement par le nombre d'établissements sur le territoire, leur capacité de production et le type de services qu'ils produisent. Une région en pénurie d'établissements par rapport aux besoins de sa population sera forcément en pénurie de ressources financières pour leur répondre. Dans une telle conception de la gouverne, le réflexe est très grande, lorsqu'il y a des difficultés financières, de resserrer la capacité de production du réseau et de laisser de moins en moins d'autonomie aux établissements locaux de gérer la production de leurs services. Le Québec est possiblement rendu à la limite de cette conception de la gouverne.

Il existe une autre forme de gouverne qui s'implante dans des pays industrialisés. Elle est orientée vers l'achat de services plutôt que vers leur production. Elle utilise la perspective de l'acheteur, des clientèles et des populations à desservir pour la gouverne du système. Les instances de gouverne achètent des services des organisations de santé qui ont toute la marge de manœuvre requise pour organiser la production de leurs services et les vendre aux acheteurs. La gouverne se fait par l'achat de services et non leur production. La gestion de la production est laissée aux organisations. À titre d'exemple, la loi spécifierait les services à acheter à mêmes les fonds publics et les conditions de leur achat par le Ministère et les Agences régionales. Les budgets seraient déterminés selon les clientèles et populations de leur territoire et leurs caractéristiques. Les Agences recevraient les budgets requis pour desservir l'ensemble de leur population. Elles seraient libres d'acheter les services requis pour leur population auprès d'établissements et d'autres organisations de santé les plus capables de satisfaire les conditions exigées et ce, qu'ils soient localisés dans leur région ou dans une autre région. Les établissements reçoivent non pas un budget préétabli mais des sommes versées en fonction des responsabilités qu'ils assument auprès des patients ou des populations. L'argent suit le

client. Les établissements et autres organisations de santé ont alors un intérêt financier à bien desservir un client. Un client n'est pas uniquement une source de dépense comme c'est le cas actuellement. Il est aussi une source de revenus. Il irait presque de soi que la gouverne des instances chargées d'acheter les services pour une population doit principalement être démocratique.

Il a été impossible, dans le court temps qui nous a été alloué pour rédiger ce rapport, d'élaborer un scénario complet d'une gouverne du système de soins qui passe de la gestion de la production de services à celle d'acheteurs de services. Le potentiel d'une telle transformation de la gouverne semble suffisamment intéressant pour qu'une réflexion plus approfondie soit entreprise sur ses bénéfices, ses conditions de mise en œuvre et sa faisabilité dans le contexte québécois.

Proposition 17 : **Analyser le potentiel et les conditions de succès de la transformation d'une gouverne du système de soins orientée sur la production de services, comme c'est le cas actuellement, vers une gouverne orientée sur l'achat de services.**

CONCLUSION

L'analyse présentée dans ce rapport a plusieurs implications pour la réalisation du mandat du Groupe de travail. La première implication porte sur le diagnostic à porter sur le système québécois. La performance du système québécois est loin d'être parmi les meilleures au monde même si elle est bonne en comparaison aux autres provinces canadiennes. Les points les plus faibles s'observent et sont surtout reliés à l'organisation des services de première ligne. C'est cette faiblesse qui le caractérise le plus en comparaison des autres provinces. C'est aussi cette faiblesse qui le caractérise encore plus en comparaison à d'autres pays industrialisés. Ce diagnostic est troublant compte tenu des évidences scientifiques qui démontrent que les systèmes de soins les plus performants sont ceux dont la fourniture de services repose sur des organisations de première ligne qualifiées de fortes. Certains indicateurs laissent d'ailleurs croire que le système de soins du Québec évolue actuellement dans une direction inverse à celle proposée : valorisation et consolidation des services spécialisés et ultra-spécialisés et dévalorisation conséquente des services de première ligne.

La deuxième implication porte sur le financement du système de soins. La performance des systèmes de soins des pays industrialisés qui investissent déjà le plus au monde, n'est pas reliée à un accroissement additionnel de leur niveau de financement. D'autres facteurs sont beaucoup plus déterminants dont les caractéristiques des organisations des services de première ligne. C'est cette piste de solution que le présent rapport invite le Groupe de travail à emprunter résolument. Pour ce faire, il formule un certain nombre de propositions dont certaines doivent être précisées davantage pour devenir opérationnelles. Ce qui est surtout important de retenir de ces propositions, c'est la cohérence qu'elles dégagent. Ces propositions portent sur chacune des grandes dimensions des organisations des services de première ligne : les acteurs, la vision, les ressources, la structure de gouverne et les pratiques. Elles spécifient les options à privilégier sur chacune et sur

l'ensemble de ces dimensions pour améliorer la performance du système de soins québécois. C'est cette cohérence d'ensemble, plus que chacune des propositions spécifiques, qui est garante des effets qu'elles sont susceptibles de générer. C'est donc de cette cohérence que nous souhaitons que s'inspire le Groupe de travail dans ses recommandations pour solutionner les problèmes auxquels fait face le système québécois.

La troisième implication concerne la stratégie à adopter pour introduire les changements proposés dans ce rapport. Cette stratégie doit reconnaître les efforts considérables qui ont été déployés au Québec au cours des dernières années pour restructurer le réseau de la santé et des services sociaux. Elle doit s'appuyer autant que possible sur les résultats de ces efforts et plus particulièrement sur les CSSS, les GMF et les réseaux locaux qui en ont émergé. Elle doit reconnaître qu'aucun mode d'organisation n'est susceptible de répondre aux attentes de tous les membres d'une société aussi pluraliste que le Québec. Plusieurs modèles sont requis. Les organisations les plus susceptibles de répondre adéquatement à cette pluralité d'attentes sont celles qui émaneront des collectivités elles-mêmes. L'émergence de telles initiatives ne s'impose pas et ne s'oblige pas. Elle s'insuffle et s'incite. Il est possible et même probable toutefois que des initiatives émanant des collectivités auront pour conséquences de modifier les structures mises en place lors de la récente réforme. La préséance devra être accordée aux initiatives émergentes plutôt qu'aux structures en place dans la mesure où ces initiatives font l'objet d'un certain consensus dans leur propre milieu. Nous souhaitons que le Groupe fasse la promotion de cette stratégie pour insuffler des changements significatifs à l'organisation des services de santé.

La dernière implication est que l'utilisation d'une telle stratégie de transformation risque de nécessiter une modification à la gouverne même du réseau de la santé et des services sociaux. Son impact et ses conditions n'ont pas fait l'objet d'une analyse approfondie. Le Groupe de travail devrait analyser plus à fond le potentiel d'orienter le gouverne du réseau sur l'achat plutôt que sur la production des services. Le but poursuivi est double : gouverner selon le prisme des personnes et des collectivités à desservir et laisser la gestion de la production des services à ceux qui les produisent. Le Groupe de travail pourrait pousser la réflexion sur la nécessité de modifier les critères d'allocation de ressources financières aux Agences régionales, la composition de leur instance de gouverne et les critères en fonction desquels les paiements sont versés aux organisations de santé.

ANNEXE 1 :
PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SOINS DU QUÉBEC EN COMPARAISON
DE CEUX DES AUTRES PROVINCES CANADIENNES

Tableau 1

	Dépenses de santé par habitant 2004		
	Dépenses Totales	Dépenses Publiques	Dépenses Privées
Qué.	3656	2621	1035
I-P-É	3888	2738	1150
N.-B.	3968	2822	1146
N.-É.	3974	2767	1207
C.-B.	4085	2919	1165
T-N-L	4106	3152	954
Sask.	4145	3126	1018
Ontario	4296	2877	1418
Alb.	4316	3109	1207
Man.	4465	3330	1135
Canada	4109	2992	1227
Source	1	1	1

Tableau 2

	Taux par 10 000 habitants : 2005								
	MD famille	MD spécialiste	MD Total	Infirm autor	Infirm. Auxi.	Infirm. totales	Pharma.	Psycho.	Total
Qué.	109	106	215	837	214	1051	89	99	1454
Î.-P.-É.	89	55	144	1044	439	1483	116	20	1763
N.-B.	102	70	172	999	351	1350	83	35	1640
N.-É.	117	100	217	932	334	1266	114	44	1641
C.-B.	11	89	100	650	114	764	92	22	978
T.-N.L.	98	94	192	1068	524	1592	114	38	1936
Sask.	88	67	155	863	221	1084	119	42	1400
Ont.	85	92	177	710	194	904	83	24	1188
Alb.	103	88	191	797	161	958	106	51	1306
Man.	94	86	180	956	220	1176	98	14	1468
Canada	98	93	191	776	200	976	91	45	1303
Source	2	2		2	2		2	2	

Tableau 3

	Nombre par 1 000 000 habitants 2006				
	Caméras nucléaires	Tomodensito- mètres (TDM)	Angiographe	Appareils résonnance magnétique	Total
Qué.	21,4	14,0	5,4	7,3	48,1
Î.-P.-É.	14,5	14,5	0,0	7,2	36,2
N.-B.	32,0	13,3	10,7	6,7	62,7
N.-É.	27,8	16,0	6,4	5,3	55,5
C.-B.	17,3	11,0	4,9	5,8	39,0
T.-N.L.	29,3	19,5	5,9	3,9	58,6
Sask.	16,2	15,2	4,1	4,1	39,6
Ont.	24,8	9,4	5,8	5,1	45,1
Alb.	20,7	10,2	4,2	7,8	42,9
Man.	16,2	15,3	4,3	6,8	42,6
Canada	22,2	11,6	5,4	6,0	45,2
Source	3	3	3	3	

Tableau 4

	Utilisation des services 2005-2006								
	Visite MD 12 dern. mois	% Test pap (3 ans passés)	Mammo. Dépistage (% au cours 2 ans passés)	Test antigène prostatique (% jamais subi)	Arthroplastie		Pontage coronarien	Césarienne	Hystérectomie
					Hanche	Genou			
Qué.	75,4	68,5	50,5	58,3	63,7	85,5	81,9	22,9	325,0
Î.-P.-É.	84,0	79,9	41,9	56,2	111,5	165,3	81,5	29,8	572,0
N.-B.	81,9	76,5	54,8	49,3	95,4	151,1	92,0	28,7	514,0
N.-É.	85,5	81,0	49,9	53,2	108,6	151,5	83,5	28,0	466,0
C.-B.	82,7	72,6	48,2	51,9	110,1	141,5	69,6	30,4	337,0
T.-N.L.	83,8	75,8	45,2	60,6	80,6	106,1	125,9	30,1	458,0
Sask.	82,3	77,1	46,4	57,7	119,0	171,6	110,9	21,1	405,0
Ont.	81,5	72,9	53,0	53,4	114,1	181,9	88,0	27,7	327,0
Alb.	80,7	76,6	52,3	64,2	130,5	188,1	71,7	26,3	382,0
Man.	80,2	75,1	42,6	51,5	123,4	190,8	87,7	21,3	314,0
Canada	80,2	72,8	50,8	55,6	101,5	149,4	83,8	26,3	346,0
Source	9,2	2	2	9	2	2	2	2	2

Tableau 5

	Nb d'examens/ 1000 habitants 2006		Dépenses en médicaments 2005		
	TDM	IRM	Totales/ habitant	Prescrits/ habitant	par Jr CH
Qué.	100	30	775,64	674,39	52,20
Î.-P.-É.	111	19	691,72	545,49	*
N.-B.	138	35	835,95	701,58	51,92
N.-É.	162	30	775,83	627,68	44,87
C.-B.	86	20	651,51	521,13	76,24
T.-N.- L.	115	12	737,26	630,46	50,56
Sask.	107	20	677,87	554,22	50,68
Ont.	92	33	836,77	693,20	64,56
Alb.	100	40	707,33	566,11	71,11
Man.	110	25	686,34	571,04	46,97
Canada	98	30	769,68	640,49	60,42
Source	3	3	2	2	2

Tableau 6

	Difficultés d'accès soins routine ou de suivi 2005			Difficultés d'accès à des soins immédiats pour un problème mineur 2005				Temps attente visites MD spécialiste nouveau problème 2005		Temps d'attente tests diagnostiques 2005		Temps d'attente Chirurgies non- urgentes 2005	
	Tous moments journée	Durant heures normales bureau	Soirée et fins semaine	Tous moments journée	Durant heures normales bureau	Soirée et fins semaine	La nuit	< 1 mois	> 3 mois	< 1 mois	> 3 mois	< 1 mois	1-3 mois
Qc	20,5	15,8	6,8	21,9	16,0	9,9	3,9	53,6	9,9	59,6	10,2	39,4	38,8
Î.-P.-É.	17,1	14,8	3,8	30,4	21,1	15,9	3,2	48,9	15,1	57,1	10,6	14,9	43,2
N.-B.	13,2	11,6	3,2	20,9	13,5	9,9	2,6	46,9	14,5	53,4	9,0	38,1	49,6
N.-É.	13,1	11,0	4,1	24,1	14,0	13,2	4,6	49,2	11,3	58,8	9,5	40,9	40,7
C.-B.	10,1	7,4	2,5	17,8	9,8	7,7	3,9	43,4	12,5	54,4	9,9	36,6	41,3
T.N.L.	12,0	9,6	2,6	23,0	16,0	10,0	3,2	40,1	18,9	46,6	18,8	46,1	39,1
Sask.	12,9	10,5	2,8	16,5	9,6	8,0	2,3	43,1	17,8	47,4	13,8	37,9	32,4
Ont.	15,3	12,4	4,4	22,6	13,4	12,9	5,3	42,5	13,5	55,5	8,8	42,3	42,9
Alb.	15,7	11,6	3,7	19,2	12,7	8,9	2,8	47,0	14,6	61,1	13,1	41,0	39,5
Man.	16,9	13,9	2,9	23,6	15,3	10,3	3,9	40,8	17,8	51,1	13,8	38,9	33,5
Canada	16,0	12,6	4,6	21,4	13,6	10,8	4,2	46,0	12,9	56,4	10,2	40,3	40,7
Source	8,4	8,4	8,4	8,5	8,5	8,5	8,5	8,1	8,1	8,2	8,2	9,2	9,2

Tableau 7

	% population 12 ans & + (2005)			
		Excellente ou bonne satisfaction soins reçus 12 derniers mois		
	A un MF	Soins CH	Soins MD	Soins + récents
Qué.	75,1	81,2	91,9	85,3
Î.-P.-É.	90,8	89,6	92,9	88,0
N.-B.	93,3	87,0	93,6	89,1
N.-É.	95,0	88,4	94,9	91,4
C.-B.	88,9	81,2	89,5	84,0
T.N.L.	86,8	89,1	93,1	88,6
Sask.	85,8	84,9	92,8	87,0
Ont.	91,4	80,0	90,4	84,3
Alb.	82,1	82,9	92,2	85,9
Man.	82,9	85,9	91,0	87,0
Canada	85,9	82,0	91,1	85,2
Source	5	8,2	8,3	8,1

Tableau 8

	Espérance de vie 2004					
	À la naissance.			À 65 ans		
	Tous	Homme	Femme	Tous	Homme	Femme
Qué.	80,1	77,5	82,6	19,3	17,3	21,0
Î.-P.-É.	79,2	76,8	81,6	18,4	16,6	20,1
N.-B.	79,7	77,0	82,2	18,7	16,8	20,3
N.-É.	79,1	76,5	81,6	18,6	16,8	20,1
C.-B.	80,9	78,7	83,1	20,1	18,6	21,3
T.-N.-L.	78,5	75,8	81,3	17,7	15,9	19,4
Sask.	79,3	76,6	82,1	19,4	17,4	21,2
Ont.	80,6	78,3	82,7	19,6	17,9	21,0
Alb.	80,2	77,8	82,6	19,7	18,1	21,1
Man.	78,9	76,4	81,4	18,9	17,0	20,5
Canada	80,2	77,8	82,6	19,5	17,7	21,0
Source	4	4	4	4	4	4

Tableau 9

	Jours incapacité 2 sem. (% ≥12 ans)	Santé fonctionnelle (% limitations)		Participation & limitations à des activités		Blessures causant limitation activités (12 mois)	Douleurs ou malaises qui ont un effet sur les activités		Arthrite ou rhumatisme		Auto-évaluation de la santé (passable ou mauv.)	
		aucun	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64		Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64
Qué.	86,5	12,8	24,3	23,5	45,8	11,4	7,4	14,9	9,3	41,0	7,8	24,7
Î.-P.-É.	81,0	19,3	37,1	26,4	62,4	12,8	11,7	22,2	14,6	56,3	11,7	27,9
N.-B.	80,8	18,2	29,7	29,0	57,5	11,6	12,1	18,8	15,0	49,1	11,4	32,2
N.-É.	79,0	20,7	31,9	34,4	66,5	15,5	12,1	16,5	17,2	51,9	11,1	31,8
C.-B.	80,3	16,9	31,5	27,0	54,1	16,0	10,4	21,7	10,8	42,4	9,0	26,7
T.N.L.	81,8	19,2	30,1	30,2	55,0	11,6	10,8	17,6	16,1	51,9	10,0	23,6
Sask.	81,2	16,2	34,7	27,2	59,9	14,4	9,8	21,1	13,3	47,1	9,5	29,0
Ont.	82,5	16,3	28,6	25,4	53,1	13,5	9,8	19,7	11,9	48,3	8,6	25,7
Alb.	81,9	16,1	32,2	25,9	56,3	14,5	8,9	21,1	10,3	48,6	8,3	27,0
Man.	82,4	16,0	30,9	26,4	58,5	13,6	10,8	20,1	12,8	49,6	8,2	28,4
Canada	82,9	15,8	28,7	25,7	52,8	13,4	9,4	18,8	11,4	45,9	8,6	26,2
Source	5	5	5	5	5	6	5	5	5	5	5	5

Tableau 10

	Fumeur actuel (réguliers ou occasionnels)		Cons. abusive d'alcool		Cons. fruits et légumes (+ de 5 par jour)		Act. phys. ds loisirs (élevé ou moy. élevé)		Indice de masse corporelle		Sentiment appart. communauté (fort ou plutôt fort)		Stress dans la vie quotidienne (beaucoup)	
	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+	Âge 12-64	Âge 65+
Qué.	26,4	12,6	22,3	6,4	50,1	48,8	49,3	38,8	14,0	15,1	51,7	60,1	29,1	9,8
Î.-P.-É.	24,2	10,9	28,7	*	30,1	42,7	47,0	22,7	24,0	15,4	73,1	77,0	19,2	9,8
N.-B.	24,8	9,6	28,6	7,9	34,4	40,0	48,4	30,1	23,7	17,0	70,6	75,8	22,0	10,3
N.-É.	24,6	12,2	28,5	8,0	33,7	32,9	51,8	27,4	21,6	16,7	70,1	72,6	23,3	9,4
C.-B.	19,3	9,3	23,5	7,8	39,6	40,1	59,0	50,2	13,3	12,8	66,8	68,7	25,3	9,4
T.N.L.	25,0	11,7	35,3	8,8	21,6	31,5	47,3	28,1	25,4	15,4	76,5	79,5	16,7	6,9
Sask.	26,4	11,4	28,2	4,7	33,4	38,7	51,8	36,3	21,1	18,6	69,0	76,0	23,5	11,2
Ont.	22,6	9,3	23,8	5,7	40,2	45,6	53,0	41,2	15,1	14,8	63,2	64,5	25,5	10,8
Alb.	24,2	12,0	24,6	4,7	36,2	37,8	55,3	40,3	15,6	16,9	62,4	66,3	24,3	9,6
Man.	22,6	8,6	24,5	6,4	31,7	33,2	50,1	32,0	18,2	17,4	65,5	68,2	21,6	11,5
Canada	23,5	10,5	24,1	6,2	40,8	43,7	52,8	40,2	15,5	15,1	61,8	65,5	25,7	10,2
Source	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5

Sources

- 1- Institut canadien d'information sur la santé, Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2006, Ottawa, ICIS, 2006.
- 2- Rapport Indicateurs de santé 2007, ICIS, p.42, 47, 52 à 55, 66, 72-73 et 80 à 82
http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_770_F&cw_topic=770&cw_rel=AR_152_F
- 3- Enquête nationale sur divers équipements d'imagerie médicale, ICIS 2006
http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/mit_analysis_in_brief_f.pdf
- 4- Statistique Canada, Statistique de l'état civil du Canada, Bases de données sur les naissances et sur les décès et Division de la démographie (estimations de la population)
<http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM>
- 5- Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, Statistique Canada
<http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM>
- 6- Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada
http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_10may2006_tab1_f.html
- 7- Institut canadien d'information sur la santé, Base de données canadienne SIG (BDCS)
http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/media_10may2006_tab2_f.html
- 8 - Statistique Canada, Enquête accès aux services de santé
 - 8.1 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-0280
 - 8.2 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-0281
 - 8.3 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-0282
 - 8.4 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-0289
 - 8.5 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3002
 - 8.6 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3003
 - 8.7 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3004
 - 8.8 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3041
 - 8.9 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3067
 - 8.10 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3069
- 9- Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population
http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/cnsmcgi.pgm?Lang=F&ArrayId=1050046&Array_Pick=1&RootDir=CII/&ResultTemplate=CII\CII
 - 9.1 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-0358
 - 9.2 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-0461
 - 9.3 - www.cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.PGM, tableau 105-3003

ANNEXE 2 :
PERFORMANCE DES SYSTÈMES DE SOINS AU CANADA EN
COMPARAISON DE CEUX D'AUTRES PAYS INDUSTRIALISÉS

PERFORMANCE GLOBALE

Tableau 1

	Importance changements requis		
	(% population 1990)		
	Mineurs	Majeurs	Complets
Allemagne	41	35	13
Australie	34	43	17
Canada	56	38	5
États-Unis	10	60	29
France	41	42	10
G-B	27	52	17
Italie	12	46	40
Japon	29	47	6
Pays-Bas	47	46	5
Suède	32	58	6
Source	2	2	2

Tableau 2

	Importance des changements requis au système de soins								
	(% population)								
	Mineurs			Majeurs			Complets		
	1990	1998	2004	1990	1998	2004	1990	1998	2004
Australie	34	19	21	43	49	55	17	30	23
Canada	56	20	21	38	56	63	5	23	14
États-Unis	10	17	16	60	47	46	29	33	33
G-B	27	25	26	52	58	59	17	14	13
N-Zélande		9	19		57	60		32	19
Source									

Tableau 3
Satisfaction des soins reçus

	Satisfaction soins reçus		Satisfaction visites médicales			Satisfaction soins CH	
	% Ad 1998	% Mal 2002	% Ad 1989	% Ad 1998	% mal 2004	% Hosp 1989	% Ad 1998
Australie	54	63		68	71		57
Canada	54	62	73	67	68	71	54
É-U	49	54	54	59	61	57	54
G-B	50	66	63	46	64	67	62
N-Zélande	54	50		79	74		55
Source	5	8	3	5	9	3	5

Tableau 4
(Source 11)

Figure ES-1. Overall Ranking

Country Rankings							
	1.00–2.66						
	2.67–4.33						
	4.34–6.00						
	Australia	Canada	Germany	New Zealand	United Kingdom	United States	
Overall Ranking (2007)	3	5	1	4	2	6	
Quality Care	4	6	1	2	3	5	
Right Care	5	6	1.5	1.5	3.5	3.5	
Safe Care	4	5	1	3	2	6	
Coordinated Care	3	5	1	2	4	6	
Patient-Centered Care	4	6	2	1	3	5	
Access	3	5	1	4	2	6	
Efficiency	4	5	3	2	1	6	
Equity	2	5	4	3	1	6	
Healthy Lives	1	3	2	4.5	4.5	6	
Health Expenditures per Capita, 2004	\$2,876*	\$3,165	\$3,005*	\$2,083	\$2,546	\$6,102	

* 2003 data.

Source: Calculated by The Commonwealth Fund based on the Commonwealth Fund 2004 International Health Policy Survey, the Commonwealth Fund 2005 International Health Policy Survey of Sicker Adults, the 2006 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians, and the Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System National Scorecard.

ACCESSIBILITÉ

Accessibilité temporelle

Tableau 5
Difficulté d'obtenir un rendez-vous (RV) chez le médecin régulier et les médecins spécialistes ou d'être admis en centre hospitalier

	RV MD régulier			Hors Heures travail	RV Spécialistes			Admission CH
	1991	2002	2004	2004	1991	1998	2002	2002
	Nb Jrs	% adultes malades	> 2 jrs % adultes	% adultes	Nb jours	% adultes	% adultes malades	% adultes malades
Allemagne	8				9			
Australie		35	24	54		35	41	31
Canada	14	45	52	59	27	46	53	44
États-Unis	8	38	42	63	8	39	40	26
Grande- Bretagne		39	44	43		29	38	31
Nouvelle- Zélande		15	13	33		35	36	32
Source	3	8	9	9	3	4	8	8

Tableau 6
Temps attente pour obtenir une chirurgie électorique ou un test diagnostic

	Chirurgie électorique			Test Diagnostic
	1991	1998	2006	2006
	Nb jrs	1mois % adultes	% pts avec longs délais	% pts avec longs délais
Allemagne	3		24	9
Australie		49	45	69
Canada	6	55	90	70
États-Unis	2	29	51	9
Grande- Bretagne		69	93	62
Nouvelle- Zélande		50	81	85
Pays-Bas			75	51
Source	3	5	10	10

CONTINUITÉ

Continuité relationnelle

Existence et durée d'une relation avec une source régulière de soins

Tableau 7

% des adultes qui ont un médecin ou une clinique comme source régulière de soins ainsi que la durée de leur relation

	Avoir une source régulière de soins			Durée de la relation	
	% adultes 2004			% adultes 2004	
	Médecin	Clinique	Pas source régulière	< 2 ans	> 5 ans
Australie	88	6	5	22	50
Canada	86	9	5	20	53
États-Unis	83	8	9	29	37
Grande-Bretagne	91	8	1	18	63
Nouvelle-Zélande	91	6	3	21	56
Source	9	9	9	9	9

Qualité de la relation

Tableau 8

% des adultes selon leur appréciation de différents aspects de leur relation

	Problème relié au temps passé avec le médecin		Médecin perçu excellent ou très bon pour :				
	% adultes		(% adultes malades 2002)				
	1998	2004	Diagnostic	Temps accordé	Accessibilité	Écoute	Respect dignité
Australie	13	14	67	64	57	72	79
Canada	20	17	62	57	52	66	75
États-Unis	20	25	58	52	51	62	71
Grande-Bretagne	12	17	57	55	50	65	74
Nouvelle-Zélande	9	12	68	72	68	76	83
Source	5	9	8	8	8	8	8

Tableau 9
% des adultes selon leur appréciation des différents aspects de leur relation

	MD régulier fait :				MD donne malades chroniques instructions écrites sur comment gérer maladie à maison		
	Fixer buts clairs au traitement	Aviser sur quoi faire pour maintenir sa santé	Demander opinion du patient sur traitement	Garder patient motivé pour faire ce qu'il faut	Régulièrement	Occasionnellement	Non
	% Adultes malades 2002				% médecins 2006		
Allemagne					63	30	7
Australie	23	12	51	29	29	62	9
Canada	21	14	49	28	14	57	26
États-Unis	20	14	47	30	33	53	12
Grande-Bretagne	38	26	67	43	21	62	17
Nouvelle-Zélande	25	17	47	34	18	72	10
Pays-Bas					25	62	12
Source	8	8	8	8	10	10	10

Tableau 10

	Pouvez-vous offrir des soins optima aux				Utilisation de cliniciens non-médecin						
	Patients avec multiples maladies chroniques		Patients avec problèmes santé mentale		Équipe multi-disciplinaire	Pour suivre malades chroniques			Procurer patients SPL		
	Bien	Assez	Bien	Assez		% utilisation	De routine	À occasion	Non	De routine	À occasion
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Allemagne	93	7	70	27	49	62	21	17	56	26	19
Australie	69	29	50	48	32	38	35	26	38	30	33
Canada	55	40	40	46	32	25	24	49	22	18	58
États-Unis	68	27	37	52	29	36	26	35	39	16	42
G-B	76	24	55	43	81	73	17	10	70	17	13
N-Zélande	67	32	48	48	30	57	33	10	51	35	15
Pays-Bas	75	24	65	33	50	46	19	35	33	21	45
Source	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Continuité informationnelle

Tableau 11

	Vous obtenez l'information du consultant après référence d'un patient			Combien de temps pour recevoir le rapport d'hospitalisation après sortie patients du CH		
	Presque toujours	Souvent	Moitié moitié	< 4 jrs	5-14 jrs	> 15 jrs ou pas
	% MD 2006					
Allemagne	68	21	11	11	35	53
Australie	76	19	5	31	40	28
Canada	62	22	15	9	28	58
États-Unis	37	33	28	39	34	23
G-B	75	18	7	14	34	52
N-Zélande	82	14	3	48	34	18
Pays-Bas	61	35	4	12	35	48
Source	10	10	10	10	10	10

Coordination des soins

Tableau 12

	Fréquence patients font face situations suivantes						
					Fréquence problèmes coordination	DM pas disponible pour RV	Tests répétés dû résultats non disponibles
	Répète son histoire	Dossier ou résultats tests non disponibles au RV	Dupliquer tests	Reçoit information contradictoire	Rarement/ jamais	Rarement/ jamais	Rarement/ jamais
	% adultes malades 2002				% MD 2006		
Allemagne					78	89	95
Australie	49	14	13	23	60	72	89
Canada	50	19	20	23	51	56	78
États-Unis	57	25	22	26	60	58	82
G-B	49	23	13	19	34	64	73
N-Zélande	47	16	17	24	51	72	86
Pays-Bas					52	83	92
Source	8	8	8	8	10	10	10

PRATIQUE MDS PREMIÈRE LIGNE

Tableau 13

	Heures ouverture bureau permettent de voir les patients			
	Tôt matin	Soirs	Fins semaine	Aucun
	2006	2006	2006	2006
Allemagne	80	74	24	7
Australie	43	52	76	14
Canada	27	48	38	34
États-Unis	40	38	47	29
G-B	33	39	5	40
N-Zélande	37	38	39	34
Pays-Bas	85	4	2	13

Tableau 14

	TI utilisée par MDs SPL							
	% avec DM informatique	Votre DMI permet-il			Votre DMI permet (% de oui fréquemment et occasionnellement)			
		Partager DM avec MD extérieurs	Accéder DM extérieure bureau	Permettre patients accès leur DM	Prescrire tests labo	Prescrire Rx	Avoir accès résultats tests labo	Avoir accès DM hôpitaux
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Allemagne	42	9	16	15	45	64	58	14
Australie	79	10	19	36	71	84	83	19
Canada	23	6	11	6	12	15	44	25
États-Unis	28	12	22	10	31	28	67	58
G-B	89	15	22	50	30	59	91	24
N-Zélande	92	17	36	32	68	81	93	61
Pays-Bas	98	45	32	8	13	89	86	22
Source	10	10	10	10	10	10	10	10

Tableau 15

Est-ce que les tâches suivantes sont faites de routine ?									
	Recevoir un signal d'un problème potentiel avec médication un patient			Recevoir signal pour informer patients résultats tests			Envoyer patient rappel soins préventifs ou de suivi		
	Oui par ordi	Oui manuel	Non	Oui par ordi	Oui manuel	Non	Oui par ordi	Oui manuel	Non
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Allemagne	40	33	27	32	30	38	28	24	48
Australie	80	10	11	52	17	31	65	18	17
Canada	10	31	56	6	37	53	8	20	68
États-Unis	23	28	47	15	40	41	18	32	47
G-B	91	6	3	53	9	37	83	14	3
N-Zélande	87	6	7	51	8	41	93	5	2
Pays-Bas	93	2	4	16	14	69	61	16	23
Source	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Tableau 16

TI utilisée par MDs SPL								
	Votre DMI permet-il				Votre DMI permet (% de oui fréquemment et occasionnellement)			
	% avec DM informatique	Partager DM avec MD extérieurs	Accéder DM extérieure bureau	Permettre patients accès leur DM	Prescrire tests labo	Prescrire Rx	Avoir accès résultats tests labo	Avoir accès DM hôpitaux
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Allemagne	42	9	16	15	45	64	58	14
Australie	79	10	19	36	71	84	83	19
Canada	23	6	11	6	12	15	44	25
États-Unis	28	12	22	10	31	28	67	58
G-B	89	15	22	50	30	59	91	24
N-Zélande	92	17	36	32	68	81	93	61
Pays-Bas	98	45	32	8	13	89	86	22
Source	10	10	10	10	10	10	10	10

Tableau 17

La facilité avec laquelle vous pouvez générer avec vos DM actuels la liste des patients :										
	Par diagnostic et risque santé			Qui sont dus pour tests ou soins préventifs			Par médicaments pris par patients incluant ceux prescrits par autres MDs			Toutes
	Facile	Difficile	Très difficile	Facile	Difficile	Très difficile	Facile	Difficile	Très difficile	Facile
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Allemagne	81	9	10	64	18	19	55	22	23	40
Australie	68	17	14	62	25	12	74	16	10	44
Canada	26	28	43	13	25	57	25	24	48	5
États-Unis	37	27	33	20	36	41	37	26	34	12
G-B	92	6	1	77	18	5	88	11	2	68
N-Zélande	80	14	6	82	14	4	72	20	9	57
Pays-Bas	63	30	7	42	40	18	59	20	20	29
Source	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

UTILISATION

Tableau 18

	Visites Urgences derniers 2 ans		Cote Urgence	Temps attente		En douleur à urgence		MD régulier
	≥ 1	Condition pu traité MD régulier		avoir être traité		%	CH Tout fait pour soulager	été informé
			Excellente	< 30	≥			% Non
	2004	2004	2004	minutes	2 hrs	2004	2004	2004
Australie	29	9	55	40	29	68	50	30
Canada	38	18	45	22	48	64	31	36
États-Unis	34	16	47	37	34	73	33	30
G-B	29	6	53	33	36	62	48	32
N-Zélande	27	7	51	41	27	62	37	28
Source	9	9	9	9	9	9	9	9

Tableau 19

% des médecins								
	Participation activités amélioration qualité		Avez-vous incitatifs financiers pour :					
	Collaborations avec autres	Enseignement méthodes et outils	Atteindre objectifs soins cliniques	Satisfaction Patients	Suivre malades chroniques	Accroître activités préventives	Participation activités amélioration qualité	Aucun
	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006	2006
Allemagne	76	87	9	5	24	28	21	43
Australie	58	60	33	5	62	53	35	72
Canada	48	44	10	1	37	13	7	41
États-Unis	49	67	23	20	8	12	19	30
G-B	58	61	92	52	79	72	82	95
N-Zélande	78	69	43	2	68	42	47	79
Pays-Bas	70	62	6	1	47	18	28	58
Source	10	10	10	10	10	10	10	10

Accessibilité financière

Tableau 20

% des adultes ayant de la difficulté à payer le coût des services médicaux ou qui n'ont pas utilisé au moins un service à cause des coûts

	Problème payer service médicaux	Pas utiliser > 1 services à cause coûts	Difficulté payer soins % adultes	
			1998	2004
	% adultes	% adultes	2006	2006
			Prescriptions	Autres soins
Allemagne			58	35
Australie	10	29	79	27
Canada	5	17	80	25
États-Unis	18	40	94	42
Grande- Bretagne	3	9	61	14
Nouvelle- Zélande	15	34	89	39
Pays-Bas			62	12
Source	5	9	10	10

DÉPENSES DE SANTÉ

Tableau 21

	Dép. totales \$ US PPP/Hab			
	1960	1990	1998	2005
Allemagne	495	1999	2400	3287
Australie	517	1647	2040	3128
Canada	600	2115	2250	3326
États-Unis	820	3491	4270	6401
France	396	1920	2120	3374
G-B	407	1191	1450	2724
Italie	270	1648	1660	2532
Japon	143	1350	1780	2358
N-Zélande	495	1169	1440	2343
Pays-Bas	369	1654	2030	3094
Suède	490	1861	1820	2918
Suisse	479	2196	2740	4177
Médiane	369	1648	2000	

Sources

- 1- Blendon R. J. and H. Taylor, "Views on Health Care: Public Opinion in Three Nations", Health Affairs, Spring 1989 pp 149-157.
- 2- Blendon R. and al., "Satisfaction with Health Systems in Ten Nations", Health Affairs 22 (3), (Summer 1990) 185-192.
- 3- Blendon R. and al. "Health Reform Lessons Learned From Physicians In Three Nations", Health Affairs 12 (3) Fall 1993, 194-203.
- 4- Anderson Gerard F. and Jean-Pierre Poullier, "Health Spending, Access, And Outcomes: Trends In Industrialized Countries", Health Affairs, 18 (3), May-June 1999, pp. 178-192.
- 5- Donelan K. et al., "The Cost of Health System Change: Public Discontent in Five Nations", Health Affairs, Vol 18 (3), May/June 1999, pp. 206-216.
- 6- Andersen and Hussey, "Comparing Health System Performance in OECD Countries", Health Affairs, 20 (3) (May/June 2000); 219-232.
- 7- Reinhardt Uwe E., Peter S. Hussey and Gerard F. Anderson "Cross-National Comparisons Of Health Systems Using OECD Data, 1999", Health Affairs. 21 (3) (May/June 2001), 169-178.
- 8- Blendon R. and al., "Common Concerns Amid Diverse System: Health Care experience in Five Countries", Health Affairs 22 (3), (Fall 2002) 106-121.
- 9- Schoen C. et al., "Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries, Health Affairs" ~Web Executive, 28 oct 2004.
- 10- Schoen, C. et al., "On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views in Seven Countries", Health Affairs ~Web Executive w555, 2 November 2006.
- 11- Karen Davis et al, « Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care», The Commonwealth Fund, May 2007.

ANNEXE 3: **EFFETS ASSOCIÉS AUX ORGANISATIONS DE SANTÉ**

Aux fins de ce rapport, neuf effets des organisations de services de première ligne ont été examinés : l'efficacité, l'accessibilité, la continuité, la qualité, la globalité, l'utilisation, la réactivité, la productivité et la rentabilité.

Efficacité

L'efficacité est l'aptitude des organisations des services de première ligne à contribuer à l'amélioration de la santé des individus et des populations². Elle comprend deux aspects³ : l'efficacité-santé et l'efficacité-services. L'*efficacité-santé* est mesurée par la contribution de ces organisation à : 1) la perception des personnes de leur état de santé physique ou mentale ; 2) l'appréciation de leur condition de santé; 3) l'espérance et la qualité de vie; et 4) la réduction des taux de mortalité et de morbidité. D'autre part, l'*efficacité-services* se mesure en tenant compte de la contribution perçue ou observée des services de première ligne dans la prise en charge des problèmes de santé comme : 1) la prévention et la promotion des problèmes de santé; 2) le diagnostic juste et le dépistage précoce; 3) le traitement et le contrôle des problèmes de santé; 4) le maintien des capacités fonctionnelles des personnes affligées grâce à la réhabilitation, à la réadaptation et à la réinsertion; 5) les services de support et les soins palliatifs offerts aux malades et aux familles.

Accessibilité

La notion d'accessibilité désigne la facilité ou la difficulté d'entrer en contact avec les services de santé⁴ et s'exprime en quatre dimensions. L'*accessibilité globale* décrit la facilité d'accès aux services; l'*accessibilité aux services* de première ligne mesure la promptitude de l'accès du patient aux services de première ligne offerts; l'*accessibilité aux autres niveaux de soins* fait référence à la facilité d'accès du patient à des soins et au degré de promptitude des services spécialisés et diagnostiques, l'*équité d'accès* indique dans quelle mesure le niveau d'accès répond aux besoins des personnes sans égard à une série de facteurs tels que l'âge, le statut socioéconomique, l'origine ethnique et autres.

L'accessibilité est aussi analysée selon les facteurs qui la facilitent ou l'obstruent. L'accessibilité organisationnelle réfère à la facilité avec laquelle les services sont obtenus. Elle est généralement mesurée par les délais pour l'obtention des services. L'accessibilité financière réfère à la fourniture de services à des clientèles financièrement vulnérables. L'accessibilité culturelle réfère à la fourniture de services aux minorités culturelles.

Continuité

La notion de continuité des services indique dans quelle mesure les services sont offerts comme une succession cohérente d'évènements en lien avec les besoins de services et le contexte de vie des patients. La continuité des services se décline en trois composantes

² Virgil Slee et al., Health Care terms, Fourth Edition, Tringa Press, St-Paul, Minneapolis, É-U, 2001.

³ Pineault, R. et Daveluy, C. La planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies. Ed. Nouvelles, 1996.

⁴ Pineault R. et Daveluy C. op. cit.

clés : 1) la *continuité informationnelle* vise la disponibilité, l'utilisation et la transmission de l'information sur des événements antérieurs et permet de fournir les services appropriés, compte tenu des circonstances actuelles du patient; 2) la *continuité relationnelle* désigne une relation entre un patient et un fournisseur de services qui perdure dans le temps, ainsi que la qualité de cette relation; 3) la *gestion clinique intégrée* a pour fonction d'harmoniser de façon cohérente les soins octroyés par divers fournisseurs ⁵.

Qualité

La notion de qualité porte sur trois aspects des services de première ligne : 1) la *qualité totale*, telle que perçue par les patients et les professionnels; 2) la *qualité technique*, qui est liée au degré de conformité aux lignes directrices⁶; 3) la *pertinence*, qui tient à la justesse des services rendus compte tenu de l'état des personnes.

Globalité

La globalité indique l'étendue de la gamme de services offerts par les organisations. Plus la gamme de services est large plus la globalité est grande

Utilisation

L'utilisation réfère au recours effectif des personnes aux services de santé offerts par les organisations. Dans le cadre des études analysées pour les fins de ce rapport, l'utilisation est mesurée par le recours aux services des médecins de famille, des médecins spécialistes, des urgences des centres hospitaliers ainsi qu'à l'admission dans ces centres.

Réactivité

La notion de réactivité sert à établir dans quelle mesure les services répondent aux attentes des gens et sont jugés satisfaisants⁷. On évalue la réactivité des organisations en tenant compte des points de vue de trois acteurs: les usagers des services de première ligne, les professionnels qui octroient ces services et les communautés dans lesquelles s'insèrent les organisations.

La réactivité des utilisateurs est appréciée par leur satisfaction des services reçus ou du respect manifesté à leur endroit par le personnel des organisations. La réactivité du personnel soignant est appréciée par leur degré de satisfaction au travail, par la collaboration perçue entre les professionnels et par leur sentiment d'autonomie et de contrôle de leur pratique. La réactivité de la communauté regroupe les indicateurs déterminant le degré avec lequel les organisations prennent des mesures pour orienter les services vers la satisfaction des besoins des membres de la communauté, pour informer et être imputable envers leur communauté et pour analyser ou traiter les plaintes formulées par les membres de cette communauté.

⁵ Robert Reid, Jeannie Haggerty et Racheal McKendry. *So Misunderstood : Concepts and Measures of Continuity of Health Care*, Rapport de projet final soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur les services de santé, mars 2002.

⁶ Virgil, Slee et al., op. cit.

⁷ Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant, Genève, Suisse, 2000.

Productivité

La notion de productivité désigne le rapport qui existe entre les services rendus et les ressources utilisées en vue de les offrir⁸. Pour bien apprécier la productivité, il faut tenir compte du coût des services, ainsi que de la quantité, du type et de la nature des ressources servant à produire les services ou pour prendre en charge un problème de santé, un épisode de soins, une personne ou une population. Dans certaines études, elle est appréciée à l'aide d'un indice global : "Efficience technique". Dans d'autres études elle est appréciée à partir de certaines de ses composantes: les coûts totaux ou administratifs, la durée moyenne de séjour en centres hospitaliers ou la substitution de services hospitaliers par des services ambulatoires. On considère toute diminution des coûts ou le transfert de la production des services des niveaux spécialisés vers les services de première ligne comme un gain de productivité qu'on qualifie d'effet de substitution.

Rentabilité

La rentabilité des organisations est appréciée à partir de la différence entre les montants chargés aux patients et les coûts des services.

⁸ Contandriopoulos AP et al., 2000

Tableau 1
Efficacité selon le type de propriété des organisations productrices des services

	Nb Études	Nb Obs	Sans-but-lucratif (SBL) vs But-lucratif (BL)			Sans-but-lucratif (SBL) vs publique (PUB)			Publique vs But-lucratif		
			SBL> BL	SBL= BL	SBL< BL	SBL> PUB	SBL= PUB	SBL< PUB	PUB> BL	PUB= BL	PUB< BL
Efficacité santé	7	34	38%	57%	5%	0%	100%	0%	14%	86%	0%
Mortalité	6	24	7%	53%	40%	0%	100%	0%	0%	80%	20%
Morbidité	1	2	0%	0%	100%						
Fonctionnalité	1	6	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%
Globale	1	1	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Efficacité services	1	6							100%	0%	0%
Efficacité	8	40	38%	57%	5%	0%	100%	0%	54%	46%	0%

Tableau 2
Expérience de soins selon le type de propriété des organisations productrices

	Nb Études	Nb Obs	Sans-but-lucratif (SBL) vs But-lucratif (BL)			Sans-but-lucratif (SBL) vs publique (PUB)			Publique vs But-lucratif		
			SBL> BL	SBL= BL	SBL< BL	SBL> PUB	SBL= PUB	SBL< PUB	PUB> BL	PUB= BL	PUB< BL
Accessibilité											
Financière	5	54	69%	29%	2%	29%	57%	14%	100%	0%	0%
Culturelle	1	1	100%	0%	0%						
Organisationnelle	3	9	25%	50%	25%	60%	40%	0%	0%	100%	0%
Totale	7	66	66%	30%	4%	42%	50%	8%	71%	29%	0%
Globalité	4	36	84%	5%	11%	75%	25%	0%	46%	0%	54%
Réactivité											
Patients	5	8	50%	50%	0%	25%	75%	0%	33%	67%	0%
Personnel	1	5	100%	0%	0%	0%	67%	33%	100%	0%	0%
Communautés	3	17	89%	11%	0%	0%	100%	0%	75%	25%	0%
Totale	8	30	85%	23%	0%	10%	90%	10%	71%	43%	0%
Qualité											
Globale	3	78	61%	28%	12%				50%	0%	50%

Tableau 3
Productivité selon le type de propriété des organisations productrices

	Nb Étud.	Nb Obs	Sans-but-lucratif (SBL) vs But-lucratif (BL)			Sans-but-lucratif (SBL) vs publique (PUB)			Publique vs But-lucratif		
			SBL> BL	SBL= BL	SBL< BL	SBL> PUB	SBL= PUB	SBL< PUB	PUB> BL	PUB= BL	PUB< BL
Productivité	11	210	46%	27%	27%	8%	44%	48%	55%	28%	17%
Coûts totaux	7	100	46%	28%	26%	46%	46%	8%	20%	40%	40%
Coûts administratifs	2	13	25%	0%	76%	100%	0%	0%	33%	0%	67%
DMS	2	8	50%	25%	25%	0%	100%	0%	67%	33%	0%
Substitution	2	8	100%	0%	0%	0%	100%	0%	100%	0%	0%
Appréciation globale	5	82	62%	30%	7%	14%	29%	57%	83%	17%	0%
Rentabilité	3	23	0%	0%	100%	50%	50%	0%	0%	0%	100%
<i>Charges aux patients</i>	4	25	8%	0%	92%	100%	0%	0%	0%	0%	100%
<i>Ressources Humaines</i>											
Globale	5	13	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
Md	2	3	100%	0%	0%						
Inf	3	9	100%	0%	0%	0%	0%	100%	100%	0%	0%
Total	7	25	100%	0%	0%	40%	0%	60%	100%	0%	0%

Tableau 4
Rang des organisations dans l'atteinte des effets selon le type de propriété

	<u>Effets</u>	<u>Type de Propriété</u>		
		BL	SBL	PUB
Efficacité	Santé	1	1	1
	Service	2		1
	Totale	1	1	1
Accessibilité	Financière	3	2	1
	Culturelle	2	1	
	Organisationnelle	3	1	2
	Totale	3	1	2
Globalité	Totale	2	1	2
Réactivité	Patients	1	1	1
	Personnel	3	1	1
	Communautés	3	1	1
	Totale	3	1	1
Qualité	Technique	3	1	2
	Pertinence	2	1	
	Totale	2	1	2
Productivité	DMS	3	1	1
	Substitution	3	1	1
	Effizienz technique	3	2	1
Rentabilité	Totale	3	1	1
		1	2	3

Selon les modes d'organisation

Tableau 5
Ordonnancement des quatre modèles selon les effets : étude internationale

Modèles/ Effets	Modèle professionnel de contact	Modèle professionnel de coordination	Modèle communautaire non intégré	Modèle communautaire intégré
Efficacité	4	3	2	1
Productivité				
- Coûts	3	3	1	1
- Utilisation	4	1	3	2
Continuité	3	4	2	1
Accessibilité	1	1	4	3
- Équité d'accès	3	3	2	1
Réactivité	1	1	3	3
Qualité	3	3	2	1

Tableau 6
Ordonnancement de six modèles selon les effets : étude dans cinq régions du Québec

	Contact	Coordina	Commun	Coordina	Contact	Contact
	Solo	CH	intégré	CLSC	Groupe	Groupe
	Fermé				Fermé	Ouvert
Accessibilité organisationnelle	1	2	2	2	5	6
Facilité de contact	1	2	4	3	3	4
Accessibilité en situation d'urgence	3	3	1	2	3	3
CONTINUITÉ	1	4	3	5	2	6
Continuité relationnelle	1	5	4	2	3	6
Degré de connaissance de la personne par le MD	1	2	2	2	2	6
- Existence relation avec médecin	1	4	4	2	2	4
- Existence relation avec clinique	2	6	1	2	4	5
- Recours régulier aux soins du MD	1	2	5	4	3	5
- Force et qualité de la relation	1	1	1	1	1	6
Continuité d'approche	1	1	1	5	1	6
Continuité informationnelle 1 ^{ère} ligne	2	1	2	2	2	2
RÉACTIVITÉ	1	1	3	3	3	6
- Qualité de la relation	1	2	3	3	3	3
- Temps d'attente	2	1	2	2	2	6
UTILISATION DES SERVICES	3	1	3	2	3	3
Intensité utilisation 1 ^{ère} ligne	1	1	1	1	1	1
Intensité utilisation spécialistes	1	1	1	1	1	1
Utilisation urgence	3	1	3	2	3	3
Somme des rangs	6	8	11	12	13	21
Rang global	1	2	3	4	5	6

Sources

- 1- Blendon R. J. and H. Taylor, "Views On Health Care: Public Opinion In Three Nations", Health Affairs, Spring 1989 pp 149-157
- 2- Blendon R. and al., "Satisfaction With Health Systems In Ten Nations", Health Affairs 22 (3), (Summer 1990) 185-192
- 3- Blendon R. and al. "Health Reform Lessons Learned From Physicians In Three Nations", Health Affairs 12 (3) Fall 1993, 194-203
- 4- Anderson Gerard F. and Jean-Pierre Poullier, "Health Spending, Access, And Outcomes: Trends In Industrialized Countries", Health Affairs, 18 (3), May-June 1999, pp. 178-192
- 5- Donelan K. et al., "The Cost Of Health System Change: Public Discontent In Five Nations", Health Affairs, Vol 18 (3), May/June 1999, pp. 206-216
- 6- Andersen and Hussey, "Comparing Health System Performance in OECD Countries", Health Affairs, 20 (3) (May/June 2000); 219-232
- 7- Reinhardt Uwe E., Peter S. Hussey and Gerard F. Anderson "Cross-National Comparisons Of Health Systems Using OECD Data, 1999", Health Affairs. 21 (3) (May/June 2001), 169-
- 8- Blendon R. and al., "Common Concerns Amid Diverse System: Health Care experience in Five Countries", Health Affairs 22 (3), (Fall 2002) 106-121
- 9- Schoen C. et al., "Primary Care and Health System Performance: Adults' Experiences in Five Countries, Health Affairs" ~Web Executive, 28 oct 2004
- 10- Schoen, C. et al., "On the Front Lines of Care: Primary Care Doctors' Office Systems, Experiences, And Views in Seven Countries", Health Affairs ~Web Executive w555, 2 November 2006

Notes de fin de document

¹ Lamarche Paul A., Beaulieu Marie-Dominique, Pineault Raynald, Contandriopoulos André-Pierre, Denis Jean-Louis and Haggerty Jeannie, Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de première ligne au Canada, Fondation Canadienne de recherche sur les services de santé, Ottawa, Canada, Novembre 2003.

² Pineault Raynald et al., Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec, Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005).

³ Josée Gauthier et al., Modèles d'organisation des services de santé primaire et accès aux services requis par les communautés rurales, éloignées et isolées du Québec. Programme de recherche financé par la FCRSS, FRSQ, INSP et ARSSS du Bas St-Laurent, 2003-2008.

⁴ Pineault Raynald et al., L'accessibilité et la continuité dans la population : l'influence des modes d'organisation des services de santé de première ligne, projet de recherche financé par la FCRSS, 2004-2008.

⁵ Brunelle Yvon, Points saillants de la réforme du "Veteran Health Administration" Américain, Québec, MSSS, 2006; La pratique de groupe, Direction des services médicaux et médecine universitaire, MSSS, Québec. 2006; Yvon Brunelle, Retour sur certains indicateurs comparés : du mieux, du pire et du plus troublant, Présentation au 25^{ième} Colloque Jean-Yves Rivard, Université de Montréal, 2006; Brunelle Yvon, Choisir ses comparaisons pour juger : Du besoin et de la tentation, Actes de la XVIIIème Conférence des juristes de l'État, Québec, pp. 156-185, 2006; Brunelle Yvon, À propos de la pratique hospitalière des médecins de famille, MSSS, Québec, 2005.

⁶ Oliver A., The Veteran Health Administration : An American Success Story, The Milbank Quarterly, Vol. 85 (2007), No. 1, pp. 5-31; Aucoin L., La mesure de la performance clinique dans la gestion des services de santé. Document de travail, Infoveillance.com, MSSS, Québec, 2006; Borges Da Silva G et al., La gestion intégrée des soins : l'expérience de kaiser permanente et de Veteran Health Administration, aux USA, Revue médicale de l'assurance maladie, Paris, Vol. 36 (2005) No. 4, pp. 323-335; Silber D., Comment ressusciter un système public de santé l'exemple inattendu du Vets, Institut Montaigne www.institutmontaigne.org, Paris, 2007.

⁷ Aiken L., "Superior Outcomes for Magnet Hospitals : The Evidence Base, Magnet Hospitals Revisited", Chapitre 3 de Attraction and Retention of Professional Nurses, American Nurses Publishing, Washington 2002, pp. 61-82; McClure M. L. et al., "Magnet Hospitals : Attraction and Retention of Professional Nurses", American Nurses' Association, Kansas City Missouri, 1983; Spencer Laschinger H. K. et al., "Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics", J.O.N.A., Vol. 33 (2003), No. 8, pp. 410-412; Stordeur S. et al., "Organizational Configuration of Hospitals Succeeding in Attracting and Retaining Nurses", JAN, July 2006, pp. 45-58.

⁸ Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, « Les ressources humaines : développer les compétences, raviver la fierté », Chapitre 3 dans Les solutions émergentes, MSSS, 2000, pp. 110-133

⁹ Maranda M. F. et al., La détresse des médecins : un appel au changement, Institut de Psycho-dynamique du travail, Montréal, 2005.

¹⁰ Service de la recherche et de l'analyse, Mise à jour des données statistiques sur l'assurance-salaire, Direction générale du personnel du réseau et ministériel, MSSS, Québec, 2006.

¹¹ Breton A., Étude sur la qualité de vie au travail et les motifs d'insatisfaction des employés du réseau de la santé et des services sociaux. Montréal, Léger marketing, MSSS, 2001.

¹² Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada, Rapport final. Ottawa, Canada Novembre 2002.

¹³ Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie - Étude sur le système de soins de santé au Canada (1999-2002). Rapport final volume six, La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral : Recommandations en vue d'une réforme, Ottawa, Canada. Octobre 2002.

¹⁴ Commission d'étude sur la santé et les services sociaux, op.cit.

¹⁵ Bédard D., Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système, École nationale d'administration publique, 2000.

¹⁶ Macinko J. et al., « The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, Health Services Research, Vol 38 (2003), No. 3, pp. 831-865; Starfield B. et al., "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", The Milbank Quarterly, Vol., 83 (2005), No. 3, pp. 457-502; Wennberg J. E. et al., "Evaluating the Efficiency of California Providers in Caring for Patients with Chronic Conditions", Health Affairs, Vol. 24 (2005), No. 3, pp. 526-543.

¹⁷ Contandriopoulos A.P. et al., (2000). « L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes ». Revue d'épidémiologie et de santé publique, 48:517-539.

¹⁸ Ketcham Jonathan D. et al., "Physician Practice Size and Variations in Treatments and Outcomes: Evidence from Medicare Patients with AMI", Health Affairs, Vol. 26, No1, (January/February 2007), pp. 195-205.

¹⁹ Showstack J. et al., « Primary Care at a Crossroads », Annals of Internal medicine, Vo. 138 (2003), Vo. 3, pp. 242-243 2003).

²⁰ Safran D. G. et al., “Organizational and financial characteristics of health plans: are they related to primary care performance?”, Arch.Intern.Med. 2000; 160(1):69-76.

²¹ Pineault et al. Op. cit., 2005.

²² Saskatchewan Ministry of Health, Community Clinic Study, Regina, Policy Research and Management Branch, 1983.

²³ Direction générale de la planification et de l'évaluation, Des Organisation de soins intégrés de santé (OSIS) au Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Août 1988.

²⁴ Geneau R. et al., “Primary care practice à la carte among GP's using organisational diversity to increase job satisfaction. Family Practice, Vol 24 (2007), pp. 138-144.

²⁵ Contandriopoulos A.-P. (1999). « La régulation d'un système de soins sans murs ». In J.-P. Claveranne et al. (éds) ., La Santé demain. Vers un système de soins sans murs (p. 87-102.). Paris : Economica.

²⁶ Adriana Trigub Clover, Models of Public Private Partnerships: their impact on healthcare systems performance, Field Study, Department of Health Administration, Faculty of Medicine. Université de Montréal. August 2006.

²⁷ Jacques Ricard et Isabelle Paré, Propositions de modèles de soins en médecin de famille, Document de travail, Direction de la planification et de la régionalisation-Communication, Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, Septembre 2007

²⁸ Brunelle Yvon, op. cit., 2005.

²⁹ Conseil de la santé et du bien-être du Québec, « Tarifs, Tickets modérateurs et coassurances : quand le consommateur devient la cible », dans Un juste prix pour la santé : Avis au Ministre de la santé et des services sociaux, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec, Juin 1995; Conseil de la santé et du bien-être du Québec, Le financement privé des services médicaux et hospitaliers, Ministère de la santé et des services sociaux, Mars 2003.

³⁰ Tamblyn R. et al., « Adverse Events Associated with Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly », Journal of the American Medical Association, Vol. 285 (2001), pp. 421-429.