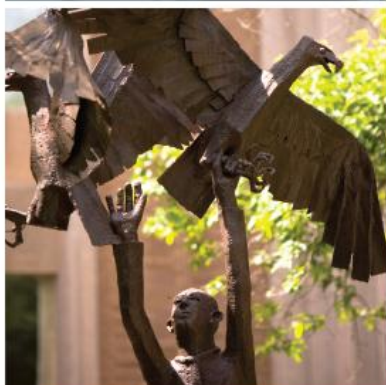


SYNTHÈSE
PORTANT SUR
LES DONNÉES
PROBANTES



RENFORCER LES SOINS DE
SANTÉ PRIMAIRES AU CANADA



EVIDENCE >> INSIGHT >> ACTION

**Synthèse portant sur les données probantes :
Renforcer les soins de santé primaires au Canada**

Le 11 mai 2009

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer le rôle de pivot mondial de l'amélioration des résultats de santé grâce à une résolution collective des problèmes. En agissant à un niveau régional, provincial ou national, le forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants tournés vers l'action à surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le forum agit comme un agent de changement en donnant aux parties prenantes la possibilité de déterminer l'agenda, de prendre des mesures bien motivées et de communiquer efficacement la justification de ces mesures.

Auteurs

John N. Lavis, docteur en médecine, directeur, McMaster Health Forum, professeur et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'échange des connaissances, McMaster University

Jennifer Boyko, M.H.Sc., responsable, Synthèse et évaluation des données probantes, McMaster Health Forum

Financement

La synthèse portant sur les données probantes et le dialogue destiné à informer les parties prenantes ont été tous les deux financés par le Conseil canadien de la santé. Les opinions exprimées dans cette synthèse portant sur les données probantes sont celles des auteurs et ne représentent en aucune façon les opinions du Conseil canadien de la santé, de ses membres ou de son secrétariat, ou du commanditaire principal (Santé Canada).

John Lavis reçoit une aide salariale du Programme des chaires de recherche du Canada.

Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec la synthèse portant sur les données probantes. Le commanditaire n'a joué aucun rôle dans la détermination, la sélection, l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données de recherches ciblées dans la synthèse portant sur les données probantes.

Examen du mérite

La synthèse portant sur les données probantes a été examinée par un nombre restreint de chercheurs, de stratèges et de parties prenantes, afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système.

Remerciements

Les auteurs désirent remercier Michael Wilson et Jonathan Sachs pour leur assistance dans l'examen des données de recherche sur les options de même que Nancy Johnson pour son aide à la rédaction et à la révision du document.

Citation

Lavis JN, Boyko JA. Synthèse portant sur les données probantes : Renforcer les soins de santé primaires au Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 11 mai 2009.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-798X (imprimé)

ISSN 1929-7998 (en ligne)

Table des Matières

MESSAGES CLÉS..... 4

Quel est le problème?..... 4

RAPPORT 7

LE PROBLÈME 8

 Les maladies chroniques représentent désormais un défi important..... 8

 L'accès à des programmes, des services ou des médicaments efficaces dans les soins de santé primaires n'est pas ce qu'il pourrait être. 10

 Les structures des systèmes de santé n'ont pas toujours soutenu la prestation de programmes, de services et de médicaments efficaces. 10

 Autres observations touchant à l'équité concernant le problème 13

 Option 1 – Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l'utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification ou de l'accréditation de leurs cliniques..... 14

 Option 2 – Soutenir l'extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle 17

 Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires 19

 Autres observations touchant à l'équité concernant les trois options 19

CONSIDÉRATIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE..... 20

RÉFÉRENCES..... 22

ANNEXES..... 27

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- The Le problème le plus important réside dans l'accès limité ou inéquitable aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux.
 - Les maladies chroniques représentent actuellement une part importante des conditions que le système de soins de santé primaires doit prévenir ou traiter.
 - L'accès des Canadiens à des programmes, des services et des médicaments efficaces n'est pas aussi performant qu'il le devrait, que ce soit lorsque les Canadiens déterminent eux-mêmes leurs besoins en soins ou (de façon plus proactive de la part des fournisseurs de soins de santé) lorsqu'ils ont une indication en la matière ou un besoin de prévention ou de traitement, en particulier de prévention et de traitement des maladies chroniques.
 - Les structures des systèmes de santé n'ont pas toujours soutenu la prestation efficace de programmes, de services et de médicaments. De nombreux Canadiens n'ont pas de médecin ou de lieu de soins régulier, ne reçoivent pas de services efficaces de gestion des maladies chroniques ou ne sont pas soignés dans un cabinet de soins de santé primaires qui utilise un dossier médical électronique, qui fait face à toute incitation financière pour la qualité ou qui nécessite la présence d'une infirmière. Ce qui est le plus difficile à déterminer est la proportion de médecins qui bénéficient d'une formation professionnelle continue en matière de gestion des maladies chroniques et la proportion de pratiques de soins de santé primaires : 1) qui sont périodiquement vérifiés pour leur performance dans la gestion des maladies chroniques; 2) qui emploient des modèles de pratiques dirigées par des médecins ou en collaboration; 3) qui adhèrent aux six caractéristiques du modèle de soins de santé primaires le plus holistique existant (modèle de soins chroniques).

De quels renseignements disposons-nous (extraits de revues systématiques) sur les trois options viables pour traiter le problème?

- Option 1 – Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l'utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification de leurs pratiques de soins de santé primaires. Nous savons que :
 - La gestion des maladies chroniques, les dossiers médicaux électroniques, les incitatifs financiers au niveau des médecins et au niveau des fournisseurs de santé (c.-à-d. les paiements ciblés), de même que la formation médicale continue en général et les conférences éducatives en particulier ont amélioré les processus et les résultats obtenus dans les services de santé (bien que la qualité des revues systématiques soutenant ces énoncés soit mitigée).
 - Quatre études ont relevé les effets indésirables des incitatifs financiers.
 - Des études du prix de revient des dossiers électroniques médicaux ont prévu des économies importantes.
- Option 2 – Soutenir l'extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle. Nous savons que :
 - Les équipes interprofessionnelles utilisant des pratiques en collaboration sont associées à des résultats positifs pour les patients, les clients, les fournisseurs et le système dans des domaines spécialisés comme les soins de santé mentale, ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques (bien que la distinction entre les effets et les associations ne soit pas explicitée dans les revues systématiques soutenant ces énoncés).
 - Les équipes communautaires en santé mentale permettent de diminuer l'insatisfaction face aux services, les taux d'hospitalisation et les décès par suicide, n'ont aucune incidence sur l'admission aux services d'urgence, la prise de contact avec les soins de santé primaires et la prise de contact avec les services sociaux.
 - Des économies ont été constatées dans certains services de santé primaires gérés par une équipe utilisant des pratiques en collaboration interprofessionnelle, notamment une diminution du coût

moyen du contrôle de l'hypertension artérielle pour le fournisseur et le patient, et une baisse du taux de réadmission pour les soins de santé primaires à domicile gérés par une équipe.

- Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires. Nous savons que :
 - Le fait d'intégrer la quasi-totalité du modèle de soins chroniques améliore la qualité des soins et les résultats des patients atteints d'une maladie chronique quelconque, et le fait d'intégrer au moins un élément du modèle de soins chroniques améliore les procédés de soins et les résultats cliniques des patients atteints d'asthme, d'insuffisance cardiaque congestive, de dépression et de diabète (bien que la qualité des deux revues systématiques soutenant ces énoncés soit médiocre).

Quelles réflexions devons-nous garder à l'esprit quant à la mise en œuvre?

- On a trouvé peu de données de recherches empiriques sur les obstacles à la mise en œuvre et les stratégies qui visent à surmonter ces obstacles.

RAPPORT

Les soins de santé primaires comprennent les services de première ligne dispensés par différents fournisseurs. La plupart du temps au Canada, ces fournisseurs sont des médecins généralistes et des médecins de famille. Cependant, de plus en plus, ces fournisseurs peuvent également inclure, entre autres, des infirmières praticiennes, des pharmaciens, et des lignes téléphoniques d'information. Les soins de santé primaires ont également une fonction de coordination qui vise à assurer la continuité des soins, dans un contexte où les patients recherchent des soins plus spécialisés dans le système de santé. Selon Santé Canada, la liste des soins de santé primaires peut comprendre : « 1) la prévention et le traitement de blessures et de maladies communes; 2) les services d'urgence de base; 3) des aiguillages et la coordination avec d'autres niveaux de soins (comme les hôpitaux et les soins d'un spécialiste); 4) les soins de santé mentale primaires; 5) les soins palliatifs et les soins de fin de vie; 6) la promotion de la santé; 7) le développement sain des enfants; 8) les soins de maternité primaires; 9) les services de réadaptation. »(1) Cependant, ce sont les différentes juridictions et même les organisations dans chacune de ces juridictions qui définissent si un service fait partie des soins de santé primaires ou s'il constitue un soin « coordonné » par les fournisseurs de soins de santé primaires.

Les soins de santé primaires ont fait l'objet d'un regain d'intérêt au cours de la dernière décennie(2). Malgré ce regain d'intérêt, des questions demeurent quant à l'accès limité ou inéquitable aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux. La présente synthèse portant sur les données probantes examine les données de recherche concernant ce problème, les trois options afin de répondre à ce problème et les implications de mise en œuvre de chaque option.

Les principales caractéristiques du contexte politique et systémique de cette synthèse portant sur les données probantes sont les suivantes :

- les systèmes de santé publics provinciaux et territoriaux du Canada se distinguent par une « négociation » prestation privée/paiement public avec les hôpitaux et les médecins;
- la négociation avec les médecins signifie depuis toujours que la plupart des soins de santé

Encadré 1 : Contexte de la synthèse portant sur les données probantes

La synthèse portant sur les données probantes fait état des données de recherche sur un problème tant à l'échelle mondiale qu'à l'échelle locale, trois options pour traiter le problème et les réflexions clés quant à la mise en œuvre. Chaque fois que c'est possible, la synthèse portant sur les données probantes résume les données de recherche puisées dans les revues systématiques des rapports de recherche et, à l'occasion, dans des études indépendantes. Une revue systématique est un résumé des études qui traitent d'une question formulée clairement, puis qui fait appel à des méthodes systématiques et explicites pour recenser, sélectionner et évaluer les études et préparer une synthèse des données tirées des études incluses. La synthèse portant sur les données probantes ne contient pas de recommandations.

La préparation de la synthèse portant sur les données probantes comprend cinq étapes :

- 1) réunir un comité de direction composé de représentants de l'organisme subventionnaire et du McMaster Health Forum;
- 2) élaborer et préciser le cadre de référence de la synthèse portant sur les données probantes, en particulier la formulation du problème et de trois options viables, en consultation avec le comité de direction ainsi qu'un certain nombre d'informateurs clés et avec l'assistance de plusieurs cadres conceptuels qui organisent la réflexion sur les façons d'approcher le problème;
- 3) recenser, sélectionner, évaluer et synthétiser les données de recherche pertinentes à propos du problème, des options et des considérations de mise en œuvre;
- 4) rédiger la synthèse portant sur les données probantes de manière à présenter les données de recherches mondiales et locales de façon claire et dans un langage accessible;
- 5) finaliser la synthèse portant sur les données probantes à partir des commentaires de plusieurs examinateurs du mérite.

Les trois options de traitement du problème n'ont pas été conçues pour être mutuellement exclusives. Elles pourraient être mises en œuvre simultanément, ou des éléments de chacune pourraient être réunis pour en formuler une nouvelle (quatrième option).

La synthèse portant sur les données probantes a été préparée pour éclairer un dialogue entre les parties prenantes, dans lequel la synthèse représente l'un de plusieurs éléments d'information. Les opinions et les expériences des participants de même que les connaissances tacites qu'ils apportent au débat sont aussi des intrants importants du dialogue. L'un des buts du dialogue entre les parties prenantes est de susciter des intuitions – des intuitions qui ne peuvent surgir que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise de décisions futures sur un problème ou touchées par ces décisions y travaillent ensemble. Un deuxième but du dialogue des parties prenantes est de générer des actions par les personnes qui participent au dialogue et par celles qui examinent le résumé du dialogue ainsi que les entrevues vidéo réalisées avec les participants au dialogue.

primaires sont fournis par des médecins qui travaillent dans le secteur privé avec généralement des honoraires à l'acte et mis en place au premier dollar;

- les autres fournisseurs de soins de santé (comme les infirmières et les psychologues) et les équipes dirigées par d'autres fournisseurs de soins de santé ne sont généralement pas admissibles à un paiement public ou le sont, mais sans permettre aux pratiques indépendantes des soins de santé primaires de devenir viables à une échelle élargie;
- dans la même veine, pour de nombreux Canadiens, les médicaments sur ordonnance et les soins à domicile ne sont pas admissibles à un paiement public et, s'ils le sont, ce n'est pas avec le même type de couverture au premier dollar offerte pour les soins dispensés dans les hôpitaux et par les médecins;
- l'élément de la négociation principale axé sur la pratique privée signifie que les médecins sont prudents quant aux atteintes potentielles à leur autonomie professionnelle et commerciale (p. ex., les directives sur la nature des soins qu'ils fournissent ou la manière dont ils organisent et fournissent les soins);
- Le rôle direct du gouvernement fédéral canadien dans la prestation de services de santé est principalement axé sur les populations des Premières nations et des Inuits, dont la plupart obtiennent des soins par l'intermédiaire des systèmes provinciaux et territoriaux.(3)

LE PROBLÈME

Le problème traité ici est important : il s'agit de l'accès limité ou inéquitable aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux. Le problème peut être vu à plusieurs niveaux : 1) la nature et le fardeau des blessures et maladies communes que le système de soins de santé primaires doit prévenir ou traiter; 2) l'accès à des programmes, des soins et des médicaments efficaces que le système de soins de santé primaires doit offrir ou prescrire; 3) les structures des systèmes qui déterminent l'accès aux programmes, aux soins et aux médicaments efficaces de même que leur utilisation

Les maladies chroniques représentent désormais un défi important

Alors qu'un certain nombre de blessures et maladies communes que le système de soins de santé primaires doit prévenir ou traiter restent de nature aiguë ou épisodique, les maladies chroniques sont devenues un défi important pour ceux et celles qui travaillent dans les systèmes de soins de santé primaires. Pour illustrer ce

Encadré 2 : Considérations d'équité

Un problème peut affecter certains groupes au sein de la société de façon disproportionnée. Les avantages, les dangers et les coûts des options qui permettent de traiter le problème peuvent varier entre les groupes. Les considérations de mise en œuvre peuvent aussi varier entre les groupes.

L'une des façons d'identifier les groupes nécessitant une attention particulière consiste à examiner les huit attributs pouvant être utilisés pour décrire les groupes (acronyme anglais PROGRESS)[†] :

- le lieu de résidence (p. ex., les populations rurales et éloignées)
- la race, l'ethnicité et la culture (p. ex., les populations des Premières nations et Inuits, les populations immigrantes et de minorités linguistiques);
- l'emploi, ou plus généralement l'expérience du marché du travail (p. ex., les personnes en situation d'emploi précaire);
- le sexe;
- la religion;
- le niveau d'éducation (p. ex., la littératie en matière de santé);
- le statut socioéconomique (p. ex., les populations économiquement désavantagées) et le capital social ou l'exclusion sociale.

Bien que la synthèse portant sur les données probantes s'efforce de prendre en considération tous les Canadiens, elle accorde également (lorsque c'est possible) une attention particulière à trois groupes :

- les citoyens âgés, en particulier ceux atteints de plusieurs maladies chroniques;
- les populations autochtones (c.-à-d. les Premières nations, Inuits et Métis);
- les personnes vivant avec une maladie mentale;
- de nombreux autres groupes justifient un intérêt particulier, et une approche similaire pourrait être adoptée pour n'importe lequel d'entre eux.

([†] Le cadre PROGRESS a été élaboré par Tim Evans et Hilary Brown [Evans T, Brown H. Road traffic crashes: operationalizing equity in the context of health sector reform. *Injury Control and Safety Promotion* 2003; **10(1-2)**: 11–12]. Il est mis à l'essai par le secteur de l'équité en santé de la Collaboration Cochrane comme outil d'évaluation des effets des interventions sur l'équité en santé.)

point, voici quelques observations tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2005 :

- trente-trois pour cent des Canadiens âgés de 12 ans ou plus disent présenter au moins un problème de santé chronique, ce qui signifie (dans ce cas) au moins l'une des maladies suivantes : arthrite, cancer, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, hypertension artérielle et troubles de l'humeur;
- la proportion de Canadiens présentant une maladie chronique augmente avec l'âge : 13 % des adultes entre 20 et 39 ont dit présenter au moins l'un de ces troubles, un pourcentage qui passe à 71 % des adultes de 60 à 79 ans et à 82 % des adultes de 80 ans et plus;
- l'arthrite (16 %) et l'hypertension artérielle (15 %) sont les problèmes de santé les plus fréquents parmi l'ensemble de la population canadienne, alors que le diabète, les maladies cardiaques et les troubles de l'humeur, s'ils sont moins fréquents, n'en sont pas moins mentionnés par 5 à 6 % des Canadiens;
- plus du tiers des personnes présentant une seule maladie chronique signalent une invalidité modérée à grave (36 %), un pourcentage qui passe à 51 % chez les personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus(4).

Par ailleurs, les facteurs de risque pour les maladies chroniques laissent voir des défis persistants. Pour ne prendre qu'un exemple, selon l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE), le taux d'obésité au Canada se situait à 18 % en 2005. Bien que ce taux soit moins élevé que celui du Royaume-Uni (24 % en 2006) et des États-Unis (34 % en 2006), il reste plus élevé que dans la plupart des autres pays de l'OCDE. Ces données laissent penser que les maladies chroniques liées à l'obésité (asthme, maladie cardiovasculaire, diabète) deviendront plus fréquentes dans les années à venir(5).

Les personnes atteintes de maladies chroniques font un usage plus fréquent et plus intensif des soins de santé, et l'intensité de l'utilisation des soins augmente avec le nombre de maladies. Par exemple, les 33 % de Canadiens atteints d'une ou de plusieurs des sept maladies chroniques mentionnées plus haut représentent environ 51 % des visites aux médecins généralistes ou médecins de famille et 66 % des consultations en soins infirmiers(6). En comparaison des personnes qui ne sont atteintes d'aucune de ces sept maladies, les personnes qui en ont une consultent un médecin généraliste ou un médecin de famille une fois et demie plus souvent et une infirmière deux fois et demie plus souvent; les personnes qui ont trois maladies chroniques ou plus consultent un médecin généraliste ou un médecin de famille deux fois plus souvent et une infirmière quatre fois plus souvent(4). Ce dernier groupe – les personnes atteintes de trois maladies chroniques ou plus – compte pour 4 % de la population, mais 9 % des visites aux médecins généralistes et aux médecins de famille(4). Parmi les personnes atteintes d'une seule maladie chronique, les personnes atteintes de troubles de l'humeur ou de cancer consultent un médecin généraliste ou un médecin de famille plus souvent que les personnes atteintes d'autres maladies chroniques(4).

Encadré 3 : Mobiliser les données de recherche sur le problème

Les données de recherche disponibles sur le problème ont été tirées d'une gamme d'études publiées et de la littérature grise. Les études publiées qui ont fourni une dimension comparative à la compréhension du problème ont été obtenues à l'aide de trois « angles » de recherche sur les services de santé dans MedLine : le caractère approprié, les processus et les résultats des soins (ce qui augmente les chances de reconnaître les études administratives de bases de données et les enquêtes communautaires). Les recherches dans la littérature grise ont été faites en utilisant un quatrième angle dans MedLine, celui de la recherche qualitative. Les recherches dans la littérature grise ont été faites sur les sites Web de différentes organisations canadiennes et internationales, comme l'Institut canadien d'information sur la santé, le Conseil canadien de la santé, l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, le Réseau des bases factuelles en santé et l'Organisation de coopération et de développement économiques.

La priorité a été réservée aux données de recherche publiées plus récemment, applicables localement (dans le sens que les recherches ont été menées au Canada) et qui tiennent compte de l'équité.

L'accès à des programmes, des services ou des médicaments efficaces dans les soins de santé primaires n'est pas ce qu'il pourrait être.

L'une des catégories de mesure de l'accès aux soins de santé primaires consiste à se demander si les Canadiens peuvent avoir facilement accès aux programmes, aux soins et aux médicaments dans les cas où ils déterminent eux-mêmes la nécessité de ces soins. Parmi les exemples récents de difficultés d'accès éprouvées par un groupe largement représentatif de Canadiens, notons :

- un quart (24 %) des Canadiens ayant besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur signalent avoir eu de la difficulté à les obtenir, les motifs incluant un temps d'attente trop long au bureau du médecin ou un délai trop long avant d'obtenir un rendez-vous;
- un cinquième (20 %) des Canadiens ayant besoin de soins de routine ou de soins continus signale avoir eu de la difficulté à y avoir accès, les motifs évoqués allant de l'attente trop longue pour obtenir un rendez-vous ou de la difficulté à l'obtenir;
- un quart (24 %) des Canadiens dit avoir visité l'urgence d'un hôpital au moins une fois au cours des douze mois précédents, et plus d'un tiers de ces répondants disent croire que le problème aurait pu être traité par un fournisseur de soins de santé primaires si ce fournisseur avait été disponible(7).

Dans le cas des adultes présentant une maladie chronique :

- Dix pour cent des adultes ayant une maladie chronique signalent qu'il est arrivé au cours de l'année précédente qu'ils aient eu besoin de soins sans avoir pu les obtenir;
- les adultes ayant une maladie chronique indiquent avoir eu de la difficulté à obtenir des soins immédiats (21 %) ou des soins de routine ou continus (20 %), la principale raison évoquée étant le délai trop long pour obtenir un rendez-vous;
- le tiers (33 %) des adultes ayant une maladie chronique qui a visité un service d'urgence au cours des douze mois précédents a indiqué que leur dernière visite avait été pour un problème qui aurait pu être traité par un fournisseur de soins de santé primaires si ce fournisseur avait été disponible(8).

Une deuxième catégorie de mesure de l'accès aux soins de santé primaires consiste à voir si des programmes, des soins ou des médicaments efficaces sont offerts de façon proactive aux Canadiens lorsqu'ils ont une indication ou un besoin de mesures de prévention ou de traitement, et plus particulièrement de mesures de prévention ou de traitement pour des maladies chroniques. Ici, les données de recherche se font plus rares. À titre d'exemple, au moins un adulte canadien sur cinq ayant visité son médecin au cours des douze derniers mois indique que son fournisseur de soins de santé primaires discute toujours de façons d'améliorer la santé ou de prévenir les maladies, tandis qu'une proportion égale indique que son fournisseur le fait jamais ou rarement(7).

Une comparaison des données de facturation des régimes provinciaux et des données du sondage montre que les taux de vaccination contre la grippe (chez les personnes de 12 ans et plus), de mammographie (chez les femmes de 35 ans et plus) et de tests Pap (chez les femmes de 18 ans et plus) sont moins élevés dans les données de facturation des régimes provinciaux(9). Ce constat donne à penser que les données ci-dessus pourraient sous-estimer les problèmes d'accès.

Les structures des systèmes de santé n'ont pas toujours soutenu la prestation de programmes, de services et de médicaments efficaces.

Dans le système de soins de santé primaires canadien actuel, l'accès à un médecin peut à son tour déterminer l'accès à une gamme de programmes, de services et de médicaments efficaces. En 2007, la plupart des Canadiens (mais pas tous, loin de là) ont indiqué avoir un médecin (84 %) ou un lieu de soins (7 %) régulier(10). Parmi les autres pays inclus dans cette enquête internationale, l'Australie, l'Allemagne, les Pays-

Bas, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, ce n'est qu'aux États-Unis que la proportion de citoyens disant avoir un médecin régulier (80 %) était plus basse qu'au Canada(10). Le résultat est à peine plus élevé pour les personnes ayant une maladie chronique. En 2008, 92 % des Canadiens disaient avoir un médecin régulier et 5 % disaient avoir un lieu de soins régulier. Soixante-six pour cent des personnes qui ont dit avoir un médecin ou un lieu de soins régulier sont associées à ce fournisseur de soins de santé primaires depuis plus de cinq ans(11). Seuls l'Australie (89 %) et les États-Unis (82 %) affichent une proportion plus faible d'adultes ayant une maladie chronique qui a dit avoir un médecin régulier(11).

Il peut être difficile de donner une estimation de la proportion de Canadiens qui ont accès à un large éventail de services et de programmes de gestion des maladies chroniques, et qui les utilisent. Pour illustrer ce problème, prenons le cas du diabète, pour lequel quatre services devraient idéalement être assurés aux personnes atteintes. En 2008, au Canada, seulement 39 % des adultes diabétiques disaient bénéficier des quatre services. Ce pourcentage est largement inférieur à celui que l'on retrouve en Nouvelle-Zélande (55 %) aux Pays-Bas (59 %) et au Royaume-Uni (67 %)(11).

En 2007, au Canada, à peine 23 % des fournisseurs de soins de santé primaires avaient des dossiers médicaux électroniques, ce qui est loin derrière l'Australie (79 %), le Royaume-Uni (89 %), la Nouvelle-Zélande (92 %) et les Pays-Bas (98 %)(10). Cette même année, à peine 5 % des Canadiens disposant d'un « domicile médical » (une personne qui a accès à un médecin régulier ou à un lieu de soins avec qui elle peut communiquer facilement, qui connaît ses antécédents médicaux et qui aide à coordonner les soins) ont dit pouvoir accéder à leur dossier médical à partir d'un ordinateur (incluant par Internet), alors que 43 % ont indiqué qu'ils aimeraient pouvoir le faire(11). Parmi les six pays de comparaison, c'est l'Allemagne qui compte la plus forte proportion de patients en mesure d'accéder à leur dossier médical par ordinateur (18 %)(11).

Dans cette même année, 41 % des pratiques de soins de santé primaires ont indiqué avoir un incitatif financier pour assurer la qualité, ce qui est plus faible que les six pays de comparaison et très loin du Royaume-Uni (95 %)(10). Les autres données sur les pratiques de soins de santé primaires sont plus difficiles à déterminer, notamment à des fins de comparaison, comme la proportion de médecins qui reçoivent de la formation professionnelle continue en gestion des maladies chroniques ou la proportion de pratiques de soins de santé primaires qui font l'objet d'une vérification périodique de leur rendement en matière de gestion des maladies chroniques.

En ce qui a trait à l'accès à une équipe interdisciplinaire de soins de santé primaires, 22% des Canadiens ayant une maladie chronique disaient, en 2008, qu'une infirmière participait régulièrement à la gestion de leur maladie, ce qui est plus élevé qu'en Allemagne (13 %) ou qu'en Australie (18 %), mais plus faible qu'en France (26 %), aux Pays-Bas (29 %), en Nouvelle-Zélande (33 %), aux États-Unis (33 %) et au Royaume-Uni (48 %)(11). Une proportion beaucoup plus élevée de Canadiens ayant une maladie chronique (49 %) a indiqué dans cette même année qu'une infirmière leur prodiguait du soutien ou des conseils par téléphone, ce qui se compare favorablement à la situation dans tous les pays qui ont participé à l'enquête internationale. Malheureusement, l'enquête n'indiquait pas dans quelle mesure ces pratiques de soins de santé primaires appliquaient des modèles de pratique dirigée par des médecins ou en collaboration, ni l'ampleur des interactions des Canadiens avec un ensemble plus complet d'autres membres potentiels de l'équipe de soins de santé primaires.

Si l'on se tourne maintenant vers l'accès à des pratiques de soins de santé primaires qui appliquent le modèle de soins de santé primaires le plus holistique disponible pour appuyer de façon proactive l'accès à une gamme de programmes, de soins et de médicaments efficaces de même que leur utilisation (« Chronic Care Model »), il y a peu de données de recherche sur la proportion des pratiques de soins de santé primaires qui adhèrent aux six caractéristiques du modèle :

- le soutien à l'autogestion (c.-à-d. le fait de donner aux patients la possibilité de gérer leur santé et leurs soins, et les préparer à cette gestion);
- le soutien décisionnel (c.-à-d. la promotion des soins cliniques en accord avec les données probantes scientifiques et les préférences des patients grâce, par exemple, au fait d'intégrer les lignes directrices fondées sur les données probantes à la pratique clinique quotidienne, puis de soutenir leur mise en œuvre grâce à la formation professionnelle continue);
- la conception des systèmes de prestation (c.-à-d. assurer la prestation proactive des soins cliniques efficaces et efficaces qui tient compte des réalités culturelles, et un soutien à l'autogestion par les équipes interprofessionnelles);
- les systèmes d'information clinique (c.-à-d. l'organisation des données des patients et des populations pour faciliter l'efficacité et l'efficacité des soins, au moyen, par exemple, d'un dossier médical électronique soutenant des rappels opportuns destinés aux fournisseurs et aux patients de même que la surveillance du rendement des équipes de soins de santé primaires et du système dans lequel elles travaillent);
- soutien aux systèmes de santé (c.-à-d. création d'une culture, d'une organisation et de mécanismes assurant la promotion de soins sécurisés et de haute qualité susceptibles d'inclure un changement complet appuyant visiblement bien le système et allant au-delà de « silos » pour les soins actifs, les soins de santé primaires, la santé publique, les soins à domicile et les soins de santé mentale);
- ressources communautaires (c.-à-d. mobilisation des ressources communautaires pour respecter les besoins des patients, même si ces ressources ne font pas officiellement partie des systèmes de santé)(12;13).

Un rapport publié récemment sur quatre études de cas de gestion efficace de la maladie chronique par des équipes de soins de santé primaires au Canada a conclu qu'aucun de ces cas ne répondait à toutes les caractéristiques du modèle(14). Cependant, le mode de sélection des cas ne comportait pas le développement d'un inventaire des pratiques de soins de santé primaires canadiennes ayant adopté des éléments particuliers du modèle et les études de cas ne comportaient pas d'évaluation explicite du cas en regard du modèle.

Des données de recherche choisies sont disponibles à propos de certains aspects des caractéristiques du modèle. Par exemple, en 2007, seulement 40 % des Canadiens ayant une maladie chronique ont indiqué avoir reçu des rappels à l'approche de la date prévue des soins de prévention ou de suivi pour leur maladie, cette proportion tombant à 29 % chez ceux qui ne disposaient pas d'un « domicile médical »(15). Cette proportion est inférieure à celle que l'on retrouve dans les six pays de comparaison et largement inférieure à celle des États-Unis (70 %)(15).

Encadré 4: Entrevues des informateurs clés

Pour interpréter les messages clés définis dans l'analyse documentaire et en étendre la portée, des entretiens téléphoniques ont été menés avec des décideurs, des parties prenantes et des chercheurs connaissant les activités de réforme des soins de santé primaires au Canada et au niveau international. Les informateurs clés canadiens proviennent de toutes les juridictions canadiennes fédérales, provinciales et territoriales et d'un ensemble de structures (gouvernements, régies régionales de la santé, les soins de santé primaires, les associations de fournisseurs de soins de santé, les universités, entre autres). Les informateurs clés internationaux proviennent de deux pays de comparaison : le Royaume-Uni et les États-Unis.

Au total, 64 informateurs clés ont été invités à une entrevue et 40 ont accepté d'être interrogés. Dix personnes ont décliné l'invitation à une entrevue, mais trois d'entre elles nous ont redirigés vers une personne plus appropriée. Quatorze n'ont pas répondu à notre invitation pour une entrevue. Les entrevues ont été menées pendant une période au cours de laquelle de nombreux décideurs et parties prenantes devaient faire face à la grippe A (H1N1), ce qui a probablement contribué au fait que certaines personnes ont décliné l'invitation pour une entrevue ou n'ont pas répondu à l'invitation.

Le guide des entrevues couvre sept domaines, y compris les six caractéristiques du système de soins de santé primaires (décrites dans le corps de texte) et les cadres politiques et financiers disponibles pour soutenir les soins de santé primaires. Les questions ont porté sur les leçons tirées quant à savoir si et comment l'activité de ces sept domaines contribue à améliorer l'accès à des soins de santé primaires durables et de haute qualité au Canada. En général, deux à trois sous-domaines particuliers ont fait l'objet de questions précises dans chaque domaine.

Une personne a mené toutes les entrevues et, en consultation avec une seconde personne, a analysé les données des entrevues de façon thématique et a utilisé une méthode comparative constante pour adapter les activités types contenues dans le guide des entrevues et pour préciser la définition et l'interprétation des thèmes émergents.

Autres observations touchant à l'équité concernant le problème

Comme le suggèrent ces données de recherche, certaines caractéristiques du problème peuvent être décrites pour les personnes ayant des maladies chroniques multiples, y compris certaines contributions des structures des systèmes de santé au problème. Bien que la maladie mentale ait été au nombre des maladies chroniques examinées dans certaines des études décrites ci-dessus, il n'a pas été possible de relever des données de recherche (notamment d'études comparatives) quant aux principales structures des systèmes pour les personnes ayant une maladie mentale. Le défi le plus important a certainement été de tenter d'obtenir des données de recherche sur les manifestations particulières du problème au sein des populations autochtones (Premières nations, Inuits et Métis). Les données de la plus récente Enquête auprès des peuples autochtones ont été publiées à l'automne 2008; il a cependant été impossible de trouver des études qui ont utilisé ces données pour traiter le problème concerné. Ni cette enquête ni la précédente (complétée en 2001) n'ont examiné la contribution des principales structures des systèmes de santé au problème.

TROIS OPTIONS DE GESTION DU PROBLÈME

De nombreuses options pourraient être sélectionnées pour gérer le problème de l'accès limité ou inéquitable aux services de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux. Pour promouvoir la discussion autour du pour et du contre dans le choix d'options potentiellement viables, trois options ont été sélectionnées pour un examen plus approfondi dans la synthèse portant sur les données probantes. Elles se déclinent de la façon suivante :

- 1) construire à partir d'une base solide de soins de santé primaires dirigés par un médecin, en soutenant le développement de la gestion des maladies chroniques dans les services de santé dirigés par un médecin, grâce à un ensemble de dossiers médicaux électroniques, de paiements ciblés et grâce à la formation professionnelle continue ainsi qu'à la vérification des pratiques de soins de santé primaires;
- 2) construire à partir de modèles pilotes prometteurs de travail en équipe dans les soins de santé primaires en soutenant le développement ciblé des pratiques en collaboration interprofessionnelle;
- 3) entreprendre une série importante de réformes pour soutenir l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les structures de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association de stratégies axées sur le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et la communauté.

L'accent est mis ici sur ce que l'on connaît de ces options. La prochaine section mettra l'accent sur les obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de ces options de même qu'aux stratégies de mise en œuvre possibles pour surmonter ces obstacles.

Option 1 – Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l'utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification ou de l'accréditation de leurs cliniques.

Cette option comporte un certain nombre d'éléments, y compris :

- augmenter la proportion de patients suivis par un médecin régulier dans les soins de santé primaires;

Encadré 4 : Mobiliser les données de recherche pertinentes aux options pour traiter le problème

Les données de recherche disponibles sur les options pour traiter le problème ont été tirées principalement d'une base de données mise à jour continuellement contenant plus de 800 revues systématiques de systèmes de gouvernance, financiers et de prestation de soins dans les systèmes de santé : la base de données du Program in Policy Decision-Making (PPD) du Réseau-centre canadien Cochrane (R-CCC). Dans un premier temps, les revues ont été recensées en effectuant une recherche dans la base de données pour des revues dont le titre ou le résumé contenait des mots clés liés aux soins de santé primaires. Les mots clés (en anglais) comprenaient primary care, primary health*/primary health care, community care, community health*/community health care, and outpatient/out-patient/out patient. D'autres revues ont été recensées en recherchant dans la base de données des revues traitant de caractéristiques des options n'ayant pas été recensées à l'aide des mots clés liés aux soins de santé primaires.

Lorsque c'était possible, les conclusions tirées par les auteurs ont été extraites de ces revues. Certaines revues ne contenaient pas d'enquêtes, malgré une recherche exhaustive (c.-à-d. que c'étaient des revues « vides »), alors que d'autres concluaient à une incertitude substantielle face à l'option, fondée sur les études recensées. Lorsque c'était pertinent, des mises en garde étaient ajoutées à propos des conclusions des auteurs, en raison de la qualité des revues, du caractère local de l'applicabilité des constats, des considérations d'équité et de la pertinence face à l'enjeu. (Se reporter aux annexes pour une description complète de ces évaluations.)

Il peut être tout aussi important d'être conscient de ce qui n'est pas connu que de ce qui l'est. Face à une revue vide, à une incertitude ou à des préoccupations substantielles sur la qualité, l'applicabilité locale ou un manque d'attention envers les considérations d'équité, des recherches fondamentales peuvent être commandées ou une option peut être mise en œuvre et accompagnée d'un plan de surveillance et d'évaluation. Dans le cas d'une revue publiée il y a plusieurs années, une mise à jour peut être demandée, si le temps le permet.

Aucune donnée de recherche additionnelle n'a été demandée au-delà de ce qui était inclus dans la revue systématique. Les personnes intéressées par une option en particulier pourraient vouloir effectuer des recherches, afin de trouver une description plus détaillée de l'option ou des données de recherche supplémentaires à propos de l'option.

- augmenter la proportion de médecins de soins de santé primaires participant à une équipe dirigée par un médecin;
- augmenter la proportion de médecins de soins de santé primaires offrant un ensemble de programmes et de services de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins de soins de santé primaires utilisant des dossiers médicaux électroniques pour soutenir les programmes et les services de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins recevant des paiements ciblés pour les programmes et les services de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins bénéficiant d'un programme efficace de formation professionnelle continue en matière de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins dont les pratiques de soins de santé primaires sont périodiquement vérifiées ou accréditées, afin d'assurer la qualité de la gestion des maladies chroniques.

Une synthèse des données de recherche est disponible sur différentes stratégies qui traitent ces éléments de l'option. Le tableau 1 présente un sommaire des conclusions tirées par les auteurs de cette synthèse. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 1 (ou obtenir des citations pour les revues), l'Annexe 1 présente une description plus complète des revues systématiques.

Tableau 1 : Sommaire des principaux constats pertinents à l'Option 1 – Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l'utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification ou de l'accréditation de leurs cliniques.

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • L'introduction d'une ligne téléphonique de triage et de conseils a permis de diminuer la charge de travail des médecins (ce qui pourrait leur permettre de prendre de nouveaux patients). • La gestion des maladies chroniques a permis d'améliorer les processus de soins et le contrôle des maladies. • Les programmes de gestion du diabète ont permis d'améliorer le contrôle de la glycémie et d'augmenter le dépistage de la rétinopathie ainsi que des complications qui touchent les pieds. • L'utilisation des dossiers médicaux électroniques dans le contexte des soins de santé primaires en clinique externe a permis d'améliorer la conformité des fournisseurs de soins et des patients aux interventions de dépistage, puis d'améliorer le taux de traitement actif des problèmes. • L'utilisation des dossiers médicaux électroniques qui permettent la gestion de l'information clinique et l'utilisation des outils d'aide à la décision (notamment ceux qui traduisent les données en renseignements spécifiques au contexte) a permis d'améliorer le rendement des médecins. • Les incitatifs financiers pour les médecins ont eu des effets partiels ou positifs sur les mesures de qualité dans cinq des six études, alors que des incitatifs financiers pour les fournisseurs ont eu des effets similaires dans sept de neuf études. • La formation médicale continue a permis d'atteindre et de maintenir les objectifs liés aux connaissances des médecins, à leur attitude et au comportement en pratique, ainsi que d'atteindre et de maintenir des résultats cliniques à plus long terme. • Les rencontres à caractère éducatif (cours, congrès, conférences, ateliers, séminaires et symposiums) destinées aux médecins (et aux autres professionnels de la santé), seules ou en association avec d'autres interventions, ont permis d'améliorer la pratique professionnelle et l'atteinte des objectifs de traitement par les patients. • Les stratégies multiformes (y compris la formation professionnelle continue) visant les médecins (ainsi que les infirmières et les pharmaciens) ont permis d'améliorer la gestion du diabète dans les soins de santé primaires dans le contexte des cliniques externes et dans le contexte communautaire. • La vérification a été associée à une amélioration des soins aux patients; cependant, cela passe généralement par des pratiques plus développées, sur des sujets dont la vérification est plus facile, et les effets cessent lorsque l'accent passe sur d'autres priorités.
Dangers potentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Les incitatifs financiers ont eu des effets imprévus dans quatre études.
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le <i>statu quo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Des études du prix de revient des dossiers médicaux électroniques prédisent des économies importantes.
Incertitude concernant les avantages et les dangers potentiels ou les risques (pour justifier la surveillance et l'évaluation si l'option est retenue)	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été retracée <ul style="list-style-type: none"> ○ Effets de l'implication des médecins dans les équipes dirigées par un médecin • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Effets des stratégies qui visent à augmenter la proportion de professionnels de la santé qui pratiquent en milieu rural ou autres secteurs mal desservis ○ Durée optimale des incitatifs financiers ou persistance de leurs effets après qu'ils aient pris fin ○ Effets de la rémunération au rendement pour la prescription de médicaments sur ordonnance • Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de preuve irréfutable des effets de la gestion des maladies chroniques sur les coûts médicaux directs ○ La rémunération au rendement n'a donné aucun effet dans aucune des études, sauf deux; des constats positifs ont été faits dans deux études bien construites
Éléments clés de l'option si elle a été appliquée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune revue systématique n'a pu être recensée
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune revue systématique n'a pu être recensée

Option 2 – Soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle

Cette option est plus directe que l’option 1 dans la mesure où elle ne comporte qu’un élément principal : soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle. La cible pourrait être choisie sur la base des professionnels de santé et des autres travailleurs inclus dans le modèle (ou la portée de la pratique qu’on leur donne au sein du modèle), de la nature des programmes et des services couverts (comme la promotion de la santé et la prévention des maladies *vs* aux soins actifs, et la santé mentale *vs* aux autres types de soins) ou des populations cible (comme les patients âgés, les populations autochtones ou les personnes vivant avec une maladie mentale) et pourrait être guidée par une orientation visant l’optimisation des ressources.

Une synthèse des données de recherche est disponible pour différentes équipes, y compris la collaboration interprofessionnelle en matière de soins de santé primaires. Le Tableau 2 présente un résumé des principaux constats des auteurs de cette synthèse. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 2 (ou obtenir des citations pour les revues), l’Annexe 2 présente une description plus complète des revues systématiques. Une synthèse des données de recherche sur l’utilisation de professionnels de la santé spécifiques ou d’intervenants non spécialisés pour offrir des soins de santé (et plus spécifiquement des effets de cette utilisation) est également disponible; certaines de ces données pourraient être pertinentes pour la conception des équipes. Ces groupes comprennent les infirmières(36-39), les infirmières praticiennes(44;41), les pharmaciens(42;43), les intervenants en santé mentale(44;45), les intervenants en santé communautaire(46-48) et les intervenants en santé non spécialisés(49).

Tableau 2 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques pertinentes à l’option 2 - Soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> Les équipes interprofessionnelles sont associées à des résultats positifs pour les patients ou clients, les fournisseurs et le système dans des domaines spécialisés comme les soins de santé mentale ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques. Les équipes communautaires en santé mentale permettent de diminuer l’insatisfaction face aux services, les taux d’hospitalisation et les décès par suicide, mais n’ont aucune incidence sur l’admission aux services d’urgence, la prise de contact avec les soins de santé primaires et la prise de contact avec les services sociaux. Les interventions visant à améliorer la collaboration entre les médecins et les infirmières ont permis d’améliorer certains processus de soins, mais non les résultats (aucune étude n’a cependant été conduite dans des environnements de soins de santé primaires).
Dangers potentiels	<ul style="list-style-type: none"> Ne s’applique pas.
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le <i>statu quo</i>	<ul style="list-style-type: none"> Des économies ont été constatées avec la pratique en collaboration en équipes interprofessionnelles dans certains environnements de soins de santé primaires, notamment une diminution du coût moyen du contrôle de l’hypertension artérielle pour le fournisseur et le patient, et une baisse du taux de réadmission pour les soins de santé primaires à domicile gérés par une équipe interdisciplinaire.
Incertitude concernant les avantages et les dangers potentiels ou les risques (pour justifier la surveillance et l’évaluation si l’option est retenue)	<ul style="list-style-type: none"> Il y a incertitude parce qu’aucune revue systématique n’a été retracée. <ul style="list-style-type: none"> Ne s’applique pas. Il y a incertitude parce qu’aucune étude n’a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d’une revue systématique. <ul style="list-style-type: none"> Ne s’applique pas. Absence d’un message clair des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> Les études n’indiquent pas de quelle façon les variations entre les modèles de pratique en collaboration interprofessionnelle affectent les résultats.
Éléments clés de l’option si elle a été appliquée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> Le type et la diversité de l’expertise clinique impliqués dans la prise de décision collective sont largement responsables des améliorations dans les soins aux patients et l’efficacité organisationnelle. La collaboration, la résolution des conflits, la participation et la cohésion sont les facteurs les plus susceptibles d’avoir une influence sur la satisfaction du personnel et la perception d’efficacité de l’équipe.

	<ul style="list-style-type: none">• La structure de l'équipe (ce qui comprend les lieux physiques, la taille et la composition de l'équipe ainsi que le soutien organisationnel) et les processus d'équipe (réunions, buts et objectifs clairs et vérification) ont une incidence sur le travail d'équipe interprofessionnel.
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none">• Aucune revue systématique n'a pu être recensée.

Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires

D'une part, cette option présente un seul élément majeur : l'utilisation du modèle de soins chroniques. D'autre part, par définition, cette option inclut les six éléments du modèle de soins chroniques, dont on peut soutenir qu'ils incluent chacun un certain nombre de sous-éléments.

Une synthèse des données de recherche sur les effets de l'utilisation partielle ou complète du modèle de soins chroniques est disponible. Le Tableau 3 présente un sommaire des principaux constats de cette synthèse. Pour ceux qui souhaiteraient en savoir davantage sur les revues systématiques contenues dans le tableau 3 (ou obtenir des citations pour les revues), l'Annexe 3 présente une description plus complète des revues systématiques. Une synthèse des données de recherche sur plusieurs éléments du modèle est également disponible, incluant le soutien à l'autogestion(55), le soutien décisionnel(58), la conception des systèmes de prestation(57), les systèmes d'information clinique(58) et le soutien du système de santé(59) (et plus spécifiquement sur les effets de ces éléments).

Tableau 3 : Sommaire des principaux constats des revues systématiques pertinentes à l'Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires.

Catégorie de constat	Sommaire des principaux constats
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> • L'incorporation de la plupart ou de l'ensemble des éléments du modèle de soins chroniques a permis d'améliorer la qualité et les résultats des soins pour les patients présentant différentes maladies chroniques. • L'incorporation d'un élément ou plus du modèle de soins chroniques a permis d'améliorer les processus de soins et les résultats cliniques pour les patients atteints d'asthme, d'insuffisance cardiaque congestive, de dépression et de diabète.
Dangers potentiels	<ul style="list-style-type: none"> • Ne s'applique pas.
Coûts ou rapport coût-efficacité en lien avec le <i>statu quo</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Ne s'applique pas.
Incertitude concernant les avantages et les dangers potentiels ou les risques (pour justifier la surveillance et l'évaluation si l'option est retenue)	<ul style="list-style-type: none"> • Il y a incertitude parce qu'aucune revue systématique n'a été retracée <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne s'applique pas. • Il y a incertitude parce qu'aucune étude n'a pu être recensée malgré des recherches exhaustives dans le cadre d'une revue systématique. <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne s'applique pas. • Absence d'un message clair des études incluses dans une revue systématique <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne s'applique pas.
Éléments clés de l'option si elle a été appliquée ailleurs	<ul style="list-style-type: none"> • Ne s'applique pas.
Opinions et expérience des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • L'incorporation de la plupart ou de l'ensemble des éléments du modèle de soins chroniques a permis d'améliorer la qualité et les résultats des soins pour les patients présentant différentes maladies chroniques. • L'incorporation d'un élément ou plus du modèle de soins chroniques a permis d'améliorer les processus de soins et les résultats cliniques pour les patients atteints d'asthme, d'insuffisance cardiaque congestive, de dépression et de diabète.

Autres observations touchant à l'équité concernant les trois options

Comme le montrent les données de recherche, une partie de ce que l'on connaît sur les trois options est particulière aux patients atteints de maladies chroniques multiples, mais non aux patients âgés atteints de maladies chroniques multiples. Bien que la maladie mentale ait fait partie des maladies chroniques examinées dans certaines des revues systématiques décrites ci-dessus, les revues systématiques portant sur les options ou sur des éléments des options n'ont pas porté sur la maladie mentale. L'obtention de revues systématiques sur les options dans le contexte des populations autochtones a été le défi le plus important, et de loin. La revue des cliniques de services mobiles de spécialistes est une exception notable(59;62). Une revue systématique des stratégies susceptibles d'améliorer la qualité des soins de santé pour les populations de minorités ethniques a conclu que, bien qu'il existe des stratégies prometteuses (comme des systèmes de rappel aux fournisseurs pour la prestation de services normalisés), il manque d'études visant spécifiquement les maladies et les processus de soins pour lesquels des disparités ont été documentées antérieurement (63; cote (de qualité) AMSTAR = 8/11). De même, une revue systématique des innovations récentes dans la prestation de services destinés à améliorer l'accès aux soins de santé primaires au Royaume-Uni a déploré l'absence d'évaluations planifiées et bien conçues commandées en parallèle avec la mise en place des innovations(64).

CONSIDÉRATIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE

On a trouvé peu de données de recherches empiriques sur les obstacles à la mise en œuvre et les stratégies qui visent à surmonter ces obstacles. Le tableau 4 présente une évaluation préliminaire des obstacles potentiels. Ces obstacles potentiels justifient cependant des études plus approfondies.

Tableau 4 : Obstacles potentiels à la mise en œuvre des options

Niveaux	Option 1 - Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin	Option 2 – Soutenir l'extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle	Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires
Patient ou individu		Craintes initiales de certains patients face à des perturbations potentielles dans leur relation avec leur médecin fournisseur de soins primaires(65)	Cote (de qualité) AMSTAR pour (65)= 6/11 Craintes initiales de certains patients face à des perturbations potentielles dans leur relation avec leur médecin fournisseur de soins primaires(65)
Fournisseur de soins	Craintes des médecins (notamment des médecins plus âgés) face à de possibles atteintes à leur autonomie professionnelle et commerciale, dans le contexte de la prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins(3;66)		Craintes des médecins (notamment des médecins plus âgés) face à de possibles atteintes à leur autonomie professionnelle et commerciale, dans le contexte de la prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins(3;66)
Organisation		L'échelle organisationnelle n'est pas viable dans plusieurs collectivités rurales et éloignées	L'échelle organisationnelle n'est pas viable dans plusieurs collectivités rurales et éloignées
Système		Consentement du gouvernement à étendre le paiement public à d'autres fournisseurs et équipes de soins de santé primaires, tout	Consentement du gouvernement à élargir la notion de paiement public pour les soins de santé primaires, notamment en

		<p>en maintenant le paiement public aux médecins dans le contexte de la prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins, notamment en période de récession(3;66)</p>	<p>période de récession</p>
--	--	---	-----------------------------

Une stratégie de mise en œuvre possible serait d'appuyer les collaborations régionales multipartites, un peu de la même façon que plusieurs gouvernements provinciaux ont appuyé le développement de plans de financement alternatifs dans les centres universitaires des sciences de la santé. Les régions qui ont été en mesure de négocier avec succès un nouveau modèle de prestation de soins de santé primaires pourraient demander un financement pour la mise en œuvre du modèle. Des modèles collaboratifs de prestation de soins de santé font leur apparition en Ontario, en Saskatchewan, à Terre-Neuve-et-Labrador, en Alberta et au Québec (8;67;68). Une deuxième stratégie de mise en œuvre possible, fondée davantage sur la recherche que sur les politiques, comme c'est le cas de la première, consisterait à appuyer une nouvelle version du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, qui mettrait cette fois l'accent sur des études d'impact multisites à grande échelle(69;70). Les coalitions de parties prenantes et de chercheurs qui ont été en mesure de négocier avec un cadre d'évaluation pour un nouveau modèle de prestation de soins de santé primaires pourraient demander un financement pour la mise en œuvre et l'évaluation du modèle. Aucune donnée de recherche n'a pu être trouvée pour établir les avantages, les dangers et les coûts de ces stratégies de mise en œuvre (ou d'autres).

RÉFÉRENCES

1. Health Canada. *About Primary Health Care*. Ottawa, Canada: Health Canada; 2006.
2. Romanow RJ. *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Saskatoon, Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
3. Lavis JN. Political elites and their influence on health care reform in Canada. In: McIntoch T, Forest P-G, Marchildon GP, eds. *The Governance of Health Care in Canada*. Toronto, Canada: University of Toronto Press Incorporated; 2004. p. 257-79.
4. Health Council of Canada. *Population Patterns of Chronic Health Conditions in Canada*. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2007.
5. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Briefing Note for OECD Health Data 2008: How Does Canada Compare*. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008.
6. Broemeling AM, Watson DE, Prebtani F. Population patterns of chronic health conditions, comorbidity and healthcare use in Canada: Implications for policy and practice. *Healthcare Quarterly* 2008;11(3):70-6.
7. Health Council of Canada. *Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2008.
8. Health Council of Canada. *Canadians' Experiences with Chronic Illness Care in 2007*. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2007.
9. Wang L, Nie JX, Upshur REG. Determining use of preventive health care in Ontario. *Canadian Family Physician* 2009;55(2):178.
10. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs* 2007;26(6):w717-w734.
11. Schoen C, Osborn R, How SKH, Doty MM, Peugh J. In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs* 2008;28(1):w1-w16.
12. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly* 1996;74(4):511-44.
13. The Robert Wood Johnson Foundation. *The Chronic Care Model*. Princeton, USA: Improving Chronic Illness Care; 2009.
14. Health Council of Canada. *Getting It Right: Case Studies of Effective Management of Chronic Disease Using Primary Health Care Teams*. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2009.
15. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Bishop M, Peugh J, Murukutla N. Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs* 2007;26(6):w717-w734.

16. Grobler LA, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(2): CD005314.
17. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice* 2003;20(3):311-7.
18. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency (A & E) department? *Health Policy* 1998;44(3):191-214.
19. Wilson AD, Childs S. Effects of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(1):CD003540.
20. Mattke S, Seid M, Ma S. Evidence for the effect of disease management: Is \$1 billion a year a good investment? *American Journal of Managed Care* 2007;13(11):670-6.
21. Jones A, Fay JK. Primary care based clinics for asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002;(2): CD003533.
22. Knight K, Badamgarav E, Henning JM, Hasselbald V, Gano AD, Ofman JJ et al. A systematic review of diabetes disease management programs. *American Journal of Managed Care* 2005;11(4):242-50.
23. Jerant AF, Hill DB. Does the use of electronic medical records improve surrogate patient outcomes in outpatient settings? *Journal of Family Practice* 2000;49(4):349-57.
24. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. *Costs and Benefits of Health Information Technology*. Rockville, USA: Agency for Healthcare Research and Quality, Publication No. 06-E006; 2006.
25. Petersen LA, Woodard LD, Urech T, Daw C, Sookanan S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? *Annals of Internal Medicine* 2006;145(4):265-72.
26. Rosenthal MB, Frank RG. What is the empirical basis for paying for quality in health care? *Medical Care Research and Review* 2006;63(2):135-57.
27. Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay C, Vernby A et al. Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(3): CD006731.
28. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sergison M, Leese B et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;(3): CD000531.
29. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Impact of payment method on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services & Research Policy* 2001;6(1):44-55.
30. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care* 2000;12(2):133-42.
31. Oxman A, Fretheim A. *Can Paying for Results Help to Achieve the MDGs? 1. An Overview of the Effectiveness of Results-based Financing*. Oslo, Norway: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services; 2008.

32. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evidence Report/Technology Assessment* 2007(149):1-69.
33. Forestlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(2):CD003030.
34. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;(4):CD001481.
35. Holden J. Systematic review of published multi-practice audits from British general practice. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2004;10:247-72.
36. Oakeshott P, Kerry S, Austin A, Cappuccio F. Is there a role for nurse-led blood pressure management in primary care. *Family Practice* 2003;20:469-73.
37. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;(4):CD001271.
38. Connock M, Taylor R. *Local Nurse Telephone Triage in Primary Care*. Birmingham, United Kingdom: Birmingham Technology Assessment Group; 2003.
39. Kennedy C, Christie J, Harbison J, Maxton F, Rutherford I, Moss D. Establishing the contribution of nursing in the community to the health of the people of Scotland: integrative literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2008;64(5):416-39.
40. Brown SA, Grimes DE. A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care. *Nursing Research* 1995;44(6):332-9.
41. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal* 2002;324(7341):819-23.
42. Beney J, Bero LA, Bond C. Expanding the roles of outpatient pharmacists: effects on health services utilisation, costs, and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;(3):CD000336.
43. Koshman SL, Charrois TL, Simpson SH, McAlister FA, Tsuyuki RT. Pharmacist care of patients with heart failure: a systematic review of randomized trials. *Archives of Internal Medicine* 2008;168(7):687-94.
44. Bower P, Sibbald B. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1999;(4):CD000532.
45. Harkness EF, Bower PJ. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial intervention to patients in primary care: Effects on the professional practice of primary care providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;(1):CD000532.
46. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nursing* 2002;19:11-20.
47. Norris SL, Chowdhury FM, Van Le K, Horsley T, Brownstein JN, Zhang X et al. Effectiveness of community health workers in the care of persons with diabetes. *Diabetic Medicine* 2006;23(5):544-56.

48. Brownstein JN, Chowdhury FM, Norris SL, Horsley T, Jack LJr, Zhang X et al. Effectiveness of community health workers in the care of people with hypertension. *American Journal of Preventive Medicine* 2008;32(5):435-47.
49. Lewin SA, Dick J, Pond P, Zwarenstein M, Aja G, van Wyk B et al. Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(1):CD004015.
50. Barrett J, Curran V, Glynn L, Godwin M. *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa, Canada: Canadian Health Services Research Foundation; 2007.
51. Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review* 2006;63(3):263-300.
52. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45(1):140-53.
53. Malone D, Newron HG, Simmonds S, Marriot S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007;(3): CD000270.
54. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000;(2):CD000072.
55. Coulter A, Parsons S, Askham J. *Where are the Patients in Decision-making About their Own Care?* Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.
56. Hulscher MEJL, Wensing M, van-der Weijden T, Grol R. Interventions to implement prevention in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;(1):CD000362.
57. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, Von KM, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychological Medicine* 2006;36(1):7-14.
58. Jacobson-Vann JC, Szilagyi P. Patient reminder and recall systems for improving immunization rates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008;(3):CD003941.
59. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SE, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003;(4):CD003798.
60. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. *Health Affairs* 2009;28(1):75-85.
61. Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care* 2005;11(8):478-88.
62. Gruen RL, Bailie R. Specialist clinics in remote Australian Aboriginal communities: where rock art meets rocket science. *Journal of Health Services Research and Policy* 2004;9(Supplement 2):S2:56-S2:62.
63. Beach MC, Gary TL, Price EG, Robinson K, Gozu A, Palacio A et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. *BMC Public Health* 2006;6(104).

64. Chapman JL, Zechel A, Carter YH, Abbott S. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *The British Journal of General Practice* 2004;54(502):374-81.
65. Maxwell J, Jackson K, Legowski B, Rosell S, Yano E. *Report on Citizen's Dialogue on the Future of Health Care in Canada*. Ottawa, Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
66. Hutchison B, Abelson J, Lavis JN. Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs* 2001;20(3):1-16.
67. Canadian Institute for Health Information. *Healthcare in Canada 2008*. Ottawa, Canada: Canadian Institute for Health Information; 2008)
68. Hutchison B. A long time coming: primary healthcare renewal in Canada. *Healthcare Papers* 2008;8(2):10-24.
69. Watson DE, Broemeling AM, Reid RJ, Black C. *Results-based Logic Model for Primary Health Care. Laying an Evidence-based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation*. Vancouver, Canada: Centre for Health Services and Policy Research; 2004.
70. Savedoff WD, Levine R, Birdsall N. *When Will We Ever Learn? Improving Lives Through Impact Evaluation*. Washington, USA: Centre for Global Development; 2006.

ANNEXES

Les tableaux suivants présentent des renseignements détaillés sur les revues systématiques recensées pour chacune des options. Les revues sont présentées par élément d'option (Colonne 1) et regroupées selon leur centre d'intérêt. Le centre d'intérêt de l'option est décrit dans la deuxième colonne. On retrouve dans la troisième colonne les principaux constats liés à l'option, tandis que la quatrième colonne présente la cote de qualité globale accordée à la revue et des renseignements sur l'utilité des constats de la revue en matière d'applicabilité locale, d'équité et d'applicabilité au problème. La qualité de chaque revue a été évaluée à l'aide de l'outil AMSTAR (A Measurement Tool to Assess Reviews), qui évalue la qualité sur une échelle de 0 à 11, dans laquelle 11/11 détermine une revue de la plus haute qualité. Il est important de noter que l'outil AMSTAR a été élaboré dans le but d'évaluer des revues axées sur les interventions cliniques, de sorte que tous les critères ne s'appliquent pas aux revues systématiques portant sur la prestation de soins et les arrangements financiers ou de gouvernance des systèmes de santé. Un dénominateur inférieur à 11 indique qu'un ou plusieurs aspects de l'outil n'ont pas été jugés pertinents par les évaluateurs. Au moment de comparer les cotes, il est donc important de garder à l'esprit les deux éléments de la note (numérateur et dénominateur). Par exemple, une revue qui reçoit une note de 8/8 est généralement d'une qualité comparable à une autre qui aura reçu une note de 11/11; il s'agit dans les deux cas de « cotes élevées ». Une cote élevée signale que les lecteurs peuvent avoir un degré de confiance élevé envers les constats de la revue. À l'inverse, une cote faible ne signifie pas que la revue devrait être ignorée, mais simplement que les constats sont moins fiables et que la revue doit être examinée de près pour en déterminer les limitations. (Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP): 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Research Policy and Systems*; sous presse).

Les auteurs de la synthèse portant sur les données probantes ont tenu compte de tous les renseignements présentés dans les tableaux de la présente annexe dans la compilation des tableaux 1 à 3 de la partie principale de la synthèse.

Annexe 1 : Sommaire des revues systématiques pertinentes à l'Option 1 – Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé menés par un médecin, par l'utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification ou de l'accréditation de leurs cliniques.

Élément de l'option	Accent de la revue systématique	Principaux constats	Observations
Les patients ont un médecin régulier pour les soins primaires	Effets des stratégies visant à augmenter la proportion de professionnels de la santé pratiquant dans les régions rurales et les autres régions mal desservies(16)	Aucune étude sur les effets des stratégies de redistribution n'a été recensée malgré une recherche exhaustive (revue publiée en 2009).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (16)= 8/8 Une stratégie mettait l'accent sur le recrutement d'étudiants provenant de groupes définis par le lieu de résidence ou par la race, l'ethnicité ou la culture.
	D'autres revues portaient sur les effets des modèles de soins en dehors des heures normales(17), sur les effets des modèles communautaires de soins d'urgence(18) et sur la durée des consultations(19), qui étaient de ce fait moins pertinentes.	L'introduction d'une ligne téléphonique de triage et de conseils a permis de diminuer la charge de travail des médecins (ce qui pourrait leur permettre de prendre de nouveaux patients) (revue publiée en 2003).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (17)= 2/11 Cote (de qualité) AMSTAR pour (18)= 7/10 Le Canada était au nombre des pays étudiés, mais le

Élément de l'option	Accent de la revue systématique	Principaux constats	Observations
			nombre d'études provenant du Canada (et d'autres pays) n'était pas indiqué.
Les médecins participent à des équipes menées par des médecins	Aucune revue systématique n'a pu être recensée		
Les médecins offrent des services de gestion des maladies chroniques (GMC)	Effets de la gestion des maladies chroniques(20)	La gestion des maladies chroniques a permis d'améliorer les processus de soins et le contrôle de la maladie, mais non les résultats en matière de santé ou d'utilisation des soins de santé (sauf pour une diminution de l'hospitalisation pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive et une augmentation des soins en clinique externe, et de l'utilisation des médicaments sur ordonnance chez les patients en dépression). Pas de données concluantes au sujet des effets sur les coûts médicaux directs (examen publié en 2007).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (20)= 4/10 Des études ont été menées au Canada, mais le nombre n'en est pas indiqué (la revue porte sur 29 études au total). La santé mentale était l'un des problèmes de santé étudiés.
	D'autres revues traitent des effets des cliniques de soins primaires pour l'asthme(21), des programmes de gestion du diabète(22) et d'autres programmes visant des maladies spécifiques.	Les cliniques de soins primaires pour l'asthme ne montrent que des preuves limitées d'efficacité (revue publiée en 2009). Les programmes de gestion du diabète ont permis d'améliorer le contrôle de la glycémie et d'augmenter le dépistage de la rétinopathie ainsi que des complications qui touchent les pieds (revue publiée en 2005).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (21)= 10/10 Cote (de qualité) AMSTAR pour (22)= 7/10 Aucune des deux revues ne comportait d'études réalisées au Canada (la première revue ne portait que sur une seule étude; la seconde portait sur 24 études).
Les médecins font appel aux dossiers médicaux électroniques pour appuyer la GMC	Effets des dossiers médicaux électroniques, y compris les rappels générés par les dossiers médicaux électroniques(23)	L'utilisation des dossiers médicaux électroniques dans le contexte des soins de santé primaires en clinique externe a permis d'améliorer la conformité des fournisseurs de soins et des patients aux interventions de dépistage et d'améliorer le taux de traitement actif des problèmes. Aucune preuve directe ne permet de démontrer que les dossiers médicaux électroniques ont permis de réduire le taux de morbidité et de mortalité (revue publiée en 2000).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (23)= 5/10 Cinq études canadiennes étaient incluses dans la revue (qui portait sur 16 études au total).
	Effets des dossiers médicaux électroniques(24)	L'utilisation des dossiers médicaux électroniques qui permettent la gestion de l'information clinique et l'utilisation des outils d'aide à la décision (notamment ceux qui traduisent les données en renseignements spécifiques au contexte) a permis d'améliorer le rendement des médecins. Les études de coûts ont prouvé des économies substantielles (revue publiée en 2006).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (24)= 8/10 Aucune étude canadienne n'était incluse dans la revue (qui portait sur 256 études au total).
Les médecins reçoivent des paiements cibles pour la GMC	Effet des incitatifs financiers versés aux médecins et aux groupes fournisseurs de	Les incitatifs financiers pour les médecins ont eu des effets partiels ou positifs sur les mesures de qualité dans cinq des six études,	Cote (de qualité) AMSTAR pour (25)= 6/11

McMaster Health Forum

Élément de l'option	Accent de la revue systématique	Principaux constats	Observations
	soins(25)	alors que des incitatifs financiers pour les fournisseurs ont eu des effets similaires dans sept de neuf études. Les incitatifs financiers ont eu des effets imprévus dans quatre études. Aucune étude n'a examiné la durée optimale des incitatifs financiers ou la persistance de leurs effets après l'arrêt des versements (revue publiée en 2006).	Le nombre d'études menées au Canada n'est pas indiqué (la revue porte sur 17 études au total).
	Effets de la rémunération au rendement(26)	La rémunération au rendement n'a donné aucun effet dans aucune des études bien construites, sauf deux; des constats positifs ont été faits dans deux études bien construites (revue publiée en 2006).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (26)= 5/10 Le nombre d'études menées au Canada n'est pas indiqué (la revue porte sur 7 études au total).
	Des revues additionnelles se sont penchées sur les effets de la rémunération au rendement pour la prescription de médicaments sur ordonnance(27), de même (dans trois revues plus anciennes) que sur les effets des paiements ciblés (28;29) ou sur l'association entre les incitatifs financiers et des résultats particuliers(30). Un aperçu des revues traitait des effets du financement fondé sur les résultats dans les pays à revenu faible ou moyen(31)	Aucune étude sur les effets de la rémunération au rendement pour la prescription des médicaments sur ordonnance n'a été recensée malgré une recherche exhaustive (revue publiée en 2007).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (28)= 10/11 Cote (de qualité) AMSTAR pour (29)= 7/11 Cote (de qualité) AMSTAR pour (30)= 4/11 Les revues ne contiennent pas d'études publiées au Canada ou en contiennent une seule (les revues portent respectivement sur 4, 10 et 89 études au total).
Les médecins reçoivent une formation professionnelle continue efficace sur la GMC	Effets de la formation professionnelle médicale continue (32)	La formation professionnelle continue a permis d'atteindre et de maintenir les objectifs liés aux connaissances des médecins, à leur attitude et à leur comportement en pratique, ainsi que d'atteindre et de maintenir des résultats cliniques à plus long terme (revue publiée en 2007).	Toutes les 136 études recensées ont été conduites au Canada ou aux États-Unis.
	Effets sur les rencontres à caractère éducatif(33)	Les rencontres à caractère éducatif (cours, congrès, conférences, ateliers, séminaires et symposiums) destinées aux médecins (et aux autres professionnels de la santé), seules ou en combinaison avec d'autres interventions, ont permis d'améliorer la pratique professionnelle et l'atteinte des objectifs de traitement par les patients (examen publié en 2009).	Quatre études canadiennes étaient incluses dans la revue (qui portait sur 81 études au total).
	Une autre revue (plus ancienne) traitait des effets des stratégies multifformes (y compris la formation professionnelle continue) visant les médecins, les infirmières et les pharmaciens(34).	Les stratégies multifformes (y compris la formation professionnelle continue) visant les médecins (ainsi que les infirmières et les pharmaciens) ont permis d'améliorer la gestion du diabète dans les soins de santé primaires dans le contexte des cliniques externes et dans le contexte communautaire (revue publiée en 2001).	Aucune étude canadienne n'était incluse dans la revue (qui portait sur 41 études au total).
Les pratiques de GMC	Association entre le recours à la	La vérification a été associée à une	Cote (de qualité)

Élément de l'option	Accent de la revue systématique	Principaux constats	Observations
des médecins sont périodiquement soumises à une vérification ou à un agrément	vérification et les améliorations dans la gestion des maladies chroniques(35)	amélioration des soins aux patients; cependant, cela passe généralement par des pratiques plus développées, sur des sujets dont la vérification est plus facile, et les effets cessent lorsque l'accent passe à d'autres priorités (revue publiée en 2004).	AMSTAR pour (35)= 4/10 Aucune étude canadienne n'était incluse dans la revue (qui portait sur 48 études au total).

Annexe 2 : Sommaire des revues systématiques pertinentes à l'option 2 - Soutenir l'extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur les collaborations interprofessionnelles

Élément de l'option	Accent de la revue systématique	Principaux constats	Observations
Inter-professional collaborative practice teams	Associations entre le recours à des équipes de pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle et une gamme de résultats, et effets des équipes de pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle(50)	Les équipes de pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle sont associées à des résultats positifs pour les patients ou clients, les fournisseurs et le système dans des domaines spécialisés comme les soins de santé mentale ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques. Des économies ont été constatées dans certains environnements de soins de santé primaires, notamment une diminution du coût moyen du contrôle de l'hypertension artérielle pour le fournisseur et le patient, et une baisse du taux de réadmission pour les soins de santé primaires à domicile gérés par une équipe interdisciplinaire. Les études n'indiquent pas de quelle façon les variations entre les modèles de pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle affectent les résultats (revue publiée en 2007).	La distinction entre effets et associations n'est pas établie clairement. Le nombre d'études menées au Canada n'était pas indiqué.
	Associations entre le recours à des équipes de pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle et une gamme de résultats, et effets des équipes de pratique axée sur la collaboration interprofessionnelle(51)	Le type et la diversité de l'expertise clinique à l'œuvre dans la prise de décision expliquent largement les améliorations dans les soins aux patients et l'efficacité organisationnelle; la collaboration, le règlement des différends, la participation et la cohésion sont plus susceptibles d'influer sur la satisfaction du personnel et la perception d'efficacité de l'équipe (revue publiée en 2006).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (51)= 3/11 La distinction entre les effets et les associations est claire dans le texte, mais non dans les conclusions. Le nombre d'études menées au Canada n'était pas indiqué.
	Associations entre les facteurs et les équipes interprofessionnelles travaillant dans un environnement de soins primaires ou de soins communautaires(52)	La structure de l'équipe (ce qui comprend les lieux physiques, la taille et la composition de l'équipe ainsi que le soutien organisationnel) et les processus d'équipe (réunions, buts et objectifs clairs, et vérification) ont une incidence sur le travail d'équipe interprofessionnel (revue publiée en 2007).	Une étude menée au Canada était incluse dans l'examen.
	Effets des équipes communautaires en santé mentale pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et de troubles de la personnalité(53)	Les équipes communautaires en santé mentale permettent de diminuer l'insatisfaction face aux services, les taux d'hospitalisation et les décès par suicide, mais n'ont aucune incidence sur l'admission aux services d'urgence, la prise de contact avec les soins de santé primaires et la prise de contact avec les services sociaux (revue publiée en 2007).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (53)= 11/11 Aucune étude menée au Canada n'était incluse dans la revue.
	Une autre revue (plus ancienne) sur les effets des stratégies visant à améliorer la collaboration entre les médecins et les infirmières(54)	Les interventions visant à améliorer la collaboration entre les médecins et les infirmières ont permis d'améliorer certains processus des soins, mais non les résultats (revue publiée en 2000).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (54)= 9/11 Aucune des études n'a été menée dans un contexte de soins

Élément de l'option	Accent de la revue systématique	Principaux constats	Observations
			primaires. Aucune étude menée au Canada n'était incluse dans la revue.

Annexe 3 : Sommaire des revues systématiques pertinentes à l'Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux des soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires.

Élément de l'option	Accent de l'examen systématique	Principaux constats	Observations
Utilisation du modèle de soins chroniques	Effets de l'incorporation de la plupart ou de l'ensemble des éléments du modèle de soins chroniques(60)	L'incorporation de la plupart ou de l'ensemble des éléments du modèle de soins chroniques a permis d'améliorer la qualité et les résultats des soins pour les patients présentant différentes maladies chroniques (revue publiée en 2009).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (60)= 4/10 Le nombre d'études menées au Canada n'était pas indiqué.
	Effets de l'incorporation d'un ou de plusieurs éléments du modèle de soins chroniques(61)	L'incorporation d'un ou de plusieurs éléments du modèle de soins chroniques a permis d'améliorer les processus de soins et les résultats cliniques pour les patients atteints d'asthme, d'insuffisance cardiaque congestive, de dépression et de diabète (revue publiée en 2005).	Cote (de qualité) AMSTAR pour (61)= 6/11