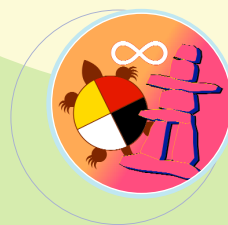
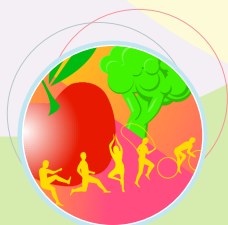


Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires

Rapport 1, Volume 1

Projet d'élaboration d'indicateurs
pancanadiens de soins de santé primaires



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-827-X (PDF)

© 2006 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title
Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volume 1
ISBN 1-55392-825-3 (PDF)

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.



Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont pris part à la rédaction de ce rapport.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans le soutien et la participation de plusieurs personnes et organismes au cours des 12 derniers mois. Il n'est cependant pas possible de citer nommément ces quelque 100 personnes. Leur dévouement, qui a largement dépassé nos attentes initiales, est vivement apprécié et nous espérons que la qualité de leur contribution transparaîtra dans ce rapport.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite également remercier les membres du comité consultatif qui ont spontanément investi leur temps, et partagé leur expérience et leurs connaissances.

- Marsha Barnes — Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Juanita Barrett — Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services
- Bachir Belhadji (membre d'office) — Santé Canada
- Jeanine Bustros (membre d'office) — Santé Canada
- Nandita Chaudhuri — Saskatchewan Health
- Nancy Darcovich — Statistique Canada
- Melanie Grace — L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
- Jeannie Haggerty — Université de Sherbrooke
- Brian Hutchison (président) — McMaster University
- Betty Jeffers — Alberta Health and Wellness
- Alan Katz — University of Manitoba
- Marian Knock — L'Association des infirmières et infirmiers du Canada
- John Maxted — Collège des médecins de famille du Canada
- Louise Rosborough (membre d'office) — Santé Canada
- Jim Rourke — Memorial University of Newfoundland
- Marsha Sharp — Les diététistes du Canada
- Merv Ungurain — Nova Scotia Department of Health
- Diane Watson — Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia
- Greg Webster (membre d'office) — Institut canadien d'information sur la santé
- Ron Wray (membre d'office) — Institut canadien d'information sur la santé



Nous souhaitons également remercier sincèrement les membres des groupes de travail, et plus particulièrement les principaux acteurs : June Bergman, Astrid Guttmann, Pierre Tousignant et Sabrina Wong.

Les commentaires formulés par les membres du comité consultatif et des groupes de travail se sont révélés d'une très grande valeur et nous ont permis de rédiger le présent rapport, mais l'ICIS demeure entièrement responsable de son contenu.

L'équipe de l'Élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires était formée de Shamali Gupta, Natalia Lobach, Judith MacPhail, Diane McKenzie, Lisa Mitmaker, Joanna Vlachakis, Vicky Walker, Ron Wray et Marta Yurcan. L'orientation et les conseils fournis à l'équipe par Jennifer Zelmer, Greg Webster et Indra Pulcins tout au long du projet ont été très utiles.

La production de ce rapport a mis à contribution de nombreuses personnes et divers secteurs de l'ICIS, notamment les services de publication, de traduction, des communications et des indicateurs de santé. Nous tenons tout particulièrement à remercier Eugene Wen, Joan Porter, Susanne Porter-Bopp, Steve Slade et Patricia Finlay pour leur précieux soutien.

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à un apport financier provenant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les opinions émises dans ce rapport ne reflètent pas forcément le point de vue de Santé Canada.





Table des matières

Remerciements	i
À propos de l'ICIS	v
Résumé	vii
1.0 Introduction	1
2.0 Le contexte du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires	3
3.0 Processus d'élaboration d'une liste d'indicateurs de soins de santé primaires convenus	7
4.0 Les indicateurs de soins de santé primaires convenus	13
4.1 Favoriser l'accès à des soins de santé primaires auprès d'un dispensateur régulier de soins de santé primaires	13
4.2 Favoriser une approche axée sur la population en matière de soins de santé primaires	16
4.3 Favoriser l'accès à des soins holistiques	20
4.4 Favoriser une approche intégrée prévoyant un accès aux soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept	24
4.5 Améliorer la qualité des soins de santé primaires	27
4.6 Établir les soins de santé primaires au moyen de soins axés sur le patient	31
4.7 Promouvoir la continuité grâce à l'intégration et la coordination	34
4.8 Appuis et contributions de base nécessaires au maintien des soins de santé primaires	37
5.0 Conclusion	43
Annexe A : Liste des participants au projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires et leur mode de participation	45
Annexe B : Consultations à l'échelle nationale	55
Annexe C : Résultats du processus Delphi modifié (troisième ronde)	57
Annexe D : Recherche et autres approches d'évaluation pour les questions d'évaluation de la stratégie nationale d'évaluation	89
Annexe E : Liste des indicateurs de soins de santé primaires	99
Annexe F : Références	109



À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez notre site Web : www.icis.ca.





Résumé

Les soins de santé primaires sont à la base du système de santé canadien et constituent les soins les plus courants que reçoivent les Canadiens en matière de soins de santé¹. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) a été créé en septembre 2000 dans le cadre d'une entente entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux dans le but d'améliorer les soins de santé primaires partout au Canada et de trouver de nouveaux modes de prestation des soins de santé primaires.

Actuellement, nous en savons peu sur l'évolution du système de soins de santé primaires, sur la façon dont les services sont dispensés et sur les résultats de ceux-ci. Pour mesurer le renouvellement des soins de santé primaires au Canada, on doit tirer parti des sources de données à l'échelle locale, régionale, provinciale ou territoriale et pancanadienne et les enrichir. Les indicateurs de soins de santé primaires et les données requises pour rendre compte sur ces indicateurs peuvent contribuer à l'évaluation et à la gestion des soins de santé primaires au Canada.

Stratégie nationale d'évaluation des soins de santé primaires du FASSP — Contexte du projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires

Nous avons élaboré les indicateurs de soins de santé primaires décrits dans le présent rapport conformément à une série d'objectifs reconnus de la stratégie nationale d'évaluation, de questions d'évaluation et de mesures de soutien. Ce cadre directeur a été élaboré en avril 2005 à la suite d'un processus englobant la consultation de documentation scientifique, les conseils de spécialistes et la participation d'intervenants².

Compte tenu de ce processus, l'ICIS a dirigé le Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires, un projet financé par le FASSP de Santé Canada, dont les objectifs étaient les suivants :

- élaborer une série d'indicateurs de soins de santé primaires convenus pour comparer et mesurer ce type de soins à plusieurs niveaux au sein des provinces et territoires du Canada;
- fournir des conseils sur l'infrastructure de la collecte des données nécessaire pour rendre compte sur ces indicateurs, partout au Canada.

Le présent rapport, qui comporte deux volumes, est l'un des deux documents produits par l'ICIS dans le cadre de ce projet. Il est le fruit d'une collaboration qui a permis d'élaborer une liste d'indicateurs de soins de santé primaires convenus. Un rapport conjoint décrivant les options pour améliorer l'infrastructure de la collecte de données pancanadiennes est également disponible, intitulé « *Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada* ».



Processus d'élaboration d'une liste d'indicateurs de soins de santé primaires

Au début de 2005, l'ICIS a déclenché un vaste processus destiné à élaborer une liste d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires convenus en fonction des questions d'évaluation déterminées au préalable. Il a eu recours à diverses stratégies pour recueillir des commentaires et parvenir à un accord, notamment :

- **Analyse de la conjecture** — Nous avons analysé les documents nationaux et internationaux sur les cadres et les indicateurs de soins de santé primaires afin de dresser une liste préliminaire d'indicateurs.
- **Deux conférences consensuelles** — Plus de 80 responsables de l'élaboration des politiques, dispensateurs de soins, chercheurs et gestionnaires de systèmes ont participé aux conférences consensuelles afin de passer en revue les indicateurs potentiels.
- **Groupes de travail** — Plus de 60 responsables de l'élaboration des politiques, dispensateurs de soins, chercheurs et gestionnaires de systèmes ont aidé à redéfinir les indicateurs et à en établir les spécifications techniques.
- **Consultations pancanadiennes et internationales** — Tout au long du processus, des consultations menées auprès d'intervenants à l'échelle provinciale, territoriale et régionale, d'associations de professionnels de la santé et de chercheurs travaillant sur la scène internationale, ont permis de recueillir des données additionnelles.
- **Processus Delphi** — Plus de 70 personnes ont pris part à chacune des trois rondes d'un processus Delphi modifié visant à évaluer les indicateurs selon leur degré d'importance.

Mesure des soins de santé primaires : Quels sont les éléments importants et comment les mesure-t-on?

Le processus d'établissement de consensus a permis à un large éventail d'intervenants de définir 105 indicateurs de soins de santé primaires convenus. L'élaboration de ces indicateurs repose sur les éléments suivants :

- les objectifs de la stratégie nationale d'évaluation, les questions d'évaluation et les mesures de soutien;
- les conseils et mesures de soutien des responsables canadiens de l'élaboration des politiques en matière de soins de santé primaires, des dispensateurs de soins, des chercheurs et des gestionnaires de systèmes;
- la documentation et les données actuelles;
- l'évaluation à l'échelle canadienne et internationale des soins de santé primaires et des initiatives concernant les indicateurs;
- le processus Delphi qui a confirmé un haut niveau de soutien de nombreux intervenants à l'égard des indicateurs.



Ces indicateurs peuvent être répartis en huit catégories distinctes :

- accès à des soins de santé primaires auprès d'un dispensateur régulier;
- soins de santé intégrés, services préventifs et gestion des affections chroniques;
- intégration et coordination pour une continuité efficace des soins;
- accès aux soins de santé primaires 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- soins de santé primaires axés sur les patients;
- approche axée sur la population;
- qualité des soins de santé primaires — prévention primaire, prévention secondaire des affections chroniques, sécurité des patients, objectifs des traitements et résultats qui en découlent;
- appuis et contributions aux soins de santé primaires — ressources humaines de la santé, équipes interdisciplinaires, technologie de l'information, mode de rémunération des dispensateurs.

L'élaboration des indicateurs ne s'est pas limitée à ceux pour lesquels des données sont actuellement disponibles. Ajoutons à cela que la définition des soins de santé primaires varie à certaines échelles politiques. Il est prévu que les indicateurs soient utilisés dans de nombreuses définitions et cadres d'évaluation des soins de santé primaires. Cependant, il faut reconnaître que dans certains cas, d'autres indicateurs seraient nécessaires en fonction de priorités actuelles ou futures. La liste des 105 indicateurs permettra de créer des sous-ensembles pour convenir à des points de vue ou répondre à des objectifs divers. Nous avons joint au présent résumé un exemple de liste abrégée de 30 indicateurs de soins de santé primaires.

Les 105 indicateurs couvrent un large éventail d'éléments importants associés aux soins de santé primaires qui sont pertinents pour les intervenants de partout au pays. La description de ces indicateurs permettra de combler les lacunes en matière d'information sur les soins de santé primaires au Canada.

Ces indicateurs pourront également servir de guide en vue d'améliorer l'infrastructure de collecte des données pancanadiennes sur les soins de santé primaires. Avec le temps, les améliorations apportées à l'infrastructure de collecte des données pancanadiennes fourniront des informations fiables et comparables nécessaires pour décrire un plus large éventail d'indicateurs que ne le permettent les données existantes. Le rapport d'accompagnement intitulé « Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada » offre un aperçu de la disponibilité actuelle des données permettant d'établir la liste des indicateurs convenus et des options pour améliorer l'infrastructure de collecte des données pancanadiennes.



EXEMPLE DE LISTE ABRÉGÉE DES INDICATEURS de SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AUPRÈS D'UN DISPENSATEUR RÉGULIER	SOINS DE SANTÉ INTÉGRÉS, SERVICES PRÉVENTIFS ET GESTION DES AFFECTIONS CHRONIQUES	INTÉGRATION ET COORDINATION POUR UNE CONTINUITÉ EFFICACE DES SOINS
<ul style="list-style-type: none"> • Population ayant un dispensateur régulier de soins de santé primaires • Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> • Gamme des services de soins de santé primaires • Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires* • Registres des clients ou des patients en soins de santé primaires qui sont atteints d'affections chroniques* • Programmes de soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques* • Participation des clients ou des patients à la planification du traitement en soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé
ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES 24 HEURES SUR 24, SEPT JOURS SUR SEPT	SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LE PATIENT/CLIENT	APPROCHE AXÉE SUR LA POPULATION
<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats les soirs et les fins de semaine pour un problème de santé urgent mais mineur • Organismes de soins de santé primaires qui assurent des services à la population en dehors des heures normales d'ouverture • Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction des clients ou des patients concernant les soins reçus de leur dispensateur de soins de santé primaires • Barrière linguistique entre les patients ou les clients et les dispensateurs de soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Registres des clients ou des patients atteints d'affections chroniques* • Programmes de soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques* • Programmes spécialisés en soins de santé primaires destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
<p>Prévention primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus • Dépistage du cancer du col de l'utérus • Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires* <p>Prévention secondaire des affections chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie • Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension • Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète 	<p>Sécurité des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation des alertes médicamenteuses en soins de santé primaires • Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs <p>Objectifs et résultats des traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la glycémie en cas de diabète • Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension • Traitement de la dyslipidémie • Conditions propices aux soins ambulatoires • Traitement de la dépression 	
APPUI ET CONTRIBUTIONS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
<p>Ressources humaines de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organismes de soins de santé primaires acceptant de nouveaux clients ou patients <p>Équipes interdisciplinaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de soins de santé primaires <p>Modes de rémunération des dispensateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mode de rémunération des dispensateurs de soins de santé primaires 	<p>Technologie de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de soins de santé primaires <p>Allocation de fonds pour les soins de santé primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coûts opérationnels moyens par habitant dans le cadre des services de soins de santé primaires 	

ÉQUITÉ

* Les indicateurs se répètent parce qu'ils reflètent plusieurs dimensions.

x

Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires



1.0 Introduction

On dit que les soins de santé primaires sont le pilier du système de santé canadien¹. Bien que ces derniers constituent le volet le plus utilisé du système de santé, de nombreux Canadiens ne sont pas en mesure de les définir³. La définition des soins de santé primaires varie aussi sur le plan des politiques^{1,4}. Par exemple, le Conseil canadien de la santé a récemment noté que, « même si toutes les provinces et tous les territoires ont admis le caractère prioritaire de la réforme des soins de santé primaires, il n’y a pas de consensus quant à la signification réelle du terme soins de santé primaires »¹.

Étant donné qu’on ne peut pas s’entendre sur la définition des soins de santé primaires, une question se pose : pourquoi les soins de santé primaires sont-ils importants? Il existe plusieurs réponses. D’abord et avant tout, les soins de santé primaires sont importants pour l’amélioration de la santé et les soins en cas de maladie et ils sont souvent liés à d’autres services sociaux et de santé⁵.

Deuxièmement, les soins de santé primaires comprennent non seulement le traitement des maladies, mais aussi les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies. Ces activités peuvent aussi bien encourager les gens à cesser de fumer qu’à planifier des mammographies. Les soins de santé primaires consistent également à aider les personnes atteintes d’affections chroniques, comme le diabète, à surveiller leur santé, peut-être avec l’aide d’une équipe interdisciplinaire. L’aide aux personnes souffrant de diverses formes de troubles mentaux — comme le stress, l’anxiété et la dépression — fait souvent partie des soins de santé primaires. Là encore, les soins peuvent entraîner un partenariat entre divers dispensateurs de soins, notamment des psychologues et d’autres types de travailleurs de la santé mentale et, dans certains cas, des appuis sociaux de secteurs autres que celui de la santé. Dans la plupart des cas, le terme « soins de santé primaires » englobe un large éventail de services et de dispensateurs de soins.

Troisièmement, les soins de santé primaires peuvent servir à assurer la coordination des systèmes; autrement dit, les dispensateurs de soins de santé primaires tentent souvent d’orienter les clients ou les patients parmi toute la gamme de services de santé offerts. Dans certains cas, cette coordination englobe un ensemble plus vaste de dispensateurs de soins et d’organismes dans plusieurs secteurs de services sociaux.



Enfin, certaines personnes qui travaillent dans le domaine des soins de santé primaires interviennent dans l'élaboration d'approches communautaires avec d'autres partenaires de secteurs, comme ceux de l'éducation, de la justice et du logement. Dans ce type de modèle, on met souvent l'accent sur le renforcement des capacités communautaires, l'extension des services aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers, et la participation de la collectivité à la planification, l'élaboration et la prestation de services et de mesures d'appui.

Selon des études comparatives internationales, un système de soins de santé primaires bien élaboré peut contribuer à améliorer les résultats sur la santé, et peut aussi entraîner une baisse des dépenses au chapitre de la santé^{6, 7, 8}. Par exemple, il a été suggéré que la force du système de soins de santé primaires du Royaume-Uni, parfois décrite comme la perle de la couronne du National Health Service⁹, est un facteur clé auquel on peut attribuer le fait qu'au Royaume-Uni, les dépenses de soins de santé sont plus faibles que pour d'autres systèmes de soins de santé.

Au Canada, nous sommes de plus en plus conscients de l'importance des soins de santé primaires pour notre système de santé. Mais, en même temps, nos connaissances actuelles sur la façon dont évolue la structure de notre système de soins de santé primaires, sur la manière dont les services sont offerts et sur les résultats de ces services sont incomplètes. L'information est souvent fragmentée, non comparable ou inexistante.



2.0

Le contexte du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires

Le 11 septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont annoncé que les améliorations des soins de santé primaires étaient cruciales pour le renouvellement des services de santé. Le gouvernement fédéral a alors créé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de 800 millions de dollars. Le FASSP est le reflet d'une entente entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux visant à travailler conjointement à l'amélioration des soins de santé primaires partout au Canada et à trouver de nouveaux modes de prestation des soins de santé primaires.

Depuis 2000, bon nombre de dispensateurs de soins, de collectivités, de chercheurs et de responsables de l'élaboration des politiques ont investi du temps, de l'énergie et des ressources pour mettre au point des façons différentes d'organiser et de dispenser les soins de santé primaires. Malgré le travail qui a été mené sur plusieurs fronts, peu de données sont disponibles à l'heure actuelle pour mesurer le type et le rythme des changements dans l'ensemble du Canada et pour déterminer si ces changements produisent un effet.

Pour aider à comprendre et à améliorer le renouvellement des soins de santé primaires, Santé Canada a établi la stratégie d'évaluation nationale du FASSP. Une des composantes de la stratégie d'évaluation nationale a consisté à élaborer une série d'objectifs, de mesures d'appui et de questions d'évaluation pour Santé Canada. Cette composante de la stratégie d'évaluation nationale a été mise en œuvre entre la fin 2004 et le début 2005. Grâce à un partenariat comprenant un examen de la documentation, des conseils d'experts et la participation d'intervenants, une série de plus de 50 questions d'évaluation convenues a été élaborée de manière à correspondre aux objectifs et aux mesures d'appui de la stratégie d'évaluation nationale². (Voir le tableau 1 pour connaître les objectifs et mesures d'appui de la stratégie d'évaluation nationale et l'annexe C sur les questions d'évaluation de la stratégie d'évaluation nationale.)



Les questions d'évaluation de la stratégie d'évaluation nationale ont servi de point de départ pour l'étape suivante, soit l'élaboration d'une liste d'indicateurs de soins de santé primaires convenus correspondant aux questions d'évaluation. L'ICIS a mené ce projet, dont les deux objectifs clés étaient les suivants :

- élaborer une série d'indicateurs de soins de santé primaires convenus pour comparer et mesurer ce type de soins à plusieurs niveaux au sein des provinces et des territoires partout au Canada;
- fournir des conseils sur l'infrastructure de la collecte des données nécessaire pour rendre compte sur ces indicateurs, partout au Canada.

Au lieu de recourir à un ensemble de services, au personnel de la santé ou à des éléments organisationnels¹⁰, les questions d'évaluation visent à fournir une approche souple permettant de connaître les progrès réalisés, de mesurer les changements et recenser les variations. Cette approche signifie que les indicateurs ont été élaborés indépendamment d'une définition ou d'un cadre d'évaluation convenus pour les soins de santé primaires.

La stratégie d'évaluation nationale n'est pas non plus destinée à supplanter d'autres initiatives en cours pour mesurer et évaluer les soins de santé primaires^{11, 12, 13}.

De même, le Projet de l'ICIS/Statistique Canada pour l'élaboration d'indicateurs et les activités de l'Initiative sur la santé de la population canadienne peuvent fournir des renseignements importants sur l'état de santé et les caractéristiques des systèmes communautaires et de santé. L'utilisation d'autres sources et approches peut améliorer la portée et la précision des renseignements disponibles sur les soins de santé primaires au Canada.



TABLEAU 1

STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION — OBJECTIFS ET MESURES D'APPUI
STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION — OBJECTIFS
Objectif 1. Accroître le pourcentage de personnes recevant des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé.
Objectif 2. Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée.
Objectif 3. Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques.
Objectif 4. Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires.
Objectif 5. Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires.
Objectif 6. S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement.
Objectif 7. Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information.
STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION — MESURES D'APPUI
Mesure d'appui 1. Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires.
Mesure d'appui 2. Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires.
Mesure d'appui 3. Technologie de l'information adaptée aux soins de santé primaires et assurant un lien entre les organismes de soins de santé primaires et le reste du système de santé.
Mesure d'appui 4. Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins.
Mesure d'appui 5. Modes de rémunération des dispensateurs qui respectent les objectifs en matière de soins de santé primaires.
Mesure d'appui 6 — Soutien continu des responsables de l'élaboration des politiques à l'égard des soins de santé primaires.



3.0 Processus d'élaboration d'une liste d'indicateurs de soins de santé primaires convenusⁱ

Les objectifs du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires consistaient à définir une liste d'indicateurs de soins de santé primaires convenus pouvant servir à comparer et à mesurer des éléments importants de la structure, du processus et des résultats des soins de santé primaires au Canada d'une part, et d'autre part à fournir des conseils sur l'infrastructure de collecte des données nécessaire à la déclaration de ces indicateurs à l'avenir. Les indicateurs de santé sont des mesures normalisées qui permettent d'évaluer l'état de santé ainsi que le rendement et les caractéristiques du système de santé au sein de diverses populations, entre diverses provinces et territoires du Canada ou à divers moments dans le temps¹⁴. Les indicateurs de santé constituent principalement un outil pour aider les provinces, territoires, régions et organismes à suivre l'évolution des progrès en ce qui a trait à la santé et au système de santé¹⁴. Les indicateurs servent, par exemple, à mesurer le rendement, la planification stratégique et l'établissement des priorités concernant l'amélioration de la qualité des soins et à communiquer au public des informations importantes sur la santé¹⁴. Dans certains cas, l'utilisation des indicateurs a trait à l'équité en permettant de recenser les écarts potentiels entre les services, les résultats ou l'état de santé¹⁴.

Pour définir une liste d'indicateurs, l'ICIS a mis en œuvre un vaste processus utilisant diverses stratégies de participation, de consultation et de sollicitation d'opinions d'experts (voir les annexes A et B).

Un **comité consultatif** a été créé; il était composé de responsables de l'élaboration des politiques, de dispensateurs de soins de santé primaires, d'associations pancanadiennes de dispensateurs de soins, de gestionnaires de systèmes et de chercheurs en soins de santé primaires. Le rôle de ce comité consistait à fournir des conseils à l'équipe du projet de l'ICIS pendant toute la durée du projet et de contribuer à faire en sorte que les principes directeurs de l'élaboration des indicateurs commandaient l'ensemble du processus.

La **création d'un consensus** consistait à définir les indicateurs potentiels de soins de santé primaires et à obtenir des commentaires généraux sur l'importance et l'acceptabilité des indicateurs. Ce processus revêtait également une importance

i. Voir le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, *The Structure and Process of Developing Pan-Canadian Primary Health Care indicators* (Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2006).



critique pour la définition d'indicateurs dans les domaines où les résultats de recherche étaient limités¹⁵.

L'**élaboration des indicateurs** faisait intervenir les méthodes et activités techniques visant à préciser et à élaborer des indicateurs valides, compréhensibles et comparables. Durant le processus, des indicateurs de soins de santé primaires ont été élaborés en fonction de ce qui devait être mesuré plutôt que de la disponibilité des sources d'information existantes.

Stades de l'élaboration des indicateurs

Analyse de la conjoncture — Première liste provisoire d'indicateurs de soins de santé primaires

La vérification a permis de dresser une liste provisoire de 258 indicateurs basés sur les pratiques et les résultats provenant de sources internationales, nationales et infranationales.

Conférence consensuelle — Deuxième liste provisoire d'indicateurs de soins de santé primaires

Lors d'une conférence consensuelle tenue en mai 2005, la première liste provisoire d'indicateurs a été examinée et révisée en ce qui concerne leur validité et leur importance par un groupe d'environ 60 responsables de l'élaboration des politiques, chercheurs, dispensateurs de soins et administrateurs/gestionnaires (voir l'annexe A). La deuxième liste provisoire résultant de cette réunion comprenait 187 indicateurs.

Consultation en ligne

Des commentaires additionnels d'intervenants et d'organismes qui n'avaient pas participé à la réunion ont été recueillis par le truchement d'une consultation en ligne en vue de déceler les lacunes présentes dans la deuxième liste provisoire.

Élaboration d'indicateurs — Cinq principes fondamentaux

1. **Prospectifs** : ne se limitent pas à ce qui est mesurable pour l'instant
2. **Couverture** : la couverture et l'équilibre sont assurés pour tous les objectifs et mesures d'appui de la stratégie d'évaluation nationale
3. **Comparables** : peuvent servir à comparer les soins de santé primaires dans l'ensemble du pays et au fil du temps
4. **D'application générale** : peuvent être utilisés et appliqués à plusieurs niveaux
5. **Souples** : ne limitent pas les autres indicateurs élaborés par les provinces et territoires pour mesurer d'autres aspects des soins de santé primaires



Groupes de travail/groupes de spécialistes — Troisième liste provisoire d'indicateurs de soins de santé primaires

Les participants à quatre groupes de travail/groupes de spécialistes (voir l'annexe A) ont continué à préciser la deuxième liste provisoire d'indicateurs en se concentrant essentiellement sur :

- i. La validité apparente
- ii. La possibilité de mesurer
- iii. La fiabilité et la comparabilité
- iv. La raison d'être et l'importance
- v. Le fondement sur les résultats ou les politiques
 - Indicateurs cliniques — Niveaux A et B
 - Indicateurs de systèmes — Résultats de niveaux A et B; examens systématiques de la documentation; objectifs de la stratégie nationale d'évaluation; consensus entre experts

Processus Delphi modifié (première ronde)ⁱⁱ — Quatrième liste provisoire d'indicateurs de soins de santé primaires

À l'aide d'un processus systématique visant à définir un commun accord dans un vaste groupe d'intervenants, on a demandé aux participants d'examiner et de valider la troisième liste d'indicateurs selon leur importance. Ce processus consistait à attribuer une cote à chaque indicateur et à donner des suggestions sur la reformulation des indicateurs.

Consultations de spécialistes aux échelons national et international

Pour l'examen de la quatrième liste provisoire d'indicateurs, on a consulté les ministères provinciaux ou territoriaux, les associations nationales de dispensateurs de soins et les experts internationaux des soins de santé primaires et des mesures. Leurs commentaires ont entraîné d'autres changements quant à la sélection des meilleures mesures et formulations possibles des indicateurs.

ii. Un processus Delphi modifié est une consultation d'experts validée par l'expérience qui sert à définir un consensus parmi un groupe de spécialistes qui sont souvent séparés géographiquement. Des organismes ou des chercheurs mènent une série de sondages par écrit avec l'aide d'un groupe de spécialistes. La technique peut varier, mais elle consiste en général à demander aux experts de coter les points sur une échelle de Likert (1 à 9). Il y a généralement une série de 2 ou 3 rondes qui utilisent chacune les résultats précédents. Les réponses sont rassemblées et les répondants reçoivent leurs réponses et celles de l'ensemble du groupe.



Deuxième ronde du processus Delphi modifié et conférence consensuelle – Cinquième liste provisoire d'indicateurs de soins de santé primaires

Lors d'une deuxième réunion consensuelle en novembre 2005, 75 participants ont discuté entre eux, puis ont réattribué des cotes aux indicateurs lors de la deuxième ronde du processus Delphi modifié, en tenant compte des commentaires recueillis depuis la première ronde.

Ajustements techniques – Sixième liste provisoire d'indicateurs de soins de santé primaires

Après avoir effectué plusieurs consultations et recueilli des commentaires de la part des spécialistes des soins de santé primaires et des mesures, les résultats obtenus au terme de la deuxième ronde du processus Delphi ont été analysés et la liste des indicateurs a été révisée.

Troisième ronde du processus de cotation – Une liste d'indicateurs de soins de santé primaires

À l'aide des trois résultats obtenus grâce à l'outil Delphi, deux listes d'indicateurs de soins de santé primaires ont été établies. Une liste de 105 indicateurs a été créée, soit 100 indicateurs cotés comme étant importants lors de la troisième ronde (voir l'annexe C) et cinq autres indicateurs pour assurer un équilibre. L'importance était définie comme un indicateur auquel 70 % des participants ont attribué une cote comprise entre 7 et 9 sur une échelle de 9 points.

Compte tenu des défis que représentent l'élaboration et la déclaration des renseignements pour chaque indicateur, une liste abrégée de 30 indicateurs a également été établie par l'équipe de l'ICIS chargée du projet. Cette liste abrégée est un exemple de sous-ensemble pouvant être créé à partir de la liste complète de 105 indicateurs.

La liste complète des 105 indicateurs a pour objet de répondre aux besoins des nombreux intervenants. Nous nous attendons donc à ce qu'elle serve à créer des sous-ensembles d'indicateurs pour divers besoins.



On a utilisé la méthode et les critères de sélection suivants pour créer cette liste abrégée de 30 indicateurs :

1. On a tenu compte des objectifs, des mesures d'appui et des questions d'évaluation de la stratégie nationale d'évaluation pour assurer un équilibre parmi les indicateurs correspondant à divers aspects des soins de santé primaires. En général, on a sélectionné deux indicateurs par objectif et un indicateur par mesure d'appui.
2. La sélection des indicateurs pour chaque objectif et mesure d'appui de la stratégie nationale d'évaluation, comme il est décrit précédemment, était principalement basée sur les cotes attribuées aux indicateurs à la troisième ronde du processus Delphi modifié.
3. Une plus grande sélection d'indicateurs a été définie pour l'objectif 5 portant sur la qualité clinique à cause du grand nombre d'indicateurs dans ce domaine. Dans l'objectif 5, des sous-listes d'indicateurs ont été élaborées pour ce qui est des services préventifs de santé, de la prévention secondaire et des résultats pour un petit nombre d'affections chroniques.



4.0 Les indicateurs de soins de santé primaires convenus

Au total, nous avons élaboré 105 indicateurs de soins de santé primaires correspondant aux objectifs, aux mesures d'appui et aux questions d'évaluation de la stratégie nationale d'évaluation. Chacune des sections suivantes (sections 4.1 à 4.8) présente le contexte par rapport aux objectifs et aux mesures d'appui de la stratégie d'évaluation nationale et décrit les indicateurs concernés.

4.1 Favoriser l'accès à des soins de santé primaires auprès d'un dispensateur régulier de soins de santé primaires

Les principaux chercheurs en soins de santé primaires insistent sur deux aspects critiques des soins de santé primaires : premièrement, les gens doivent pouvoir **accéder** aux soins de santé primaires et, deuxièmement, les services de soins de santé primaires sont généralement obtenus auprès d'un **dispensateur** régulier de soins de santé primaires¹⁶.

Dans l'ensemble, les recherches montrant qu'il existe une relation entre l'accès aux soins de santé primaires et l'amélioration des résultats pour la santé sont généralement acceptées. Par exemple, des chercheurs au Royaume-Uni et aux États-Unis ont constaté qu'une prestation adéquate de soins primaires peut réduire :

- les causes de mortalité et la mortalité liée aux maladies cardiaques, au cancer et aux accidents vasculaires cérébraux (AVC)^{17, 18};
- la mortalité infantile et le faible poids à la naissance¹⁷;
- les admissions à un hôpital de soins de courte durée¹⁶.



Les rapports de recherche publiés font de plus en plus état des avantages que représente le fait d'avoir un dispensateur régulier de soins de santé primaires. Cet aspect des soins de santé primaires examine la relation entre le client ou le patient et le dispensateur de soins au fil du temps (selon une continuité interpersonnelle et de façon longitudinale)ⁱ. Par exemple, dans le cadre d'un récent examen complet de la documentation, Saultz et Lochner¹⁹ concluent que la continuité interpersonnelle des soins est liée à des améliorations considérables de certains résultats, notamment une diminution des taux d'hospitalisation. Ils ont également observé une amélioration des services préventifs. Les mêmes auteurs ont constaté qu'un nombre moins élevé d'études abordent correctement le lien entre la continuité des soins de santé primaires et les dépenses de soins de santé, même si des résultats positifs ont été observés sur un nombre limité de mesures dans le cadre de certaines études¹⁹. D'autres chercheurs ont indiqué que la continuité interpersonnelle peut diminuer le recours aux services d'urgence²⁰ et améliorer la coordination des soins^{21, 22}, la fidélité au traitement et la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type II²³.

Toutefois, une étude récente a montré que le lien entre l'amélioration des résultats et la continuité de l'information dans le cadre d'un contexte faisant intervenir plusieurs dispensateurs de soins est plus forte qu'avec la continuité avec un seul dispensateur de soins²⁴. Mais les deux constatations laissent néanmoins croire en l'existence d'un lien entre l'amélioration de l'état de santé d'une personne et une source habituelle de soins de santé primaires holistiques. Certains chercheurs ont également insisté sur le fait que la dynamique de la relation entre le patient et le dispensateur de soins (confiance, réceptivité) est tout aussi importante pour mieux comprendre des résultats comme l'utilisation longitudinale et la continuité avec un dispensateur de soins^{25, 26}.

Les récentes études sur l'accès à un dispensateur régulier de soins de santé primaires indiquent ce qui suit :

- Lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes effectuée en 2003, 86,3 % des adolescents et adultes ont déclaré avoir un médecin de famille régulier²⁷.
- La même année, 15,8 % des Canadiens déclaraient avoir éprouvé des difficultés d'accès aux soins de routine ou continus lorsqu'ils en avaient eu besoin au cours des 12 mois antérieurs²⁷.

i. Reid, Haggerty et McKendry définissent trois concepts de continuité. La continuité relationnelle est la relation thérapeutique continue avec un ou plusieurs dispensateurs de soins. La continuité informationnelle est l'utilisation des renseignements concernant les événements passés et les circonstances personnelles pour adapter les soins actuels à chaque patient. La continuité est une approche uniforme et cohérente de la gestion d'un état de santé qui tient compte de l'évolution des besoins du patient. *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (mars 2002).



- Un récent sondage international révèle que les Canadiens sont plus nombreux que les Australiens, les Nouveaux-Zélandais et les Britanniques à dire qu'ils se sont rendus dans un service d'urgence alors que leur médecin régulier aurait pu les traiter²⁸.
- Selon un récent rapport publié par l'ICIS, le nombre de médecins de famille est passé de 94 pour 100 000 personnes en 2000 à 98 pour 100 000 personnes en 2004^{29, 30}.
- Selon le Sondage national auprès des médecins de 2004, la proportion de médecins acceptant de nouveaux patients est en baisse dans certaines provinces et territoires et dans certaines zones géographiques (urbaines) alors qu'elle augmente dans d'autres²⁹.

Ces constatations, et d'autres, indiquent qu'il existe de multiples facteurs qui influent sur l'accès et l'utilisation régulière d'une source habituelle de soins de santé primaires. Par exemple, pour mieux comprendre pourquoi l'accès à un dispensateur régulier de soins de santé primaires varie, nous avons besoin de tenir compte de facteurs comme la disponibilité des ressources humaines, l'utilisation d'autres dispensateurs de soins de santé primaires, le champ d'activité et les horaires de travail²⁹. De même, la gamme des services de soins de santé primaires (p. ex. pour équilibrer la prévention des maladies, la gestion des soins chroniques, les services coordonnés et les soins épisodiques aigus) peut varier. Enfin, l'accès à un dispensateur régulier de soins de santé primaires peut varier en fonction du lieu, du statut socio-économique, du sexe, de l'origine ethnoculturelle, de l'invalidité ou d'autres facteurs sociodémographiques²⁹.

Le tableau qui suit donne la liste des indicateurs qui ont été élaborés dans le cadre de l'objectif 1. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de recenser les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.



OBJECTIF 1 : Accroître le pourcentage de personnes recevant des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE ⁱⁱ	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES ⁱⁱⁱ
1	Population ayant un dispensateur régulier de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Oui, partielle
2	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine	Sondage auprès des clients ou patients	Non
3	Difficultés à accéder à des renseignements ou à des conseils sur la santé en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
4	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur	Sondage auprès des clients ou patients	Non

4.2 Favoriser une approche axée sur la population en matière de soins de santé primaires

Le concept des services planifiés pour une population donnée dans l'évolution des soins de santé primaires ne date pas d'hier. Par exemple, le concept des soins primaires axés sur la collectivité a vu le jour en Afrique du Sud en 1940^{31, 32}. Avec le temps, les principes fondateurs du concept des soins primaires axés sur la collectivité, la planification et l'organisation de la prestation de services, ont influencé le développement du mouvement des centres de santé communautaire aux États-Unis, tout comme au Canada, de même que le mouvement des omnipraticiens au Royaume-Uni³¹. Fondamentalement, la prestation de services axés sur la population tient d'une approche proactive pour ce qui est de l'évaluation des besoins de santé, de la planification, de l'allocation et de l'élaboration des services. Lorsqu'il s'y ajoute une orientation communautaire, les soins de santé primaires incorporent des éléments de santé publique à l'échelle régionale³³. La mise en œuvre de cette approche nécessite de planifier et d'initier les soins pour des groupes plutôt que pour des individus³⁴.

ii. Source de données potentielle : Données clinico-administratives, autres données administratives ou sondage.

iii. Disponibilité actuelle de la source de données : Oui, Oui, partielle, Non.



Il n'existe aucune définition claire des soins de santé primaires axés sur la population^{31, 35}. Un large éventail d'approches et de modèles a été utilisé pour la planification et la prestation de services à des collectivités définies géographiquement et des populations particulières^{31, 35}. On peut toutefois déterminer deux approches ou plateformes principales dans la documentation. La première plateforme, le renforcement des capacités communautaires, est une approche de promotion et d'équité de la santé. Cette plateforme consiste en général à engager et à mobiliser la collectivité pour qu'elle intervienne dans la santé et les services de soins de santé³⁵. Cette participation peut aller de groupes d'entraide à la défense des droits de la collectivité et la participation à la gouvernance et la planification de l'organisation des soins de santé primaires³⁶. L'aspect critique est l'interaction entre l'organisme et les citoyens pour trouver des moyens de mobiliser le capital social et de renforcer l'efficacité communautaire.

La deuxième plateforme, la « population donnée », peut comprendre des limites géographiques ou simplement une approche de roulement pour une population mixte. Cette approche a servi de fondement pour la mise sur pied des soins de santé primaires dans des pays comme l'Angleterre et les Pays-Bas. Depuis peu, certains organismes de soins de santé intégrés aux États-Unis (Health Maintenance Organizations, HMO) adoptent des éléments de l'approche axée sur la population en matière de soins de santé primaires³¹.

Malgré les différences entre l'approche de renforcement des capacités communautaires et l'approche visant une population donnée, on note dans la documentation un consensus fondamental quant aux étapes essentielles au développement et à la mise en œuvre d'une approche axée sur la population. La distinction entre les deux approches réside dans le niveau de consultation et de participation de la collectivité aux étapes suivantes³⁵:

- **Diagnostic communautaire** : Définir les caractéristiques démographiques, l'environnement et l'état de santé de la population
- **Établissement des priorités** : Cerner les problèmes de santé ou les populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
- **Évaluation détaillée** : Planifier en vue d'établir les stratégies et les interventions qui conviennent pour résoudre le problème ou répondre aux besoins de la population
- **Programme d'intervention** : Élaborer un programme ou une approche pour résoudre le problème ou répondre aux besoins de la population
- **Mise en œuvre** : Mettre en œuvre le programme
- **Réévaluation** : Revoir les étapes ci-dessus de manière périodique^{35, 37}.



La mise en œuvre d'une telle approche avec ses structures et processus correspondants est limitée par la taille et les ressources de l'organisme³⁸. Par exemple, il est parfois difficile pour de petits organismes de soins de santé primaires d'adopter un quelconque programme axé sur la population en raison de certaines difficultés, comme la masse critique et les économies d'échelle³⁸. De plus, la mise en œuvre de ces programmes demande des changements conceptuels au sein des organismes. Ces changements peuvent comprendre la création et la formation d'équipes interdisciplinaires ainsi que la création de réseaux de partenariats et de processus de surveillance³⁴. Enfin, la mise en œuvre d'une approche axée sur la population en matière de soins de santé primaires peut nécessiter l'introduction de nouvelles activités qui ne sont pas reconnues dans les approches individualisées traditionnelles de prestations de soins^{32, 34}.

Les données concernant les résultats pour la santé découlant d'une approche axée sur la population sont limitées. Les chercheurs suggèrent que la petite taille des populations, même pour les grands organismes de soins de santé primaires, entrave la détection de changements significatifs sur le plan statistique pour la plupart des mesures de résultats, à l'exception des conditions les plus courantes³⁸. Mais, en dépit de ces limites, diverses études ont mis l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins et le changement des comportements relatifs à la santé de la façon suivante :

- réduction des facteurs de risque (p. ex. désaccoutumance au tabac)³⁹;
- couverture accrue pour le dépistage préventif³⁹;
- utilisation accrue des services d'orientation et des services spéciaux³⁹;
- meilleure gestion des facteurs de risque cardiovasculaire⁴⁰;
- maîtrise de l'hypertension et diminution du tabagisme^{37 et 41};
- augmentation du dépistage des cancers du colon et du sein³⁴.

L'un des cinq objectifs de la création du FASSP était le suivant :

« Augmenter la proportion de la population qui a accès à des organismes de soins de santé primaires responsables de la prestation planifiée de services complets pour une population définie. »

La poursuite de cet objectif varie selon les régions en termes d'élaboration de modèles de politiques et de services. Certains éléments liés à une approche axée sur la population plus marquée en matière de soins de santé primaires sont évidents dans chaque province et territoire, mais la portée, les approches et la capacité varient.



Le tableau qui suit dresse la liste des indicateurs qui ont été définis dans le cadre de l'objectif 2. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de recenser les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.

OBJECTIF 2 : Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
5	Planification des soins de santé primaires en fonction des besoins	Sondage auprès des organismes	Non
6	Registres des clients ou des patients en soins de santé primaires atteints d'affections chroniques	Sondage auprès des organismes	Non
7	Programmes en soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques	Sondage auprès des organismes	Non
8	Participation de la collectivité à la planification des soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
9	Organismes de soins de santé primaires qui prennent des mesures pour étendre les services de soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers	Sondage auprès des organismes	Non
10	Programmes de soins de santé primaires spécialisés destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers	Sondage auprès des organismes	Non
11	Soutien pour desservir les populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers	Sondage auprès des organismes	Non



4.3 Favoriser l'accès à des soins holistiques

Si le système de santé canadien repose sur les soins de santé primaires, on peut dire que les soins holistiques et les services intégrés en sont les piliers. Les soins holistiques se définissent comme étant la mesure selon laquelle les dispensateurs de soins abordent les aspects physique, émotionnel et social de la santé d'un patient et tiennent compte du contexte communautaire lors de la prestation des soins⁴². À partir de là, les soins intégrés sont liés directement ou indirectement à la prestation d'une gamme complète de services afin de répondre aux besoins des patients en matière de soins de santé⁴³. Ces services comprennent « la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement des affections courantes, l'orientation vers d'autres dispensateurs de soins, la gestion des affections chroniques, la réadaptation, les soins palliatifs et, dans certains modèles, la prestation de services sociaux »⁴².

Essentiellement, les soins holistiques tiennent compte d'une gamme de besoins individuels en matière de santé, d'enjeux et de circonstances et non pas simplement de symptômes ou de catégories propres aux maladies^{16, 43, 44}. Selon Starfield, les soins de santé primaires sont le meilleur contexte pour assurer la prise en charge des problèmes de santé les plus courants. Pour les maladies moins fréquentes ou plus complexes, la participation d'autres dispensateurs de soins, par le truchement de recommandations ou de contextes de soins multidisciplinaires, est de plus en plus importante et bénéfique¹⁶.

L'engagement global du système signifie que les soins de santé primaires devraient influencer le mode de prestation des soins en accordant une grande place aux soins holistiques et aux services intégrés. Par conséquent, les soins holistiques sont peut-être l'un des concepts les plus exigeants pour ce qui est de la définition et de la mesure des soins de santé primaires parce qu'ils englobent les éléments de continuité, de concentration sur le patient, de portée des services fournis et de coordination.

C'est peut-être la recherche portant sur le rendement des soins de santé primaires dans le traitement des maladies chroniques qui traduit l'aspect le plus intéressant du concept des soins holistiques. Certaines études, comme celles qui utilisent des indicateurs de qualité en guise de tests pour surveiller l'évolution d'un processus morbide ou des indicateurs sur la prescription des médicaments, révèlent que les systèmes de soins de santé primaires ne fonctionnent pas bien⁴⁵. Toutefois, les études qui utilisent l'état de santé *global* comme mesure, laissent présager que les systèmes de soins de santé primaires fonctionnent aussi bien sinon mieux que les systèmes fondés sur les soins spécialisés^{16, 46}. Certains chercheurs ont fait



remarquer que les directives de pratiques cliniques^{iv} sont généralement fondées sur une seule maladie et risquent de ne pas rendre compte de la complexité de la comorbidité dans le cas d'affections multiples^{44, 46}. Par contre, une approche de soins holistiques comprend des facteurs comme les comorbidités, les ressources insuffisantes pour l'achat des médicaments et d'autres circonstances pouvant nécessiter une attention égale ou supérieure^{43, 44, 46}.

Une analyse plus approfondie de ce problème concernant les soins de santé primaires, les soins holistiques et les indicateurs de qualité figure à la section 4.5.

Deux récents examens fédéraux du système de santé canadien — les rapports Romanow et Kirby — diffèrent dans certaines de leurs conclusions, mais concordent sur trois points relatifs aux soins de santé primaires intégrés et aux soins holistiques^{47, 48}. Le premier de ces points est l'accent mis sur l'amélioration des services de santé préventifs afin de réduire l'incidence de la mauvaise santé et d'accroître la détection précoce. Le deuxième point porte sur les enjeux du système qui concernent la prise en charge des affections chroniques. Enfin, les deux rapports insistent sur le fait que les soins de santé primaires jouent un rôle clé dans le renforcement des aspects en amont et en aval du système de santé.

Le but des services de santé préventifs et des activités de promotion de la santé consiste à influencer les comportements individuels présentant un risque pour la santé et les autres déterminants de la santé. L'amélioration des services de santé préventifs peut avoir pour effet de réduire la prévalence des maladies chroniques — dont la plupart peuvent être évitées et sont influencées par certains facteurs, comme une mauvaise alimentation, un manque d'exercice, le tabagisme et une consommation excessive d'alcool. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a recommandé un certain nombre de domaines dans lesquels le système de soins de santé primaires devrait ou ne devrait pas dépister les risques courants pour la santé et fournir des conseils⁴⁹.

iv. Les directives de pratiques cliniques sont des lignes directrices pour les soins fondées sur des interventions de pratique clinique acceptées pour une affection donnée. En général, les directives de pratiques cliniques sont élaborées à partir de plusieurs méthodes factuelles et consensuelles — afin de parvenir à un commun accord sur les interventions appropriées. En matière de santé, les directives de pratique clinique peuvent varier de manière substantielle entre les provinces et les territoires. Une étude récente a montré que moins de 60 % des directives de pratiques cliniques aux États-Unis et au Royaume-Uni étaient cohérentes. M.N. Marshall, P.G. Shekelle, E.A. McGlynn et coll., Can health care quality indicators be transferred between countries? *Quality and Safety in Health Care*, vol. 12, no 1 (février 2003), p. 8-12.



La gestion des maladies chroniques a pour but de renforcer la gestion et la prise en charge par les patients de maladies comme le diabète et la cardiopathie après qu'un diagnostic a été posé. En outre, il existe de plus en plus d'études qui placent la prise en charge des affections chroniques au premier rang des soins de santé primaires^{50, 51}. Certaines études suggèrent que les principes holistiques des soins de santé primaires — notamment la continuité, l'intégralité et la coordination — traduisent les besoins des personnes atteintes d'une affection chronique^{52, 53}.

Étant donné que de plus en plus de données et politiques mettent l'accent sur l'importance des soins holistiques, certains se sont demandé si le caractère holistique du service de prestation des soins de santé primaires tend à s'estomper. Selon certains travaux qualitatifs, les dispensateurs de soins de santé primaires limitent le type de services qu'ils offrent⁵⁴. Les recherches empiriques de Chan et Tepper ont indiqué, dans deux rapports différents, des changements dans la prestation intégrée et la composition des services de soins de santé primaires^{55, 56}. Chan a examiné les changements survenus dans les contextes de prestation des services (soins au bureau, à l'hôpital ou de longue durée), tandis que Tepper s'est penché sur les domaines de pratique générale, comme les changements dans les services chirurgicaux, les interventions avancées et l'obstétrique.

Alors que les chercheurs ont tous deux conclu que la prestation des services de soins de santé primaires tend à être de moins en moins holistique, d'autres options liées à la prestation des services peuvent contribuer à expliquer cet état de fait. Par exemple, d'autres modèles ou approches évolutifs des soins de santé primaires comprenant des services interdisciplinaires accrus permettent-ils de combler les lacunes observées? Les données ou renseignements disponibles ne sont toutefois pas suffisants pour répondre à cette question.

Le tableau qui suit dresse la liste des indicateurs qui ont été élaborés dans le cadre de l'objectif 3. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de déceler les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.



OBJECTIF 3 : Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
12	Gamme des services de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
13	Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
14	Arrêt du tabagisme conseillé en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Oui, partielle
15	Conseils concernant la consommation d'alcool donnés en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
16	Conseils diététiques donnés en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
17	Conseils concernant l'activité physique donnés en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
18	Initiatives en soins de santé primaires pour réduire les risques pour la santé	Sondage auprès des organismes	Non
19	Régions sanitaires qui proposent des programmes pour réduire les risques pour la santé	Sondage auprès des organismes	Non
20	Taux de tabagisme	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
21	Taux de consommation de fruits et légumes	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
22	Taux de surpoids	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
23	Taux d'activité physique	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
24	Taux de consommation abusive d'alcool	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
25	Ressources offertes en soins de santé primaires pour l'autogestion de problèmes chroniques	Sondage auprès des clients ou patients	Non



OBJECTIF 3 : Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
26	Assistance offerte en soins de santé primaires pour les aidants naturels	Sondage auprès des clients ou patients	Non
27	Temps passé avec un dispensateur de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
28	Participation du client ou du patient à la planification du traitement en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non

4.4 Favoriser une approche intégrée prévoyant un accès aux soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept

Quatre-vingt-six pour cent des Canadiens ont répondu qu'ils consultent un médecin régulier dispensant des soins de santé primaires lorsqu'ils ont un problème de santé²⁷. Pourtant, nous savons aussi que de nombreux Canadiens demandent et reçoivent des services de soins de santé primaires auprès de sources qui ne sont pas toujours liées à leur source habituelle de soins, par exemple une clinique sans rendez-vous. En conséquence, on a établi un objectif Accord afin que 50 % des Canadiens aient accès au dispensateur de soins de santé primaires approprié 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 d'ici 2011⁵⁷. Il est également important de déterminer combien de points d'accès aux soins de santé primaires ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 sont liés aux dispensateurs réguliers de soins de santé primaires pour maintenir la continuité de l'information et des soins.

Donc, à qui les Canadiens peuvent-ils s'adresser lorsqu'ils ont besoin de soins de santé primaires? En général, les résultats des sondages mènent à la même conclusion : un dispensateur régulier de soins de santé primaires n'est qu'une source parmi d'autres.

- Pour les soins immédiats en cas de problèmes de santé mineurs, près de 50 % des répondants s'adressent à leur dispensateur régulier de soins de santé primaires durant les heures normales de bureau, mais cette proportion tombe à 8 % la fin de semaine⁵⁸.



- On a tendance à avoir recours aux cliniques sans rendez-vous et aux services d'urgence tant pour les soins de routine et continus que pour les soins immédiats en soirée et durant la fin de semaine⁵⁸.
- Selon une étude effectuée au Québec, 34 % des gens qui se sont rendus dans des cliniques sans rendez-vous n'avaient pas de dispensateur régulier de soins de santé primaires, alors que 66 % des personnes utilisant ce service en avaient un⁵⁹.
- En 2004, une enquête comparative internationale portant sur cinq pays a révélé que les personnes utilisant les services d'urgence pour une affection qui, à leur avis, pourrait être traitée par leur médecin régulier sont plus nombreuses au Canada qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis²⁸.
- Lorsqu'on leur a demandé, dans le cadre d'un sondage de Statistique Canada, où ils avaient reçu des soins pour leur blessure la plus récente, un peu plus de la moitié des Canadiens (55 %) ont déclaré être allés au service d'urgence, 21 % dans un organisme de soins de santé primaires et 12 % dans une clinique sans rendez-vous⁵⁸.

Les Canadiens ont probablement plusieurs raisons de s'adresser à une source autre que leur dispensateur régulier de soins de santé primaires en cas de besoin. Parmi celles-ci, mentionnons la proximité géographique⁶⁰ et la perception de l'accessibilité⁶¹. Par exemple, seulement 20 % des participants à un sondage effectué au Québec pensent qu'ils peuvent consulter rapidement leur dispensateur régulier de soins s'ils tombent subitement malades⁵⁹. D'ailleurs, lorsqu'on leur demande quand il serait possible d'obtenir un rendez-vous pour des soins de routine, les organismes de soins de santé primaires participant à l'étude ont indiqué des délais d'attente allant de 0 à 167 jours, avec un délai médian de 24 jours⁵⁹. Haggerty et ses collègues ont également observé que chaque heure de service supplémentaire en sus de 55 heures par semaine est perçue comme un signe d'accessibilité accrue, en particulier en soirée, tant pour les consultations prévues que pour celles sans rendez-vous⁵⁹.

Il n'existe pour l'instant aucune preuve absolue quant au meilleur moyen d'organiser la prestation des soins après les heures de travail. Comme l'organisation des systèmes de santé varie énormément entre les secteurs de compétence à l'échelle internationale, l'interprétation des résultats peut varier considérablement d'une province ou d'un territoire à l'autre⁶¹. De plus, il existe peu d'études comparant entre eux les modèles d'organisation après les heures de travail. Bien qu'il existe des preuves montrant que les dispositions prises après les heures de travail peuvent réduire le nombre de visites aux dispensateurs de soins de santé primaires et accroître la satisfaction des patients, ces résultats sont variables et certains chercheurs suggèrent que le nombre de visites aux services d'urgence ne diminue pas, contrairement aux visites chez d'autres dispensateurs de soins de santé



primaires⁶². En outre, des questions demeurent sans réponse au sujet de l'effet des consultations téléphoniques sur les résultats cliniques, le coût et la satisfaction⁶².

Le tableau qui suit dresse la liste des indicateurs qui ont été définis dans le cadre de l'objectif 4. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de recenser les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.

OBJECTIF 4 : Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
29	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur les soirs et les fins de semaine	Sondage auprès des clients ou patients	Non
30	Organismes de soins de santé primaires qui assurent des services à la population en dehors des heures normales d'ouverture	Sondage auprès des organismes	Non
31	Nombre moyen d'heures d'ouverture en dehors des heures normales assurées par les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
32	Temps d'attente pour obtenir des soins de santé primaires pour un problème de santé urgent mais mineur	Sondage auprès des organismes/données administratives	Non
33	Satisfaction relative aux temps d'attente pour recevoir des soins de santé primaires pour un problème de santé mineur mais urgent	Sondage auprès des clients ou patients	Non
34	Satisfaction relative aux temps d'attente pour recevoir des soins de santé primaires de routine	Sondage auprès des clients ou patients	Non



4.5 Améliorer la qualité des soins de santé primaires

La qualité des soins est désormais au premier plan à l'étape de la planification et de la prestation des services au Canada et partout dans le monde⁶³. Aux États-Unis par exemple, l'élaboration et la mise en œuvre du Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS®) des mesures du rendement laissent présager l'émergence d'un intérêt pour les indicateurs de soins de santé primaires de qualité. Plus récemment, le National Health Service, en Angleterre, a mis sur pied le Quality and Outcomes Framework (QoF) pour évaluer les pratiques de soins de santé primaires.

Pour certains, le HEDIS® et le QoF donnent une sur-représentation des indicateurs fondés sur les directives de pratiques cliniques comme norme de qualité. Comme l'ont fait remarquer certains chercheurs, les directives de pratiques cliniques ne reflètent que partiellement les services de soins de santé primaires. L'un des enjeux de l'utilisation des directives de pratiques cliniques dérivées des soins spécialisés est le fait que l'établissement des lignes directrices pour le dépistage et les interventions risque de ne pas bien prendre en compte la gravité de la maladie entre les populations participant aux études et les populations générales⁶⁴. Comme nous en avons discuté précédemment, certains chercheurs font remarquer que les soins de santé primaires visent à offrir des soins holistiques et des services convenant à chaque contexte, à chaque famille et à chaque collectivité et que l'on ne retrouve pas dans les directives de pratiques cliniques^{16, 44} (voir la section 4.3 pour consulter l'analyse antérieure sur les soins holistiques). En conséquence, afin d'apprécier la qualité des soins de santé primaires, il est nécessaire de prévoir des indicateurs propres aux maladies et d'autres mesures comme celles qui favorisent des fonctions intégratives, d'établissement des priorités et axées sur les relations⁴⁴.

Des cadres de travail sur la qualité des soins, comme HEDIS et le QoF, comprennent un ensemble de mesures des processus et des résultats, dont la majorité est liée aux activités axées sur les processus. Les mesures des processus assurent le suivi de la prestation ou du processus des soins. Par ailleurs, les mesures des résultats visent à recueillir les *résultats* du processus des soins⁶⁵. Les mesures de processus présentent les avantages d'être relativement faciles à mettre en œuvre et plus faciles à interpréter si elles s'appuient sur des preuves scientifiques claires et si elles sont directement liées aux interventions^{65, 66}.

L'interprétation des mesures des résultats peut être plus complexe. Les résultats pour la santé sont influencés par divers déterminants, notamment des caractéristiques socio-économiques et l'état de santé individuel, ce qui fait qu'il est parfois impossible d'établir un lien entre un processus et les résultats des soins⁶⁶.

Par ailleurs, ils peuvent fournir d'importantes mesures comparatives sommaires générales pouvant renseigner sur la planification globale et les améliorations apportées aux services. Oui, comme le font remarquer Giuffrida et ses collègues,



si les indicateurs servent à évaluer le rendement des organismes, ils doivent être étroitement liés aux facteurs contrôlés par le dispensateur et l'organisme de soins⁶⁶. Par exemple, lorsqu'on utilise le taux des admissions dans les hôpitaux, qui auraient pu être évitées pour mesurer le rendement, il est important de ne pas oublier que d'autres facteurs, comme les politiques d'admission, peuvent influencer à la hausse ou à la baisse sur la variation des résultats⁶⁶.

Lorsqu'on examine la qualité des soins de santé primaires, une autre distinction doit être faite entre la mise en application des directives de pratiques cliniques et l'amélioration de la qualité. L'amélioration de la qualité englobe toutes les procédures explicitement conçues pour surveiller, évaluer et améliorer de multiples dimensions du processus de soins⁶⁷. Les méthodes utilisées peuvent comprendre une vaste gamme d'outils, comme l'examen par des pairs, la surveillance des médicaments, l'introduction de la technologie, ainsi que l'utilisation de pratiques fondées sur l'expérience.

Les répercussions de l'amélioration de la qualité sont parfois étendues et entraînent une reconception des systèmes de prestation, un appui décisionnel, un appui à l'information, la création de liens avec les collectivités et le soutien du système de santé⁶⁸. Une étude des organismes de soins de santé qui mettent en œuvre des améliorations de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques a révélé que ces derniers ont procédé en moyenne à plus de 30 modifications différentes en ce qui a trait à la structure et aux processus de soins. Parmi ces modifications, seulement quelques-unes comprenaient la mise en application de directives de pratiques cliniques⁶⁸.

L'amélioration de la qualité concerne également l'établissement de processus continus. L'effort nécessaire pour faire progresser un organisme et ses dispensateurs de soins dépend des compétences et de l'expertise de son personnel⁶⁵, qui continue d'évoluer à mesure qu'émergent de nouvelles approches et lignes directrices. Le perfectionnement professionnel et l'apprentissage continu sont essentiels.

Dans cette section, on a mis l'accent sur les indicateurs cliniques (y compris la prévention primaire et secondaire) et l'amélioration de la qualité. D'autres dimensions de la qualité des soins (p. ex. la satisfaction des clients ou des patients à l'égard des soins qu'ils ont reçus) et la gestion pratique (p. ex. l'utilisation des communications électroniques et des registres cliniques) sont analysées dans d'autres sections du présent rapport.



L'élaboration des indicateurs cliniques était fondée principalement sur les recommandations de niveau A. Une recommandation de niveau A désigne des résultats forts ainsi que l'efficacité des modalités d'étude (qui reflètent en général les résultats des essais randomisés contrôlés). Les sources d'indicateurs comprennent également les lignes directrices élaborées par des experts du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, dont la plupart sont également fondées sur des preuves de niveau 1.

Le tableau qui suit donne la liste des indicateurs qui ont été définis dans le cadre de l'objectif 5. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin d'identifier les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.

OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
35	Problèmes de santé pouvant nécessiter des soins ambulatoires	Clinico-administrative	Oui
36	Complications du diabète	Clinico-administrative	Non
37	Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme	Clinico-administrative	Non
38	Visites aux services d'urgence pour cause d'insuffisance cardiaque congestive	Clinico-administrative	Non
39	Contrôle de la glycémie pour le diabète	Clinico-administrative	Non
40	Contrôle de la tension artérielle pour l'hypertension	Clinico-administrative	Non
41	Vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus	Clinico-administrative ou sondage auprès des clients ou patients	Non
42	Vaccin antipneumococcique pour les personnes âgées de 65 ans et plus	Clinico-administrative	Non
43	Test de dépistage des problèmes congénitaux	Clinico-administrative	Non
44	Vaccination infantile	Clinico-administrative	Non
45	Programmes d'éducation relatifs à l'allaitement naturel	Clinico-administrative	Non



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
46	Dépistage de la dépression chez les femmes enceintes ou ayant accouché	Clinico-administrative	Non
47	Information sur la prévention des blessures de l'enfant au domicile	Clinico-administrative	Non
48	Dépistage du cancer du côlon	Clinico-administrative	Non
49	Dépistage du cancer du sein	Clinico-administrative	Non
50	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Clinico-administrative	Non
51	Dépistage de la baisse de la densité minérale osseuse	Clinico-administrative	Non
52	Dépistage de la dyslipidémie chez les femmes	Clinico-administrative	Non
53	Dépistage de la dyslipidémie chez les hommes	Clinico-administrative	Non
54	Mesure de la tension artérielle	Clinico-administrative	Non
55	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie	Clinico-administrative	Non
56	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension	Clinico-administrative	Non
57	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète	Clinico-administrative	Non
58	Dépistage de la baisse de la vue chez les adultes atteints de diabète	Clinico-administrative	Non
59	Contrôle de l'asthme	Clinico-administrative	Non
60	Traitement d'une insuffisance cardiaque congestive	Clinico-administrative	Non
61	Traitement de la dyslipidémie	Clinico-administrative	Non
62	Traitement d'un infarctus aigu du myocarde	Clinico-administrative	Non
63	Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs	Clinico-administrative	Non
64	Traitement de la dépression	Clinico-administrative	Non
65	Traitement de l'anxiété	Clinico-administrative	Non



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
66	Traitement de problèmes de consommation de médicaments ou de drogues illicites	Clinico-administrative	Non
67	Soutien des organismes de soins de santé primaires visant la réduction des incidents médicamenteux	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
68	Utilisation des alertes médicamenteuses en soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
69	Mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité des services cliniques de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
70	Maintien d'une liste de médicaments et de problèmes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
71	Information sur les médicaments prescrits fournie par les dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
72	Formation professionnelle des dispensateurs de soins de santé primaires et du personnel de soutien	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non

4.6 Établir les soins de santé primaires au moyen de soins axés sur le patient

On admet de façon générale que les clients ou les patients en soins de santé primaires ont souvent recours aux soins axés sur le patient. Cette acceptation va au-delà d'une simple hausse de la satisfaction du client ou du patient pour ce qui est des services et comprend les bienfaits potentiels de l'amélioration des comportements et des résultats pour la santé^{69, 70}.

Les soins centrés sur le patient sont essentiellement une question de relations — entre un client ou un patient et ses dispensateurs de soins. Comme l'ont constaté Flocke et ses collègues dans une étude, on peut observer différents styles de dispensateur de soins dans la prestation des services²⁶. Les dispensateurs de soins qui sont faciles d'accès, qui misent sur le partage et le partenariat et qui mettent l'accent sur l'ouverture d'esprit en ce qui a trait aux problèmes sociaux et psychologiques ont tendance à partager la vision des clients ou des patients en ce qui concerne la qualité des soins²⁶. D'autres études mettent également l'accent sur la nécessité de tenir compte de la relation affective pour mesurer la prise de



décisions en commun⁷¹. Malgré la reconnaissance accrue de la valeur des soins axés sur le patient, les aspects interpersonnels des soins ne constituent toujours pas une mesure courante de la qualité⁷².

TABLEAU 3

ÉLÉMENTS DE L'APPROCHE AXÉE SUR LE PATIENT	
Auteurs	
Little et coll., 2001 ⁷³	<ul style="list-style-type: none"> • communication et partenariat • relation personnelle • approche positive et nette du problème • intérêt pour l'effet sur la vie • promotion de la santé
Mead et coll., 2002 ⁷⁰	<ul style="list-style-type: none"> • perspective biopsychosociale • connaissance du patient en tant que personne • partage des pouvoirs et responsabilités • création d'une alliance thérapeutique • attention au dispensateur de soins en tant que personne
Michie et coll., 2003 ⁷⁴	<ul style="list-style-type: none"> • aptitudes à la communication • correspondance des croyances • alliance thérapeutique • patient autonome • orientation active du patient (p. ex. motivation) • autonomisation du patient
Flocke et coll., 2002 ²⁶	<ul style="list-style-type: none"> • orientation du médecin (axée sur le problème ou sur le patient) • portée des renseignements cliniques (biomédicaux ou biopsychosociaux) • lien affectif avec les patients (approche facile/amical ou distance professionnelle) • souplesse à l'égard de l'emploi du temps du patient • partage du contrôle de l'interaction • négociation des options
Stewart et coll., 2000 ⁶⁹	<ul style="list-style-type: none"> • étudier l'historique de la maladie • connaître la personne dans son entité • trouver un terrain d'entente • intégrer la prévention et la promotion de la santé • renforcement de la relation • pratiques et attentes réalistes



Deux récentes analyses d'études publiées sur les résultats des approches axées sur le patient parviennent à des conclusions similaires :

1. Il existe des preuves selon lesquelles les approches axées sur le patient permettent d'améliorer l'observation traitement, de motiver et d'encourager les changements de comportement et de contribuer, dans une certaine mesure, à l'amélioration de la santé.
2. Les modèles d'associations et de constatations ne sont ni clairs ni uniformes.
3. Il semble exister un lien entre différents éléments de l'approche axée sur le patient et différents résultats pour la santé.
4. On ne dispose pas de preuves absolues sur les véritables composants et résultats des soins axés sur le patient^{70, 73}.

Certaines recherches du même type posent une question fondamentale : Est-ce que tous les clients ou les patients souhaitent avoir accès à des soins axés sur le patient? Non, selon Little et ses collègues qui émettent des mises en garde contre l'application universelle de ce type de soins⁷³. Encore plus récemment, Levinson et d'autres ont observé que le souhait qu'ont certaines personnes de participer à leurs soins et aux décisions concernant les soins varie en fonction du niveau d'études, de l'âge et de l'état de santé déclarés par l'intéressé⁷⁵. Toutefois, la même étude révèle que 52 % préféreraient laisser le dispensateur de soins prendre les décisions, alors que 96 % des participants souhaitaient connaître leurs options⁷⁵. Essentiellement, les constatations confirment la perspective de Stewart : adopter une approche axée sur le patient consiste à tenir compte de la volonté de participation du client ou du patient et du degré de partage de l'information⁷⁶.

Le tableau qui suit dresse la liste des indicateurs qui ont été élaborés dans le cadre de l'objectif 6. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de recenser les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.



OBJECTIF 6 : S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
73	Satisfaction des clients ou des patients quant aux soins reçus de leur dispensateur de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Oui, partielle
74	Satisfaction des clients ou patients relativement aux services téléphoniques d'information sur la santé	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
75	Recommandation du dispensateur de soins de santé primaires à d'autres clients ou patients	Sondage auprès des clients ou patients	Non
76	Participation du client ou du patient à la prise de décisions cliniques en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
77	Satisfaction du client ou du patient quant aux pratiques relatives à la protection de la vie privée en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
78	Barrière linguistique entre les dispensateurs de soins de santé primaires et les clients ou patients	Sondage auprès des clients ou patients	Non

4.7 Promouvoir la continuité grâce à l'intégration et la coordination

La coordination des services est l'un des principes de base des soins de santé primaires⁷⁷. Comme on l'a souvent fait remarquer, il est impossible pour un seul dispensateur de soins de posséder toute l'information ou de fournir la gamme de services nécessaires pour répondre à tous les besoins en soins de santé d'une personne⁷⁸. Pour fournir des services de soins de santé primaires complets, une multitude de dispensateurs et d'organismes de soins de santé primaires doit être incorporée dans un même système. Cette tâche devient encore plus difficile lorsqu'on envisage la santé de la population. Au-delà des soins médicaux, ces approches englobent une gamme encore plus diversifiée d'expertises, de dispensateurs et d'organismes de soins. Par exemple, les services destinés aux personnes âgées peuvent comprendre les programmes de prévention des chutes qui non seulement font intervenir des ergothérapeutes et des physiothérapeutes, mais qui sont aussi en relation avec les initiatives communautaires d'éducation et de promotion de la santé.



Nombreux sont ceux qui envisagent les soins de santé primaires comme une structure intégrative pilote assurant le lien entre les soins holistiques au moyen de plusieurs dispensateurs et d'organismes de soins ainsi que de nombreux secteurs de services sociaux. La collaboration interdisciplinaire est de plus en plus encouragée comme un élément nécessaire à la continuité^{79, 80}. Alors que de nombreux travaux de recherche visent à déterminer la forme que pourraient prendre à l'avenir les services intégrés de soins de santé primaire, les études n'ont toujours pas établi clairement les types de coordination les plus efficaces⁸¹. Parmi les activités de liaison possibles mentionnons, entre autres, la gestion de cas, des protocoles cliniques, des réunions avec tous les intéressés, des réunions interorganismes, des accords écrits, une formation réciproque, un regroupement des services au même endroit et le partage des employés⁸².

Un autre enjeu concerne la collaboration interdisciplinaire qui est de plus en plus envisagée comme une étape nécessaire pour assurer la continuité des services de soins de santé primaires. L'équipe de soins de santé primaires est souvent citée comme le premier véhicule pour améliorer la collaboration et la continuité, mais la définition de ce qui constitue une équipe est variable. Ceci risque de compliquer la mesure de la continuité. En outre, les normes relatives aux meilleures pratiques n'ont pas été définies quant à la composition des équipes de soins de santé primaires⁸¹. Certaines équipes sont basées à l'interne, c'est-à-dire que tous les membres sont des employés du même organisme de soins de santé primaires. Toutefois, on étudie également des modèles d'équipes interorganismes, dont les membres viendraient de différents organismes et même des secteurs des services sociaux⁷⁹. Enfin, la collaboration interdisciplinaire peut s'étendre au-delà du concept de l'équipe. D'autres approches, notamment les réseaux, les réseaux cliniques et les coalitions de services, représentent d'autres façons de regrouper l'expertise de plusieurs dispensateurs de soins.

L'étude des effets des soins interdisciplinaires sur les résultats pour la santé est encore un domaine nouveau des soins de santé primaires. En général, les chercheurs ont surtout cherché à déterminer si la combinaison de différents types d'expertise et d'approches présente des avantages. De nombreuses études sur la continuité et la coordination examinent diverses configurations, structures d'équipes et procédés de travail faisant intervenir les médecins de famille et les infirmières ou infirmiers⁸¹. De même, les chercheurs ont fortement visé les affections chroniques, comme le diabète, ce qui n'est pas surprenant puisque les affections chroniques sont un important générateur de coûts pour le système de santé et les interventions sont souvent multiples et complexes.



Par exemple, des études de plus en plus nombreuses examinent les approches à plusieurs facettes dans la gestion des affections chroniques, comme le diabète. Même si plusieurs modalités d'études sont faibles et si les résultats sont mitigés, ces approches présentent des avantages certains, notamment une plus grande collaboration professionnelle^{83, 84}. D'autres études ont donné des résultats positifs pour divers types de configurations de soins partagés ou en collaboration entre le dispensateur de soins de santé primaires et les spécialistes. Un grand nombre d'études ont étudié les avantages des soins en collaboration dans le cas de la dépression — divers processus assurant la liaison entre les psychiatres et l'organisme de soins de santé primaires^{85, 86}. Palfrey et ses collègues ont obtenu des résultats similaires dans des cas d'enfants présentant des affections complexes médicalement⁸⁷.

Pour mesurer l'intégration et la coordination des services à l'échelle pancanadienne, il est important de revenir à l'objectif menant à la création de ces divers modèles et approches, notamment la continuité. Reid, Haggerty et McKendry nous rappellent que la continuité est un concept multidimensionnel — faisant intervenir la continuité relationnelle, informationnelle et de gestion⁸⁸ (voir la description dans la note en bas de page à la section 4.1). Il est donc important d'avoir des mesures descriptives des types de modèles ou processus utilisés (p. ex. équipe ou réseau). La question critique consiste à savoir si la coordination et l'intégration améliorent la continuité.

Le tableau qui suit dresse la liste des indicateurs qui ont été élaborés dans le cadre de l'objectif 7. Il indique le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et il précise s'il existe une source de données disponible. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de recenser les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.



OBJECTIF 7 : Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
79	Utilisation d'outils normalisés pour la coordination des soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
80	Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé	Sondage auprès des organismes	Non
81	Collaboration intersectorielle	Sondage auprès des organismes	Non
82	Clients ou patients en soins de santé primaires ayant subi deux fois les mêmes tests médicaux	Sondage auprès des clients ou patients	Non
83	Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
84	Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en soins de santé primaires au point de service	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non

4.8 Appuis et contributions de base nécessaires au maintien des soins de santé primaires

En plus de définir une série d'objectifs et de questions pour évaluer les soins de santé primaires, le cadre d'évaluation de la stratégie nationale d'évaluation établit également six mesures d'appui fondamentales relatives aux commentaires et mesures d'appui quant aux ressources nécessaires pour initier et maintenir les soins de santé primaire à long terme². Des indicateurs ont été définis pour les mesures d'appui suivantes :

- Ressources humaines de la santé
- Équipes interdisciplinaires
- Ressources de technologie de l'information
- Allocation des ressources
- Rémunération des dispensateurs de soins

Les indicateurs de soins de santé primaires servant à évaluer les mesures d'appui fournissent d'utiles renseignements contextuels. En outre, ces types d'indicateurs peuvent fournir des données utiles pour faciliter l'interprétation d'autres indicateurs⁸⁹.



Ressources humaines de la santé

La prestation des services de soins de santé est principalement une activité exigeante en main-d'œuvre⁹⁰. On estime que plus de 70 % des dépenses liées aux soins de santé sont consacrées aux salaires, aux avantages sociaux et à la rémunération à l'acte⁹⁰. Pour répondre à la question qui est de savoir si les ressources humaines en soins de santé primaires sont suffisantes pour répondre aux besoins de la population, en particulier pour ce qui est du nombre de médecins de famille ou d'omnipraticiens et d'infirmières praticiennes, divers facteurs doivent être pris en compte. Par exemple, la réponse est partiellement contingente, non seulement sur le nombre de personnes qui travaillent en soins de santé primaires, mais aussi sur le champ d'activité de chaque professionnel de la santé.

D'autres facteurs importants de ressources humaines de la santé comprennent la qualité de vie au travail, la sécurité en milieu de travail et la satisfaction à l'égard du milieu de travail.

Équipes interdisciplinaires

Au Canada, les équipes interdisciplinaires suscitent de plus en plus d'intérêt, et l'on met l'accent sur l'inclusion des infirmières et des professionnels paramédicaux. En 2004, les premiers ministres ont réaffirmé leur engagement d'assurer aux Canadiens l'accès à un dispensateur de soins de santé primaires approprié et ont fixé à 2011 la date cible à laquelle 50 % de la population canadienne recevra des soins d'un organisme multidisciplinaire de soins de santé primaires⁵⁷. (Voir la section 4.7 pour une analyse plus approfondie des configurations de soins interdisciplinaires.)

Les organismes de soins de santé primaires font face à un problème important; ils doivent mettre au point des moyens de répondre aux divers besoins de soins dans un contexte de soins de santé de plus en plus complexe. On observe souvent qu'il est impossible pour un seul dispensateur de soins de posséder toute l'information requise pour répondre à un large éventail de besoins en soins de santé^{78, 91}. La prestation de services intégrés entre les professionnels du bien-être et de la santé nécessite la création d'une continuité dans les relations, l'information et la gestion. Pour ce faire, il y a besoin d'un objectif commun, d'un plan de soins coordonné, de l'acceptation et la reconnaissance des compétences et expertises complémentaires entre plusieurs dispensateurs de soins différents, et d'une communication efficace entre les dispensateurs de soins⁹².



Technologie de l'information

La technologie de l'information est un outil (ou un ensemble d'outils) qui permet d'accroître les capacités d'améliorer le fonctionnement opérationnel — sur les plans clinique et administratif. De même, la technologie de l'information facilite la coordination entre les dispensateurs et les organismes de soins. Par exemple, l'utilisation de la technologie de l'information par les cliniciens pour commander des médicaments et des analyses peut améliorer le rendement d'un organisme en réduisant le risque d'erreur, en améliorant la sécurité des patients et en diminuant les coûts^{93, 94}. À mesure que la technologie évolue, la mise en œuvre et l'application des systèmes électroniques dans les pratiques de soins de santé primaires vont se heurter à de nombreux obstacles.

En voici quelques-uns :

- Infrastructure déficiente;
- Ressources financières ou humaines concurrentes;
- Manque d'expertise relative aux dossiers de santé électroniques (DSE);
- Problèmes de confidentialité et d'administration des données, saisie de données et terminologie non homogènes;
- Mauvaise intégration de la formation sur les DSE dans le cadre des études de premier cycle et de la formation continue⁹⁴.

Allocations des ressources et rémunération des dispensateurs pour les soins de santé primaires

Pour interpréter et évaluer les résultats, les processus et les modèles de prestation des services, il faut bien comprendre l'allocation des ressources. Il est important que les gestionnaires de systèmes, les responsables de l'élaboration des politiques, les dispensateurs de soins et le public sachent comment les ressources sont réparties dans le système des soins de santé primaires. Dans ce contexte, les ressources désignent les ressources financières, la technologie de l'information, les ressources humaines, les médicaments, le matériel et les installations, et elles sont examinées sous plusieurs aspects (p. ex. selon les régions et les pratiques).

Modes de rémunération des dispensateurs de soins

Pour mieux comprendre la façon dont les remboursements sont liés aux résultats et à d'autres aspects des soins de santé primaires, il faut évaluer les différents modes de rémunération des dispensateurs de soins de santé. Par exemple, de récentes analyses de la documentation révèlent que le mode de remboursement des dispensateurs de soins peut influencer sur le comportement des médecins en soins de santé primaires^{95, 96}.



Les tableaux qui suivent dressent la liste des indicateurs qui ont été élaborés dans le cadre des mesures d'appui. Ils indiquent le type de sources de données pouvant être nécessaires au calcul des indicateurs et précisent s'il existe une source de données. Dans la mesure du possible, on peut également examiner ces indicateurs en termes d'équité afin de recenser les disparités éventuelles pour ce qui est des services, des résultats ou de l'état de santé.

MESURE D'APPUI 1 : Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
85	Dispensateurs de soins de santé primaires équivalents temps plein	Autre source administrative	Oui, partielle
86	Dispensateurs de soins de santé primaires entrés sur le marché du travail ou qui l'ont quitté	Autre source administrative	Oui, partielle
87	Organismes de soins de santé primaires acceptant de nouveaux clients ou patients	Sondage auprès des organismes	Non
88	Satisfaction des dispensateurs relativement à l'utilisation de leurs compétences professionnelles	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
89	Sécurité au travail dans le secteur des soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
90	Dispensateurs de soins de santé primaires ayant subi un accident sur le lieu de travail	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle
91	Dispensateurs de soins de santé primaires victimes d'épuisement professionnel	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
92	Satisfaction des dispensateurs de soins de santé primaires quant à leur équilibre travail-vie personnelle	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle
93	Planification en fonction des besoins en ressources humaines en soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non



MESURE D'APPUI 2 : Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
94	Accès à des organismes interdisciplinaires de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients ou source administrative	Non
95	Médecins offrant des soins de santé primaires qui travaillent seuls	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui
96	Médecins offrant des soins de santé primaires qui travaillent avec un groupe de médecins	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui
97	MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
98	Satisfaction du client ou du patient quant aux soins de santé primaires offerts	Sondage auprès des clients ou patients	Non
99	Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non

MESURE D'APPUI 3 : Technologie de l'information adaptée aux soins de santé primaires et assurant un lien entre les organismes de soins de santé primaires et le reste du système de santé

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
100	Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
101	Utilisation de moyens de communication électroniques par les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
102	Utilisation de moyens de communication électroniques bidirectionnels par les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non



MESURE D'APPUI 4 : Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
103	Coûts opérationnels des services de soins de santé primaires, par habitant	Autre source administrative	Non

MESURE D'APPUI 5 : Modes de rémunération des dispensateurs qui respectent les objectifs en matière de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
104	Mode de rémunération des dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle
105	Revenu moyen des dispensateurs de soins de santé primaire en fonction du modèle de financement	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle



5.0 Conclusion

Grâce au processus d'établissement de consensus, de nombreux intervenants ont pu définir 105 indicateurs de soins de santé primaires convenus. Une liste abrégée de 30 indicateurs représentatifs à titre d'exemple de sous-liste sélectionnée à partir de la liste complète de 105 indicateurs. L'utilisation des listes comme point de départ pour guider la promotion d'une infrastructure de collecte des données permettra, avec le temps, d'augmenter substantiellement la disponibilité des données pancanadiennes de soins de santé primaires.

Comme le démontre ce rapport, les indicateurs couvrent un large éventail d'éléments clés qui se rapportent aux soins de santé primaires et concernent les intervenants de partout au pays. L'amélioration de l'infrastructure de collecte des données pancanadiennes sur les soins de santé primaires afin de faciliter la déclaration de ces indicateurs nécessite des données cohérentes, normalisées et convenues provenant de diverses bases de données administratives ou obtenues par sondages à plusieurs échelons (de la pratique des soins de santé primaires, de la région sanitaire et des provinces et territoires). Le rapport d'accompagnement intitulé « *Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada* » offre un aperçu des données disponibles actuellement qui permettent d'établir la liste des indicateurs convenus et des options pour améliorer l'infrastructure de collecte des données pancanadiennes.

Grâce à une meilleure infrastructure de collecte des données, la liste convenue d'indicateurs de soins de santé primaires permettra de fournir certains renseignements dont les dispensateurs de soins, les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs ont grandement besoin pour mieux connaître, évaluer et améliorer les soins de santé primaires et, par la suite, la santé des Canadiens.



EXEMPLE DE LISTE ABRÉGÉE DES INDICATEURS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AUPRÈS D'UN DISPENSATEUR RÉGULIER	SOINS DE SANTÉ INTÉGRÉS, SERVICES PRÉVENTIFS ET GESTION DES AFFECTIONS CHRONIQUES	INTÉGRATION ET COORDINATION POUR UNE CONTINUITÉ EFFICACE DES SOINS
<ul style="list-style-type: none"> Population ayant un dispensateur régulier de soins de santé primaires Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> Gamme des services de soins de santé primaires Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires* Registres des clients ou des patients en soins de santé primaires qui sont atteints d'affections chroniques* Programmes de soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques* Participation des clients ou des patients à la planification du traitement en soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé
ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES 24 HEURES SUR 24, SEPT JOURS SUR SEPT	SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LE PATIENT/CLIENT	APPROCHE AXÉE SUR LA POPULATION
<ul style="list-style-type: none"> Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats les soirs et les fins de semaine pour un problème de santé urgent mais mineur Organismes de soins de santé primaires qui assurent des services à la population en dehors des heures normales d'ouverture Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des clients ou des patients concernant les soins reçus de leur dispensateur de soins de santé primaires Barrière linguistique dans les communications avec les dispensateurs de soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> Registres des clients ou des patients atteints d'affections chroniques* Programmes de soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques* Programmes spécialisés en soins de santé primaires destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
<p>Prévention primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus Dépistage du cancer du col de l'utérus Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires* <p>Prévention secondaire des affections chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète 	<p>Sécurité des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation des alertes médicamenteuses en soins de santé primaires Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs <p>Objectifs et résultats des traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle de la glycémie en cas de diabète Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension Traitement de la dyslipidémie Conditions propices aux soins ambulatoires Traitement de la dépression 	
APPUI ET CONTRIBUTIONS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
<p>Ressources humaines de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Organismes de soins de santé primaires acceptant de nouveaux clients ou patients <p>Équipes interdisciplinaires</p> <ul style="list-style-type: none"> MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de soins de santé primaires <p>Modes de rémunération des dispensateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Mode de rémunération des dispensateurs de soins de santé primaires 	<p>Technologie de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de soins de santé primaires <p>Allocation de fonds pour les soins de santé primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Coûts opérationnels moyens par habitant dans le cadre des services de soins de santé primaires 	

ÉQUITÉ

* Les indicateurs se répètent parce qu'ils reflètent plusieurs dimensions.



Annexe A

Liste des participants au projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires et leur mode de participation

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Achilles	Sheila	Saskatoon Health Region	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Armstrong	Pat	York University	-	Participation à la première conférence	-
Austin	Stephanie	Santé Canada	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Barnes	Marsha	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Comité consultatif	-	-
Barre	Louis	Santé Manitoba	-	Participation à la première conférence	-
Barrett	Juanita	Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Belhadji	Bachir	Santé Canada	Comité consultatif, Groupe B, Infrastructure de collecte de données	Participation à la deuxième conférence	Oui
Bergman	June	University of Calgary	Groupe C (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui
Booth	Hazel	Yukon Department of Health and Social Services	Groupe B	Participation à la deuxième conférence	Oui



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Boyne	John	Ministère de la Santé et du Bien-être du Nouveau-Brunswick	Groupe A	Participation à la première conférence	Oui
Brauer	Paula	University of Guelph	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Briggs	Tom	Howard Research and Management Consulting Inc.	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Broemeling	Anne-Marie	Interior Health Authority	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Burnett	Dawn	Association canadienne de physiothérapie	-	-	Oui
Bustros	Jeanine	Santé Canada	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
Cadotte	Barbara	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	-	-	Oui
Cesa	Frank	Conseil canadien de la santé	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Charlton	Pat	PEI Ministry of Health	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Chaudhuri	Nandita	Saskatchewan Health	Comité consultatif*	Participation à la première conférence	-
Coady	Regina	Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Darcovich	Nancy	Statistique Canada	Comité consultatif, Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Dean	Christopher	Conseil canadien d'agrément des services de santé	-	Participation à la première conférence	-



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
DeHart	Lindsay	Yukon Department of Health and Social Services	Groupe B	Participation à la première conférence	-
Dietrich	Linda	Les diététistes du Canada	-	-	Oui
El-Jardali	Fadi	Conseil canadien de la santé	-	Participation à la première conférence	-
Forth	Mehrun	Nunavut Department of Health and Social Services	Groupe C	Participation à la deuxième conférence	Oui
Fronzi	Lucy	Group Health Centre	Groupe B	Participation aux deux conférences	Oui
Gass	David	Dalhousie University	Groupe C	Participation aux deux conférences	Oui
Grace	Melanie	L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
Greeley	Gogi	Nunavut Department of Health and Social Services	-	Participation à la première conférence	-
Groff	Phill		-	-	Oui
Guttmann	Astrid	Institute for Clinical Evaluative Sciences	Groupe A (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui
Haggerty	Jeannie	Université de Sherbrooke	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Horton	Jan	Yukon Department of Health and Social Services	-	-	Oui
Hasselback	Paul	Interior Health Authority	Groupe B, Infrastructure de collecte de données	Participation aux deux conférences	Oui
Howard	Jennifer	Women's Health Clinic Inc.	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Howard	Peggy	Howard Research and Management Consulting Inc.	Groupe C, Infrastructure de collecte de données	Participation à la première conférence	Oui
Hutchison	Brian	McMaster University	Comité consultatif (président)	Participation aux deux conférences	Oui
Jaakkimainen	Liisa	Institute for Clinical Evaluative Sciences	Groupe C, Infrastructure de collecte de données	Participation aux deux conférences	Oui
Jackson	Beth	Santé Canada	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Jeffers	Betty	Alberta Health and Wellness	Comité consultatif	-	-
Johnston	Riley	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	-	Participation à la première conférence	-
Jones	Wayne	Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care	Infrastructure de collecte de données	-	-
Katz	Alan	University of Manitoba	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Klaiman	Donna	Association canadienne des ergothérapeutes	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Klomp	Helena	Health Quality Council	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Knock	Marian	Association des infirmières et infirmiers du Canada	Comité consultatif	-	Oui
Krakowski	Vivian	Gouvernement de la Saskatchewan	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Lafferty	Vicki	Northwest Territories Department of Health and Social Services	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Landry	Shan	Saskatoon Health Region	-	Participation à la première conférence	-
Lapierre	Louise	Fondation canadienne de la recherche sur les services de Santé	-	Participation aux deux conférences	Oui
Lapointe	Luc	Association pulmonaire du Canada	Groupe C	Participation à la première conférence	-
Lévesque	Jean-Frédéric	Institut national de santé publique de Québec	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Lillie	Donna	Association canadienne du diabète	-	Participation à la première conférence	Oui
Lin	Elizabeth	Centre for Addiction and Mental Health	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Livadiotakis	Georgia	Santé Canada	Groupe B	Participation à la première conférence	-
MacDonald	Don	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information	Infrastructure de collecte de données	-	-
MacDonald	Jane	Association des infirmières et infirmiers du Canada	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
MacKinnon	Neil	Dalhousie University College of Pharmacy	Groupe C	Participation à la première conférence	Oui
Martin	Carmel	Université d'Ottawa	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Maxted	John	Le Collège des médecins de famille du Canada	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
McEwan	Kimberley	British Columbia Ministry of Health	Groupe C	Participation à la première conférence	Oui



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
McKim	Bob	Capital Health Authority	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Melanson	Margaret	Association canadienne des orthophonistes et audiologistes	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Millar	John	Provincial Health Services Authority, British Columbia	-	Participation aux deux conférences	Oui
Miller	Carol	Association canadienne de physiothérapie	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Miller	Margaret	Santé Canada	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Moy Lum-Kwong	Margaret	Fondation des maladies du cœur du Canada	-	-	Oui
Muttitt	Sarah	Inforoute Santé du Canada	Infrastructure de collecte de données	-	-
Nakagawa	Bob	Conseil canadien de la santé	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
O'Maonaigh	Conleth	Memorial University of Newfoundland	Groupe A	Participation à la première conférence	Oui
Oldford	Karen	Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority	Groupe D	Participation à la deuxième conférence	Oui
Pentland	Nettie	Santé Manitoba	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Persaud	Vena	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Groupe B	Participation à la première conférence	-
Phillips	Robin	Prince Edward Island Ministry of Health	Groupe B	Participation à la première conférence	-



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Pong	Raymond	Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord	Groupe B	Participation à la deuxième conférence	Oui
Robbins	Carl	Memorial University of Newfoundland	-	Participation aux deux conférences	Oui
Roberts	Glen	Le Conference Board du Canada	Groupe B	Participation aux deux conférences	Oui
Rosborough	Louise	Santé Canada	Comité consultatif, Groupe B	Participation aux deux conférences	Oui
Roston	Barbara	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Rourke	Jim	Memorial University of Newfoundland	Comité consultatif	-	Oui
Russell	Anna	Alberta Health and Wellness	-	Participation aux deux conférences	Oui
Seguin	Michel	Statistique Canada	Infrastructure de collecte de données	-	-
Service	John	Société canadienne de psychologie	Groupe C	Participation aux deux conférences	Oui
Sharp	Marsha	Les diététistes du Canada	Comité consultatif [†]	-	Oui
Shosenberg	Nancy	Institut canadien de la santé infantile	-	Participation aux deux conférences	Oui
Spidel	Mark	Prince Edward Island Ministry of Health	Groupe B	Participation à la deuxième conférence	Oui
Stasiuk	Sonya	Capital Health Authority	Groupe B	-	Oui
Stewart	Marianne	Capital Health Authority	-	Participation à la première conférence	-



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Stewart	Moira	University of Western Ontario	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Strachan	Jill	Institut canadien d'information sur la santé	Infrastructure de collecte de données	Participation aux deux conférences	Oui
Stranc	Leonie	Santé Manitoba	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Teare	Gary	Health Quality Council	-	Participation à la première conférence	-
Tousignant	Pierre	Université McGill	Groupe B (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui
Tregillus	Valerie	British Columbia Ministry of Health	-	-	Oui
Ugolini	Cristina	Saskatoon Health Region	-	Participation aux deux conférences	Oui
Ungurain	Merv	Nova Scotia Department of Health	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Vail	Stephen	Association médicale canadienne	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Vayda	Eugene	University of Toronto	-	Participation aux deux conférences	Oui
Vissandjee	Bilkis	Université de Montréal	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Vyse	Roberta	Santé Manitoba	Groupe B	Participation à la première conférence	Oui
Waraich	Paul	University of British Columbia	-	Participation à la première conférence	-



NOM	PRÉNOM	ORGANISME/AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Watson	Diane	Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
Williment	Melissa	Nova Scotia Department of Health	Groupe D	Participation à la deuxième conférence	Oui
Wong	Sabrina	University of British Columbia	Groupe D (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui

* S'est jointe à un autre organisme et a quitté le comité consultatif en septembre 2005.

† S'est jointe au comité consultatif en septembre 2005.

**** Groupes de travail**

- Groupe A – Planification fondée sur l'accès, l'adaptabilité et les besoins
- Groupe B – Intégration et coordination, ressources humaines de la santé
- Groupe C – Qualité des services
- Groupe D – Portée des services et des soins holistiques
- Infrastructure de collecte de données (groupe de travail)





Annexe B

Consultations à l'échelle nationale

Provinces et territoires

En plus des téléconférences et des communications téléphoniques avec toutes les provinces et les territoires, des invitations à des présentations et rencontres personnelles étaient également offertes. Les ministères suivants ont participé à ce processus :

- 7 provinces sur 10
 - Colombie-Britannique
 - Saskatchewan (comprenant des représentants des soins de santé primaires des secteurs ou régions)
 - Manitoba
 - Ontario
 - Québec
 - Nouvelle-Écosse (comprenant des représentants des soins de santé primaires des secteurs ou régions)
 - Terre-Neuve-et-Labrador (comprenant des représentants des soins de santé primaires des secteurs ou régions)

- 2 territoires sur 3
 - Yukon
 - Territoires du Nord-Ouest

Associations de dispensateurs de soins

Une invitation pour une consultation face à face a été envoyée à toutes les associations professionnelles qui sont représentées au comité directeur de l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS) ainsi qu'à l'ACIS. Une autre consultation a également eu lieu avec l'Association chiropratique, à la demande de cette dernière. Des présentations ou discussions ont eu lieu avec les organismes suivants :

- Les diététistes du Canada
- Société canadienne de psychologie
- Association canadienne des ergothérapeutes
- Association canadienne des orthophonistes et audiologistes
- Le Collège des médecins de famille du Canada (comité exécutif)
- Association chiropratique canadienne
- Amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (initiative financée par le FASSP)





Annexe C

Résultats du processus Delphi modifié (troisième ronde)

Une échelle de neuf points a permis de coter les indicateurs de soins de santé primaires selon leur importance, une cote égale à neuf désignant une haute importance et une cote égale à un, une faible importance. L'importance était définie comme suit : L'indicateur mesure un aspect important du système de soins de santé primaires, soit directement, soit à l'aide d'autres indicateurs.

La **cote médiane** désigne la cote médiane globale attribuée à chaque indicateur lors de la troisième ronde du processus Delphi modifié.

% **Élevé** indique la proportion de répondants qui ont attribué à l'indicateur une cote élevée de 7, 8 ou 9.

% **Moyen** indique la proportion de répondants qui ont attribué à l'indicateur une cote moyenne de 4, 5 ou 6.

% **Faible** indique la proportion de répondants qui ont attribué à l'indicateur une cote faible de 1, 2 ou 3.

Nombre de répondants désigne le nombre total de personnes qui ont répondu à chaque question.

Le taux de réponse global à la troisième ronde du processus Delphi modifié était de 86 %, soit 72 répondants sur un total de 84 participants.

Ce tableau contient tous les indicateurs qui ont été cotés lors de la troisième ronde du processus Delphi modifié ainsi que les numéros d'indicateurs correspondant à la liste finale décrite en détail dans le texte du présent document. Nous avons inclus aux fins de référence les indicateurs qui ont été cotés, mais qui n'ont pas été inclus dans la liste finale.



OBJECTIF 1 : Accroître le pourcentage de personnes qui reçoivent des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé

Question d'évaluation 1. Quel pourcentage de personnes est en mesure de nommer un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît systématiquement leurs besoins en matière de santé et leurs valeurs personnelles?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
1	% des personnes qui ont un dispensateur régulier de soins de santé primaires, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	9	97	3	0	72
2	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires les services de soins de santé primaires de routine ou continus nécessaires au cours des 12 derniers mois.	8	89	10	1	72
3	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé l'information ou les conseils sur la santé nécessaires au cours des 12 derniers mois.	8	75	19	6	72
4	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires des soins immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur au cours des 12 derniers mois.	8	82	15	3	72

Question d'évaluation 1.1. Ce pourcentage diffère-t-il selon la région géographique? Le groupe socioéconomique? L'état de santé? Le groupe culturel ou ethnique? Cette question soulève un certain nombre de dimensions analytiques susceptibles de faciliter l'analyse des indicateurs inclus dans la question d'évaluation 1 et dans d'autres questions.

Dimensions analytiques additionnelles suggérées (qui ne sont pas nécessairement incluses dans la question d'évaluation 1.1) :

Âge/sexe/statut d'immigration récente/populations particulières (personnes souffrant d'incapacités)/région urbaine ou rurale.

Autres dimensions (si disponible) : Niveau d'études/langue/Autochtones/populations vulnérables (sans-abri, personnes atteintes d'une maladie mentale, toxicomanes)/orientation sexuelle.



OBJECTIF 2 : Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée

Question d'évaluation 2. Les organismes de soins de santé primaires connaissent-ils la composition du bassin de population et de la population qu'ils desservent (c.-à-d. la structure par âge, les statistiques de morbidité, la diversité culturelle, le statut socioéconomique, le milieu social et physique)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
5	% des organismes de soins de santé primaires qui ont utilisé les données relatives à la composition de la population qu'ils desservent pour affecter des ressources à des programmes ou à des services au cours des 12 derniers mois.	8	75	20	6	71

Question d'évaluation 2.1. Les organismes de soins de santé primaires possèdent-ils un registre des patients atteints d'affections chroniques (diabète, asthme, maladie cardiaque, accident vasculaire cérébral, dépression) pour lesquels ils mettent sur pied des programmes particuliers?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
6	% des organismes de soins de santé primaires qui possèdent un registre des clients ou des patients atteints d'affections chroniques.	8	89	10	1	71
7	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent de programmes particuliers pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques.	8	90	10	0	71



Question d'évaluation 3. Quels processus de planification de services les organismes de soins de santé primaires utilisent-ils pour offrir des services à la population visée?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
5	% des organismes de soins de santé primaires qui ont utilisé les données relatives à la composition de la population qu'ils desservent pour affecter des ressources à des programmes ou à des services au cours des 12 derniers mois.	8	75	20	6	71
	% des organismes de soins de santé primaires qui ont des représentants de la collectivité au sein de leur conseil de gouvernance.	6	45	41	14	71
8	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent de processus permettant à la collectivité de prendre part à la planification des services (p. ex. comités consultatifs, groupes de réflexion).	7	72	23	6	71
	% des organismes de soins de santé primaires dont les dispensateurs de soins de santé primaires participent actuellement à la planification des services de santé locaux.	7	59	30	11	71

Question d'évaluation 4. Les régies régionales de la santé appuient-elles les organismes de soins de santé primaires en leur offrant de l'information et en leur proposant des processus qui leur permettent de cibler les services et d'orienter les personnes et les collectivités difficiles à atteindre (p. ex. minorités ethniques, utilisateurs de drogues injectables, reclus, parents adolescents, personnes vivant dans des régions éloignées)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
9	% des organismes de soins de santé primaires qui prennent des mesures pour étendre les services de soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers.	8	72	25	3	71
10	% des organismes de soins de santé primaires qui offrent des programmes spécialisés destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers.	8	76	17	7	71
11	% des organismes de soins de santé primaires qui reçoivent de leur région sanitaire de l'information ou un soutien pour desservir les populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers.	7	72	18	10	71



OBJECTIF 3 : Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques

Question d'évaluation 5. Les organismes de soins de santé primaires ont-ils adopté des politiques définies afin de s'assurer que leur clientèle bénéficie d'une gestion rapide des problèmes de santé aigus et urgents ainsi que d'une prestation en temps opportun des soins de routine non urgents (ce qui comprend la gestion des soins préventifs et des affections chroniques, les services préventifs recommandés, l'orientation vers les hôpitaux et les spécialistes, le suivi après une hospitalisation, les soins de santé mentale primaires, les soins complets aux mères et aux enfants, les soins coordonnés aux personnes âgées fragiles et les soins aux personnes en fin de vie)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
12	<p>% des organismes de soins de santé primaires qui offrent les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion des soins liés à des problèmes de santé urgents mais mineurs (p. ex. entorse de la cheville, rash inexplicé); • soins de routine non urgents (p. ex. soins préventifs aux bébés, aux enfants, aux femmes ou aux hommes, gestion des affections chroniques); • services de prévention, de promotion de la santé ou de sensibilisation; • soins complets aux mères et aux enfants; • soins de santé mentale primaires; • services psychosociaux (p. ex. conseils en cas de problèmes physiques, émotionnels ou financiers); • liaison avec les services à domicile; • orientation vers des établissements spécialisés et suivi après un séjour au sein de structures spécialisées comme les hôpitaux ou les maisons de jeunes ou encore auprès de spécialistes ou d'autres dispensateurs (dans le cadre d'ententes ou d'arrangements officiels); • services de réadaptation; • services-conseils en nutrition; • visites à domicile par des médecins, des infirmières, des infirmières praticiennes ou des pharmaciens qui dispensent des soins de santé primaires; • soins aux personnes en fin de vie. 	8	82	13	6	71



Question d'évaluation 6. A-t-on observé une diminution des risques pour la santé (c.-à-d. IMC plus faible, taux de tabagisme inférieur, niveau plus élevé d'activité, taux plus faibles de MTS, taux plus faibles de grossesses à l'adolescence, fréquence diminuée de l'usage inapproprié de substances psychoactives)? Les gens imputent-ils la diminution des risques pour leur santé à l'orientation et aux conseils reçus dans le cadre des soins de santé primaires?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
13	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont été examinés par leur dispensateur de soins de santé primaires en vue de déceler les facteurs de risques pour la santé suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme; • mauvaises habitudes alimentaires; • consommation de drogues; • inactivité physique; • surpoids; • problème de consommation d'alcool; • blessures involontaires (facteurs d'accidents domestiques); • pratiques sexuelles à risque; • stress psychosocial non géré. 	8	87	7	6	71
14	% des clients ou des patients fumeurs de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour cesser de fumer au cours des 24 derniers mois.	8	80	16	4	71
15	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont un problème de consommation d'alcool et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour gérer leur consommation d'alcool au cours des 24 derniers mois.	8	78	18	4	71



NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
16	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont de mauvaises habitudes alimentaires et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour adopter de bonnes habitudes alimentaires au cours des 12 derniers mois.	8	76	18	6	71
17	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ne font pas d'activité physique et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour faire de l'activité physique régulièrement au cours des 12 derniers mois.	7	76	21	3	71
18	% des organismes de soins de santé primaires qui proposent des programmes ou des projets particuliers (y compris des groupes d'auto-assistance ou d'autogestion) pour réduire les risques pour la santé suivants au sein de la population qu'ils desservent : <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme; • mauvaises habitudes alimentaires; • problème de consommation d'alcool; • obésité; • inactivité physique. 	8	78	14	9	71
19	% des régions sanitaires qui proposent des programmes ou des projets particuliers (y compris des groupes d'auto-assistance ou d'autogestion) pour réduire les risques pour la santé suivants au sein de la population : <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme; • mauvaises habitudes alimentaires; • problème de consommation d'alcool; • obésité; • inactivité physique. 	8	76	16	9	71



NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
20	% des personnes de 12 ans et plus qui fument.	8	78	13	10	71
21	% des personnes de 12 ans et plus qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour.	7	62	28	10	71
22	% des personnes qui ont un surpoids ou sont obèses.	8	80	10	10	71
23	% des personnes qui font de l'activité physique régulièrement.	8	79	13	9	71
24	% des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré une forte consommation d'alcool, au cours des douze derniers mois.	7	72	18	10	71

Question d'évaluation 7. Les organismes de soins de santé primaires permettent-ils aux patients atteints d'affections chroniques (p. ex. diabète, asthme, coronaropathie, dépression, hypertension) d'acquérir les compétences et l'auto-efficacité nécessaires pour mieux gérer leur santé?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui souffrent d'une ou de plusieurs affections chroniques ou qui bénéficient d'un aidant naturel et auxquels un organisme de soins de santé primaires a fourni des renseignements utiles sur les soins de santé (p. ex. brochures, livres, bandes magnétiques, vidéos, sites Web ou autres listes de ressources communautaires) au cours des 12 derniers mois.	7	69	27	4	71
25	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'affections chroniques et auxquels un organisme de soins de santé primaires a fourni des ressources par l'entremise de groupes d'autogestion ou d'auto-assistance.	8	78	18	4	71



NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
26	% d'aidants naturels qui ont reçu une assistance de la part des organismes de soins de santé primaires pour assumer leur rôle d'aidants au cours des 12 derniers mois.	8	68	27	6	71
27	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'affections chroniques et qui, au cours de la plupart de leurs visites à leur dispensateur de soins de santé primaires, ont eu suffisamment de temps pour exprimer leurs sentiments, leurs craintes et leurs inquiétudes concernant leur santé.	8	75	21	4	71
28	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'affections chroniques et qui ont activement pris part à l'élaboration d'un programme de traitement avec leur dispensateur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	8	90	9	1	71

Question d'évaluation 7.1. Les stratégies d'autogestion améliorent-elles considérablement la qualité de vie des patients atteints d'affections chroniques? Permettent-elles de réduire le nombre de visites chez les spécialistes ainsi que les admissions à l'hôpital (nombre et durée des séjours) et d'atteindre de meilleurs résultats? Une autre démarche analytique s'impose.



OBJECTIF 4 : Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
29	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires durant la soirée ou en fin de semaine (de 17 h à 21 h du lundi au vendredi, ou de 9 h à 21 h le samedi ou le dimanche), au cours des 12 derniers mois.	8	80	17	3	71
	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires des soins immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur (grâce à des dispositions de couverture des soins de santé primaires ou autres) pendant la nuit, au cours des 12 derniers mois.	7	66	24	10	71

Question d'évaluation 8. Quel pourcentage de personnes a accès à un dispensateur régulier de soins de santé primaires 24 heures sur 24, sept jours sur sept, grâce à des dispositions organisationnelles?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
30	% des organismes de soins de santé primaires qui assurent les services à la population en dehors des heures normales d'ouverture (c.-à-d. hors des heures allant de 9 h à 17 h du lundi au vendredi).	8	94	6	0	71
31	Nombre moyen d'heures d'ouverture en dehors des heures normales (c.-à-d. hors des heures allant de 9 h à 17 h du lundi au vendredi) assurées par les organismes de soins de santé primaires, par mois et par organisme.	8	79	17	4	71



Question d'évaluation 9. En ce qui a trait aux résultats pour la santé, à la satisfaction du patient et du dispensateur et à l'utilisation des soins de santé, quels sont les coûts et les conséquences d'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept à des services (autres que ceux dispensés par les médecins) pour les patients qui demandent des soins d'urgence? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 10. Quel est le temps d'attente pour des soins de courte durée et des soins épisodiques? Des soins de routine non urgents (y compris la gestion des soins préventifs et des affections chroniques)? Des soins vers lesquels on a orienté les patients?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
32	Durée moyenne écoulée, en jours, entre la demande de rendez-vous du client ou du patient avec son dispensateur régulier de soins de santé primaires et le rendez-vous pour un problème de santé urgent mais mineur.	7	65	24	11	71
	Durée moyenne écoulée, en jours, entre la demande de rendez-vous du client ou du patient avec son dispensateur régulier de soins de santé primaires et le troisième rendez-vous pour des soins courants non urgents.	7	60	27	13	70

Question d'évaluation 10.1. Quel est le niveau de satisfaction des patients à l'égard des temps d'attente?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
33	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont satisfaits du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires pour un problème de santé mineur mais urgent.	8	75	24	1	71
34	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont satisfaits du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires pour des soins de routine non urgents.	8	72	27	1	71



Question d'évaluation 10.2. Les temps d'attente diffèrent-ils systématiquement selon la région (urbaine, rurale ou éloignée)? Le groupe socioéconomique? Le groupe ethnique? Cette question propose un certain nombre de dimensions analytiques pour l'analyse des indicateurs inclus dans la question d'évaluation 10.2 et d'autres questions.

OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
35	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour des soins de courte durée bien que des soins ambulatoires appropriés auraient pu éviter ou réduire l'admission à l'hôpital, par 100 000 personnes présentant un problème clé particulier (c.-à-d. BPCO, asthme, insuffisance cardiaque congestive, hypertension, angine, diabète) de 75 ans et moins.	8	87	7	6	70
36	% des clients ou des patients de 18 à 64 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont atteints d'un diabète sucré avéré (type 1 et type 2), qui ont eu un infarctus aigu du myocarde, qui ont subi une amputation au-dessus ou au-dessous du genou ou encore qui ont entrepris une dialyse d'entretien au cours des 12 derniers mois.	7	71	19	10	69
37	% des clients ou des patients de 6 à 55 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent d'asthme et qui se sont rendus aux services d'urgence au cours des 12 derniers mois.	8	84	10	6	68
	% des clients ou des patients asthmatiques de 6 à 55 ans à qui on a dispensé de fortes doses d'agoniste bêta-2 d'action brève (c.-à-d. plus de quatre bouteilles) au cours des 12 derniers mois.	7	57	27	16	67
38	% des clients ou des patients de 20 à 75 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'insuffisance cardiaque congestive et qui se sont rendus aux services d'urgence pour cette raison au cours des 12 derniers mois.	8	78	13	9	68



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
39	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de diabète sucré et dont le dernier taux de HbA1C était de 7,0 % ou moins (ou gamme de référence ou tests équivalents selon le laboratoire local) au cours des 15 derniers mois.	8	73	21	6	66
40	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'hypertension depuis au moins un an et qui font l'objet de vérifications de la tension artérielle pour s'assurer qu'elle reste inférieure à 140/90 mmHg.	8	79	13	7	68

Question d'évaluation 11. Quel pourcentage des lignes directrices en matière de soins préventifs recommandées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs les dispensateurs de soins de santé primaires adoptent-ils?

Promotion de la santé, dépistage et prévention

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
41	% des clients ou des patients de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois.	8	94	1	4	69
42	% des clients ou des patients de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu un vaccin antipneumococcique.	8	84	9	7	68
43	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi, vers l'âge de trois ans, des tests de dépistage pour des problèmes congénitaux de déplacement de la hanche, de vue et d'audition.	8	79	15	6	68



Promotion de la santé, dépistage et prévention (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
44	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu les premiers vaccins d'immunisation exigés vers l'âge de sept ans.	8	87	7	6	69
45	% des clientes ou des patientes qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont donné naissance à un enfant vivant et qui ont bénéficié de conseils relatifs à l'allaitement naturel, de programmes d'éducation et d'un soutien post-partum visant à promouvoir l'allaitement naturel.	8	86	10	4	70
46	% des clientes ou des patientes qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont enceintes ou qui ont accouché et qui ont été examinées en vue de dépister une dépression.	8	90	7	3	70
47	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont des enfants de moins de deux ans et qui ont reçu de l'information sur la prévention des blessures de l'enfant au sein du domicile.	8	86	6	9	70
48	% des clients ou des patients de 50 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un dépistage hémoculte du cancer du colon au cours des 24 derniers mois.	8	84	15	1	69
49	% des clientes ou des patientes âgées de 50 à 69 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi une mammographie et un examen clinique des seins au cours des 24 derniers mois.	8	91	7	1	70
50	% des clientes ou des patientes âgées de 18 à 69 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un frottis Papanicolaou au cours des trois dernières années.	8	97	1	1	70
51	% des clientes ou des patientes de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un dépistage de baisse de la densité minérale osseuse au moins une fois.	8	75	19	6	69



Promotion de la santé, dépistage et prévention (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
52	% des clientes ou des patientes de 55 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et dont le profil lipidique à jeun a été établi au cours des 24 derniers mois.	7.5	74	21	6	68
53	% des clients ou des patients de sexe masculin de 40 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et dont le profil lipidique à jeun a été établi au cours des 24 derniers mois.	7	70	25	6	69
54	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et dont la tension artérielle a été mesurée au cours des 24 derniers mois	8	86	11	3	70

Prévention secondaire visant les clients ou les patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont atteints de coronaropathie, d'hypertension ou de diabète sucré

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
55	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de coronaropathie et qui ont subi les tests annuels suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • évaluation du taux de glycémie à jeun; • établissement du profil lipidique à jeun; • mesure de la tension artérielle; • dépistage de l'obésité ou du surpoids. 	8	90	10	0	68
56	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'hypertension et qui ont subi les tests annuels suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • évaluation du taux de glycémie à jeun; • établissement du profil lipidique à jeun; • dépistage de dysfonctionnements rénaux (p. ex. créatinémie); • mesure de la tension artérielle; • dépistage de l'obésité ou du surpoids. 	8	88	12	0	67



Prévention secondaire visant les clients ou les patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont atteints de coronaropathie, d'hypertension ou de diabète sucré (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
57	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de diabète sucré et qui ont subi les tests annuels suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> évaluation du taux d'hémoglobine A1c; établissement du profil lipidique à jeun; dépistage de la néphropathie (p. ex. rapport albumine-créatine, microalbuminurie); mesure de la tension artérielle; dépistage de l'obésité ou du surpoids. 	8	88	12	0	66

Question d'évaluation 12. Les soins dispensés pour certaines affections (comme le diabète, la BPCO, l'asthme, l'insuffisance cardiaque congestive, la dépression, l'hypertension et le tabagisme) sont-ils conformes aux preuves actuelles et aux normes couramment acceptées?

Diabète sucré

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
58	% des clients ou des patients de 18 à 75 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de diabète sucré et qui ont vu un optométriste ou un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois.	8	86	8	6	66

Asthme

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
59	% des clients ou des patients de 6 à 55 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent d'asthme, qui ont reçu de fortes doses (plus de quatre contenants) d'agoniste bêta-2 de courte durée (SABA) au cours des 12 derniers mois ET à qui des médicaments de prévention ou de contrôle ont été prescrits (p. ex. inhalation de corticostéroïdes).	7	71	23	6	66



Insuffisance cardiaque congestive

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
60	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'insuffisance cardiaque congestive et qui utilisent des inhibiteurs ECA ou des ARA.	8	82	14	5	66

Coronaropathie

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
61	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent de coronaropathie avérée avec taux élevé de cholestérol LDL-C (c.-à-d. supérieur à 2,5 mmol/L) et qui ont reçu des conseils sur leur mode de vie ou des médicaments hypolipémiants.	8	83	12	5	66
62	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont subi un IAM et auxquels un médicament bêtabloquant est actuellement prescrit.	8	79	18	3	67



Santé mentale

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
63	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent de dépression, qui prennent des médicaments antidépresseurs sous la surveillance d'un dispensateur de soins de santé primaires. Le dispensateur aura fourni le nom d'une personne-ressource pour assurer le suivi dans les deux semaines après le début du traitement antidépresseur.	8	93	6	1	69
64	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent de dépression et auxquels il a été proposé un traitement (médicamenteux et non médicamenteux) ou qui ont été orientés vers un dispensateur de soins de santé mentale.	8	87	12	2	68
65	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de trouble panique ou de trouble anxieux généralisé et auxquels il a été proposé un traitement (médicamenteux et non médicamenteux) ou qui ont été orientés vers un dispensateur de soins de santé mentale.	8	87	10	3	69

Problèmes de consommation de substances toxicomanogènes

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
66	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont des problèmes de consommation de médicaments sur ordonnance ou de drogues illicites, et auxquels il a été proposé un traitement, en ont reçu un ou ont été orientés vers un traitement par un dispensateur de soins de santé primaires.	8	83	13	4	69

Question d'évaluation 12.1. L'accent sur le traitement des affections chroniques courantes (comme le diabète, le BPCO, l'asthme, les maladies cardiaques, la dépression) compromet-il la qualité des soins reçus par les personnes atteintes d'autres affections chroniques ou de plusieurs comorbidités? Une autre démarche analytique s'impose.



Question d'évaluation 13. Les organismes de soins de santé primaires ont-ils défini des processus confidentiels non préjudiciables pour que les membres de leur personnel puissent rendre compte des erreurs potentielles dans la prestation et la gestion des soins et dans le traitement des patients?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
67	% des dispensateurs de soins de santé primaires dont l'organisme de soins de santé primaires dispose de processus et de structures visant à favoriser une approche non punitive de réduction des incidents médicamenteux.	8	70	22	9	69

Question d'évaluation 14. Les organismes de soins de santé primaires évaluent-ils leur rendement au moyen de normes reconnues et modifient-ils leurs habitudes de pratique en conséquence (comprend les questions relatives à la sécurité des patients)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
68	% des organismes de soins de santé primaires qui utilisent un système électronique de prescription ou de commande de médicaments tenant compte des alertes médicamenteuses propres aux clients ou patients.	8	75	20	4	69
69	% des organismes de soins de santé primaires qui ont mis en œuvre au moins une modification de leur pratique clinique à la suite de projets d'amélioration de la qualité au cours des 12 derniers mois.	8	83	16	1	70



Question d'évaluation 14.1. Existe-t-il des structures et des processus pour assurer la gestion optimale et efficace des médicaments?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
70	% des organismes de soins de santé primaires et qui disposent d'un processus prévoyant la consignation d'une liste à jour des médicaments et des problèmes des clients ou des patients dans les dossiers cliniques.	8	93	7	0	70
71	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires qui indiquent que leur dispensateur régulier de soins de santé primaires (p. ex. médecin de famille, omnipraticien, infirmière praticienne) ne leur a PAS expliqué les effets secondaires des médicaments au moment où il les a prescrits au cours des 12 derniers mois.	8	77	14	9	70

Question d'évaluation 14.2. Les professionnels de soins de santé primaires suivent-ils un perfectionnement professionnel continu qui reflète les besoins de leur organisme et les besoins en matière de santé de leur collectivité?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
72	% des dispensateurs de soins de santé primaires et du personnel de soutien que l'organisme a aidé pour participer à une formation professionnelle continue au cours des 12 derniers mois, selon le type de dispensateur de soins de santé primaires et de personnel de soutien.	8	76	19	6	70



OBJECTIF 6 : S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
73	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont satisfaits des soins reçus de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	8	90	9	1	71
74	% des personnes de 18 ans et plus qui sont satisfaites de l'information ou des conseils sur la santé reçus par téléphone au cours des 12 derniers mois.	8	80	17	3	71
75	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui recommanderaient leur dispensateur régulier de soins de santé primaires à leur famille ou à leurs amis.	8	69	24	7	71
76	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont participé au processus décisionnel clinique concernant leur santé avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	8	75	18	7	71
	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui ont reçu des soins attentifs de la part de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	7	65	25	10	71

Question d'évaluation 15. Les patients sont-ils satisfaits de l'attitude des organismes et des dispensateurs de soins de santé primaires à l'égard de leur droit à la vie privée, à la confidentialité et à la dignité?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
77	% des clients ou des patients qui sont satisfaits du niveau de respect de la vie privée assuré par leur organisme de soins de santé primaires (p. ex. personnel d'accueil, cliniciens des salles d'examen) au cours des 12 derniers mois.	8	79	18	3	71



Question d'évaluation 16. Les patients estiment-ils que les organismes et dispensateurs de soins de santé primaires s'adaptent à leur culture et à leur langue?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
78	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui se sont heurtés à une barrière linguistique avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	8	86	13	1	71

OBJECTIF 7 : Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information.

Question d'évaluation 17. Quels types de structures et d'activités a-t-on élaborés afin de lier les organismes de soins de santé primaires aux autres organismes de santé?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
79	% des organismes de soins de santé primaires qui coordonnent les soins aux clients ou aux patients avec d'autres organismes de soins de santé grâce à des protocoles cliniques ou à des outils d'évaluation normalisés.	8	84	16	0	70
	% des organismes de soins de santé primaires qui coordonnent les soins aux clients ou aux patients avec d'autres organismes de soins de santé grâce à des conférences de cas avec des dispensateurs d'autres organismes de soins de santé.	7	69	26	6	70
80	% des organismes de soins de santé primaires qui ont des ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé.	8	87	10	3	70
81	% des organismes de soins de santé primaires qui ont des ententes de soins conjoints avec des dispensateurs ou des organismes œuvrant dans des secteurs autres que celui de la santé (p. ex. logement, justice, police, éducation, etc.).	7	74	24	1	70



Question d'évaluation 17.1. Ces structures et activités mènent-elles à une collaboration active, à une meilleure orientation et à une meilleure communication entre les organismes de soins de santé primaires et les autres organismes de santé? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 18. Les soins aux patients sont-ils coordonnés de façon continue?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui ont fait part de leurs antécédents démographiques et cliniques à divers dispensateurs de soins de santé au cours des 12 derniers mois.	7	53	34	13	70
82	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui estiment avoir subi des tests médicaux non nécessaires au cours des 12 derniers mois, car ils les avaient déjà subis.	7	64	24	11	70

Question d'évaluation 18.1. Les patients subissent-ils des examens répétés lorsqu'ils consultent des dispensateurs différents?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
83	% des omnipraticiens, des médecins de famille ou des infirmières praticiennes qui dispensent des soins de santé primaires et qui ont répété des tests parce que les premiers résultats n'étaient pas disponibles au cours du dernier mois.	8	83	13	4	70

Question d'évaluation 19. Les dispensateurs disposent-ils de l'information sur les soins de façon continue?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
83	% des omnipraticiens, des médecins de famille ou des infirmières praticiennes qui dispensent des soins de santé primaires et qui ont répété des tests parce que les premiers résultats n'étaient pas disponibles au cours du dernier mois.	8	83	13	4	70



Question d'évaluation 19.1. Au moment de dispenser des soins, les dispensateurs ont-ils accès à tous les renseignements relatifs à la santé de leurs patients et aux soins qu'ils ont reçus d'autres dispensateurs dans le passé?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
84	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui, au moment de la prestation des soins, disposaient le plus souvent de toute l'information nécessaire (données démographiques et cliniques essentielles) au cours des 12 derniers mois.	8	83	14	3	70

Question d'évaluation 19.2. Les dispensateurs sont-ils assurés que leur plan de soins et leurs actions seront reconnus et pris en considération par les autres dispensateurs? Une autre démarche analytique s'impose.

MESURE D'APPUI 1 : Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires

Question d'évaluation 1. Y a-t-il suffisamment de dispensateurs de soins de santé primaires, en particulier d'infirmières praticiennes et de médecins de famille, pour répondre à la demande en soins de santé primaires?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
85	% des dispensateurs de soins de santé primaires à temps plein (ETP) par 100 000 personnes, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	8	84	11	4	70
86	Ratio de dispensateurs de soins de santé primaires qui sont entrés sur le marché du travail ou l'ont quitté au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	8	81	13	6	70
87	% des organismes de soins de santé primaires qui acceptent de nouveaux clients ou patients.	8	91	7	1	70



Question d'évaluation 2. Quelles mesures incitatives attirent et maintiennent en poste les professionnels de la santé dans les organismes de soins de santé primaires (aspect financier, flexibilité du travail, perfectionnement professionnel continu)? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 3. Les dispensateurs de soins de santé primaires assument-ils toutes leurs fonctions (d'après leur formation et la réglementation)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
88	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui estiment utiliser la totalité de leurs compétences, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	8	80	19	1	70

Question d'évaluation 4. Le personnel et les dispensateurs de soins de santé sont-ils satisfaits de leur qualité de vie au travail?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
89	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui se disent satisfaits des dispositions prises pour assurer leur sécurité au travail, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	7.5	76	16	9	70
90	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui ont subi un accident sur leur lieu de travail au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	8	73	21	6	70
91	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui ont dû s'absenter du travail pour cause d'épuisement au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	7.5	73	21	6	70
92	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui se disent satisfaits de leur équilibre travail-vie personnelle au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	8	80	17	3	70



Question d'évaluation 5. Les régions régionales évaluent-elles les ressources humaines de la santé pour s'assurer qu'elles répondent aux besoins des collectivités?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
93	% des régions sanitaires qui disposent d'un programme proactif visant à combler leurs besoins en ressources humaines de soins de santé primaires.	8	79	17	4	70

Question d'évaluation 6. Les autorités provinciales ont-elles des plans pour le recrutement et la formation des ressources humaines de la santé afin de satisfaire aux besoins des provinces et territoires? Une autre démarche analytique s'impose.

MESURE D'APPUI 2 : Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires

Question 7. Quelles sont l'étendue et la nature du travail des équipes interdisciplinaires?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
94	% des personnes qui ont reçu des soins de santé primaires d'un organisme de soins de santé primaires multidisciplinaire au cours des 12 derniers mois.	8	76	21	3	70
95	% des omnipraticiens ou des médecins de famille qui travaillent seuls et dont la pratique consiste avant tout à dispenser des soins de santé primaires.	8	86	11	3	70
96	% des omnipraticiens ou des médecins de famille dont la pratique consiste avant tout à dispenser des soins de santé primaires avec un groupe de médecins.	8	86	11	3	70
97	% des OM/MF/IP dont la pratique consiste avant tout à œuvrer au sein d'une équipe ou d'un réseau de soins de santé primaires interdisciplinaire, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	8	87	13	0	70
98	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui indiquent que la gamme de services offerte par leur organisme de soins de santé primaires répond à leurs besoins.	8	81	14	4	70



Question d'évaluation 7.1. Comment la composition et le nombre de dispensateurs dans chaque équipe interdisciplinaire reflètent-ils les besoins de la collectivité ou d'une population donnée? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 8. Quelles sont les répercussions des changements dans la composition et le nombre de dispensateurs dans une équipe multidisciplinaire sur la réceptivité du personnel ainsi que sur la qualité et la rentabilité des soins? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 9. Quels facteurs permettent aux dispensateurs de soins de santé de travailler ensemble afin de dispenser des soins de santé primaires complets (réglementation sur les champs d'activité, financement des soins de santé primaires, formation, perfectionnement professionnel continu)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
99	<p>Cote moyenne de l'efficacité du travail en équipe fondée sur les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • solide leadership; • objectifs clairs partagés par tous les membres de l'équipe; • mécanismes de travail au sein de la collectivité et avec celle-ci; • accent sur la qualité des soins; • objectifs axés sur le patient ou le client; • communication efficiente et efficace; • variété adéquate de dispensateurs de soins; • mécanismes de résolution des conflits; • perfectionnement professionnel interdisciplinaire; • prise de décisions en commun; • bonne compréhension du champ d'activité et du rôle de l'équipe. 	8	73	21	6	70



MESURE D'APPUI 3 : Technologie de l'information adaptée aux soins de santé primaires et assurant un lien entre les organismes de soins de santé primaires et le reste du système de santé

Question d'évaluation 10. Les organismes de soins de santé primaires ont-ils des systèmes d'information automatisés pour appuyer les activités cliniques (aide à la décision, dossiers de santé électroniques, prescription électronique, demandes et déclaration électroniques de tests, déclaration électronique des consultations)? Quels systèmes sont utilisés'

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
100	% des organismes de soins de santé primaires qui utilisent principalement des systèmes électroniques pour l'exécution d'un éventail d'activités administratives et cliniques.	8	87	10	3	70

Question d'évaluation 11. Les organismes de soins de santé primaires, dans différents milieux géographiques, ont-ils des liens de communication avec des services de télétriage et de conseil? Des services de télésanté? Des services d'urgence? Des hôpitaux? Des laboratoires? Des établissements de soins de longue durée?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
101	% des organismes de soins de santé primaires qui emploient divers moyens de communication électroniques pour échanger l'information sur les soins de santé avec d'autres dispensateurs de soins de santé primaires.	7.5	76	23	1	70
102	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent de moyens de communication électroniques bidirectionnels (hormis le télécopieur et le téléphone) avec d'autres organismes de soins de santé (p. ex. hôpitaux, organismes communautaires de santé mentale, établissements de soins de longue durée, organismes de santé publique).	8	86	14	0	70



MESURE D'APPUI 4 : Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins

Question d'évaluation 12. La répartition des fonds à l'échelle régionale consacrée aux soins de santé primaires tient-elle compte de l'âge de la population, des statistiques de morbidité et des groupes vulnérables? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 13. L'éventail de services publics fournis (directement ou indirectement) par les organismes de soins de santé primaires s'est-il élargi au fil du temps? Une autre démarche analytique s'impose.

Question 14. Quels sont les coûts opérationnels par habitant de la prestation de services de soins de santé primaires à l'échelle des points de service? À l'échelle des régies régionales de la santé (emplacement géographique)?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
103	Coûts opérationnels annuels moyens par habitant dans le cadre des services de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois pour : <ul style="list-style-type: none"> • les ressources humaines de la santé : • les omnipraticiens ou les médecins de famille; • les infirmières praticiennes; • les autres dispensateurs de soins de santé primaires; • les fournitures; • l'équipement; • l'administration et les frais généraux; • autres : _____. 	7.5	80	16	4	70

Question d'évaluation 15. Les investissements en immobilisations ont-ils augmenté pour les nouvelles technologies et l'équipement destinés aux soins de santé primaires? Pour les installations matérielles? Pour la technologie de l'information? Une autre démarche analytique s'impose.



MESURE D'APPUI 5 : Modes de rémunération des dispensateurs qui respectent les objectifs en matière de soins de santé primaires

Question d'évaluation 16. De quelle façon les dispensateurs de soins de santé primaires sont-ils rémunérés?

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	NOTE MÉDIANE	% DE NOTES ÉLEVÉES	% DE NOTES MOYENNES	% DE NOTES FAIBLES	NOMBRE DE RÉPONDANTS
104	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui ont principalement été rémunérés selon les modes suivants au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur : <ul style="list-style-type: none"> • rémunération à l'acte; • salaire; • capitation; • système mixte. 	8	81	14	4	70
105	% moyen du revenu des dispensateurs de soins de santé primaires provenant de chacun des modèles de financement des soins de santé primaires suivants, par exercice financier et par type de dispensateur de soins de santé primaires : <ul style="list-style-type: none"> • rémunération à l'acte; • salaire; • capitation; • système mixte. 	8	76	20	4	70

Question d'évaluation 17. Comment les modes de rémunération des dispensateurs influent-ils sur le volume et le type ainsi que la qualité des services dispensés? Une autre démarche analytique s'impose.

Question d'évaluation 17.1. Les modes de rémunération des médecins autres qu'à l'acte contribuent-ils à l'augmentation de la proportion du temps clinique consacré aux activités de prévention et de traitement des affections chroniques? Aux activités de planification et d'amélioration de la qualité? Une autre démarche analytique s'impose.



MESURE D'APPUI 6 : Soutien continu des responsables de l'élaboration des politiques à l'égard des soins de santé primaires

Une autre démarche analytique s'impose pour toutes les questions incluses dans la mesure d'appui 6.

Question d'évaluation 18. Quels types de politiques a-t-on mis en place afin d'influencer le renouvellement et la viabilité des soins de santé primaires et d'y contribuer (p. ex. ententes fédérales, provinciales et territoriales, régimes provinciaux, ententes tripartites, réglementation)?

Question d'évaluation 19. Les responsabilités des organismes de soins de santé primaires ont-elles été clairement définies au sein du système de santé, particulièrement en ce qui a trait à leur rôle central dans la coordination des soins aux patients?

Question d'évaluation 20. Quelle proportion des ressources humaines et financières est consacrée aux soins de santé primaires? Y a-t-il des lacunes dans les soins holistiques en raison du manque de ressources?





Annexe D

Recherche et autres approches d'évaluation pour les questions d'évaluation de la stratégie nationale d'évaluation

Un indicateur est défini comme une mesure sommaire unique, le plus souvent exprimée en termes quantitatifs, qui représente une dimension clé de l'état de santé, du système de santé ou de facteurs connexes. Un indicateur peut fournir une base de comparaison, permettre de suivre l'évolution dans le temps et l'espace, fournir des preuves pour étayer les programmes et politiques, fournir des énoncés clairs sur l'amorce et le résultat souhaité d'une intervention et permettre d'identifier les échelons et les lacunes en matière de santé et de soins de santé pour une population ou une collectivité⁹⁷. Toutefois, les indicateurs ne peuvent être utilisés pour répondre aux questions de recherche ni pour expliquer les disparités, les variations ou les changements. Nous ne pouvons pas interpréter les indicateurs sans une étude plus approfondie, ni les utiliser sans données contextuelles⁹⁷.

En mai 2005, lors de la 1^{ère} réunion consensuelle, toutes les questions de la stratégie nationale d'évaluation ont été révisées par un petit groupe. À cette époque, plusieurs questions de la stratégie nationale d'évaluation ont été établies comme étant des questions de recherche. En effet, ces questions concernent des interrelations complexes et des problèmes de causalité ne pouvant être abordés au moyen d'un indicateur. La décision de définir une question de la stratégie nationale d'évaluation comme question de recherche s'appuyait sur un consensus entre les participants du petit groupe (et dans tous les cas, le consensus était unanime). Ces décisions prises lors de la réunion de mai 2005 ont été revues et confirmées par le personnel de Santé Canada.

Les questions d'évaluation définies comme questions de recherche ou méthodes d'évaluation sont données ci-dessous. Le cas échéant, les activités de recherche susceptibles d'engendrer des résultats en rapport avec la question sont identifiées dans le rapport intitulé *Inventory of Research and Evaluation Projects of Primary Healthcare Renewal*⁹⁸.

OBJECTIF 1 : Accroître le pourcentage de personnes qui reçoivent des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé.



Question d'évaluation 1.1. Ce pourcentage diffère-t-il selon la région géographique? Le groupe socioéconomique? L'état de santé? Le groupe culturel ou ethnique?

Cette question soulève un certain nombre de dimensions analytiques susceptibles de faciliter l'analyse des résultats des indicateurs inclus dans la question d'évaluation 1 (Quel pourcentage de personnes est en mesure de nommer un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît systématiquement leurs besoins en matière de santé et leurs valeurs personnelles?) et dans d'autres questions.

Dimensions analytiques additionnelles suggérées :

Ajouts importants : Âge/sexe/statut d'immigration récente/populations particulières (personnes souffrant d'incapacités)/région urbaine ou rurale.

Autres dimensions (rapport par dimension si ces données sont disponibles) : niveau d'études/langue/Autochtones/populations vulnérables (sans-abri, personnes atteintes d'une maladie mentale, toxicomanes)/orientation sexuelle

OBJECTIF 3 : Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques

Question d'évaluation 7.1. Les stratégies d'autogestion améliorent-elles considérablement la qualité de vie des patients atteints d'affections chroniques? Permettent-elles de réduire le nombre de visites chez les spécialistes ainsi que les admissions à l'hôpital (nombre et durée des séjours) et d'atteindre de meilleurs résultats de santé pour les patients?

OBJECTIF 4 : Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires

Question d'évaluation 9. En ce qui a trait aux résultats pour la santé, à la satisfaction du patient et du dispensateur et à l'utilisation des soins de santé, quels sont les coûts et les conséquences d'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept à des services (autres que ceux dispensés par les médecins) pour les patients qui demandent des soins d'urgence?



Projets et études pouvant aider à répondre à cette question :

1. Caractéristiques des patients se rendant aux services d'urgence pour des cas non urgents et obstacles à la prestation de soins primaires). Marc Afilalo (chef de projet), Université McGill, Montréal, Québec.

Étude descriptive incluant une analyse secondaire de données recueillies lors d'une étude d'observation prospective à l'aide d'un échantillon de commodité de patients du service d'urgence dans cinq hôpitaux du Québec.

2. Une infirmière chargée de coordonner les sorties du service des urgences dans le cas des patients âgés : Est-ce utile? Alex Guttmann (chef de projet), Université McGill, Montréal, Québec.

L'étude examine les répercussions sur les visites imprévues de contrôle au cours des 14 jours qui suivent la sortie de l'hôpital; l'admission après une nouvelle visite, la satisfaction à l'égard des recommandations de sortie, le respect des instructions données à la sortie et la perception du bien-être.

3. Utilisation des services d'urgence et des cliniques sans rendez-vous par les patients des pratiques appartenant ou non à un réseau de santé familiale. Michelle Howard (chef de projet), McMaster University, Hamilton (Ontario).

L'étude examine un modèle novateur pour la fréquence et le type de visites et la satisfaction du patient et du médecin.

4. E. Lang, M. Afilalo, A.C. Vandal, J-F. Boivin, X. Xue, A. Colacone, R. Leger, I. Shrier et S. Rosenthal, *Impact of an electronic link between the Emergency Department and family physicians: a randomized controlled trial*, Journal de l'Association médicale canadienne, vol. 174, n° 3 (31 janvier 2006), p. 313-8 (en ligne). Consulté le 1^{er} février 2006.
Internet : <<http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/174/3/313?etoc>>.

Question d'évaluation 10.2. Les temps d'attente diffèrent-ils systématiquement selon la région (urbaine, rurale ou éloignée)? Le groupe socioéconomique? Le groupe ethnique?

Cette question propose un certain nombre de dimensions analytiques pour l'analyse des indicateurs inclus dans la question d'évaluation 10.2 Quel est le temps d'attente pour des soins de courte durée et des soins épisodiques? Pour des soins de routine non urgents (y compris les soins préventifs et la gestion des affections chroniques)? Pour des soins orientés? Et dans d'autres questions.



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires

Question d'évaluation 12.1. L'accent mis sur la gestion d'affections chroniques courantes (diabète, MPOC/asthme, insuffisance cardiaque, dépression) compromet-il la qualité des soins reçus par les personnes avec d'autres maladies chroniques ou avec de multiples comorbidités?

OBJECTIF 7 : Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information

Question d'évaluation 17.1. Ces structures et activités mènent-elles à une collaboration active, à une meilleure orientation et à une meilleure communication entre les organismes de soins de santé primaires et les autres organismes de santé?

Projets pouvant aider à répondre à cette question :

1. Coordination des soins : Facteurs qui influent sur le transfert horizontal et vertical d'information entre les pratiques de soins primaires et les spécialistes médicaux. Whitney Berta (chef de projet), Université de Toronto, Department of Health Policy, Management and Evaluation, Toronto, Ontario. Site Web : < <http://www.utoronto.ca/hpme/primarycare/coordinationofcare/> > .
2. Infostructure de gestion des maladies chroniques pour l'Ouest du Canada. Michael Hurka (chef de projet), Alberta. < <http://www.whic.org/public/profiles/cdm.html> > .

Ce projet vise à mettre au point une solution novatrice et durable d'infostructure de gestion des maladies chroniques, notamment en créant des normes pour les données sur les maladies chroniques, en formulant des messages concernant l'échange d'information, en élaborant des définitions de données connexes et en développant la capacité d'échanger des données qui appuient la prise de décision clinique pour les équipes de soins de santé primaires. Les participants au projet sont les administrations du Partenariat de l'Ouest en information sur la santé (POIS). Les partenaires du POIS sont la Colombie-Britannique, l'Alberta (chef de file), la Saskatchewan et le Manitoba.



Question d'évaluation 19.2. Les dispensateurs sont-ils assurés que leur plan de soins et leurs actions seront reconnus et pris en considération par les autres dispensateurs?

Projets pouvant aider à répondre à cette question :

1. Présentation d'un modèle de partenariat entre médecins et chiropraticiens dans un contexte de réforme des soins de santé primaires. Silvano Mior (chef de projet), Canadian Memorial Chiropractic College, Toronto (Ontario).

L'étude examine comment l'introduction d'un modèle de soins en partenariat influe sur la communication et les relations professionnelles entre les chiropraticiens et les médecins. La stratégie fait intervenir une étude par observation des relations avec les dispensateurs de soins et des résultats pour les patients après la mise en application d'incitatifs de pratique en partenariat.

2. Paul Hasselback et Rob Wedel, *The Taber Integrated Primary Care Project – Turning Vision into Reality. Rapport final* (non daté) [en ligne]. Consulté le 27 janvier 2006. Internet : <<http://www.uleth.ca/man/taberresearch/finalreport.shtml>> .

3. Répercussions d'un système de communication normalisé en ligne qui lie le service d'urgence aux médecins de famille. Eddy Lang, (chef de projet), personne à contacter : Marc Afilalo, Université McGill, Montréal, Québec.

L'étude a pour objectif de déterminer les effets d'un système de communication normalisé sur les mesures de continuité des soins.

MESURE D'APPUI 1 : Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires

Question d'évaluation 2. Quelles mesures incitatives attirent et maintiennent en poste les professionnels de la santé dans les organismes de soins de santé primaires (aspect financier, flexibilité du travail, perfectionnement professionnel continu)?

Projet et rapport pouvant aider à répondre à cette question :

1. Modèles de rémunération des médecins de famille et renouvellement des soins de santé primaires. Kelly Grover (chef de projet), gouvernement de la Nouvelle-Écosse.



Les résultats que l'on attend de cette étude sont notamment la distribution et l'analyse d'un inventaire et l'analyse d'options de rémunération des médecins de famille à soumettre aux gouvernements provinciaux et territoriaux, aux organismes professionnels et à tous les professionnels de la santé.

2. A. Backman, *Job satisfaction and retention, recruitment and skill mix for a sustainable health care system*, Regina, Saskatchewan, ministère de la Santé de la Saskatchewan, (2000), [en ligne]. Consulté le 3 février 2006. Internet : <http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_WORCS.pdf>

Question d'évaluation 6. Les autorités provinciales ont-elles des plans pour le recrutement et la formation des ressources humaines de la santé afin de satisfaire aux besoins du secteur de compétence?

Comptes rendus de conférences pouvant être utiles pour répondre à cette question :

1. *Mainstreaming Health Human Resources Innovation*, Dalhousie University, School of Public Administration (20-22 septembre 2005). Pour obtenir les diverses présentations à la conférence, consulter le site <http://spa.management.dal.ca/HHRI/eng/HHRI_individual_presentations.htm> .

MESURE D'APPUI 2 : Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires

Question d'évaluation 7.1. Comment la composition et le nombre de dispensateurs dans chaque équipe interdisciplinaire reflètent-ils les besoins de la collectivité ou d'une population donnée?

Question d'évaluation 8. Quelles sont les répercussions des changements dans la composition le nombre de dispensateurs de chaque équipe interdisciplinaire sur la réceptivité du personnel ainsi que sur la qualité et la rentabilité des soins?

Projets pouvant aider à répondre à cette question :

1. Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS). Personne à contacter : a/s Le Conference Board du Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le site Web : <www.eicp-acis.ca>

L'objectif de l'initiative ACIS est d'encourager les professionnels de la santé à travailler ensemble, de la façon la plus efficace et efficiente possible, pour produire de meilleurs résultats en matière de santé, tant pour les patients que pour les dispensateurs de soins. Le calendrier de recherche vise à obtenir de nouveaux points de vue sur les caractéristiques des modèles qui réussissent



en matière de prestation de soins primaires en milieu urbain et rural. Ils prévoient aussi de se doter d'outils pratiques pour encourager la collaboration interdisciplinaire et créer un contexte stratégique et réglementaire favorable à celle-ci. Leur but ultime est d'élaborer une série de principes ainsi qu'un cadre qui orienteront les efforts de collaboration et inciteront les dispensateurs de soins de santé et les gouvernements à garantir aux Canadiens un accès aux professionnels et aux services appropriés, en temps opportun. Un comité directeur composé de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes, d'orthophonistes, d'audiologistes, de diététistes, de psychologues, de pharmaciens, d'ergothérapeutes et de membres d'une coalition nationale défendant l'exercice de pratiques préventives a été mis sur pied pour indiquer la voie à suivre. Les activités de l'ACIS intéresseront les dispensateurs de soins de santé et les responsables de l'élaboration des politiques.

2. La réorganisation des services de première ligne comme outil de changement des pratiques. André Tourigny (chef de projet), personne à contacter : Nathalie Houle <Nathalie.houle@ext.msp.ulaval.ca>
3. Building Knowledge and Skills for Effective Leadership for Change in Primary Care. Ross Baker, Jan Barnsley (chefs de projet), Université de Toronto, Department of Health Policy, Management and Evaluation, Toronto (Ontario).

Ce projet de perfectionnement du leadership s'appuie sur un modèle d'apprentissage pratique. Les participants apprendront à appliquer les meilleures pratiques dans quatre domaines critiques pour l'avancement des soins de santé primaires : gestion de l'information, reconception des tâches, collaboration et intégration, et amélioration du rendement. Les participants comprennent des équipes de praticiens en soins primaires en Ontario qui participeront à trois séances d'apprentissage avec des professeurs et des experts, vérifieront et évalueront les changements locaux afin d'améliorer leurs pratiques et échangeront les connaissances acquises avec les autres participants. En vue de valider les quatre domaines de connaissances critiques, on procédera à une évaluation des besoins des praticiens, à une définition des meilleures pratiques existantes et à un examen de la documentation scolaire. Le projet sera évalué en termes d'apprentissage individuel et de changements des pratiques. Les documents produits tout au long de ce projet seront distribués par voie électronique et dans le cadre de présentations à des conférences.



MESURE D'APPUI 4 : Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins

Question d'évaluation 12. La répartition des fonds à l'échelle régionale consacrée aux soins de santé primaires tient-elle compte de l'âge de la population, des statistiques de morbidité et des groupes vulnérables?

Documentation et rapport pouvant aider à répondre à cette question :

1. G. Browne, J. Roberts, C. Byrne, A. Gafni, R. Weir et B. Majumdar, *The Costs and Effects of Addressing the Needs of Vulnerable Populations: Results of 10 Years of Research*, Revue canadienne de recherche en sciences infirmières, vol. 33, n° 1 (janvier 2001), p. 65-76.
2. Manitoba Centre for Health Policy Report, *How Does Need Count In Allocations For Health Care?* (1997). Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le Manitoba Centre for Health Policy Report, *How Does Need Count in Allocations for Health Care?* (en ligne). Consulté le 18 janvier 2006. Internet < http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/reports_97-00/allocat.htm >.

Résumé rédigé par Norm Frohlich, Charlyn Black et Cheryl Hamilton, d'après le rapport : *Issues in Developing indicateurs for Needs-Based Funding*, par Norman Frohlich et Keumhee Chough Carrière (août 1997).

Question d'évaluation 13. L'éventail de services publics fournis (directement ou indirectement) par les organismes de soins de santé primaires s'est-il élargi au fil du temps?

Question d'évaluation 15. Les investissements en immobilisations ont-ils augmenté pour les nouvelles technologies et l'équipement destinés aux soins de santé primaires? Pour les installations matérielles? Pour la technologie de l'information?

Comptes rendus pouvant être utiles pour répondre à cette question :

1. Réunion des intervenants clés sur la cybersanté et le renouvellement des soins de santé primaires (avril 2004). Organisée et présentée par : Division des soins de santé primaires et continus, Bureau de la santé et Inforoute, Santé Canada, les 20 et 21 avril 2004 (en ligne). Consulté le 26 janvier 2006. Internet : < http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2004-prim/index_e.html >.



2. Bahman Assadi, *Technologies de l'information et des communications dans le système de santé canadien : Analyse de projets relatifs aux TIC financés par le gouvernement fédéral*, Ottawa, Santé Canada : Bureau de la santé et Inforoute, Santé Canada (2003) [en ligne]. Consulté le 26 janvier 2006. Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2003-ict-tic-analys-proj/index_e.html .

Question d'évaluation 17. Comment les modes de rémunération des dispensateurs influent-ils sur le volume et le type ainsi que la qualité des services dispensés?

Question d'évaluation 17.1. La méthode de rémunération de frais pour un service (FFS) augmente-t-elle le temps clinique dévoué aux activités de prévention et à la gestion d'affections chroniques? Aux activités de planification et d'amélioration de la qualité?

Projets en cours pouvant être utiles pour répondre à ces questions :

1. Évaluation des modes de rémunération et de prestation des soins de santé primaires pour le dépistage, la détection et le contrôle de l'hypertension. Karen Tu (chef de projet), Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto (Ontario).

L'étude vise à établir si les modes de rémunération et de prestation des soins de santé primaires ont une influence sur le dépistage, la détection et le traitement de l'hypertension, et à déterminer les taux actuels de dépistage et les schémas de pratique des médecins en ce qui concerne l'hypertension.

2. Mesurer l'amélioration de la qualité des services de soins préventifs pour les réseaux de santé familiale dans la région du Grand Toronto. Michelle Greiver (chef de projet), Toronto (Ontario).

L'étude vise à déterminer si les incitatifs financiers des réseaux de santé familiale améliorent la prestation des services de soins préventifs et à mettre au point des mécanismes de retour d'information applicables aux pratiques des réseaux de santé familiale pour les soins de santé primaires communautaires.

MESURE D'APPUI 6 : Soutien continu des responsables de l'élaboration des politiques à l'égard des soins de santé primaires

Question d'évaluation 18. Quels types de politiques a-t-on mis en place afin d'influencer le renouvellement et la viabilité des soins de santé primaires et d'y contribuer (p. ex. ententes fédérales, provinciales et territoriales, régimes provinciaux, ententes tripartites, réglementation)?



Le projet suivant peut être utile pour répondre à cette question :

1. Aider à maintenir le système de santé du Canada — Infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires. Personne-ressource : Marian Knock (directrice administrative), Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens.

Question d'évaluation 19. Les responsabilités des organismes de soins de santé primaires ont-elles été clairement définies au sein du système de santé, particulièrement en ce qui a trait à leur rôle central dans la coordination des soins aux patients?

Question d'évaluation 20. Quelle proportion des ressources humaines et financières est consacrée aux soins de santé primaires? Y a-t-il des lacunes dans les soins holistiques en raison du manque de ressources?

Projets pouvant aider à répondre à ces questions :

1. S. Simoens et J. Hurst, *The Supply of Physician Services in OECD Countries*, Documents de travail de l'OCDE sur la santé numéro 21, France, OCDE, 2006.



Annexe E

Liste des indicateurs de soins de santé primaires

Source de données potentielle¹ désigne le type de source de données pouvant être nécessaires au calcul de l'indicateur — données cliniques, administratives, autres données administratives ou d'enquêtes.

Disponibilité de la source de données² indique si l'indicateur peut être calculé avec une source de données pancanadiennes. « *Partiel* » fait référence aux indicateurs dont le calcul n'est possible que pour certains de leurs paramètres (p. ex. un indicateur sera calculé pour les médecins, mais ne s'appliquera pas à tous les types de dispensateurs de soins de santé primaires). « *Non* » désigne les indicateurs qui nécessitent une nouvelle source de données ou des ajouts ou modifications à une source de données existante pour faciliter la déclaration pancanadienne.

OBJECTIF 1 : Accroître le pourcentage de personnes recevant des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE ¹	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES ²
1	Population ayant un dispensateur régulier de soins de santé primaire	Sondage auprès des clients ou patients	Oui, partielle
2	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine	Sondage auprès des clients ou patients	Non
3	Difficultés à accéder à des renseignements ou à des conseils sur la santé en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
4	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur	Sondage auprès des clients ou patients	Non



OBJECTIF 2 : Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
5	Planification des soins de santé primaires en fonction des besoins	Sondage auprès des organismes	Non
6	Registres des clients ou des patients en soins de santé primaires atteints d'affections chroniques	Sondage auprès des organismes	Non
7	Programmes en soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques	Sondage auprès des organismes	Non
8	Participation de la collectivité à la planification des soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
9	Organismes de soins de santé primaires qui prennent des mesures pour étendre les services de soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers	Sondage auprès des organismes	Non
10	Programmes de soins de santé primaires spécialisés destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers	Sondage auprès des organismes	Non
11	Soutien en soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers	Sondage auprès des organismes	Non



OBJECTIF 3 : Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
12	Gamme des services de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
13	Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
14	Arrêt du tabagisme conseillé en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Oui, partielle
15	Conseils concernant la consommation d'alcool donnés en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
16	Conseils diététiques donnés en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
17	Conseils concernant l'activité physique donnés en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
18	Initiatives en soins de santé primaires pour réduire les risques pour la santé	Sondage auprès des organismes	Non
19	Régions sanitaires qui proposent des programmes pour réduire les risques pour la santé	Sondage auprès des organismes	Non
20	Taux de tabagisme	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
21	Taux de consommation de fruits et légumes	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
22	Taux d'obésité	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
23	Taux d'activité physique	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
24	Taux de consommation abusive d'alcool	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
25	Ressources offertes en soins de santé primaires pour l'autogestion de problèmes chroniques	Sondage auprès des clients ou patients	Non
26	Assistance offerte en soins de santé primaires pour les aidants naturels	Sondage auprès des clients ou patients	Non
27	Temps passé avec un dispensateur de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
28	Participation du client ou du patient à la planification du traitement en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non



OBJECTIF 4 : Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
29	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur les soirs et les week-ends	Sondage auprès des clients ou patients	Non
30	Soins de santé primaires offerts à la population en dehors des heures normales d'ouverture	Sondage auprès des organismes	Non
31	Nombre moyen d'heures d'ouverture en dehors des heures normales assurées par les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
32	Temps d'attente pour obtenir des soins de santé primaires pour un problème de santé urgent mais mineur	Sondage auprès des organismes/données administratives	Non
33	Satisfaction relative aux temps d'attente pour recevoir des soins de santé primaires pour un problème de santé mineur mais urgent	Sondage auprès des clients ou patients	Non
34	Satisfaction relative aux temps d'attente pour recevoir des soins de santé primaires de routine	Sondage auprès des clients ou patients	Non



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
35	Problèmes de santé pouvant nécessiter des soins ambulatoires	Clinico-administrative	Oui
36	Complications du diabète	Clinico-administrative	Non
37	Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme	Clinico-administrative	Non
38	Visites aux services d'urgence pour cause d'insuffisance cardiaque congestive	Clinico-administrative	Non
39	Contrôle de la glycémie en cas de diabète	Clinico-administrative	Non
40	Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension	Clinico-administrative	Non
41	Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus	Clinico-administrative ou sondage auprès des clients ou patients	Non
42	Vaccin antipneumococcique pour les personnes de 65 ans et plus	Clinico-administrative	Non
43	Test de dépistage des problèmes congénitaux	Clinico-administrative	Non
44	Vaccination infantile	Clinico-administrative	Non
45	Programmes d'éducation relatifs à l'allaitement naturel	Clinico-administrative	Non
46	Dépistage de la dépression chez les femmes enceintes ou ayant accouché	Clinico-administrative	Non
47	Information sur la prévention des blessures de l'enfant au domicile	Clinico-administrative	Non
48	Dépistage du cancer du côlon	Clinico-administrative	Non
49	Dépistage du cancer du sein	Clinico-administrative	Non
50	Dépistage du cancer du col de l'utérus	Clinico-administrative	Non
51	Dépistage de la baisse de la densité minérale osseuse	Clinico-administrative	Non
52	Dépistage de la dyslipidémie chez les femmes	Clinico-administrative	Non
53	Dépistage de la dyslipidémie chez les hommes	Clinico-administrative	Non
54	Mesure de la tension artérielle	Clinico-administrative	Non



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
55	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie	Clinico-administrative	Non
56	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension	Clinico-administrative	Non
57	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète	Clinico-administrative	Non
58	Dépistage de la baisse de la vue chez les adultes atteints de diabète	Clinico-administrative	Non
59	Contrôle de l'asthme	Clinico-administrative	Non
60	Traitement d'une insuffisance cardiaque congestive	Clinico-administrative	Non
61	Traitement de la dyslipidémie	Clinico-administrative	Non
62	Traitement d'un infarctus aigu du myocarde	Clinico-administrative	Non
63	Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs	Clinico-administrative	Non
64	Traitement de la dépression	Clinico-administrative	Non
65	Traitement de l'anxiété	Clinico-administrative	Non
66	Traitement de problèmes de consommation de médicaments prescrits ou de drogues illicites	Clinico-administrative	Non
67	Soutien de l'organisme de soins de santé primaires visant la réduction des incidents médicamenteux	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
68	Utilisation des alertes médicamenteuses en soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
69	Mise en œuvre de projets d'amélioration de la qualité des services cliniques de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
70	Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non



OBJECTIF 5 : Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
71	Information sur les médicaments prescrits fournie par les dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
72	Formation professionnelle pour les dispensateurs de soins de santé primaires et le personnel de soutien	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non

OBJECTIF 6 : S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
73	Satisfaction des clients ou des patients quant aux soins reçus de leur dispensateur de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Oui, partielle
74	Satisfaction des clients ou des patients relativement aux services téléphoniques d'information sur la santé	Sondage auprès des clients ou patients	Oui
75	Recommandation du dispensateur de soins de santé primaires à d'autres clients ou patients	Sondage auprès des clients ou patients	Non
76	Participation du client ou du patient à la prise de décisions cliniques en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
77	Satisfaction du client ou du patient quant aux pratiques relatives à la protection de la vie privée en soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non
78	Barrière linguistique dans les communications avec les dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients	Non



OBJECTIF 7 : Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
79	Utilisation d'outils normalisés pour la coordination des soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
80	Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé	Sondage auprès des organismes	Non
81	Collaboration intersectorielle	Sondage auprès des organismes	Non
82	Clients ou patients en soins de santé primaires ayant subi deux fois les mêmes tests médicaux	Sondage auprès des clients ou patients	Non
83	Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
84	Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en soins de santé primaires au point de service	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non

MESURE D'APPUI 1 : Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
85	Dispensateurs de soins de santé primaires équivalents à temps plein	Autre source administrative	Oui, partielle
86	Dispensateurs de soins de santé primaires entrés sur le marché du travail ou qui l'ont quitté	Autre source administrative	Oui, partielle
87	Organismes de soins de santé primaires acceptant de nouveaux clients ou patients	Sondage auprès des organismes	Non
88	Satisfaction des dispensateurs relativement à l'utilisation de leurs compétences professionnelles	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
89	Sécurité au travail dans le secteur des soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
90	Dispensateurs de soins de santé primaires ayant subi un accident sur le lieu de travail	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle
91	Dispensateurs de soins de santé primaires victimes d'épuisement professionnel	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non



MESURE D'APPUI 1 : Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
92	Satisfaction des dispensateurs de soins de santé primaires quant à leur équilibre travail-vie personnelle	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle
93	Planification en fonction des besoins en ressources humaines en soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non

MESURE D'APPUI 2 : Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
94	Accès à des organismes interdisciplinaires de soins de santé primaires	Sondage auprès des clients ou patients ou source administrative	Non
95	Médecins offrant des soins de santé primaires qui travaillent seuls	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui
96	Médecins offrant des soins de santé primaires qui travaillent avec un groupe de médecins	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui
97	MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non
98	Satisfaction du client ou du patient quant aux soins de santé primaires offerts	Sondage auprès des clients ou patients	Non
99	Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non



MESURE D'APPUI 3 : Technologie de l'information adaptée aux soins de santé primaires et assurant un lien entre les organismes de soins de santé primaires et le reste du système de santé

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
100	Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
101	Utilisation de moyens de communication électroniques par les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non
102	Utilisation de moyens de communication électroniques bidirectionnels par les organismes de soins de santé primaires	Sondage auprès des organismes	Non

MESURE D'APPUI 4 : Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
103	Coûts opérationnels moyens des services de soins de santé primaires, par habitant	Autre source administrative	Non

MESURE D'APPUI 5 : Modes de rémunération des dispensateurs qui respectent les objectifs en matière de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES
104	Mode de rémunération des dispensateurs de soins de santé primaires	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle
105	Revenu moyen des dispensateurs de soins de santé primaire en fonction du modèle de financement	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partielle





Annexe F

Références

1. Conseil canadien de la santé, *Soins de santé primaires, Document de travail joint à : Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, (Toronto, Conseil canadien de la santé, 2005).
2. J. Haggerty et C. Martin, *Evaluating Primary Health Care in Canada: The Right Questions to Ask!* (Ottawa, Santé Canada, 2005).
3. Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, *Wave 1 Quantitative Research, Final Report* (Ottawa, Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé, 2005).
4. S. Lewis, *Un millier d'idées prometteuses? Avançons les soins de santé primaires – Une synthèse des principaux thèmes et idées* (Winnipeg, Conférence nationale sur les soins de santé primaires, 2004).
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Les soins de santé au Canada 2003* (Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003).
6. J. Macinko, B. Starfield et L. Shi, *The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development Countries 1970-1998*, Health Services Research, vol. 38, n° 3 (juin 2003), p. 831.
7. B. Starfield et L. Shi, *Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective*, Health Policy, vol. 60, n° 3 (mars 2002), p. 201-218.
8. L. Shi, J. Macinko, B. Starfield, J. Wulu et coll., *The Relationship Between Primary Care, Income Inequality and Mortality in the United States 1980-1995*, Journal of the American Board of Family Practice, vol. 16, n° 5 (septembre-octobre 2003), p. 412-422.
9. I. Bogle et J. Chisholm, *Primary Care: Restoring the Jewel in the Crown*, British Medical Journal vol. 312, n° 7047 (29 juin 1996), p. 1624-1625.



10. Pan American Health Organization, *Renewing Primary Healthy Care in the Americas: A Position Paper of the Pan American Health Organization/WHO*, Washington D.C., Pan-American Health Organization, 2005.
11. D. E. Watson, A-M Broemeling, R.J. Reid et C. Black, *A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance, Measurement, Monitoring and Evaluation* (Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, 2004).
12. D. E. Watson, H. Krueger, D. Mooney et C. Black, *Planning for Renewal: Mapping Primary Health Care in British Columbia* (Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, 2005).
13. A.M. Broemeling, D. Watson, C. Black et R.J. Reid, *Measuring the Performance of Primary Health Care: Existing Capacity and Potential indicators* (Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, non publié).
14. Institut canadien d'information sur la santé, *Le Projet des indicateurs de la santé : les cinq prochaines années. Rapport de la deuxième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé de la population* (Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005).
15. Y. Engels, M. Dautzenberg, S. Campbell, B. Broge et coll., Developing a framework of, and quality indicateurs for, general practice management in Europe, *Family Practice*, vol. 22, n° 2 (18 février 2005), p. 215-222.
16. B. Starfield, L. Shi et J. Macinko, Contributions of Primary Care to Health Systems and Health, *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 3 (septembre 2005), p. 457-502.
17. L. Shi, Primary Care, Specialty Care and Life Chances, *International Journal of Health Services*, vol. 24, n° 3 (mars 1994), p. 431-458.
18. M.C. Gulliford, Availability of Primary Care Doctors and Population Health in England: Is There an Association, *Journal of Public Health Medicine*, vol. 24, n° 4 (décembre 2002), p. 252-254.
19. J.W. Saultz et J. Lochner, Interpersonal Continuity of Care and Care Outcomes: A Critical Review, *Annals of Family Medicine*, vol. 3, n° 2 (mars 2005), p. 159-166.



20. A.S. O'Malley, Current Evidence on the Impact of Continuity of Care, *Current Opinion in Pediatrics*, vol. 16, n° 6 (décembre 2004), p. 693-699.
21. M.D. Cabana et S.H. Jee, Does Continuity of Care Improve Patient Outcomes, *Journal of Family Practice*, vol. 53, n° 12 (décembre 2004), p. 974-980.
22. B. Starfield, *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology* (New York, New York, Oxford University Press, 1998).
23. J. Hanninen, Population-Based Audit of Non-Insulin-Dependent Diabetic Patients Aged Under 65 Years in Primary Health Care, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 16, n° 4 (1997), p. 227-232.
24. P. Parkerton, D.G. Smith et H.L. Straley, Primary Care Practice Coordination versus Physician Continuity, *Family Medicine*, vol. 36, n° 1 (janvier 2004), p. 15-21.
25. D.G. Safran, D.A. Taira, W.H. Rogers et M. Kosinski, Linking Primary Care Performance to Outcomes of Care, *Journal of Family Practice*, vol. 47, n° 3 (septembre 1998), p. 213-220.
26. S.A. Flocke, W.L. Miller et B.F. Crabtree, Relationships Between Physician Practice Style, Patient Satisfaction and Attributes of Primary Care, *Journal of Family Practice*, vol. 51, n° 10 (octobre 2002), p. 835-840.
27. Statistique Canada, *Enquête sur la santé des collectivités canadiennes, 2003*, (en ligne). Consulté le 11 novembre 2005. Internet : < http://www.statcan.ca/english/freepub/82-221-XIE/2005002/tables/pdf/4277_03.pdf > .
28. C. Shoen, R. Osborn, P.T. Huynh, M. Doty et coll., Primary Care and Health System Performance: Adult's Experiences in Five Countries, *Health Affairs*, Suppl. Web Exclusives: W4 (28 octobre 2004), p. 487-503, (en ligne). Consulté le 21 novembre 2005. Internet : < <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w4,487v1> > .
29. Institut canadien d'information sur la santé, *Les médecins de famille qui acceptent de nouveaux patients : Comparaison entre les résultats du sondage Janus de 2001 et de l'Enquête nationale auprès des médecins de 2004, Analyse en bref*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.



30. Institut canadien d'information sur la santé, *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2004*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
31. F. Mullan et L. Epstein, Community Oriented Primary Care: New Relevance in a Changing World, *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 11 (novembre 2002), p. 1748-1755.
32. M. Susser, Pioneering Community Oriented Primary Care, *Bulletin of World Health Organization*, vol. 77, n° 5 (mai 1999), p. 436-438.
33. J. Goffin et R. Goffin, Community-Oriented Primary Care and Primary Health Care, *American Journal of Public Health*, vol. 95, n° 5 (mai 2005), p. 757.
34. S. Taplin, M.S. Galvin, T. Payne, D. Coole et coll., Putting Population-Based Care into Practice: Real Option of Rhetoric, *Journal of the American Board of Family Practice*, vol. 11, n° 2 (mars 1998), p. 116-126.
35. A.H. Stelnick, Community-Oriented Primary Care: The State of an Art, *Archives of Family Medicine*, vol. 8, n° 6 (novembre 1999), p. 550-552.
36. J. Church, Citizen Participation in Health Decision-Making: Past Experience and Future Prospects, *Journal of Public Health Policy*, vol. 22, n° 1 (janvier 2002).
37. L. Epstein, J. Gofin, R. Gofin et Y. Neumark, The Jerusalem Experience: Three Decades of Service, Research and Training in Community Oriented Primary Care, *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 11 (novembre 2002), p. 1717-1721.
38. S. Gillam et A. Schamorothe, The Community Oriented Experience in the United Kingdom, *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 11 (novembre 2002), p. 1721-1725.
39. S. Gillam et R. Miller, *A Public Health Experiment in Primary Care* (Londres, Angleterre, Kings Fund, 1994).
40. J.T. Hart, C. Thomas, B. Gibbons, C. Edwards et coll., Twenty five years of case finding and audit in a socially deprived community, *British Medical Journal*, vol. 302, n° 6791 (juin 1991), p. 1509-1513.



41. P.J. O'Connor, E.H. Wagner et D.S. Strogatz, Hypertension control in a rural community: An Assessment of community-oriented primary care, *Journal of Family Practice*, vol. 30, n° 4 (avril 1990), p. 420-424.
42. J. Haggerty, F. Burge, D. Gass, R. Pineault et coll., *Operational Definitions of Attributes of Primary Health Care: A Delphi Consultation of Primary Care Experts* (non publié), 2004.
43. J.M. Gill, The Structure of Primary Care: Framing a Big Picture, *Family Medicine*, vol. 36, n° 1 (janvier 2004), p. 65-68.
44. K. C. Stange, The Paradox of the Parts and the Whole in Understanding and Improving General Practice, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 14, n° 4 (avril 2002), p. 267-268.
45. L.R. Harrold, T.S. Field et J.H. Gurwitz, Knowledge, Patterns of Care and Outcomes of Care for Generalists and Specialists, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 14, n° 3 (1999), p. 499-511.
46. C.M. Boyd, J. Darer, C. Boult, L.P. Fried, et coll., Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Co-morbid Diseases: implications for Pay for Performance, *Journal of American Medical Association*, vol. 294, n° 6 (10 août 2005), p. 716-724.
47. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, Guidé par nos valeurs : *L'avenir des soins de santé au Canada*, (rapport Romanow), Ottawa, Santé Canada, 2002.
48. Le comité sénatorial permanent des Affaires sociales, de la science et de la technologie, *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral. Rapport final. Volume six : Recommandations en vue d'une réforme*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
49. R.W. Elford, H.L. MacMillan et C.N. Wathen, *Counseling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners*, CTFPHC Technical Report #01-7, (London, Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs, 2001).
50. D.K. McCulloch, M.J. Price, M. Hindmarsh et E.H. Wagner, A Population-Based Approach to Diabetes Management in a Primary Care Setting: Early Results and Lessons Learned, *Effective Clinical Practice*, vol. 1, n° 1 (août-septembre 1998), p. 12-22.



51. S.R. Weingarten, J. M. Henning, E. Badamgarav, K. Knight et coll., Interventions Used in Disease Management Programmes for Patients with Chronic Illness: Which Ones Work? Meta-Analysis of Published Reports, *British Medical Journal*, vol. 325 (octobre 2002), p. 325-335.
52. A.A.R. Rothman et E.H. Wagner, Chronic Illness Management: What is the Role of Primary Care? *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, n° 2 (4 février 2003), p. 256-262.
53. M.M. Love, A.G. Mainous 3rd, J.C. Talbert et G.L Hager, Continuity of Care and the Physician-Patient Relationship, *The Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 11 (novembre 2000), p. 22-27.
54. Conseil régional de santé de Toronto, *Issues for Planning Primary Care in Toronto: Phase 1 Report*, (Toronto, Conseil régional de santé de Toronto, 1998).
55. B.T. Chan, The Declining Comprehensiveness of Primary Care, *Canadian Medical Association Journal*, vol. 166, n° 4 (19 février 2002), p. 429-434.
56. J. Tepper, *L'évolution du rôle des médecins de famille au Canada, 1992-2001*, (Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2004).
57. Santé Canada, Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé: *Un plan décennal pour consolider les soins de santé; dernière mise à jour de ce document : 15 juin 2005*. Consulté le 17 septembre 2005. Internet : < http://hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index_f.html > .
58. Statistique Canada, *Accès aux services de soins de santé au Canada, 2001*, Ottawa, Statistique Canada, 2001.
59. J. Haggerty, R. Pineault, M-D. Beaulieu, Y. Brunelle et coll., *Accessibility and Continuity of Primary Care in Quebec*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2004.
60. C. Salisbury et J. Munro, Walk-In Centres in Primary Care: A Review of the International Literature, *British Journal of General Practice*, vol. 53, n° 1 (janvier 2002), p. 53-59.



61. R. Leibowitz, S. Day et D. Dunt, *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*, vol. 20, n° 3 (juin 2003), p. 311-317.
62. F. Bunn, G. Byrne et S. Kendall, *Telephone Consultation and Triage: Effects on Health Care Use and Patient Satisfaction*, *The Cochrane Database of Systemic Reviews*, vol. 3 (2004).
63. H. Rubin, P. Pronovost et G.G. Diette, *The Advantages and Disadvantages of Process-Based Measures of Health Care Quality*, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 13, n° 6 (décembre 2001), p. 469-474.
64. L.C. Walter, N. P. Davidowitz, P. A. Heineken et K. E. Covinsky, *Pitfalls of Converting Practice Guidelines into Quality Measures*, *Journal of American Medical Association*, vol. 291, n° 20 (26 mai 2005), p. 2466-2470.
65. R. Grol, *Between Evidence-based practice and total quality management: the implementation of cost-effective care*, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 12, n° 4 (août 2000), p. 297-304.
66. A. Giuffrida, H. Gravelle et M. Roland, *Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes*, *British Medical Journal*, vol. 319 (10 juillet 1999), p. 94-98.
67. E. M. Sluijs et C. Wagner, *Progress in the implementation of Quality Management in Dutch health care: 1995-2000*, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, n° 3 (mai 2003), p. 223-34.
68. M. L. Pearson, S. Wu, J. Schaefer, A. E. Bonomi et coll., *Assessing the Implementation of the Chronic Care Model in Quality Improvement Collaboratives*, *Health Services Research*, vol. 40, n° 4 (août 2005), p. 978-96.
69. M.A. Stewart, J.B. Brown, A. Donner, I.R. McWhinney et coll., *The Impact Of Patient-Centered Care On Patient Outcomes*, *Journal of Family Practice*, vol. 49, n° 9 (septembre 2000), p. 796-804.
70. N. Mead et P. Bower, *Patient-Centred Consultations and Outcomes in Primary Care: A Review of the Literature*, *Patient Education and Counselling*, vol. 48, n° 1 (septembre 2002), p. 51-61.



71. G. W. Saba, S. T. Wong, D. Schillinger, A. Fernandez et coll., Shared Decision Making and the Experience of Partnership in Primary Care, *Annals of Family Medicine*, vol. 4, n° 1 (janvier-février 2006), p. 54-62.
72. N.L. Keating et J.Z. Ayanian, Challenges and Opportunities for Primary Care Evaluation, *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, n° 5 (octobre 2003), p. 371-333.
73. P. Little, H. Everitt, I. Williamson, G. Warner et coll., Observational Study of Effect of Patient Centredness and Positive Approach on Outcomes of General Practice Consultation, *British Medical Journal*, vol. 323, n° 7318 (20 octobre 2003), p. 908-911.
74. S. Michie, J. Miles et J. Weinman, Patient-Centredness in Chronic Illness: What is it and Does it Matter? *Patient Education and Counseling*, vol. 51, n° 3 (novembre 2003), p. 197-206.
75. W. Levinson, A. Kao, A. Kuby et R.A. Thisted, *Not All Patients Want to Participate in Decision Making, A National Study of Public Preferences*, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 20, n° 6 (juin 2005), p. 531-535.
76. M. Stewart, *Towards a Global Definition of Patient Centred Care*, *British Medical Journal*, vol. 322, n° 7318 (24 février 2001), p. 444-445.
77. Institute of Medicine, *Defining Primary Care: An Interim Report*, éd. M. Donaldson, K. Yordy et N. Vanselow, Washington, D.C., National Academy Press, 1994.
78. D. Meltzer, Hospitalists and the Doctor-Patient Relationship, *Journal of Legal Studies*, vol. 30, n° 3 (juin 2001), p. 589-606.
79. Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, *Principes et cadre pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires*, Ottawa, Conference Board du Canada, 2005.
80. R. Deber et A. Baumann, *Facteurs qui favorisent et entravent l'amélioration de la collaboration dans les soins de santé primaires*, Ottawa, Conference Board du Canada, 2005.



81. C.J. Stille, *Coordinating Care Across Diseases, Settings and Clinicians: A Key Role for the Generalist in Practice*, *Annals of Internal Medicine*, vol. 142, n° 8 (19 avril 2005), p. 700-709.
82. Messeri P. et S. Kim, *Measuring Service Integration Strategies for 34 HIV Service Demonstration Projects*, The Center for Applied Public Health, Mailman School of Public Health, Columbia University, Rockville (Maryland), Bureau VIH/SIDA, 2003.
83. T. Bodenheimer, E.H. Wagner et K. Grumbach, *Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness: The Chronic Care Model, Part 2*, *Journal of American Medical Association*, vol. 288, n° 15 (16 octobre 2002), p. 1909-14.
84. C.M. Renders, G.D. Valk, S. Griffin, E.H. Wagner et coll., *Interventions to Improve the Management of Diabetes Mellitus in Primary Care, Outpatient and Community Settings*, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1, John Wiley and Sons, 2006.
85. W. Katon, M. Von Korff, E. Lin, E. Walker et coll., *Collaborative Management to Achieve Treatment Guidelines: Impact on Depression in Primary Care*, *Journal of American Medical Association*, vol. 273, n° 13 (5 avril 1995), p. 1026-1031.
86. U. J. Unützer, W. Katon, C. M. Callahan, J. W. Williams et coll., *Collaborative Care Management of Late Life Depression in the Primary Care Setting, A Randomized Controlled Trial*, *Journal of American Medical Association*, vol. 288, n° 22 (11 décembre 2002), p. 36-45.
87. J.S. Palfrey, L.A. Sofis, E.J. Davidson, J. Liu et coll., *The Pediatric Alliance for Coordinated Care : Evaluation of Medical Home Model*, *Pediatrics*, vol. 113, n° 5 (mai 2004), p. 1507-1516.
88. R. Reid, J. Haggerty et R. McKendry, *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2002.
89. Institut canadien d'information sur la santé, *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population, Rapport final*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 1999.



90. R. Pong et J.R. Pitblado, *Répartition géographique des médecins au Canada : au-delà du nombre et du lieu*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
91. T.J.K. Drinka et P.G. Clark, *Health Care Teamwork: Interdisciplinary Practice and Teaching*. Westport, Connecticut, Auburn House Paperback, 2000.
92. Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Working together: A Joint CNA/CMA Collaborative Practice Project*, Ottawa, Association médicale canadienne et Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1996.
93. B. Burk, *Electronic Health Records...A Prescription for Relief*, Healthcare Information Management & Communications, vol. XVIII, n° 3 (octobre 2004), p. 30-31.
94. Inforoute Santé du Canada, *Stratégie d'acceptation par les utilisateurs finaux – Évaluation de la situation actuelle*. Toronto, Inforoute Santé du Canada, 2005, (en ligne). Consulté le 27 février 2006. Internet : http://www.infoway-inforoute.ca/Admin/Upload/Dev/Document/EndUserAcceptance_CSAv10_2005MAY05.pdf > .
95. A. Giuffrida, T. Gosden, F. Forland, I.S. Kristiansen et coll., *Target Payments in Primary Care: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes*, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005.
96. T. Gosden, F. Forland, I.S. Kristiansen, M. Sutton et coll., *Capitation, Salary, Fee-For-Service and Mixed Systems of Payment: Effects on the Behaviour of Primary Care Physicians*, The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2005.
97. I. Pulcins, *Health indicateurs: Just the Basics, PresentatPion at 1st Consensus Conference PHC indicateur Development Project*, Toronto, Ontario (18 mai 2005), Toronto, Institut canadien d'information sur la santé, 2005.
98. J. Haggerty et F. Crossling, *Inventory of Research and Evaluation Projects on Primary Healthcare Renewal*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2005.



