

2011

Sous la direction scientifique de

LUC GODBOUT – MARCELIN JOANIS –
NATHALIE DE MARCELLIS-WARIN

Le Québec économique

Un **bilan de santé** du Québec



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

<http://lequebececonomique.cirano.qc.ca>



Presses de
l'Université Laval

Chapitre 11

POINT DE VUE

RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Qui se joint aux groupes de médecine de famille au Québec¹ ?

Natalie Coyle

Candidate à la maîtrise à l'Université McGill

Erin Strumpf

Professeure adjointe à l'Université McGill et chercheure au CIRANO

Le présent chapitre porte sur les conclusions du mémoire à paraître de N. Coyle, qui sera disponible en ligne dans la bibliothèque des thèses électroniques de l'Université McGill (<http://digitool.library.mcgill.ca/R>).

Introduction

Compte tenu des multiples défis auxquels les systèmes de santé ont dû faire face au cours des dernières années, de nombreux pays se sont concentrés sur les soins de santé primaires (aussi appelés soins de première ligne) dans le but d'améliorer la santé de la population et de maîtriser les coûts. Confrontés au fardeau toujours plus lourd que représentent les maladies chroniques, plusieurs systèmes de santé misent sur les soins de santé primaires pour intégrer des approches populationnelles en santé et en prévention et pour coordonner la prestation des services de santé.

Le rapport Romanow (2002)² décrit les soins de santé primaires comme étant :

- des services qui combinent des services médicaux complets, des services infirmiers et d'autres services de santé de qualité supérieure avec des programmes de prévention de la maladie et d'éducation sanitaire ;
- des services qui ont pour cibles non seulement les individus mais aussi les collectivités où ils vivent (incluant par exemple des programmes de santé publique ou de promotion de la santé) ;
- des services structurés de manière à tenir compte des besoins et des caractéristiques de la population desservie, soit un groupe de personnes vivant dans un lieu défini (approche géographique), soit des personnes appartenant à un groupe social ou culturel (approche axée sur la population) ;
- des services où les professionnels de la santé travaillent au sein d'organisations ou de réseaux qui misent sur le travail d'équipe et la collaboration interdisciplinaire ;
- des services accessibles tous les jours, à toute heure ;
- des services où la prise de décision est décentralisée, autrement dit confiée aux organisations de base de la communauté, pour qu'ils soient adaptés aux besoins et aux caractéristiques de la population desservie et que les collectivités se mobilisent autour d'objectifs en santé qui ont des répercussions directes à leur échelle.

Dans l'ensemble, l'idée qu'un système de santé devrait être centré autour des soins de santé primaires a gagné du terrain. On a ainsi pu voir, au cours de la dernière décennie, la mise en place de nombreuses réformes des politiques publiques qui ciblent la gouvernance, le financement et la prestation des soins de santé primaires (Hutchison, Lévesque, Strumpf et Coyle, 2011).

Malgré le vaste consensus sur les principes de cette vision des soins de santé primaires, de nombreuses questions demeurent quant à la meilleure façon d'offrir des soins de santé primaires d'une grande qualité. Les systèmes de prestation classiques ne donnent pas les résultats escomptés, et de nombreux Canadiens atteints de maladies chroniques ont de la difficulté à obtenir un accès aux soins rapide ou après les heures d'ouverture. Ils s'adressent également aux urgences des hôpitaux, en nombre plus élevé

par rapport à d'autres pays de l'OCDE (Schoen, Osborn, How, Doty et Peugh, 2009). De plus, la performance du Québec sur un certain nombre d'indicateurs, y compris l'opinion des médecins sur la performance du système de santé, sur l'accessibilité des services et sur le taux d'utilisation des dossiers électroniques, est particulièrement décevante comparativement à celle d'autres pays et provinces canadiennes (Commissaire à la santé et au bien-être, 2010). En réaction, des réformes des soins de santé primaires connues sous les expressions « systèmes de prestation intégrés » (*integrated delivery systems*) et « modèles de soins primaires évolués » (*advanced primary care models*) ont été mises de l'avant au Canada (Kirby, 2002; Romanow, 2002; Hutchison *et al.*, 2011) et ailleurs (Grol, 2006; NHS, 2011). Ces modèles plus récents englobent souvent un ou plusieurs des éléments suivants : accès amélioré aux services grâce à des heures d'ouverture prolongées ou à des services de télésanté; équipes de professionnels de la santé (y compris des infirmières, des travailleurs sociaux et des nutritionnistes); inscription des patients auprès d'un médecin ou d'une clinique; contrôle de l'accès ou référence aux spécialistes par un omnipraticien; implantation des dossiers médicaux électroniques; et méthodes de rémunération des médecins qui impliquent un mélange de capitation, de versement d'honoraires, de rémunération à l'acte et de rémunération en fonction du rendement. Les groupes de médecine de famille (GMF) au Québec et les équipes Santé familiale en Ontario sont des exemples de mise en œuvre de ces principes dans le contexte canadien.

Même si l'idée que des réformes du système de soins de santé primaires et une meilleure qualité de prestation des services de santé puissent accroître l'efficacité en améliorant l'état de santé de la population, et peut-être même en réduisant les coûts, semble aller de soi, il existe peu de preuves solides à cet effet. Il existe des études qui se sont concentrées sur la relation entre l'offre ou les caractéristiques des soins de santé primaires et leur incidence sur la santé, avec des inférences réalisées sur le plan écologique (Starfield, Shi et Macinko, 2005; McCusker *et al.*, 2009). D'autres études décrivent les corrélations entre les types d'organisations de soins de santé primaires ainsi que l'accès aux services et la satisfaction des patients à leur égard (Pineault, Provost, Hamel, Couture et Lévesque, 2011). Bien que ces études fournissent la preuve qu'il existe des facteurs associés à de meilleurs résultats en soins de santé primaires, elles ne parviennent tout de même pas à déterminer l'impact des réformes des soins de santé primaires ni à établir de relations causales. La participation volontaire des patients et

des médecins dans tous les modèles issus de réformes au Canada signifie que les chercheurs doivent tenir compte du biais de sélection pour pouvoir mesurer l'impact des réformes avec précision et le comprendre.

Le présent chapitre examine les caractéristiques des patients et des médecins qui choisissent de se joindre aux groupes de médecine de famille au Québec. Il comprend quatre sections. La première présente un bref portrait de la réforme des soins de santé primaires au Canada en mettant l'accent sur les GMF, et propose un résumé de la littérature qui porte sur l'évaluation des GMF. La deuxième décrit les données et la méthodologie employées dans le cadre de cette analyse. La troisième est un survol de nos principaux constats, montrant dans quelle mesure ils sont liés à la recherche et aux politiques actuelles sur les soins de santé primaires. Enfin, la quatrième section présente la conclusion.

La réforme des soins de santé primaires au Québec : les groupes de médecine de famille

Au Québec, le système de soins de santé primaires a longtemps reposé sur les centres locaux de services communautaires (CLSC), créés au début des années 1970 dans le but d'offrir des soins de santé primaires et des services sociaux à une population circonscrite par région au sein d'un organisme interdisciplinaire régi par la communauté. En 2002, le Québec a mis sur pied les groupes de médecine de famille en tant que principal modèle de travail d'équipe innovateur. Un GMF est composé d'un groupe de médecins et d'infirmières qui offrent leurs services à une liste de clients inscrits. Un groupe est constitué en moyenne de dix médecins, de deux infirmières et de deux employés de soutien administratif, et procure des services à environ 15 000 patients. En avril 2011, il y avait 223 groupes de médecine de famille dans toute la province, desservant 25 % de l'ensemble de la population (Breton, Lévesque, Pineault et Hogg, 2011). Des fonds additionnels sont mis à la disposition de ces groupes pour payer les coûts d'exploitation, dont l'embauche de personnel de soutien administratif, la location de bureaux supplémentaires, l'organisation d'activités éducatives, l'assurance d'un accès téléphonique 24 heures par jour, sept jours sur sept pour les patients, ainsi que des droits annuels de 7 \$ par patient inscrit (RAMQ, 2003 ; Breton

et al., 2011). Cependant, en sus de ces légers incitatifs financiers, les médecins des GMF sont rémunérés à l'acte de la même façon que les médecins de première ligne qui exercent dans un environnement classique. C'est là une des importantes différences entre les groupes de médecine de famille du Québec et les modèles similaires qui existent ailleurs au Canada et dans d'autres pays de l'OCDE. La participation aux GMF est sur une base volontaire tant pour les médecins que pour les patients. Actuellement, 3177 médecins pratiquent dans le cadre d'un GMF, ce qui représente 37 % des effectifs des médecins de famille de la province (Hutchison *et al.*, 2011).

La recherche sur les soins de santé primaires au Québec a porté essentiellement sur les facteurs organisationnels et leurs effets sur la satisfaction des médecins ainsi que sur les perspectives du patient en termes d'accessibilité, de continuité et de coordination des soins (Haggerty *et al.*, 2007 ; Haggerty *et al.*, 2008 ; Tourigny *et al.*, 2010). Par exemple, Geneau, Lehoux, Pineault et Lamarche (2007) ont découvert que les médecins en CLSC éprouvaient plus de satisfaction au travail en raison des consultations plus longues, des cas plus graves et plus ardues qui leur sont soumis, et des interactions, officielles ou non, avec des professionnels du réseau de la santé autres que des médecins en pratique privée. Les évaluations de l'efficacité des GMF sont limitées en raison de l'implantation récente du modèle. Beaulieu *et al.* (2006) ont découvert des améliorations de l'accessibilité aux soins pendant et après les heures d'ouverture normales, de l'exhaustivité des soins, de la coordination patient-infirmière et de la connaissance des patients, mais leur recherche portait sur une étude de cas de cinq pratiques en GMF aux premiers stades de l'existence de ces groupes : il est peu probable que ces résultats soient représentatifs de la pratique en GMF en général. D'autres résultats positifs indiquent que la prestation des soins préventifs est plus importante dans les GMF que dans les environnements classiques de soins primaires (Provost *et al.*, 2010). Une importante étape vers l'évaluation des relations causales dans le cadre de la recherche sur les soins de santé primaires consiste à évaluer quels types de patients et de médecins se joignent aux équipes de travail interdisciplinaires. La question du biais de sélection est importante non seulement sur le plan méthodologique, mais aussi dans la perspective de son incidence sur les politiques. Le fait de comprendre qui sont les personnes attirées par les nouveaux modèles peut avoir une influence sur la nature des réformes à venir, et contribuer à élucider ce qui pourrait se produire si l'on décidait d'étendre le modèle des groupes de médecine de famille à l'ensemble du Québec.

Réformes des soins de santé primaires au Canada

L'enthousiasme envers la réforme des soins de santé primaires a commencé à se faire sentir au Canada vers le début des années 2000, lorsque le gouvernement fédéral a versé des fonds aux provinces pour que soient mis au point des systèmes novateurs de prestation des soins de santé primaires (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001). Ce n'est toutefois que récemment que la transformation s'est intensifiée partout au pays, et plus particulièrement en Ontario, au Québec, en Alberta et en Colombie-Britannique, provinces qui se sont généralement montrées plus proactives (Hutchison, 2008; Hutchison *et al.*, 2011).

Le premier modèle interdisciplinaire depuis les centres de santé communautaire de 1979 a mené, en Ontario, aux équipes Santé familiale constituées en 2004; ces dernières intègrent à la fois un accès amélioré, des équipes interdisciplinaires, des heures d'ouverture prolongées, des soins centrés sur le patient, la promotion de la santé, la gestion des maladies chroniques, les technologies de l'information et les relations avec la collectivité (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2011). Contrairement au fonctionnement des groupes de médecine de famille du Québec, les médecins y sont rémunérés selon un modèle mixte qui comprend des éléments de rémunération à l'acte, de capitation, de salaire et des primes au rendement. D'après certains, il s'agirait là du modèle le plus prometteur au Canada, qui pourrait servir de schéma d'organisation à d'autres modèles de « maisons médicales » (*medical homes*) centrées sur le patient au Canada et aux États-Unis (Glazier et Redelmeier, 2010; Breton *et al.*, 2011). Le nombre total de médecins de famille qui pratiquent au sein d'équipes Santé familiale et de centres de santé communautaires en Ontario a augmenté et est passé de 176 en 2002 à plus de 2 500 en 2011 (21 % des effectifs en médecine de famille). Au total, deux tiers des médecins de famille travaillent selon un de ces modèles ou un autre modèle où les patients sont inscrits (inscription des patients et rémunération mixte) (Hutchison *et al.*, 2011).

Le modèle des équipes de soins primaires interdisciplinaires de l'Ontario a fait l'objet de plusieurs études dont l'une d'elles, une étude d'importance, comparait plusieurs modèles ontariens entre eux. Celle-ci a permis de découvrir que le taux de promotion de la santé, de gestion des maladies chroniques et d'orientation communautaire était largement meilleur dans les centres de santé communautaire qu'au sein des organisations d'un autre

type (Hogg *et al.*, 2009; Russell *et al.*, 2009; Muldoon *et al.*, 2010). Dans une autre étude, les auteurs ont cherché à savoir si le type de rémunération des médecins avait une incidence sur le recours des patients aux urgences. Ils ont découvert que dans les pratiques où les membres sont rémunérés par capitation, les patients consultaient les urgences des hôpitaux en plus grand nombre (Glazier, Klein-Geltink, Kopp et Sibley, 2009). Dans une troisième étude, les auteurs ont découvert que les médecins des groupes de santé familiale (rémunération à l'acte bonifiée) étaient plus productifs que les médecins en pratique classique, comme le démontre le plus grand nombre de services fournis et de patients vus en consultation, la diminution du nombre de patients dirigés vers des spécialistes et le traitement de patients aux besoins plus complexes (Kantarevic, Kralj et Weinkauf, 2011).

Comprendre qui sont les patients qui s'inscrivent aux groupes de médecine de famille au Québec

Notre étude fait appel à des données administratives qui proviennent de l'information sur la facturation de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), qui comprend tous les services rémunérés à l'acte dispensés aux patients couverts par la RAMQ³. L'équipe Santé des populations et services de santé de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal a compilé et validé ces données. La population de patients qui nous intéresse comprend toutes les personnes vulnérables de la province telles qu'elles sont définies et inscrites à la RAMQ⁴. Ces patients seraient ceux qui utilisent la majorité des services de soins de santé et qui bénéficient probablement le plus des interventions en soins de santé primaires.

Nous avons comparé tous les patients vulnérables inscrits à un GMF entre le 1^{er} novembre 2002 et le 31 janvier 2005 à tous les autres patients vulnérables non inscrits à un GMF durant la même période. Nous avons recueilli les données des deux années précédant l'inscription des patients en tant que « patients vulnérables », données décrivant leurs caractéristiques et leur utilisation des soins de santé avant d'avoir fait l'expérience d'un GMF. Les variables concernant les patients incluaient leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe, emplacement géographique, statut socio-économique), leur maladie chronique et leur utilisation des services de santé. Les médecins qui ont inscrit leurs patients vulnérables pratiquent soit au sein d'un GMF – ce sont alors des médecins en GMF –, soit à l'extérieur d'un GMF – ce sont alors des médecins hors GMF. Nous avons recueilli les données au cours des deux années qui ont précédé l'inscription de leur premier patient vulnérable, qui encore ici précède toute expérience au sein d'un GMF. Les variables concernant les médecins comprenaient leurs caractéristiques démographiques (nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme, sexe, emplacement géographique), leurs habitudes de pratique (nombre de patients vus en consultation dans divers contextes ou emplacements de soins), et le profil des patients (âge moyen, niveau moyen d'utilisation des ressources). Nous avons utilisé une modélisation par régression multivariée pour tenter de prédire quelles personnes se joindraient à un GMF, tant du point de vue du patient que de celui du médecin⁵.

Constatations importantes et incidences sur les politiques

Après avoir été contrôlées pour tenir compte des caractéristiques démographiques des médecins, de leurs habitudes de pratique et des caractéristiques des patients inscrits, les données révèlent qu'il était plus probable que les médecins qui comptaient moins d'années de pratique, qui résidaient à l'extérieur des régions urbaines universitaires et qui pratiquaient au sein d'un centre hospitalier de soins aigus (centres hospitaliers de soins de *courte durée* [CHSCD]) se joignent à un GMF. D'autre part, le fait de compter parmi sa clientèle des patients ayant une morbidité plus élevée diminuait la probabilité qu'un médecin participe à un GMF. Dans le modèle sur les patients où étaient contrôlées les caractéristiques démographiques ainsi que les caractéristiques de santé et d'utilisation des services, le fait

d'être un homme, d'habiter à l'extérieur d'une région urbaine universitaire, d'occuper une position socio-économique peu élevée, de consulter les urgences peu importe le motif, de consulter les urgences pour un trouble pour lequel le suivi ambulatoire serait à privilégier ainsi que l'hospitalisation pour un motif quelconque, augmentaient la probabilité que le patient se joigne à un GMF. Les facteurs qui réduisaient la probabilité qu'un patient se joigne à un GMF incluaient la présence d'hypertension, la consultation d'une clinique ambulatoire et le fait de pouvoir compter sur un fournisseur de soins habituel.

En général, il semble que les patients et les médecins choisissent eux-mêmes de participer au nouveau modèle de soins primaires d'une manière qui n'est pas aléatoire. L'effet de l'emplacement géographique sur la probabilité qu'un patient joigne un GMF est particulièrement fort. Puisque l'échantillon de données était principalement composé des premiers groupes de participants aux GMF, il est possible qu'il y ait tout simplement eu plus de groupes de médecine de famille auxquels les participants auraient pu se joindre à l'extérieur des régions urbaines. Il se peut aussi que les incitatifs structurels, financiers ou sociaux créés en vue de susciter la participation aux GMF aient un effet différent sur les médecins selon la région ou que les médecins travaillant à l'extérieur des grands centres urbains et des centres hospitaliers universitaires aient d'autres préférences quant à la pratique de groupe. Dans une étude ontarienne fondée sur les données administratives, les auteurs ont découvert des résultats différents selon les régions en comparant les médecins qui participaient à des modèles différents (Glazier *et al.*, 2009). Toutefois, d'autres études reposant sur un sondage n'ont pas permis de déceler d'effet géographique (Tu, Cauch-Dudek et Chen, 2009; Hogg *et al.*, 2009).

Nous avons également observé un autre lien important : il est plus probable que les médecins qui ont une pratique plus variée, particulièrement lorsqu'ils travaillent à la fois en salle d'urgence, dans un CHSCD et dans un CLSC, se joignent à un GMF. Ce point pourrait être révélateur de plusieurs processus différents et suggérer que les médecins qui participent aux GMF ont d'autres préférences, d'autres styles de pratique et une expérience clinique différente de ceux des médecins qui ne s'y joignent pas. Par exemple, les médecins qui sont très engagés au sein du système médical et de la collectivité ont plus probablement entendu parler des avantages de travailler au sein d'un GMF, ou encore les médecins qui font déjà partie d'une équipe

multidisciplinaire apprécie peut-être davantage l'engagement constant et la possibilité de relever des défis autrement. Des études ontariennes similaires ont démontré que les médecins qui travaillent dans ces nouveaux cadres de pratique affichent un pourcentage plus élevé de consultations auprès de patients hospitalisés et plus de consultations en salle d'urgence (Glazier *et al.*, 2009), et que ces médecins jouissaient plus souvent de droits hospitaliers (Tu *et al.*, 2009) que les médecins rémunérés à l'acte de façon classique.

Enfin, nous avons obtenu un résultat surprenant selon lequel il est moins probable que les patients qui ont un fournisseur de soins habituel (FSH) adhèrent à un GMF. L'indice FSH est une mesure de la concentration des soins et il a été démontré qu'il reflète la continuité, un indicateur de grande qualité des soins (Steinwachs, 1979). Ce résultat pourrait être révélateur du fait qu'un patient qui a un fournisseur de soins habituel établit des liens avec son médecin et pourrait refuser de se joindre à une équipe multidisciplinaire où il lui faudrait voir d'autres médecins ou des infirmières. Cela est particulièrement probable étant donné qu'il s'agit d'une population vulnérable composée de grands consommateurs de services de santé. Qui plus est, si le fournisseur de soins habituel du patient décide de ne pas participer à un GMF, il est peu probable que le patient accepte de se séparer de son médecin habituel pour participer à un GMF dans lequel tous les médecins lui sont inconnus. En outre, dans une étude reposant sur un sondage fait en Ontario, les auteurs ont découvert que les patients des centres de santé communautaire voyaient leur propre médecin moins souvent que ceux des cabinets où les médecins sont rémunérés à l'acte (Hogg *et al.*, 2009).

Conclusion

Les responsables des orientations politiques qui cherchent à comprendre l'incidence des groupes de médecine de famille sur la santé de la population et sur les coûts des soins de santé devraient tenir compte des types de patients et de médecins qui choisissent de leur propre chef de participer à ces groupes. Du côté des médecins, il conviendrait d'accorder une attention particulière à l'âge et à l'expérience du clinicien, à son emplacement géographique et à son expérience dans d'autres cadres de travail. Si l'objectif consiste à maximiser la participation aux GMF, nos résultats indiquent deux orientations possibles : cibler les jeunes médecins, les médecins ayant une expérience plus variée et ceux exerçant dans les régions rurales afin d'augmenter plus rapidement le nombre de médecins participants, ou concentrer les efforts sur les médecins plus âgés des régions urbaines afin de comprendre pourquoi les GMF ne les attirent pas. Du côté des patients, il conviendrait de porter une attention particulière à leur emplacement géographique et au fait qu'ils ont ou non un fournisseur de soins habituels. Pour ce qui est du manque d'intérêt des patients qui ont déjà un fournisseur de soins habituel, il faudra peut-être envisager des stratégies de communication visant les patients et leur médecin pour mettre en valeur les caractéristiques les plus attirantes de la pratique en GMF.

La réorganisation des soins de santé primaires est sur le point d'atteindre un seuil critique au Canada et ailleurs. Il deviendra de plus en plus important d'évaluer l'efficacité des divers modèles dans différents contextes à l'aide de méthodes de recherche qui tiennent compte de la répartition non aléatoire du traitement et du biais de sélection lorsque la participation est volontaire. Des études par observation qui ne tiendraient pas compte de telles caractéristiques pourraient aboutir à des conclusions erronées et entraîner des décisions fondées sur des preuves fragiles. Au moment où les décideurs cherchent à concevoir un système efficace de soins de santé primaires, il faudrait accorder une attention continue aux questions de cet ordre.



Notes

1. La présente recherche a bénéficié du financement des Instituts de recherche en santé du Canada et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les auteures souhaitent remercier Julie Fiset-Laniel, Jay Kaufman, Eric Latimer, Yves Roy, Pierre Tousignant, l'Équipe Santé des populations et services de santé de la Direction de santé publique de Montréal et l'Institut national de santé publique du Québec pour leur apport à ce travail.
2. De même, aux États-Unis, l'Institute of Medicine (IOM) considère que les principes de base des soins de santé primaires sont l'accessibilité, l'exhaustivité, la coordination et la continuité, assurées par des fournisseurs fiables et responsables (IOM, 1978).
3. Les services en CLSC ou en unité de médecine familiale (UMF) n'en font pas partie étant donné que les médecins qui y travaillent sont rémunérés à salaire. Les services non remboursés par la RAMQ n'en font pas partie non plus.
4. La définition de « patient vulnérable » comprend tout patient âgé de cinq ans ou moins ou de 70 ans ou plus, atteint de l'une ou plusieurs des maladies chroniques suivantes : cancer, diabète, toxicomanie, VIH/sida, troubles mentaux, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme modéré ou sévère, pneumonie, athérosclérose coronarienne, maladies dégénératives du système nerveux central et maladie inflammatoire chronique.
5. Nous avons progressivement ajouté des groupes de variables afin de créer différents modèles, et d'observer comment les diverses variables s'influencent entre elles et influent sur la probabilité qu'un médecin se joigne à un GMF.

Références

- Beaulieu, M.-D., Denis, J.-L., D'Amour, D., Goudreau, J., Haggerty, J., Hudon, É., ... Lebeau, R. (2006). *Implementing Family Medicine Groups: The Challenge of Reorganizing Practice and Fostering Interprofessional Collaboration. Case Study in Five First-Wave FMGs in Quebec*. Montréal, Canada : Chaire Doctor Sadok Besrouer en médecine familiale.
- Breton, M., Lévesque, J.-F., Pineault, R. et Hogg, W. (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites de l'accroissement de la performance des soins de santé primaires. *Revue Pratiques et Organisation des Soins*, 42(2), 101-109.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Perceptions et expériences des médecins de première ligne : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth Fund de 2009 auprès des médecins*. Québec, Canada : auteur.
- Geneau, R., Lehoux, P., Pineault, R. et Lamarche, P. A. (2007). Primary Care Practice à la carte Among GPs: Using Organizational Diversity to Increase Job Satisfaction. *Family Practice*, 24(2), 138-144. doi:10.1093/fampra/cml073
- Glazier, R. H., Klein-Geltink, J., Kopp, A. et Sibley, L. M. (2009). Capitation and Enhanced Fee-for-Service Models for Primary Care Reform: A Population-Based Evaluation. *Canadian Medical Association Journal*, 180(11), E72-E81. doi:10.1503/cmaj.081316
- Glazier, R. H. et Redelmeier, D. A. (2010). Building the Patient-Centered Medical Home in Ontario. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303(21), 2186-2187. doi:10.1001/jama.2010.753

- Grol, R. (2006). *Quality Development in Health Care in the Netherlands*. New York, NY : The Commonwealth Fund.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. et Rodrigue, J. (2007). Room for Improvement. *Canadian Family Physician*, 53(6), 1056-1057.
- Haggerty, J. L., Pineault, R., Beaulieu, M.-D., Brunelle, Y., Gauthier, J., Goulet, F. et Rodrigue, J. (2008). Practice Features Associated With Patient-Reported Accessibility, Continuity, and Coordination of Primary Health Care. *The Annals of Family Medicine*, 6, 116-123. doi:10.1370/afm.802
- Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L., ...Johnston, S. (2009). Health Promotion Activity in Primary Care: Performance of Models and Associated Factors. *Open Medicine*, 3(3), 165-173.
- Hutchison, B., Abelson, J. et Lavis, J. (2001). Primary Care in Canada: So Much Innovation, So Little Change. *Health Affairs*, 20(3), 116-131. doi:10.1377/hlthaff.20.3.116
- Hutchison, B. (2008). A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada. *HealthcarePapers*, 8(2), 10-24.
- Hutchison, B., Lévesque, J.-F., Strumpf, E. et Coyle, N. (2011). Primary Health Care in Canada: Systems in Motion. *Milbank Quarterly*, 89(2), 256-288. doi:10.1111/j.1468-0009.2011.00628.x
- Institute of Medicine (IOM) (1978). *A Manpower Policy for Primary Health Care: Report of a Study*. Washington, DC : National Academy Press.
- Kantarevic, J., Kralj, B. et Weinkauff, D. (2011). Enhanced Fee-for-Service Model and Physician Productivity: Evidence from Family Health Groups in Ontario. *Journal of Health Economics*, 30(1), 99-111. doi:10.1016/j.jhealeco.2010.10.005
- Kirby, M. (2002). *The Health of Canadians – The Federal Role*. Ottawa, Canada : Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, The Senate of Canada, 37th Parliament, 2nd Session.
- McCusker, J., Roberge, D., Ciampi, A., Lévesque, J.-F., Pineault, R., Belzile, E. et Larouche, D. (2009). Primary Care Organization and Outcomes of an Emergency Visit among Seniors. *Healthcare Policy*, 5(1), e115-e131.
- Muldoon, L., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Russell, G. et Shortt, M. (2010). Community Orientation in Primary Care Practices. Results from the Comparison of Models of Primary Health Care in Ontario Study. *Canadian Family Physician*, 56(7), 676-683.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (2011). *Équipes Santé familiale*. Récupéré le 7 juin 2011 de : http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/fht_mnf.html
- National Health Service (NHS) (2011). *Primary Care Commissioning Website*. Récupéré le 6 septembre 2011 de : <http://www.pcc.nhs.uk>
- Pineault, R., Provost, S., Hamel, M., Couture, A. et Lévesque, J.-F. (2011) The Influence of Primary Health Care Organizational Models on Patients' Experience of Care in Different Chronic Disease Situations. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 31(3), 109-120.
- Provost, S., Pineault, R., Lévesque, J.-F., Groulx, S., Baron, G., Roberge, D. et Hamel, M. (2010). Does Receiving Clinical Preventive Services Vary Across Different Types of Primary Healthcare Organizations? Evidence from a Population-Based Survey. *Healthcare Policy*, 6(10), 68-83.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) (2003). Entente particulière GMF intégrant les clientèles vulnérables – Article 8 de l'Amendement n° 83. Récupéré de : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/comm/2003/com032-3.pdf>

- Romanow, R. J. (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada – Final Report*. Ottawa, Canada : Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Russell, G. M., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L. et Tuna, M. (2009). Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *The Annals of Family Medicine*, 7(4), 309-318. doi:10.1370/afm.982
- Schoen, C., Osborn, R., How, S. K. H., Doty, M. M. et Peugh, J. (2009). In Chronic Condition: Experiences of Patients with Complex Health Care Needs, in Eight Countries, 2008. *Health Affairs*, 28(1), w1-w16. doi:10.1377/hlthaff.28.1.w1
- Starfield, B., Shi, L. et Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x
- Steinwachs, D. M. (1979). Measuring Provider Continuity in Ambulatory Care: An Assessment of Alternative Approaches. *Medical Care*, 17(6), 551-565.
- Tourigny, A., Aubin, M., Haggerty, J., Bonin, L., Morin, D., Reinharz, D., ... Carmichael, P.-H. (2010). Patients' Perceptions of the Quality of Care After Primary Care Reform: Family Medicine Groups in Quebec. *Canadian Family Physician*, 56(7), e273-e282.
- Tu, K., Cauch-Dudek, K. et Chen, Z. (2009). Comparison of Primary Care Physician Payment Models in the Management of Hypertension. *Can Fam Physician*, 55(7), 719-727.