

Aplanir les transitions pour les patientes et patients

L'avis des médecins de famille de l'Ontario sur la coordination des soins dans le système de santé de la province

D'après les résultats de l'Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires



Ontario

Qualité des services
de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les personnes en Ontario.

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario, notamment l'examen de la santé générale de la population ontarienne, la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent

chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Pour dire vrai, dans certains cas, il est difficile d'évaluer la qualité des soins, et il arrive parfois que nous ne sachions pas en quoi consistent les meilleurs soins. Un dernier point, mais non le moindre : certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

Rapports sur la performance du système

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario améliore le système de santé en produisant un rapport sur son rendement. Non seulement nos rapports publics fournissent à la population ontarienne les renseignements dont elle a besoin pour comprendre son système de santé, mais ils entraînent aussi des améliorations directes. Nos rapports publics comprennent : *À la hauteur*, notre rapport annuel sur le rendement du système de santé, des rapports thématiques qui approfondissent des sujets ciblés et des rapports en ligne sur des indicateurs du système de santé.

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Pour en apprendre *Qualité des services de santé Ontario*, visitez le site Web <http://www.hqontario.ca/>.

ISBN 978-1-4606-8171-8 (Imprimé)

ISBN 978-1-4606-8172-5 (PDF)

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario. Aplanir les transitions pour les patientes et patients : L'avis des médecins de famille de l'Ontario sur la coordination des soins dans le système de santé de la province. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2016.

Sur la couverture : Dr Pham, dans son bureau de Toronto. Voir page 13 pour son histoire. Nous remercions le Dr Pham et les autres personnes qui partagent avec nous leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario. (Photo de couverture par Roger Yip)

Table des matières

Préambule	2
Résumé analytique	4
Mesures envisagées	5
Principales constatations	5
1. Importance de la coordination dans les soins primaires	6
2. Coordination des soins avec les services à domicile et en milieu communautaire	11
L'équipe de la D ^{re} Pham et son gestionnaire de cas attiré	13
3. Coordination des soins avec les spécialistes	19
4. Coordination des soins avec les hôpitaux	24
Le D ^r O'Halloran et la « culture d'intégration locale »	28
5. La voie vers l'avenir	30
Une vision commune	31
Remarques méthodologiques	32
Références bibliographiques	38



Préambule



Dr Joshua Tepper
Président et chef de
la direction

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles j'ai choisi de devenir médecin de famille et pourquoi j'aime encore profondément exercer la médecine familiale : le fait de prendre soin de familles entières; le suivi des patients au fil des ans; la grande diversité intellectuelle des enjeux cliniques; et la formidable satisfaction émotionnelle.

Ma formation m'a préparé à la plupart des aspects de la médecine familiale, notamment à la nécessité d'être axé sur les patients, de prendre une bonne anamnèse, d'effectuer un examen physique complet et de penser au fait que je suis une ressource pour l'ensemble de ma collectivité. Cependant, assurer une bonne coordination des soins est une responsabilité sur laquelle ma formation n'était pas axée et qui occupe une partie croissante de mon temps à titre de médecin de famille.

Steve est un bon exemple de ce rôle que je joue en tant que fournisseur de soins primaires. Même s'il n'est âgé que de 50 ans, il est atteint de maladies chroniques multiples. Dans le cadre de

ses soins de routine, il interagit avec plus de huit médecins, y compris un urologue, un hématologue, un néphrologue, un endocrinologue et deux pneumologues (un pour l'asthme et un pour l'apnée du sommeil). Il prend 15 médicaments, dont je ne prescris presque aucun, bien que je travaille en étroite collaboration avec son pharmacien pour évaluer les risques d'interaction et pour aider à la conformité. Je fais aussi le suivi avec plusieurs autres fournisseurs qui participent à ses soins de santé. En réfléchissant à sa santé plus largement, Steve est inscrit au Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, et je travaille à coordonner ses autres formes de soutien, comme un soutien au revenu pour des choses comme le transport et la nourriture. Pendant certaines visites, nous passons tout le temps à parler des récents cheminements de Steve dans le système de soins de santé. Nous nous assurons d'aplanir les transitions et nous nous attaquons à ses préoccupations relativement à différents membres de l'équipe de soins, tout en essayant de déterminer comment cette grande équipe de soins peut travailler aussi efficacement que possible.

La coordination des soins n'est pas une tâche que je voyais comme faisant partie intégrante de la médecine familiale lorsque j'ai sollicité une résidence il y a plus d'une décennie. Cependant, j'ai appris qu'elle est essentielle aux soins de mes patients et, bien faite, elle peut être aussi utile que les autres services que j'offre à mes patients.

En 2015, Qualité des services de santé Ontario a déclaré, dans *Les soins intégrés : Point de vue des Ontariens concernant la communication et la coordination dans les soins de santé*, que les personnes qui vivent en Ontario déclarent en général avoir eu de bonnes expériences avec le système de santé, et sont tout aussi susceptibles que les personnes vivant dans les pays occupant les premiers rangs d'obtenir de l'aide de leur médecin régulier pour la coordination de leurs soins. Cependant, ce rapport a également montré que, souvent, les renseignements de base sur les patients ne sont pas partagés entre les fournisseurs. Dans le présent rapport, *Aplanir les transitions pour les patientes et patients : L'avis des médecins de famille de l'Ontario sur la coordination des soins dans le système de santé de la province*, nous découvrons que les médecins de famille sont souvent confrontés à des obstacles au moment

de voir à la coordination des soins pour leurs patients. Par exemple, un médecin de famille de Collingwood, le Dr Harry O'Halloran, fait remarquer que, si un patient « est à l'extérieur du système local, il n'y a probablement pas d'avis » de sa visite à l'hôpital. « Le médecin de famille ne le découvrira que lorsque le patient viendra le consulter », précise-t-il.

Les conclusions de ce rapport évoquent les défis auxquels un grand nombre de fournisseurs de soins primaires, moi y compris, sommes confrontés quand il est question de la coordination des soins de nos patients dans l'ensemble des secteurs, y compris les soins à domicile et les services communautaires. Malheureusement, les données ne nous permettent pas de tenir compte des expériences de tous les fournisseurs de soins primaires de l'Ontario (y compris les infirmières et infirmiers, les praticiens, les pharmaciens, les diététiciens et les travailleurs sociaux).

Notre système de santé continuera de devenir plus complexe, la plupart des patients se retrouvant membres d'équipes de plus en plus grandes s'étendant souvent sur de nombreux lieux physiques. Les soins primaires jouent un

rôle essentiel pour aider les patients à naviguer dans cette équipe de soins. Ensemble, nous avons besoin de trouver de meilleures façons de soutenir les fournisseurs de soins dans leurs efforts pour offrir des soins coordonnés, alors que nous évoluons vers la vision d'une population ontarienne dont tous les membres ont accès à des soins primaires complets de qualité supérieure, ancrés dans un système de santé intégré et équitable.

Cordialement,



Dr Joshua Tepper

Président et chef de la direction
Qualité des services de santé Ontario

Résumé analytique

« Une bonne coordination des soins réduit les chevauchements, accroît la qualité des soins et en facilite l'accès... Pour les patientes et patients, cela garantit la continuité des soins sans égard au cadre où ils sont dispensés : soins à domicile ou en milieu communautaire, soins prodigués dans un hôpital ou dans un établissement de soins de longue durée, soins dispensés par un médecin généraliste et autres. »

- Ontario Primary Care Council, Position Statement : Care Co-ordination in Primary Care, nov. 2015

« Chaque secteur de soins possède sa propre base de données – l'une est employée par l'hôpital, une autre par le cabinet du médecin de famille – et en général, elles ne sont pas reliées. La personne se voit poser les mêmes questions par différents médecins. »

- Dr Brent Elsey

« Ma plus grosse difficulté en matière de coordination des soins concerne les marginaux – les patientes et patients aux prises avec la maladie mentale et l'itinérance, et qui font un usage abusif chronique de substances intoxicantes, car ces personnes sont souvent incapables de faire valoir leurs droits. »

- Dr^e Thuy-Nga [Tia] Pham

« Les patientes et patients ont aussi leurs obligations... Si une date [pour un rendez-vous médical] est changée, cela empiète sur le temps qu'on peut passer en famille, occasionne souvent des frais et peut coûter de l'argent à notre employeur... [De plus,] cela se répercute parfois sur les traitements prévus par la suite. »

- Randy, soignant

La coordination des soins est un élément fondamental des soins primaires[1], qui constituent l'assise du système de santé complexe de l'Ontario. L'idéal serait que tous les autres types de soins découlent des soins primaires et y restent liés. Les médecins de famille, de même que les autres fournisseurs de soins primaires, dont les infirmières et infirmières praticiennes, sont chargés de veiller à ce que leurs patientes et patients soient successivement pris en charge par divers secteurs de santé afin qu'ils obtiennent les services, le soutien et les soins dont ils ont besoin.

Pourtant, les transitions au sein du système de santé ne sont pas toujours aussi fluides qu'elles pourraient l'être. En raison des limitations du système, certains patientes et patients ontariens

font face à des lenteurs frustrantes[2]. Des efforts soutenus peuvent être nécessaires pour accélérer les échanges de données sur les patientes et patients; or, les médecins de famille ne disposent pas nécessairement du temps ou du personnel pour s'en charger. Et ces médecins se heurtent souvent à une incompatibilité de bases de données, à des chevauchements, à des délais dans la transmission des informations relatives aux patientes et patients, à un manque de communication avec les services sociaux et à la non-intégration des gestionnaires de cas indépendants au sein de l'équipe de soins primaires, entre autres difficultés.

Le présent rapport, dressé dans le cadre de l'Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires[3], compare les réponses des médecins de famille de l'Ontario à celles des médecins de famille des autres provinces du Canada et de 11 pays de l'OCDE. L'enquête porte sur l'expérience de ces médecins relativement à la coordination des soins avec les autres fournisseurs de soins primaires et les divers secteurs du système de santé. Dans le

prolongement des données, nous avons inclus des récits illustratifs de la manière dont les médecins de famille et les autres fournisseurs de soins primaires de différentes régions de l'Ontario s'y prennent pour aider leurs patientes et patients en transition au sein du système de santé.

Un tableau des problèmes systémiques auxquels se heurtent les médecins de famille qui ont à coordonner des soins pour leurs patientes et patients se dessine, ces problèmes au sein du système de santé se répercutant sur les expériences des patientes et patients et des aidantes et aidants. *L'avis de médecins de famille de l'Ontario sur la coordination des soins au sein du système de santé de la province* se penche sur les expériences des médecins de famille qui œuvrent de concert avec des spécialistes, des hôpitaux, des services de soins à domicile et de soins communautaires, en mettant l'accent sur les problèmes particuliers aux deux dernières catégories de soins.

Au plan international, l'Ontario se classe en queue de peloton pour ce qui est des pourcentages de médecins ayant déclaré communiquer avec les services de soins à domicile et les services communautaires. Moins d'un tiers des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet communiquaient régulièrement avec les gestionnaires de cas de leurs patientes et patients ou leurs fournisseurs de soins à domicile. Et un peu plus d'un tiers des médecins de famille de l'Ontario

ont dit qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patientes et patients avec les services sociaux ou d'autres fournisseurs de soins en milieu communautaire.

Mesures envisagées

Un objectif prioritaire est de veiller à ce que les gens obtiennent les soins dont ils ont besoin, et les médecins de famille sont investis d'un rôle important dans l'atteinte de cet objectif. Toutefois, les médecins de famille qui ont à coordonner des soins pour leurs patientes et patients se heurtent à des obstacles systémiques. Diverses recommandations relatives à une meilleure coordination des soins dans l'ensemble du système de santé ont été émises au cours de l'année écoulée; ces recommandations, tablant sur les soins primaires, émanaient de sources variées, tant au sein du système qu'à l'extérieur.

Qualité des services de santé Ontario collabore avec de nombreux fournisseurs de soins primaires, patientes et patients et aidantes et aidants afin de lever les obstacles à la coordination des soins, dans le but de fournir de meilleurs soins aux Ontariens. À la fin du présent rapport, nous fournissons des renseignements sur les travaux entrepris par Qualité des services de santé Ontario, nos partenaires et d'autres organismes de premier plan de toute la province, ainsi que sur les mesures que nous envisageons.

Principales constatations

- 29 % des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet communiquaient régulièrement avec les gestionnaires de cas de leurs patientes et patients ou avec leurs fournisseurs de soins à domicile au sujet des besoins de ces personnes et des services à leur fournir.
- 36 % des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patientes et patients avec les services sociaux ou d'autres fournisseurs de soins en milieu communautaire, lorsque c'était nécessaire.
- 90 % des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés, avec tous les renseignements médicaux pertinents.
- 25 % des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'au cours du mois écoulé, ils avaient dû répéter une analyse ou un test, ou un acte médical parce qu'ils n'avaient pas accès au résultat antérieur.
- 71 % des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'ils étaient toujours ou souvent avertis par l'hôpital de la sortie de leurs patientes et patients, et 54 % d'entre eux ont dit qu'ils en étaient avertis dans les quatre jours.

1. Importance de la coordination dans les soins primaires



Du point de vue des patientes et patients, peu de choses revêtent autant d'importance que la bonne coordination des soins entre les divers fournisseurs de soins, services et établissements. En raison des délais importants, des analyses et tests à faire effectuer de nouveau, des informations contradictoires et d'autres disjonctions, il n'est vraiment pas facile pour les patientes et patients, familles et autres aidantes et aidants de s'y retrouver dans le système de santé de l'Ontario[2].

D'ailleurs, le cloisonnement du système de santé, où chacun ignore tout de ce que font les autres, n'est pas seulement une source de difficultés et de frustration pour les patientes et patients, les aidantes et aidants et les familles : il met aussi à rude épreuve les fournisseurs de soins. Nous voulons tous, pour nous-mêmes et les personnes qui nous sont chères, des soins qui soient dispensés de la façon la plus rapide, la moins stressante et la moins effractive possible.

En pratique, cela recouvre la fluidité des transitions, des analyses et tests pertinents sans duplication, des délais d'attente réduits au minimum (pour l'obtention des résultats d'analyses, des rendez-vous chez des spécialistes et des services sociaux requis) et la disponibilité de lits dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, quand nous en avons besoin.

Éléments d'une coordination idéale des soins

Une caractéristique importante d'un système performant centré sur les patientes et patients est une coordination intégrée et efficace entre fournisseurs de soins[3]. Le manque de coordination entraîne toutes sortes de répercussions négatives : recours aux services d'urgence et hospitalisations évitables, erreurs médicales, duplication des analyses et des tests, effets négatifs sur la santé des patientes et patients, etc[5,6]. Pour une coordination optimale des soins, il est impératif que les éléments suivants soient présents dans les soins administrés aux patientes et patients : communication entre les membres de l'équipe de soins, circulation rapide de l'information et fluidité des transitions[7].

les soins administrés aux patientes et patients : communication entre les membres de l'équipe de soins, circulation rapide de l'information et fluidité des transitions

Communication entre membres de l'équipe de soins

Chaque personne participant aux soins prodigués aux patientes et patients (p. ex. infirmière, médecin, travailleur social et physiothérapeute) doit travailler au sein d'une équipe dont tous les membres partagent les informations de façon transparente et montrent de bonnes aptitudes de communication.

Circulation rapide de l'information

La dernière personne qui a prodigué des soins à une patiente ou un patient doit rapidement communiquer, au fournisseur de soins qui va prendre la relève (p. ex. infirmière, médecin, travailleur social ou physiothérapeute) ou à l'établissement qui va recevoir la personne (p. ex. cabinet collectif de soins primaires, hôpital, service des urgences, laboratoire, clinique, cabinet de spécialiste, organisme de soutien communautaire, etc.), des informations complètes, exactes et à jour sur cette personne afin que ceux qui lui succéderont soient préparés à accueillir la personne et à lui fournir des soins rapides et adaptés.

Fluidité des transitions

Les gens ont de plus en plus besoin de recevoir divers types de soins, dispensés en divers lieux (p. ex. cabinet collectif de soins primaires, hôpital, service des urgences, cabinet de spécialiste ou organisme de soutien communautaire) – une situation qui est souvent due au vieillissement ou à des affections chroniques. Dans ces conditions, la fluidité des transitions a un effet direct sur le bien-être psychique et physique des patientes et patients.

Réponses des médecins de famille au sujet de la coordination des soins

L'Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires couvre de nombreuses questions, dont la coordination des soins, l'accès aux soins, la prise en charge des soins de longue durée, les systèmes informatiques et les systèmes de bureautique. L'enquête n'ayant été effectuée qu'auprès des médecins de famille, notre rapport ne traite pas de l'expérience des autres fournisseurs de soins primaires. Ce sont les questions liées à la coordination des soins qui ont retenu l'attention de Qualité des services de santé Ontario.

Les résultats de l'enquête ont été pondérés de manière à représenter la population des médecins de premier recours et à tenir compte du plan d'échantillonnage et de la probabilité de sélection. Les réponses au sondage ne recouvrent pas tous les aspects des soins de base et ils ne devraient pas être considérés comme l'analyse approfondie d'un système quelconque. En revanche, les réponses des médecins de famille constituent un bon point de départ pour aborder la qualité de la coordination des soins en Ontario. Aux fins du présent rapport, nous n'avons indiqué que les résultats qui divergent de façon statistiquement significative de ceux de l'Ontario.

Comment l'Ontario se compare-t-il aux autres provinces et pays?

L'Ontario est une grande province qui comporte des zones urbaines et des zones rurales, avec de nombreux établissements et services de soins répartis sur de vastes régions, chacune possédant ses caractéristiques et ses ressources propres. Dans certaines régions, la difficulté est d'organiser un vaste système pour des milliers de patientes et patients, et dans d'autres, il faut compter avec les longues distances qui contrecarrent l'objectif de l'accès aux soins, puisque le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'est engagé à fournir des soins équitables à tous les résidents de l'Ontario. En outre, il y a, en Ontario, un large éventail de modèles de soins primaires, qui vont du médecin de famille indépendant à des groupes d'une cinquantaine de médecins de famille œuvrant avec des équipes d'autres fournisseurs de soins[8].

Pour contextualiser les informations fournies, nous avons comparé les réponses des médecins de famille de l'Ontario à celles des médecins de famille de l'ensemble du Canada ainsi qu'à celles des autres pays participants : Allemagne, Australie, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Les résultats du sondage ont été pondérés de façon à représenter la population des médecins de premier recours et à tenir compte du plan d'échantillonnage et de la probabilité de sélection.

Répondantes et répondants au sondage

- Médecins de famille de 11 pays : Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse.

Répondantes et répondants de l'Ontario

- Plus des deux tiers (autour de 71 %) des répondantes et répondants ont dit qu'ils travaillaient principalement dans un cabinet collectif ou dans une clinique communautaire ou un centre de santé.
 - Moins d'un quart des répondantes et répondants (24 %) exercent en cabinet privé.
 - Environ 5 % exercent dans un cadre différent (p. ex., en milieu hospitalier).
- 57 % des répondantes et répondants sont de sexe masculin et 43 % de sexe féminin, ce qui correspond à peu de chose près à la ventilation par sexe des médecins de famille de l'Ontario.
 - Autour de 57 % des médecins de famille de l'Ontario exercent dans des villes.
 - 16 % des médecins de famille de l'Ontario exercent dans des banlieues.
 - 26 % des médecins de famille de l'Ontario exercent dans de petites localités ou dans des régions rurales.

Les résultats du sondage ont été pondérés de façon à représenter la population des médecins de premier recours et à tenir compte du plan d'échantillonnage et de la probabilité de sélection.



2. Coordination des soins avec les services à domicile et en milieu communautaire

Dans le domaine des soins primaires, un aspect essentiel de la coordination des soins est la mise en rapport des patientes et patients avec des sources de soins et de soutien en milieu communautaire[9]. En Ontario, en plus de s'occuper de la coordination des soins avec les hôpitaux et les spécialistes, les fournisseurs de soins primaires peuvent orienter les gens vers des services de soins à domicile, des services sociaux et des fournisseurs de soins en milieu communautaire (travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes, etc.).

Ce chapitre, basé sur les données fournies par les médecins de famille dans le cadre de l'*enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth*, porte sur les mesures suivantes :

- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet communiquaient régulièrement avec les gestionnaires de cas de leurs patientes et patients ou avec leurs fournisseurs de soins à domicile au sujet des besoins de ces personnes et des services à leur fournir;
- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet s'occupaient fréquemment de coordonner les soins avec les services sociaux ou les fournisseurs de soins en milieu communautaire;

- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patientes et patients avec les services sociaux ou d'autres fournisseurs de soins en milieu communautaire, lorsque c'était nécessaire.

Coordination avec les services de soins à domicile

Les soins et services à domicile occupent une place importante dans le système de soins[10]. Il existe une large gamme de services adaptés à des situations très diverses : personnes aux prises avec une maladie mentale, enfants ayant des besoins particuliers, personnes atteintes d'affection(s) chronique(s), personnes ayant besoin d'une aide temporaire après leur sortie de l'hôpital, personnes mourantes, et bien d'autres encore[9].

Afin de pouvoir gérer efficacement les soins de leurs patientes et patients, les fournisseurs de soins primaires ont besoin d'être tenus au courant des changements concernant l'état clinique de ces personnes, leurs besoins et leurs circonstances particulières.

L'équipe de la D^{re} Pham et son gestionnaire de cas attiré

Comparativement à ce qui se passe généralement dans les soins primaires en Ontario, le cabinet de la D^{re} Thuy-Nga (Tia) Pham, médecin de famille dans l'est de Toronto, a des visées très ambitieuses pour la coordination des soins à domicile, et en particulier pour les personnes qui souhaitent mourir chez elles. À cette fin, l'équipe de la D^{re} Pham comporte un gestionnaire de cas attiré pour les soins à domicile et en milieu communautaire, son rôle étant d'établir des plans de traitement pour les personnes les plus gravement atteintes, et de les mettre à exécution.

Un exemple : le cabinet de la D^{re} Pham a reçu un appel de la fille d'une de ses patientes – une dame âgée prénommée Betty. Betty était traitée pour une affection chronique, mais son état s'était brusquement aggravé. Le temps était venu de passer à des soins palliatifs, et Betty souhaitait mourir chez elle. « Il a fallu environ

une heure pour passer des coups de téléphone et remplir les papiers nécessaires pour obtenir qu'une infirmière s'occupe de Betty chez elle », explique la D^{re} Pham.

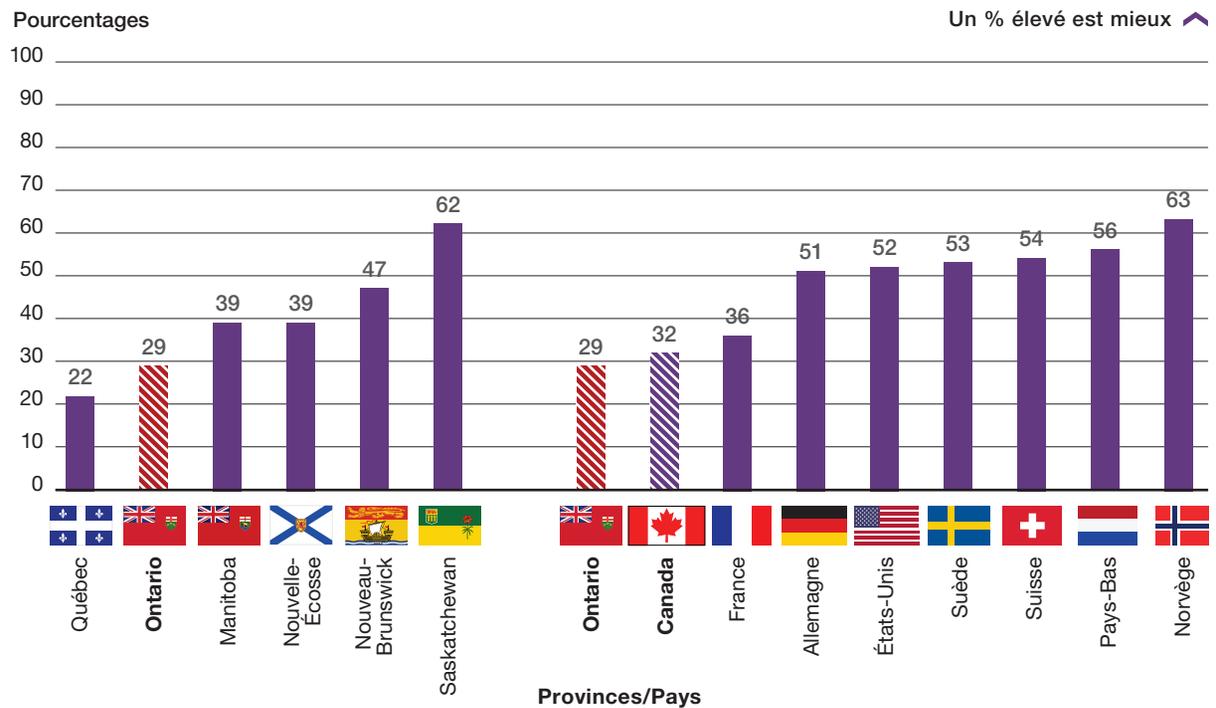
Généralement, les médecins de famille essaient de respecter la volonté des personnes qui demandent des soins à domicile. Mais il faut avoir une meilleure connaissance du système que ne possèdent la plupart des médecins et disposer de plus de ressources pour déterminer les besoins relatifs à chaque spécialiste ou aidant et assurer la coordination des soins. Tous les médecins n'obtiennent donc pas les résultats de la D^{re} Pham. « Dès qu'ils sont confrontés à un obstacle ou à un délai, surtout si le temps presse, ils conseillent au patient de composer le 911, s'exclame la Dre Pham. À ce stade, la personne n'a d'autre perspective que d'être hospitalisée et il se peut qu'elle ne revienne jamais chez elle. »

Parmi les provinces du Canada et les pays visés par l'enquête, l'Ontario affiche l'un des pourcentages les plus bas pour ce qui est de la communication avec les services de soins à domicile, tel que signalé par les médecins. Chez les médecins de famille de l'Ontario dont les patientes et patients reçoivent des services de soins à domicile (p. ex. services infirmiers ou soins d'hygiène), moins de trois sur dix (29 %) ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet communiquaient régulièrement avec les fournisseurs de soins à domicile au sujet des besoins de ces personnes et des services à leur fournir (tableau 2.1). Dans l'ensemble du Canada, les réponses varient pratiquement du simple au triple, allant de 22 % au Québec à 62 % en Saskatchewan. Comparativement aux médecins de famille de l'Ontario, les médecins de famille de quatre autres provinces ont signalé une plus grande fréquence de leurs communications régulières avec les fournisseurs de soins à domicile de leurs patientes et patients.

À l'échelle internationale, on a observé d'importantes variances dans les réponses (tableau 2.1). Les médecins du Canada se classent en huitième position pour ce qui est de la fréquence de leurs communications régulières avec les gestionnaires de cas ou les fournisseurs de soins à domicile au sujet des besoins de leurs patientes et patients et des services requis.

Tableau 2.1

Pourcentage des médecins de famille ayant des patientes et patients recevant des services à domicile qui ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet communiquaient régulièrement avec les gestionnaires de cas de leurs patientes et patients ou avec leurs fournisseurs de soins à domicile au sujet des besoins de ces personnes et des services requis – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, le Québec, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la France, l'Allemagne, les États-Unis, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas et la Norvège. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les Remarques méthodologiques.

Coordination avec les services sociaux et les fournisseurs de soins en milieu communautaire

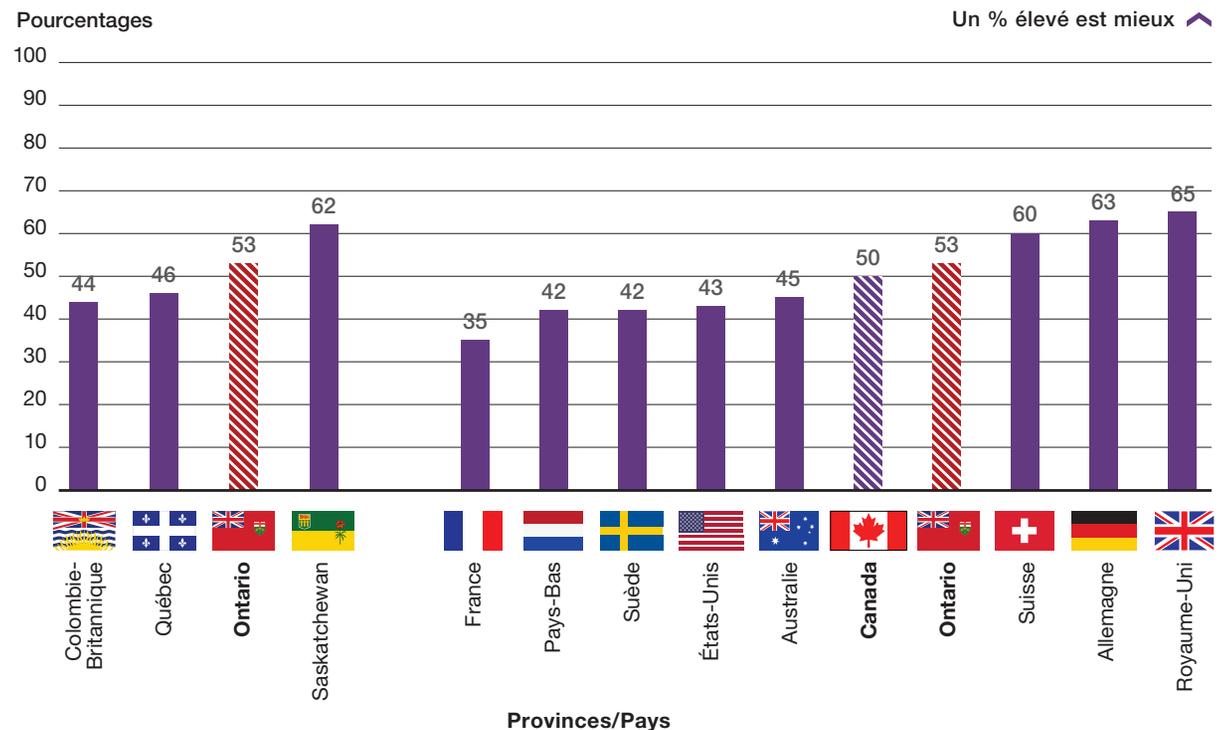
Les fournisseurs de soins primaires jouent également un rôle dans la coordination des soins et services pour leurs patientes et patients, que ce soit avec les services sociaux ou avec les travailleurs sociaux, psychologues, physiothérapeutes et autres fournisseurs de soins en milieu communautaire. La plupart des médecins de famille affirment que la coordination avec les services sociaux et les fournisseurs de soins en milieu communautaire n'est pas facile.

En Ontario, la moitié (53 %) des médecins de famille ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet s'occupaient fréquemment de la coordination des soins avec les services sociaux ou d'autres fournisseurs de soins en milieu communautaire (tableau 2.2). Les médecins de famille de la Colombie-Britannique et du Québec ont affiché des pourcentages plus bas (44 % et 46 %, respectivement), et ceux de la Saskatchewan ont affiché un pourcentage plus élevé (62 %).

À l'échelle internationale, l'Ontario se situe à peu près dans la moyenne, devant l'Australie, les États-Unis, la France, les Pays-Bas et la Suède, mais obtenant des résultats inférieurs à ceux de l'Allemagne, du Royaume-Uni et de la Suisse en matière de fréquence de coordination des soins avec les services sociaux ou les fournisseurs de soins en milieu communautaire (tableau 2.2).

Tableau 2.2

Pourcentage de médecins de famille ayant déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet s'occupaient fréquemment de la coordination des soins avec les services sociaux ou les fournisseurs de soins en milieu communautaire – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la Colombie-Britannique, le Québec et la Saskatchewan. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la France, les Pays-Bas, la Suède, les États-Unis, l'Australie, la Suisse, l'Allemagne et le Royaume-Uni. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les Remarques méthodologiques.

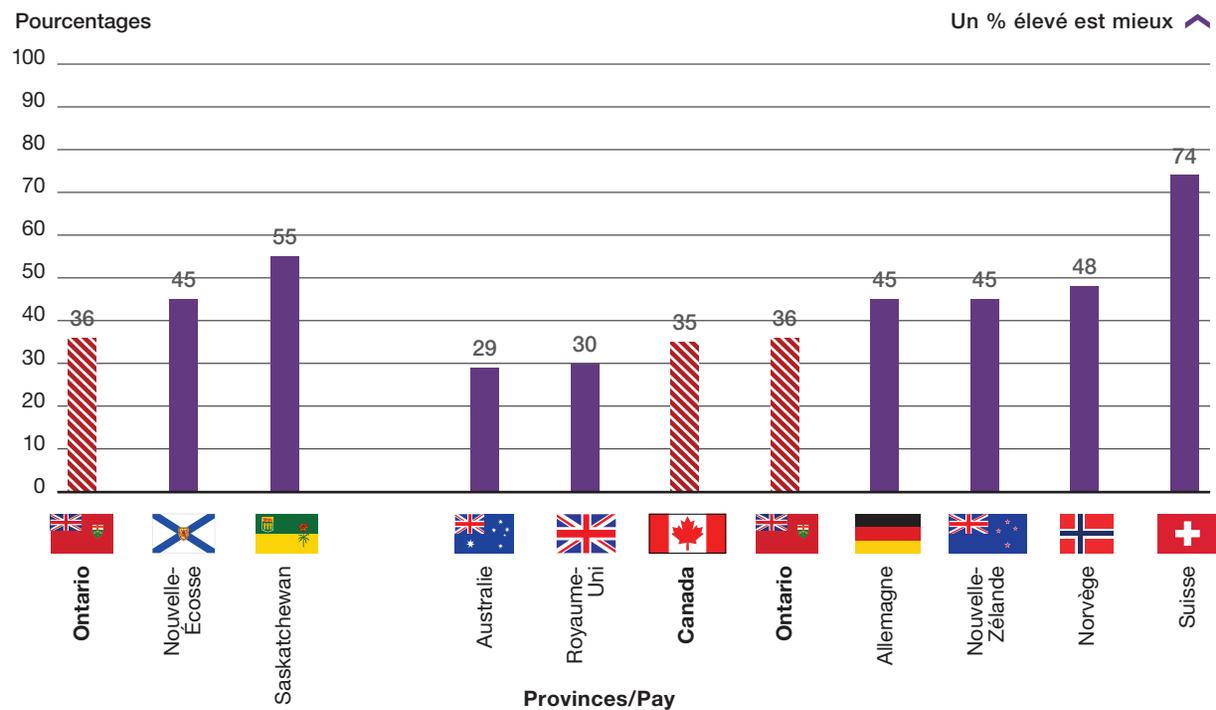
Facilité de coordination avec les services sociaux et les autres fournisseurs de soins en milieu communautaire

À peine plus d'un tiers des médecins de famille du Canada (35 %) ont déclaré qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patientes et patients avec les services sociaux et les fournisseurs de soins en milieu communautaire lorsque c'était nécessaire (tableau 2.3), et la proportion est semblable chez les médecins de famille de l'Ontario (36 %). Les deux provinces les plus performantes sont la Saskatchewan (55 %) et la Nouvelle-Écosse (45 %).

En ce qui concerne la facilité de coordination des soins avec les services sociaux ou les fournisseurs de soins en milieu communautaire, les autres pays sont également assez peu performants (tableau 2.3). Les résultats de l'Ontario sont supérieurs à ceux de l'Allemagne, de l'Australie et du Royaume-Uni; en revanche, la Norvège, la Nouvelle-Zélande et la Suisse affichent de meilleures performances.

Tableau 2.3

Pourcentage de médecins de famille ayant déclaré qu'il était facile ou très facile de coordonner les soins de leurs patientes et patients avec les services sociaux ou les autres fournisseurs de soins en milieu communautaire, lorsque c'était nécessaire – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, l'Australie, le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Nouvelle-Zélande, la Norvège et la Suisse. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les Remarques méthodologiques.

Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien : Un modèle unique de soins primaires intégré avec des services de santé mentale

En Ontario, il existe de nombreux types de fournisseurs de soins de santé différents, comme les pharmaciens, les diététiciens, les infirmières et infirmiers, et les infirmières et infirmiers praticiens, qui participent à la prestation de soins primaires aux clients. D'autres services sociaux peuvent être en contact avec les soins primaires également, comme l'aide juridique et les services de logement.

La clinique dirigée par du personnel infirmier praticien de la filiale de Durham de l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), qui se trouve à Oshawa, offre certains de ces services. Nos clients et leur famille ou leurs personnes soignantes sont régulièrement invités à s'asseoir avec une équipe de soins qui comprend d'autres fournisseurs de services. Parmi les exemples de fournisseurs de services qui ont participé à ces rencontres, signalons un conseiller en toxicomanie, un travailleur de soutien au logement, quelqu'un qui travaille aux services de soutien à l'autisme, des représentants de la santé publique, le conseil scolaire ainsi qu'une infirmière praticienne. Ces

« réunions axées sur les plans de soins » peuvent avoir lieu à la clinique, chez le client ou à l'hôpital, grâce à la technologie des téléconférences, selon ce qui convient le mieux au client.

Les clients participent aux réunions au moins une fois par année, parfois tous les trois à six mois, étant donné que de nombreuses personnes sont confrontées à des défis, comme les limites de revenu et la maladie mentale grave, et que leurs besoins évoluent. « J'ai l'habitude de voir des personnes qui n'ont pas consulté de fournisseur de soins depuis cinq à dix ans, présentent plusieurs affections chroniques, puis nous en cernons une ou deux de plus », déclare l'infirmière praticienne et responsable de la clinique Stephanie Skopyk. « De nombreux clients ont de la difficulté à fréquenter un cabinet de soins primaires type : ils oublient leur rendez-vous, ils ont de nombreux problèmes complexes et prennent un grand nombre de médicaments, et ils ont besoin de passer plus de temps avec les fournisseurs de soins. »

Stephanie Skopyk et ses collègues de la clinique travaillent régulièrement avec deux médecins experts-conseils, tous deux médecins de famille dans la région, et dont l'un travaille dans un établissement psychiatrique. « Nous avons également été en mesure d'établir un lien avec les hôpitaux et les centres d'accès aux soins communautaires », explique Linda Gallacher, chef de la direction de la filiale de Durham de l'Association canadienne pour la santé mentale et fondatrice de la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien de celle-ci. Elle tire une certaine fierté du fait que la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien de la filiale de Durham de l'Association canadienne pour la santé mentale travaille d'arrache-pied afin d'intégrer les soins primaires et les services communautaires. « Normalement, il est difficile pour nos clients de naviguer dans le système de santé parce qu'il n'y a pas d'intégration des services de santé mentale et des soins primaires », explique Linda Gallacher.

En résumé

Parmi les médecins de famille de l'Ontario dont les patientes et patients reçoivent des services de soins à domicile, à peine plus d'un quart ont déclaré qu'ils communiquaient régulièrement avec les gestionnaires de cas de leurs patientes et patients ou leurs fournisseurs de soins à domicile, et à peine plus de la moitié ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet communiquaient fréquemment avec les services sociaux ou les fournisseurs de soins en milieu communautaire. Dans l'ensemble, les médecins de famille de l'Ontario, du Canada et des autres pays ont déclaré qu'il n'était pas facile de coordonner les soins de leurs patientes et patients avec les services sociaux et les fournisseurs de soins en milieu communautaire.

Pris dans leur ensemble, ces résultats combinés tendent à indiquer que les médecins de famille de l'Ontario ne disposent pas d'un soutien suffisant pour assurer une bonne coordination des soins avec les gestionnaires de cas de leurs patientes et patients ou leurs fournisseurs de soins à domicile, ni avec les services sociaux et les fournisseurs de soins en milieu communautaire. Étant donné la difficulté qu'ils déclarent éprouver à coordonner ce type de services pour leurs patientes et patients, il est clair que les médecins de famille sont confrontés à des obstacles.



3. Coordination des soins avec les spécialistes

Lorsque les patientes et patients de l'Ontario et du reste du Canada ont besoin de consulter un cardiologue, chirurgien orthopédiste, psychiatre ou tout autre spécialiste, ils doivent généralement passer par leur médecin de famille ou infirmière praticienne (dans certaines provinces). De nombreuses personnes, en particulier celles qui sont atteintes d'une affection chronique exigeant une surveillance et une prise en charge continues, sont suivies à long terme par un ou plusieurs spécialistes, mais les fournisseurs de soins primaires sont généralement tenus au courant des progrès de leurs patientes et patients et des traitements prescrits, ainsi que de tout changement relativement au type de soins reçus. En cas de soins partagés, les médecins de famille reçoivent aussi des recommandations pour la prise en charge des patients dans le contexte des soins primaires.

Quand une patiente ou un patient est traité par plusieurs spécialistes, le fournisseur de soins primaires peut assurer la liaison en centralisant les informations relatives à ce patient et en veillant à ce que les renseignements soient complets et exacts. La coordination des soins entre spécialistes et fournisseurs de soins primaires est cruciale pour assurer l'uniformité des informations relatives aux patientes et patients[11].

Ce chapitre, basé sur les données fournies par les médecins de famille dans le cadre de l'enquête, porte sur les mesures suivantes :

- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés, avec tous les renseignements médicaux pertinents;
- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent, rapidement et quand il les leur fallait, les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés;
- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'au cours du mois écoulé, ils avaient dû répéter une analyse ou un test, ou un acte médical parce qu'ils n'avaient pas accès au résultat antérieur.

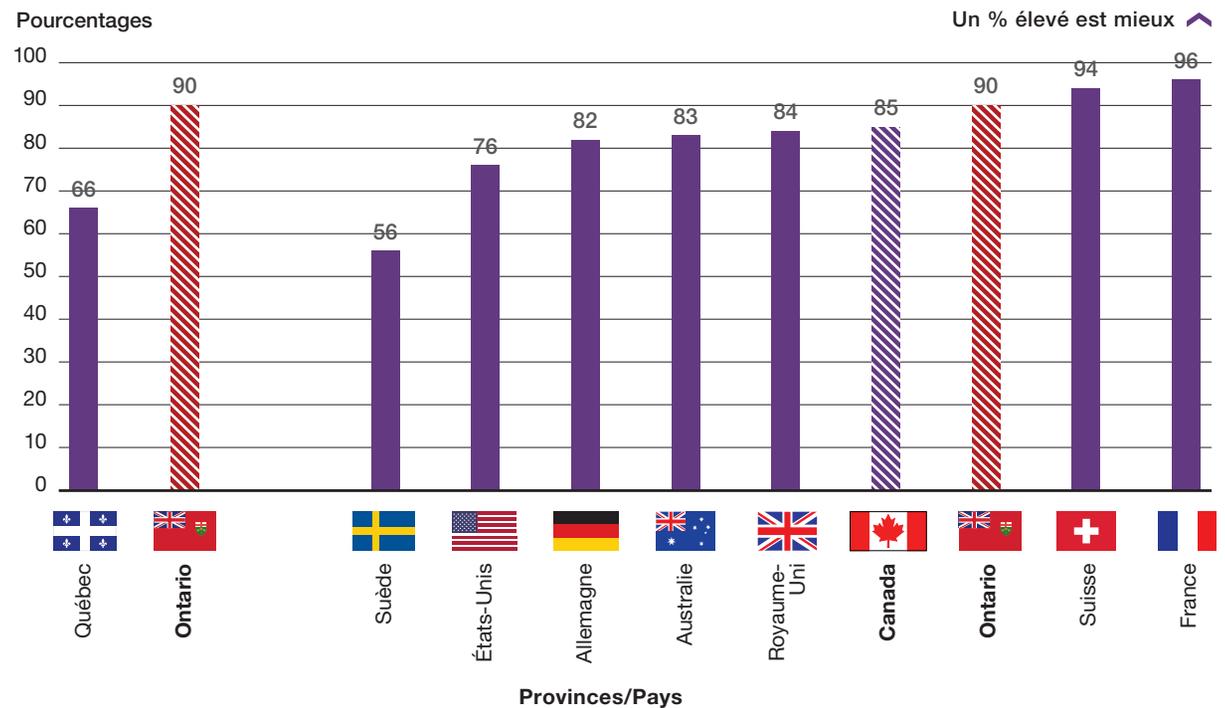
Communication des rapports des spécialistes

En Ontario, neuf médecins de famille sur dix (90 %) ont déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés (p. ex. évaluation de l'état de la patiente ou du patient, avec recommandations pour le traitement de suivi) (tableau 3.1). Les résultats de l'Ontario sont supérieurs à ceux du Québec.

À l'échelle internationale, les pourcentages des médecins de famille ayant déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés, avec tous les renseignements médicaux pertinents, vont de 56 % pour la Suède à 96 % pour la France (tableau 3.1). Le pourcentage de médecins de famille de l'Ontario ayant déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent de tels rapports est plus élevé que celui des médecins de plusieurs pays, dont l'Allemagne, l'Australie, les États-Unis, le Royaume-Uni et la Suède. En revanche, les résultats des médecins de famille de la France et de la Suisse sont supérieurs à ceux de leurs homologues de l'Ontario.

Tableau 3.1

Pourcentage de médecins de famille ayant déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés, avec tous les renseignements médicaux pertinents – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario et le Québec, et l'ensemble du pays. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la Suède, les États-Unis, l'Allemagne, l'Australie, le Royaume-Uni, la Suisse et la France. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les Remarques méthodologiques.

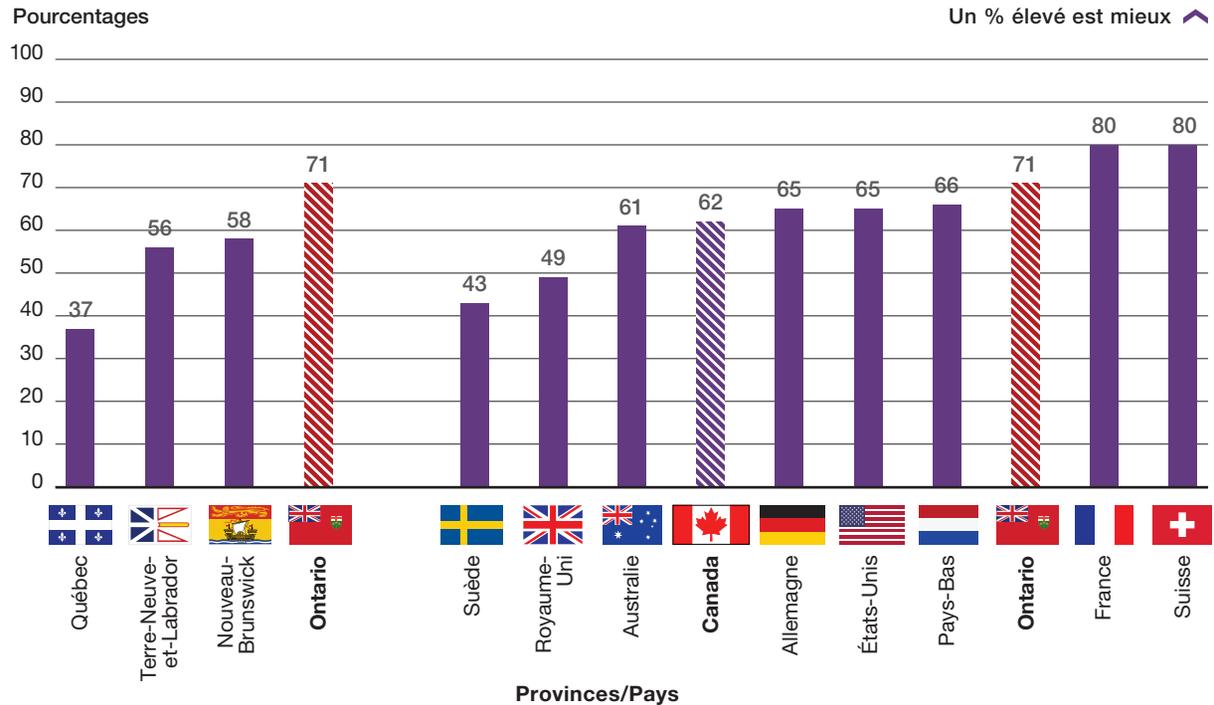
Communication des rapports des spécialistes en temps voulu

Un large pourcentage de médecins de famille de l'Ontario et d'ailleurs ont déclaré qu'ils recevaient les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés, avec tous les renseignements médicaux pertinents, mais un pourcentage bien moindre de médecins de famille ont déclaré que ces renseignements leur étaient communiqués quand il les leur fallait. Les pourcentages concernant la communication des rapports des spécialistes en temps voulu varient fortement, allant de 37 % pour le Québec à 71 % pour l'Ontario (tableau 3.2). Les résultats de l'Ontario sont supérieurs à ceux du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador et du Québec.

De même que pour les résultats enregistrés au Canada, on observe une grande variance de résultats à l'échelle internationale, ceux-ci allant de 43 % pour la Suède à 80 % pour la France et la Suisse (tableau 3.2). Les résultats de l'Ontario sont supérieurs à ceux de plusieurs pays, dont l'Allemagne, l'Australie, les États-Unis, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède. En revanche, la France et la Suisse affichent de meilleurs résultats.

Tableau 3.2

Pourcentage de médecins de famille ayant déclaré qu'ils recevaient toujours ou souvent, rapidement et quand il les leur fallait, les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick et l'ensemble du pays. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la Suède, le Royaume-Uni, l'Australie, l'Allemagne, les États-Unis, les Pays-Bas, la France et la Suisse. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les Remarques méthodologiques.

Duplication des analyses et des tests, et coordination des résultats

La duplication des analyses et des tests est une des conséquences du manque de coordination des soins. Les analyses, tests et actes médicaux ont plusieurs fonctions : dépistage ou établissement du diagnostic, gestion de la médication ou prise en charge de problèmes de santé chroniques[12]. En Ontario, les résultats des analyses et des tests ainsi que les dossiers médicaux sont généralement disponibles lorsque les gens vont voir leur médecin[2].

Il arrive cependant que des analyses, tests ou actes médicaux aient besoin d'être répétés parce que les résultats ne sont pas disponibles au moment où ils sont requis. En Ontario, 25 % des médecins de famille ont déclaré qu'au cours du mois écoulé, ils avaient dû répéter une analyse ou un test, ou un acte médical parce qu'ils n'avaient pas accès au résultat antérieur.

Outre le fait qu'ils gaspillent le temps des fournisseurs de soins, les délais dans la transmission de l'information se traduisent par une perte de temps

et peut-être aussi des frais supplémentaires pour les patientes et patients; ils risquent également de leur causer des souffrances inutiles et, dans certains cas, ils peuvent même leur être dommageables[13].

Le pourcentage affiché par l'Ontario pour la duplication des analyses, tests et actes médicaux au cours du mois écoulé peut paraître important, mais trois autres provinces – le Manitoba, le Québec et la Saskatchewan – affichent des pourcentages encore plus élevés (39 %, 34 % et 34 %, respectivement). Sur le plan international, les choses laissent aussi à désirer. C'est ainsi qu'au Royaume-Uni, près de la moitié (48 %) des médecins de famille ont déclaré qu'au cours du mois écoulé, ils avaient dû répéter une analyse, un test ou un acte médical parce que les résultats n'étaient pas disponibles. Certains médecins estiment qu'une partie du problème relatif à la coordination des analyses, tests et actes médicaux tient à une mauvaise communication entre le médecin qui demande la procédure (disons, le spécialiste) et le médecin qui attend les résultats (disons, le médecin de famille[14].

Quand une analyse ou un test est effectué ailleurs que dans le cabinet du médecin de famille (p. ex. dans un laboratoire séparé, un hôpital ou une clinique de consultation sans rendez-vous), il se peut que le

résultat ne soit pas communiqué à ce médecin – un obstacle supplémentaire à l'obtention des résultats en temps voulu par le médecin de famille[15].

En résumé

La grande majorité des médecins de famille de l'Ontario (neuf sur dix) ainsi que des médecins de famille des pays visés par l'enquête ont déclaré recevoir les rapports des spécialistes que leurs patientes et patients ont consultés. Une proportion moindre de médecins (sept sur dix) ont déclaré recevoir ces rapports en temps voulu. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer, à partir des données recueillies, si les chiffres portent sur les rapports qui suivent la consultation initiale des spécialistes ou s'ils portent sur le traitement dans son ensemble, les rapports servant alors à assurer la continuité de la coordination.

Quand les médecins ne reçoivent pas l'information dont ils ont besoin, ils doivent souvent redemander des analyses ou les tests. Un quart des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'au cours du mois écoulé, ils avaient dû répéter une analyse, un test ou un acte médical, ce qui tend à indiquer qu'il y a matière à amélioration dans la communication des résultats et la coordination des soins.

Les résultats montrent que la communication entre médecins de famille et spécialistes est relativement bonne. Toutefois, en ce qui a trait aux analyses, tests et actes médicaux, les procédures de coordination semblent moins bien établies, ce qui constitue un obstacle à la transmission des informations au médecin de famille.

Les médecins de famille qui disent au cours du dernier mois, des tests ou des procédures avait à répéter parce que les résultats étaient indisponibles pour les patients 2015



A photograph of a male doctor with grey hair, wearing a dark patterned jacket over a checkered shirt, examining a female patient's eye with a handheld ophthalmoscope. The patient has reddish-brown hair and is wearing a light blue sleeveless denim shirt with glasses hanging from the pocket. In the background, a framed certificate from the Medical Council of Canada is visible on the wall, along with a blue cloth draped over a metal basket.

4. Coordination des soins avec les hôpitaux

Photo de Dr O'Halloran prise par Roger Yip, s'il vous plaît voir son histoire à la page 28.

Lorsqu'une personne sort de l'hôpital, il importe que son médecin de famille et la personne elle-même sachent comment prendre en main sa santé. Cela nécessite un transfert d'information à d'autres fournisseurs de soins, dont le médecin de famille, et la prise de dispositions pour les soins de suivi[2].

Chaque fois qu'une personne sort de l'hôpital, les médecins qui l'ont pris en charge remplissent un sommaire d'hospitalisation destiné à communiquer les renseignements sur le séjour de la patiente ou du patient, des recommandations sur le suivi à assurer (p. ex. nouveaux médicaments à prescrire), les résultats des analyses et des tests, et les rendez-vous futurs. La réception en temps voulu de ce rapport par le médecin de famille peut contribuer à la qualité et à la continuité des soins que la patiente ou le patient recevra à sa sortie. Le sommaire peut notamment permettre d'éviter des réactions négatives aux médicaments prescrits, ce qui pourrait éviter des effets médicamenteux indésirables et, par conséquent, le retour à l'hôpital[16].

Ce chapitre fournit des renseignements sur l'expérience des médecins de famille quant à la réception, en temps voulu, des sommaires d'hospitalisation. Nous examinons également la fréquence à laquelle les médecins de famille ou une autre personne travaillant dans leur cabinet s'occupent de la coordination du suivi avec l'hôpital après que la patiente ou le patient en sort.

Ce chapitre, basé sur les données fournies par les médecins de famille, porte sur les mesures suivantes :

- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'ils étaient toujours ou souvent avertis par l'hôpital de la sortie de leurs patientes et patients;
- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'il fallait compter quatre jours, en moyenne, pour recevoir les renseignements de suivi après la sortie d'hôpital;
- pourcentage des médecins de famille ayant déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet se sont occupés de la coordination du suivi avec l'hôpital après la sortie d'une patiente ou d'un patient.

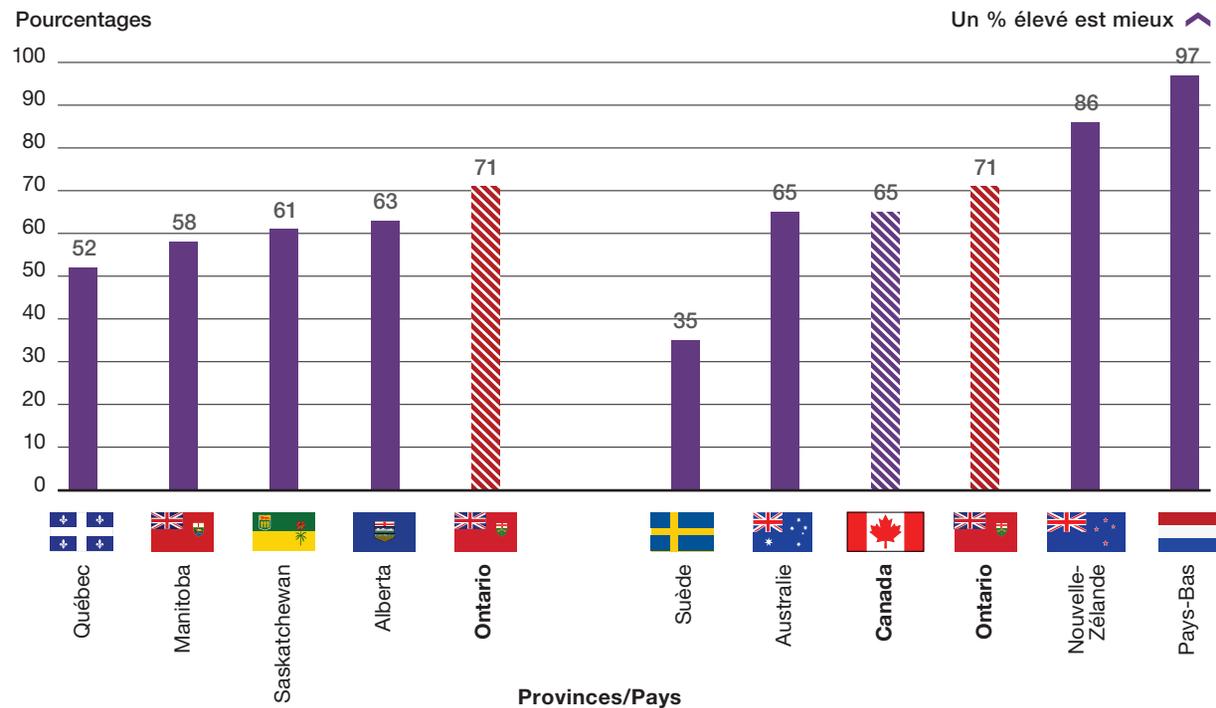
Avis de sortie d'hôpital

En Ontario, sept médecins de famille sur dix (71 %) ont déclaré qu'ils étaient toujours ou souvent avertis par l'hôpital de la sortie de leurs patientes et patients, un pourcentage qui est plus élevé que ceux de l'Alberta, du Manitoba, du Québec et de la Saskatchewan (tableau 4.1). Environ 10 % des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré que lorsque leurs patientes et patients sortaient de l'hôpital, ils en étaient rarement avertis ou ne l'étaient jamais[2].

À l'échelle internationale, la variance des données concernant la réception, par les médecins de famille, d'un avis de l'hôpital à l'occasion de la sortie d'une patiente ou d'un patient, est plus importante qu'au Canada. Les pourcentages vont de 35 % pour la Suède à 97 % pour les Pays-Bas (tableau 4.1). Les médecins de famille de l'Ontario sont mieux lotis que ceux de l'Australie et de la Suède, mais dans deux autres pays – la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas – les médecins de famille sont plus nombreux à être avertis par l'hôpital de la sortie de leurs patientes et patients que ceux de l'Ontario.

Tableau 4.1

Pourcentage de médecins de famille ayant déclaré qu'ils étaient toujours ou souvent avertis par l'hôpital de la sortie de leurs patientes et patients – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, le Québec, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et l'ensemble du pays. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la Suède, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les Remarques méthodologiques.

Réception en temps voulu de l'information après la sortie de l'hôpital

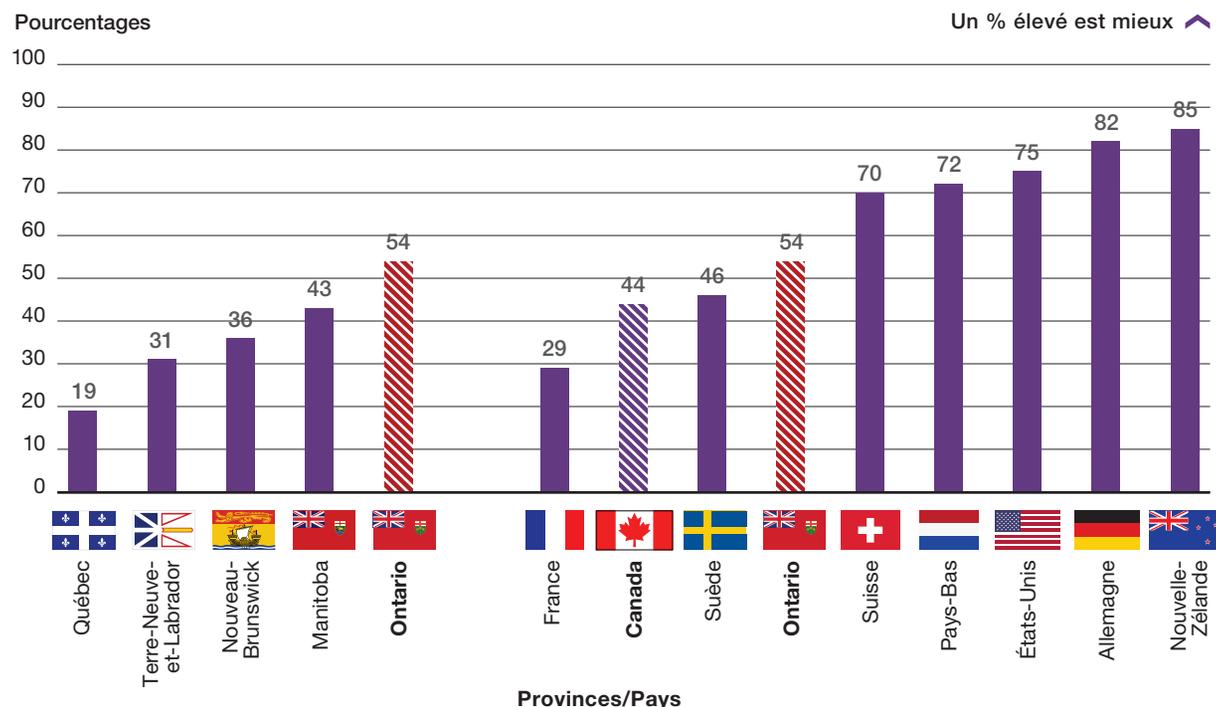
Selon les normes de pratique généralement reconnues, une personne qui sort de l'hôpital devrait voir son fournisseur de soins habituel dans les sept jours[17]. Le fournisseur de soins doit donc disposer des informations concernant le séjour de ce patient à l'hôpital au moment de cette visite de suivi.

Les réponses concernant les délais dans lesquels les médecins de famille reçoivent des informations sur les patientes et patients à leur sortie de l'hôpital varient. À peine plus de la moitié des médecins de famille de l'Ontario (54 %) ont déclaré qu'il fallait compter quatre jours, en moyenne, pour recevoir cette information après que leurs patientes et patients sont sortis de l'hôpital (tableau 4.2).

À l'échelle internationale, un pourcentage plus élevé de médecins de famille de plusieurs pays, dont l'Allemagne, les États-Unis, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas et la Suisse, ont déclaré recevoir des informations sur les patientes et patients aux fins de suivi dans les quatre jours suivant leur sortie de l'hôpital (tableau 4.2). Dans certains pays, dont l'Allemagne, plus d'un quart des médecins de famille (27 %) ont déclaré qu'ils recevaient l'information de suivi dans les 24 heures en moyenne (données non illustrées).

Tableau 4.2

Pourcentage de médecins de famille ayant déclaré qu'il fallait compter quatre jours, en moyenne, pour recevoir des informations sur les patientes et patients aux fins de suivi, après leur sortie de l'hôpital – 2015



Remarques : Seuls des résultats statistiquement significativement différents de l'Ontario sont présentés. Au Canada, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, le Québec, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et l'ensemble du pays. À l'échelle internationale, il existe une différence statistiquement significative entre l'Ontario, la France, la Suède, la Suisse, les Pays-Bas, les États-Unis, l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande. Pour une explication de la différence statistiquement significative, voir les remarques méthodologiques.

Coordination du suivi après la sortie d'hôpital

La façon dont les médecins de famille exercent leur métier, tant au sein de leur cabinet que dans leur zone géographique, peut avoir une incidence importante sur la facilité de coordination des soins aux patientes et patients. À titre d'exemple, il arrive que les médecins de famille des zones rurales exercent à la fois dans leur cabinet de médecine familiale ou de soins primaires et dans un hôpital. Dans ces cas-là, ils ont parfois à s'occuper de leurs patientes et patients lorsqu'ils sont hospitalisés. Les données recueillies ne rendent pas compte de ces cas de figure, qui pourraient constituer une façon originale de coordonner les soins pour certains patients ontariens.

Le Dr O'Halloran et la « culture d'intégration locale »

Les médecins de la petite ville de Collingwood, en Ontario, se sont fixé pour priorité de demeurer activement impliqués dans la coordination des soins, dit le Dr Harry O'Halloran. Le Dr O'Halloran et 46 autres médecins de famille de Collingwood, qui emploient un système électronique de tenue des dossiers médicaux unique pour leurs 55 000 patientes et patients, ont « une culture d'intégration locale ». Cette culture, favorisée par la taille de la localité – 18 cabinets situés à un maximum de 40 kilomètres les uns des autres – a permis aux médecins de réaliser « d'importantes avancées dans la coordination des soins », déclare le Dr O'Halloran.

Pour les médecins de famille de Collingwood, la transmission directe des rapports électroniques permet de les consulter dans la même journée. Et le système étant automatisé, les médecins n'ont pas besoin de demander les informations sur les patientes et patients. Ces médecins ont accès aux dossiers des patientes et patients, avec leurs antécédents médicaux complets.

« De nombreux hôpitaux n'envoient pas de rapports... C'est une grande amélioration en juste un an », commente le Dr O'Halloran.

Lorsqu'un médecin des urgences de l'hôpital de Collingwood accède au dossier d'une personne via le système électronique local de tenue des dossiers médicaux, un message est automatiquement envoyé au médecin de famille. Après que le service des urgences s'est occupé d'un patient, l'hôpital adresse également, au fournisseur de soins primaires de la patiente ou du patient, une copie papier documentant la visite. Si la personne est hospitalisée, le fournisseur de soins primaires en est averti par téléphone. Toutefois, « si la personne est extérieure au système local, il n'y aura probablement pas d'avis, dit le Dr O'Halloran. Le médecin de famille n'apprendra la chose qu'à l'occasion de la visite de la patiente ou du patient ».

Cinquante pour cent des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré qu'eux-mêmes ou une autre personne travaillant dans leur cabinet s'occupaient fréquemment de coordonner les soins avec les hôpitaux à la sortie de leurs patientes et patients. Dans l'ensemble du Canada, les pourcentages vont de 37 % au Québec à 65 % au Nouveau-Brunswick. La province de l'Ontario se situe dans la moyenne, au-dessus de l'Alberta (38 %) et du Québec (37 %), mais en dessous du Nouveau-Brunswick (65 %) et de la Saskatchewan (64 %).

À l'échelle internationale, on observe une grande variance dans les réponses, qui vont de 25 % pour les médecins de famille de la Norvège à 66 % pour ceux de l'Allemagne. Les pourcentages pour les médecins de famille de l'Ontario sont supérieurs à ceux de beaucoup de pays, dont l'Australie, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, la Suède et la Suisse. En revanche, les quatre pays les plus performants – l'Allemagne, les États-Unis, la France et le Royaume-Uni – affichent une fréquence de coordination supérieure.

En résumé

Selon les médecins de l'Ontario, la transmission des informations relatives aux patientes et patients par les spécialistes (traitée au chapitre 3) est supérieure à celle de la transmission des informations par les hôpitaux à la sortie de leurs patientes et patients. Ces médecins ont déclaré qu'ils ne sont pas systématiquement avertis par les hôpitaux lorsqu'une personne va aux urgences ou sort de l'hôpital. Environ sept médecins sur dix ont déclaré qu'ils étaient toujours ou souvent avertis par l'hôpital de la sortie de leurs patientes et patients et à peine plus de la moitié des médecins de famille ont déclaré qu'il fallait compter quatre jours, en moyenne, pour en être averti.

La fréquence à laquelle les médecins de famille ou une personne travaillant dans leur cabinet s'occupent de la coordination des soins avec les hôpitaux à la sortie de leurs patientes et patients varie d'une province à l'autre et d'un pays à l'autre. Cinquante pour cent des médecins de famille de l'Ontario ont déclaré s'occuper de ce type de coordination des soins, et à l'échelle internationale, la variance dépasse le simple au double. Il est donc clair que les médecins de famille de l'Ontario et d'ailleurs ne sont pas toujours informés de l'hospitalisation de leurs patientes et patients, et qu'ils ne reçoivent pas toujours l'information qui devrait leur être communiquée à la sortie de ces personnes, quand ils en ont besoin.

5. La voie vers l'avenir



Les médecins de famille et les autres fournisseurs de soins primaires de l'Ontario jouent un rôle important dans la coordination des soins de leurs patientes et patients. Pourtant, ils se heurtent souvent à des limitations structurelles quand ils ont affaire à d'autres parties du système de santé, en particulier lorsqu'ils ont besoin d'œuvrer avec les services de soins à domicile et les services sociaux et communautaires.

Lors de discussions avec Qualité des services de santé Ontario, les fournisseurs de soins primaires ont dit qu'en termes de ressources, de temps et d'infrastructures, les capacités étaient souvent insuffisantes pour coordonner les soins aux patientes et patients de façon optimale. Il existe bien certaines initiatives – protocoles à suivre lorsqu'une personne sort de l'hôpital; systèmes électroniques de tenue des dossiers médicaux, qui améliorent la circulation de l'information, et autres – mais ces initiatives ne sont pas standardisées à l'échelle de l'Ontario, ni bien utilisées par tous les fournisseurs de soins au sein du système.

Pour ce qui est de la coordination des soins avec les spécialistes, les réponses des médecins de famille de l'Ontario ont été assez semblables à celles des médecins de famille des autres provinces du Canada et des autres pays. Cependant, comparativement aux médecins de famille des autres provinces et pays visés par l'enquête, les

médecins l'Ontario ont signalé une communication moindre avec les services de soins à domicile et les services sociaux. Les différences de structures entre les systèmes de santé des provinces du Canada et des pays visés par l'enquête pourraient avoir une incidence sur l'interprétation des résultats.

Une vision commune

Les partenaires du système de santé de l'Ontario sont unanimes : nous avons besoin d'œuvrer de concert pour améliorer la fluidité des transitions entre les différents fournisseurs de soins et de services et entre les différents milieux de soins pour les patientes et patients. Un grand nombre d'organismes, dont l'Ontario College of Family Physicians, l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Association des centres de santé de l'Ontario, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, l'Association of Family Health Teams, l'Ontario Medical Association et Qualité des services de santé Ontario, ont pris l'engagement de concrétiser cette vision commune.

En décembre 2015, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a publié un document intitulé *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*. Ce document contient des recommandations sur le développement de soins mieux intégrés et adaptés aux besoins locaux,

dont le renforcement des liens entre la santé de la population et la santé publique, et les soins à domicile et en milieu communautaire. Joignant leurs efforts, les partenaires du ministère sont à l'œuvre dans le but d'aider à concrétiser cette vision, en s'appuyant sur un cadre commun : mesure du rendement pour les soins primaires, rapports périodiques sur le système et les pratiques, priorités communes touchant aux pratiques et politique d'amélioration de la qualité, entre autres atouts majeurs.

Un effort intégré et stratégique de toutes les parties prenantes de l'ensemble du système de l'Ontario est en branle dans le but de faire progresser la qualité des soins primaires. À cette fin, un comité consultatif sur la qualité des soins primaires a été mis sur pied par Qualité des services de santé Ontario. Ce comité est chargé de fournir des conseils sur la stratégie et les possibilités existantes pour mobiliser, de manière coordonnée et efficace, les ressources offertes par les partenaires du système.

Qualité des services de santé Ontario continuera d'œuvrer en étroite collaboration avec les partenaires du système de santé pour promouvoir la qualité des soins primaires dans les domaines des normes de qualité, de l'amélioration de la qualité et des pratiques, du suivi des performances, de l'établissement de rapports destinés au public et des recommandations générales à propos du système.

Remarques méthodologiques

Source des données

L'Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de médecins de soins primaires de 11 pays : Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse. Le Fonds du Commonwealth est une fondation américaine privée qui fournit un financement de base pour l'élaboration d'enquêtes, qu'elle supervise. Le cabinet de recherche Social Science Research Solutions a été mandaté pour réaliser l'enquête et collecter les données au Canada.

Méthode d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage a varié selon les pays. Néanmoins, on a utilisé un questionnaire commun, traduit et modifié en fonction de la terminologie propre à chaque pays. Pour la partie canadienne de l'enquête, Social Science Research Solutions a invité les médecins de famille (par voie postale) à choisir l'une des deux versions de l'enquête : la version papier ou la version en ligne. La collecte de données a été effectuée entre les 5 mars et 5 juin 2015, en anglais et en français. Il y a eu 2 284 répondantes et répondants au Canada, dont 558 en Ontario. Dans cette province, le taux de réponse a été de 32,5 %.

Qualité des services de santé Ontario a fourni un financement supplémentaire pour accroître la taille de l'échantillon de l'Ontario afin d'être en mesure de mieux cerner les différences statistiquement significatives en matière d'efficacité. En raison de la petite taille des échantillons de l'Île-du-Prince-Édouard et des territoires, leurs résultats n'ont pas été indiqués séparément; ils ont simplement été amalgamés aux résultats du Canada.

Pondération des résultats

Les données d'enquête pour le Canada ont été pondérées pour représenter la population de médecins de soins primaires et tenir compte du plan d'échantillonnage et de la probabilité de sélection. Les paramètres de population retenus pour la pondération ont été l'âge, le sexe et la province. Les données de références proviennent du fichier maître de l'Association médicale canadienne du mois de janvier 2015. À l'étape de pondération finale, les pondérations ont été ajustées de manière à ce que la part de chaque province corresponde à la part de cette province parmi les fournisseurs de soins primaires canadiens. C'est ainsi que l'échantillon de l'Ontario (24,4 % de répondantes et répondants) a été pondéré pour représenter la part de cette province dans la population nationale des médecins de famille (33,3 %).

Distributions pondérée et non pondérée, et nombre de réponses pour chaque province

Provinces	Distribution non pondérée	Distribution pondérée	Nombre de réponses
Colombie-Britannique	8,6 %	14,4 %	196
Alberta	7,8 %	11,9 %	179
Saskatchewan	8,3 %	3,6 %	189
Manitoba	8,0 %	3,7 %	183
Ontario	24,4 %	33,3 %	558
Québec	19,9 %	23,9 %	455
Nouveau-Brunswick et île-du-Prince-Édouard	8,1 %	3,4 %	180
Nouvelle-Écosse	7,6 %	3,5 %	173
Terre-Neuve-et- Labrador	7,3 %	2,4 %	166

Critère de signification

Social Sciences Research Solutions a effectué des analyses statistiques pour comparer les réponses entre pays et entre provinces du Canada. En ce qui a trait aux comparaisons entre provinces, des tests d'hypothèse ont été effectués pour la comparaison de chaque province à chacune des autres et au Canada tout entier. Les résultats de l'Ontario ont également été comparés à ceux des pays autres que le Canada. La signification statistique a été estimée sur la base d'une valeur p inférieure à 0,05, ce qui signifie que la probabilité que les différences d'expériences rapportées par les répondantes et répondants ait été le fait du hasard est inférieure à 5 %.

Questions du sondage

Le présent rapport, établi d'après les résultats de l'*Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires*, porte sur la série de questions suivantes :

Est-ce que vous-même ou une autre personne travaillant dans votre cabinet coordonnez...

- les soins de suivi avec les hôpitaux à la sortie de vos patientes et patients? (% de médecins de famille ayant répondu « fréquemment »)
- les soins avec les services sociaux ou d'autres fournisseurs de soins en milieu communautaire? (% de médecins de famille ayant répondu « fréquemment »)

Quand des spécialistes voient vos patientes et patients, vous envoient-ils souvent...

- un rapport contenant tous les renseignements médicaux pertinents? (% de médecins de famille ayant répondu « toujours/souvent »)
- des informations rapidement, quand il vous les faut? (% de médecins de famille ayant répondu « toujours/souvent »)

Lorsque vos patientes et patients se rendent aux urgences ou sont admis à l'hôpital...

- recevez-vous souvent un avis de l'hôpital à l'occasion de leur sortie? (% de médecins de famille ayant répondu « toujours/souvent »)
- combien de temps devez-vous attendre, en moyenne, après leur sortie de l'hôpital, pour recevoir l'information dont vous avez besoin afin de continuer à les prendre en charge convenablement, ce qui inclut la première visite de suivi? (% de médecins de famille ayant répondu qu'il fallait compter quatre jours)

Au cours du mois écoulé, avez-vous rencontré la situation suivante avec un ou plusieurs de vos patientes et patients?

- une analyse ou un test, ou un acte médical qui a dû être répété parce que vous n'aviez pas accès au résultat antérieur. (% de médecins de famille ayant répondu « oui »)

Si un ou plusieurs de vos patientes et patients reçoivent des services à domicile (p. ex. soins infirmiers ou soins d'hygiène)...

- est-ce que vous-même ou une autre personne travaillant dans votre cabinet communiquez régulièrement avec les gestionnaires de cas ou les fournisseurs de soins à domicile au sujet des besoins de ces personnes et des services à leur fournir? (% de médecins de famille ayant répondu « régulièrement »)

- est-il facile ou difficile de coordonner les soins de vos patientes et patients avec les services sociaux ou les fournisseurs de services, lorsque c'est nécessaire (p. ex. services de logement, services de repas à domicile et transports)? (% de médecins de famille ayant répondu « très facile/facile »)

Limitations du sondage

Cette enquête étant transversale, les relations de causalité entre les questions posées sont impossibles à déterminer.

L'enquête fournit des données autodéclarées, qui reposent sur la mémoire des répondantes et répondants relativement à leurs activités professionnelles quotidiennes, ainsi qu'à des faits passés touchant à la coordination des soins de leurs patientes et patients. Il se peut que leur souvenir de ces faits soit entaché de lacunes ou d'erreurs. La véracité des informations communiquées ne peut pas être vérifiée dans le cadre de la présente enquête.

La prudence s'impose en ce qui a trait à la comparaison des résultats de la présente enquête avec ceux des enquêtes effectuées auprès des médecins de soins primaires par le *Fonds du Commonwealth* lors des années précédentes. En effet, certaines questions n'étant pas tout à fait les mêmes, elles ne sont pas directement comparables.

Les variances observées entre provinces et pays peuvent traduire des différences dans l'organisation ou la prestation des soins ou bien des différences dans les attributions des rôles des médecins de famille concernant la coordination, pour leurs patientes et patients, de types de soins spécifiques au sein du système de santé. Le présent rapport concerne les résultats d'un ensemble de questions de l'enquête portant sur la coordination des soins, et ces résultats ne doivent pas être interprétés comme des indicateurs de mesure du rendement.

Remerciements

Qualité des services de santé Ontario

Équipe de direction

Joshua Tepper,

président-directeur général

Anna Greenberg,

vice-présidente, Rendement du système de santé

Irfan Dhalla,

Analyse des données et normes

Lee Fairclough,

Amélioration de la qualité

Mark Fam,

Affaires générales

Jennie Pickard,

Partenariats stratégiques

Michelle Rossi,

directrice, Politiques et stratégie

Jennifer Schipper,

chef, Communications et participation des patientes et patients

Jeffrey Turnbull,

chef, Qualité clinique

Pour les biographies, veuillez consulter

hqontario.ca/A-propos-de-nous/Equipe-de-direction

Élaboration du rapport

Qualité des services de santé Ontario reconnaît et merci à la clinique dirigée par l'Association canadienne de santé mentale Durham infirmière praticienne, Tia Pham et Harry O'Halloran pour partager leurs histoires dans ce rapport.

Ce rapport a été élaboré par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario, y compris : Sneha Abraham, Heather Angus-Lee, Susan Brien, Shirley Chen, Naushaba Degani, Gail Dobell, Ryan Emond, Louise Grenier, Sharon Gushue, Sandra Kerr, Isra Khalil, Reena Kudhail, Timothy Maguire, Jennifer Riley, et Amira Salama.

Qualité des services de santé Ontario reconnaît également et merci le comité d'examen, y compris : Darren Larsen, Cathy Faulds, Sarah-Lyn Newbery, Carol Mulder, Angie Heydon, Jennifer Rayner, David Kaplan, Harry O'Halloran, Jennifer Everson, Mario Elia, Onil Bhattacharya, Anne Bell, et Lee Donahue.

Les données de ce rapport ont été fournies par la recherche en sciences sociales Solutions.

À propos du Fonds du Commonwealth:

Le Fonds du Commonwealth est une fondation qui vise à promouvoir les systèmes de soins de santé très performants. Une façon il le fait est à travers un programme international en matière de politique de santé. Chaque année, le Fonds du Commonwealth mène une enquête sur les politiques de santé des pays à revenu élevé : Australie, Canada, France, Allemagne, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Suisse, Royaume-Uni et la États Unis.

Références bibliographiques

- ¹ Starfield, B. "Primary care and equity in health: the importance to effectiveness and equity of responsiveness to peoples' needs", *Humanity & Society*, n° 33 (1-2), 2009, p. 56-73.
- ² Qualité des services de santé Ontario. « Les soins intégrés : Point de vue des Ontariens concernant la coordination et la communication dans les soins de santé », Toronto, 2015.
- ³ THE COMMONWEALTH FUND. 2015 Commonwealth Fund International Health Policy Survey, Washington (DC), 2015, mis à jour le 19 novembre 2015. [<http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/surveys/2015/2015-international-survey>] (consulté le 16 mars 2016).
- ⁴ Aggarwal, M., et B. Hutchison. « Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada », Ottawa, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, décembre 2012.
- ⁵ bestPATH evidence informed improvement package: chronic disease management [Internet]. Toronto: Health Quality Ontario; 2013 [cited 2015 Mar 3]. 48 p. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/bp/bp-improve-pkg-bpcm-en.pdf>
- ⁶ Health care in Canada, 2012: a focus on wait times [Internet]. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2012 [cited 2015 Mar 3]. 108 p. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC2012-FullReport-ENweb.pdf
- ⁷ Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust*. 2008;188(8):S65-8.
- ⁸ Price, D., E. Baker, B. Golden, R. Hannam. "Patient care groups: a new model of population based primary health care for Ontario", Toronto, 11 février 2015.
- ⁹ "Care Co-ordination in Primary Care", énoncé de position de l'Ontario Primary Care Council, novembre 2015.
- ¹⁰ « Les soins à domicile au Canada : de l'exclusion à l'intégration », Ottawa, Association canadienne des soins de santé, 2009.
- ¹¹ Berta, W., J. Barnsley, J. Bloom, R. Cockerill, D. Davis, L. Jaakkimainen et coll. "Enhancing continuity of information: essential components of consultation reports", *Can Fam Physician*, n° 55 (624-5e), 2009, p. 1-5.
- ¹² Elder, N.C., T.R. McEwen, J. Flach et coll. "The Management of Test Results in Primary Care: Does an Electronic Medical Record Make a Difference?", *Fam Med*, n° 42 (5), 2010, p. 327-333.
- ¹³ Hickner, J., D.G. Graham, N.C. Elder, E. Brandt, C.B. Emsermann, S. Dovey et coll. "Testing process errors and their harms and consequences reported from family medicine practices: a study of the American Academy of Family Physicians National Research Network", *Qual Saf Health Care*, n° 17 (3), juin 2008, p. 194-200.

- ¹⁴ PRIEST, S. Test results: whose job is it to tell the patient? 2016, healthydebate.ca, [<http://healthydebate.ca/2012/12/topic/quality/test-results-whose-job-is-it-to-tell-the-patient>] (consulté le 6 mai 2016).
- ¹⁵ Test Results Management, 2016, cpso.on.ca, [<http://www.cpso.on.ca/policies-publications/policy/test-results-management>] (consulté le 6 mai 2016).
- ¹⁶ Shepperd, S., N.A. Lannin, L.M. Clemson, A. McCluskey, I.D. Cameron et S.L. Barras. "Discharge planning from hospital to home", Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 1, 2013, art. n° CD000313.
- ¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé. Suivi du médecin après la sortie de l'hôpital : progrès dans l'adoption de pratiques exemplaires https://secure.cihi.ca/free_products/Physician-Follow-Up-Study-mar2015_FR.pdf

Faisons en sorte que notre système soit en meilleure santé

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél : 416-323-6868
Sans frais : 1-866-623-6868
Courriel : info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario