



*Comparaison des*

# MODÈLES DE SOINS PRIMAIRES EN ONTARIO

en fonction des données démographiques, de la  
casuistique et de l'utilisation des salles d'urgence,  
de 2008–2009 à 2009–2010

Comparaison des modèles de soins  
primaires en Ontario en fonction  
des données démographiques,  
de la casuistique et de l'utilisation  
des salles d'urgence,

de 2008–2009 à 2009–2010

*Rapport d'enquête de l'Institut de  
recherche en services de santé (IRSS)*

---

Auteurs

*Richard H. Glazier*

*Brandon M. Zagorski*

*Jennifer Rayner*

---

Mars 2012

## RENSEIGNEMENTS SUR LA PUBLICATION

© Institut de recherche en services de santé, 2012

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite, enregistrée dans un système d'extraction, ou transmise sous une forme quelconque ou par un moyen quelconque, qu'il soit électronique, mécanique, par photocopie, enregistrement ou autre, sans la permission écrite de l'éditeur.

Les opinions, résultats et conclusions du présent rapport sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Ils ne sont pas le reflet de la position de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) ou de l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO). L'ACSO n'a pas participé à la conception ni à la tenue de l'étude et n'exerce aucun contrôle sur celle-ci, pas plus que sur l'analyse et l'interprétation des données, la décision de publier ou la préparation, l'examen et l'approbation du manuscrit.

### Institut de recherche en services de santé (IRSS)

2075, avenue Bayview, bureau G1 06  
Toronto (Ontario) M4N 3M5  
Téléphone: 416-480-4055  
[www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)

## Données de catalogage avant publication (Canada)

Comparaison des modèles de soins primaires en Ontario en fonction des données démographiques, de la casuistique et de l'utilisation des salles d'urgence, de 2008–2009 à 2009–2010. Rapport d'enquête de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS).

Comprend des références bibliographiques.

ISBN 978-1-926850-30-6 (PDF)

## Comment citer cette publication

GLAZIER, RH, ZAGORSKI, BM, RAYNER, J.,  
« Comparaison des modèles de soins primaires en Ontario en fonction des données démographiques, de la casuistique et de l'utilisation des salles d'urgence, de 2008–2009 à 2009–2010. Rapport d'enquête de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) », Toronto, Institut de recherche en services de santé, 2012.

<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	
I Affiliation des auteurs	<b>1 CONTEXTE</b>
I Remerciements	<b>4 OBJECTIFS</b>
II À propos de notre organisation	<b>5 MÉTHODES</b>
III Sommaire du rapport	5 Participants
V Liste des encadrés	5 Sources de données
	8 Casuistique
	9 Analyses
	<b>10 CONSTATATIONS</b>
	<b>25 DISCUSSION</b>
	26 Limites
	29 Incidences sur les politiques
	30 Incidences sur l'évaluation et la recherche
	<b>31 CONCLUSIONS</b>

## AFFILIATIONS DES AUTEURS

### **Richard H. Glazier, MD, MPH, CCFP, FCFP, ABMP**

Maître de recherches, Institut de recherche en services de santé / Scientifique, Centre for Research on Inner City Health, du Keenan Research Centre du Li Ka Shing Knowledge Institute de l'Hôpital St.

Michael / Professeur, Département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto / Médecin de famille, Hôpital St. Michael

### **Brandon M. Zagorski, MS**

Analyste, Institut de recherche en services de santé / Professeur auxiliaire, Institut de politique, de gestion et d'évaluation en matière de santé, Université de Toronto

### **Jennifer Rayner, MSc**

Spécialiste régionale de l'aide à la décision, London InterCommunity Health Centre

## REMERCIEMENTS

L'étude a été parrainée par l'Association des centres de santé de l'Ontario et nous lui sommes reconnaissants de l'aide qu'elle nous a fournie pour recueillir les données auprès des centres de santé communautaires participants.

Nous remercions également Thérèse Stukel et Michael Schull de nous avoir fourni des commentaires judicieux sur les résultats de l'étude. Nous tenons en outre à remercier Brian Hutchison, Michael Rachlis, Liisa Jaakkimainen, Mary Fleming, Laura Muldoon et Jan Hux qui nous ont fourni de la rétroaction précieuse sur les versions précédentes du présent rapport.

## À PROPOS DE NOTRE ORGANISATION

L'Institut de recherche en services de santé (IRSS) est un organisme sans but lucratif indépendant qui fait avancer la connaissance dans le but d'améliorer l'efficacité des soins de santé offerts aux Ontariennes et aux Ontariens. Internationalement reconnu pour son usage novateur des données démographiques sur la santé, l'IRSS produit des résultats qui viennent en appui à l'élaboration de politiques en matière de santé et qui guident les changements apportés à l'organisation et à la prestation des services de santé.

L'élément crucial de notre travail repose sur notre capacité à établir des liens entre les données démographiques sur la santé, à l'échelle des patients, de manière à assurer la vie privée et la confidentialité des renseignements médicaux personnels. Des bases de données liées contenant des renseignements au sujet de 13 millions de personnes sur 33 millions de Canadiens nous permettent de suivre les patients, du diagnostic au traitement, et d'évaluer les résultats.

L'Institut de recherche en services de santé réunit la crème des chercheuses et des chercheurs de l'Ontario. Bon nombre de nos scientifiques ne sont pas uniquement des chefs de file reconnus à l'échelle internationale, ils sont en outre des cliniciens praticiens qui comprennent la prestation des soins de santé sur le terrain. Les connaissances produites par l'Institut de recherche en services de santé étant ainsi axées sur l'aspect clinique, elles sont utiles en vue de changer les pratiques. D'autres membres de notre équipe possèdent une formation en statistique, en épidémiologie, en gestion de projet ou en communications. Ces compétences et ces formations très diverses assurent une approche multidisciplinaire aux enjeux et permettent de composer une mosaïque de perspectives concrètes qui est essentielle au façonnement du futur système de soins de santé de l'Ontario. Le financement de fonctionnement de l'IRSS provient du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. De plus, notre corps professoral et notre personnel participent à l'obtention de subventions approuvées par les pairs auprès d'organismes fédéraux de financement, comme les Instituts de recherche en santé du Canada, et des fonds destinés à des projets particuliers sont accordés par des organismes provinciaux et nationaux. Ces sources combinées de financement permettent à l'Institut de recherche en services de santé d'entreprendre un grand nombre de projets relativement à un large éventail de sujets. Les connaissances produites à partir de ces efforts demeurent indépendantes des organismes de financement, ce qui est essentiel à notre succès en tant que source ontarienne objective et crédible de Evidence Guiding Health Care.

*« L'Institut de recherche en services de santé réunit la crème des chercheuses et des chercheurs de l'Ontario. Bon nombre de nos scientifiques ne sont pas uniquement des chefs de file reconnus à l'échelle internationale, ils sont en outre des cliniciens praticiens qui comprennent la prestation des soins de santé sur le terrain. »*

# Sommaire du rapport

## ENJEU

Existe-t-il des différences entre les modèles de soins primaires de l'Ontario au chapitre des clients et patients desservis et de la fréquence à laquelle ces derniers se rendent dans les salles d'urgence (SU)?

## ÉTUDE

La présente étude s'est penchée sur les patients et les clients inscrits dans les centres de santé communautaire (CSC, un modèle de salariés), les groupes de santé familiale (GSF, un modèle de paiements à l'acte combinés), les réseaux de santé familiale (RSF, un modèle de paiements par capitation combinés), les organismes de santé familiale (OSF, un modèle de paiements par capitation combinés), les équipes de santé familiale (ESF, un modèle d'équipe interprofessionnelle composée de RSF et d'OSF), d'« autres » modèles combinés plus petits et ceux qui n'appartiennent pas à un modèle. Des données électroniques sur les rencontres (dans le cas des CSC) et des données administratives sur les soins de santé recueillies de façon régulière ont été utilisées pour examiner la composition sociodémographique, les tendances de morbidité et de comorbidité (casuistique) ainsi que l'utilisation des SU. Les taux de fréquentation des SU ont été rajustés afin de tenir compte des écarts au plan des emplacements et des caractéristiques des clients et patients.

## PRINCIPALES CONSTATATIONS

- Comparativement à la population ontarienne, les populations desservies par les CSC sont issues de quartiers à faible revenu, comptent une plus forte proportion de nouveaux arrivants et de prestataires de l'aide sociale, regroupent des membres ayant les conditions les plus graves de maladie mentale et de maladie chronique et affichent les plus forts taux de morbidité et de comorbidité. Dans les régions urbaines et rurales, les CSC affichaient des taux de fréquentation des SU considérablement inférieurs à ceux prévus.
- Les profils sociodémographiques et de morbidité des modèles de GSF et « Autres » sont très semblables à ceux dans l'ensemble de l'Ontario, mais les GSF affichaient une plus forte proportion de nouveaux arrivants, ce qui tient vraisemblablement au fait qu'ils soient plutôt situés en régions urbaines. Les modèles urbains et ruraux de GSF et « Autres » affichaient un nombre de visites des SU inférieur à celui prévu.
- Le profil des RSF et des ESF est essentiellement rural, tandis que celui des OSF était semblable à celui de l'Ontario dans son ensemble. Comparativement à la population de l'Ontario, les patients des trois modèles provenaient de quartiers à revenu supérieur, avaient beaucoup moins tendance à être de nouveaux arrivants et avaient moins tendance à recourir au système de santé ou à avoir un fort taux de comorbidité. Le nombre de visites des SU dans les trois modèles était supérieur aux prévisions.
- Ceux qui n'appartenaient pas à un des modèles de soins visés par l'étude avaient davantage tendance à être des hommes, à être plus jeunes, à moins recourir au système de santé et à avoir un taux de morbidité et de comorbidité inférieur à ceux inscrits dans un modèle de soins. Le nombre de visites des SU était supérieur à celui prévu.

## RÉPERCUSSIONS

Différents modèles de soins primaires desservent différentes population de patients et s'assortissent de différents résultats. Les CSC se sont démarqués parce qu'ils dispensaient des soins à des populations défavorisées et plus malades et comptaient un nombre de visites des SU nettement inférieur à celui prévu. Les motifs de ces résultats meilleurs ne sont pas connus et exigent un examen plus poussé. Les modèles de paiements par capitation de l'Ontario desservent des populations plus défavorisées et présentent des taux de fréquentation des SU supérieurs aux prévisions. Les précisions concernant les mécanismes de remboursement des médecins en matière de paiements par capitation sont des éléments importants permettant de réaliser les résultats escomptés. C'est pourquoi il convient de réexaminer les structures de paiements et d'incitatifs qui sous-tendent ces modèles. Le taux d'utilisation des SU par les Ontariens qui n'appartiennent pas à un des modèles de soins à l'étude était supérieur aux prévisions, ce qui laisse entendre qu'ils ont éprouvé de la difficulté à avoir accès aux soins primaires. Une évaluation plus poussée du rendement des modèles de soins primaires de l'Ontario à la lumière des coûts et une comparaison avec des modèles utilisés ailleurs s'imposent donc.

# Liste des encadrés

**Encadré 1** / Caractéristiques choisies des modèles de financement des soins primaires en Ontario

**Encadré 2** / Nombre de patients inscrits à une liste dans différents modèles de paiement des soins primaires en Ontario\* (excluant les centres de santé communautaire), de 2004 à 2010

**Encadré 3** / Nombre d'Ontariens et caractéristiques sociodémographiques de ces derniers en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010

**Encadré 4** / Taux de morbidité et de comorbidité des Ontariens en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010

**Encadré 5** / Indice standardisé de morbidité des ACG (ISMA) pour les résidents de l'Ontario en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010

**Encadré 6** / Visites moyennes observées et prévues des salles d'urgence (SU) par personne pour les résidents de l'Ontario en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010

**Encadré 7** / Ratio des visites moyennes observées et prévues des salles d'urgence (SU) par personne pour les résidents de l'Ontario en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010

# Contexte

Traditionnellement, les soins primaires au Canada sont dispensés par des médecins qui pratiquent seuls ou en groupe et qui reçoivent une rémunération prenant essentiellement la forme de paiements à l'acte versés par les régimes provinciaux de soins de santé pour des services admissibles. Au cours des dix dernières années, nombre de provinces ont tenté d'élargir et d'améliorer l'accès aux soins primaires tout en rehaussant la qualité des soins fournis<sup>1</sup>. Certaines provinces se sont concentrées sur des changements structurels (p. ex., de nouveaux systèmes de paiement et des équipes interdisciplinaires), tandis que d'autres n'ont pas touché aux accords qui avaient déjà été conclus avec des praticiens, mais ont tenté de renforcer l'accès et la capacité en bonifiant les paiements et en offrant d'autres formes de soutien, comme les coordonnateurs de soins<sup>2</sup>. Dans un même temps, des centres de santé communautaire (CSC) existaient déjà dans de nombreuses provinces qui amorçaient des réformes des autres secteurs de la prestation des soins primaires. Les CSC sont habituellement caractérisés par une régie communautaire, une attention accordée à des besoins particuliers de la population et à des déterminants

sociaux de la santé, une promotion de la santé de plus grande portée, des services de sensibilisation et de développement communautaire et des équipes interprofessionnelles salariées.

Les CSC existent en Ontario depuis plus de quarante ans. En tout, 73 CSC desservent environ 357 000 personnes dans 110 collectivités en Ontario<sup>3</sup>. À l'instar de ceux de nombreux autres CSC au Canada, les professionnels de la santé des CSC de l'Ontario ont conclu des accords de rémunération et sont considérés comme des employés salariés. En 2001, le *réseau de santé familiale (RSF)* a été instauré en Ontario. Ce nouveau modèle de soins repose sur des paiements par capitation remis aux médecins, qui sont combinés avec un nombre limité de paiements à l'acte et d'incitatifs. Il suppose l'inscription officielle des patients (prise en charge) – et la perte des bonis si les patients reçoivent des soins primaires en dehors du groupe d'inscrits –, l'offre de cliniques de soirée et de fin de semaine ainsi que la présence d'un médecin d'appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec le soutien offert par un membre du personnel infirmier de télétriage. Des incitatifs

étaient offerts à l'égard des patients vus en dehors des heures normales, de la gestion des maladies chroniques et de l'atteinte de seuils cumulatifs de pratique relatifs à certaines manœuvres en matière de soins de santé préventifs. Les paiements par capitation étaient fondés sur la fréquence prévue des consultations au bureau pour chaque groupe d'âge/sexes de cinq années, mais n'étaient pas rajustés pour tenir compte des besoins en matière de soins de santé ou des disparités sociales. Une autre mensualité, appelée honoraires pour prestation de soins complets, était versée pour chaque patient inscrit, et la plupart des consultations au bureau étaient payées à 10 % de la valeur intégrale du paiement à l'acte. Le modèle du RSF représentait donc un modèle de remboursement combiné dans lequel la plupart des paiements étaient fondés sur la capitation. Un autre nouveau modèle, le *groupe de santé familiale (GSF)*, a été instauré en 2003. Il prévoyait presque les mêmes dispositions que celles du modèle du RSF, mais conservait le paiement intégral à l'acte ainsi que les honoraires mensuels pour prestation de soins complets pour

chaque patient inscrit. Il représentait donc un modèle de remboursement combiné dans lequel la plupart des paiements prenaient la forme d'un paiement à l'acte. Le *modèle de soins complets (MSC)* comportait des exigences semblables à celles du GSF, mais il était conçu pour les médecins qui pratiquaient seuls alors que le modèle du GSF exigeait un minimum de trois médecins. En 2005, deux modèles plus anciens de paiements par capitation, l'organisme de service de santé et le réseau de soins primaires, ont été regroupés pour former un nouveau modèle de soins primaires, l'*organisme de santé familiale (OSF)*. Les deux modèles plus anciens de paiements par capitation reposaient sur des paiements âge/sexes et n'étaient pas rajustés pour tenir compte des besoins en matière de soins de santé ni des disparités sociales. Peu après sa mise en œuvre, le modèle de l'OSF a été appliqué à tous les groupes de médecins offrant des soins primaires en Ontario. L'OSF offrait un éventail de services plus vaste que celui du RSF et des paiements par capitation supérieurs à ceux de ce dernier mais, autrement, les deux modèles comportaient de nombreuses dispositions identiques. Une autre série de modèles de soins primaires a également été mise au point en Ontario afin de répondre à des besoins communautaires particuliers. Il s'agissait en général de modèles locaux relativement petits dotés d'autres modes de paiement. En 2010, plus de neuf millions d'Ontariens étaient inscrits à l'un des modèles de soins primaires – les OSF et

les GSF représentant les deux modèles les plus grands, chacun comptant environ quatre millions de personnes. Les modèles de soins primaires de l'Ontario sont décrits avec plus de détails par ProfessionsSantéOntario<sup>4</sup>, et certaines des caractéristiques des grands modèles de financement sont présentées à l'encadré 1.

En 2006, les *équipes de santé familiale (ESF)* ont été instaurées. Même si les ESF ne constituaient pas des modèles de financement, elles exigeaient que les médecins soient rémunérés par l'un ou l'autre des modèles de paiements par capitation combinés (RSF ou OSF) ou par un modèle de salariés combinés. Les médecins recevant un paiement à l'acte et ceux faisant partie de GSF ne pouvaient pas appartenir à une ESF. Les ESF se composaient d'une équipe pluridisciplinaire et recevaient des fonds au titre de la rémunération d'un directeur exécutif et des dossiers médicaux électroniques. En 2010, 150 ESF desservaient plus de deux millions d'Ontariens et 50 autres équipes étaient en voie d'être instaurées<sup>5</sup>.

On a tenté de caractériser les volets des soins primaires et le rendement obtenu par chaque modèle de soins à cet égard<sup>6</sup>, de même que de comparer les modèles de soins primaires en Ontario<sup>7 à 12</sup>. Les différences au plan de la composition âge/sexes, de l'emplacement rural/urbain et des besoins de santé viennent compliquer passablement ces comparaisons. À titre d'exemple, on s'attend à ce que les patients d'un modèle de soins primaires à

prédominance rurale recourent plus souvent aux services des salles d'urgence (SU) que les patients d'un modèle à prédominance urbaine puisqu'il existe peu de solutions de rechange en cas de soins en dehors des heures normales (p. ex., cliniques de consultation sans rendez-vous ou centres de soins d'urgence mineure) en milieu rural. On s'attend également à ce que les patients d'un modèle qui sont en général plus âgés ou plus malades utilisent davantage les services offerts.

Le présent rapport se concentre sur les volets suivants des soins primaires et sur le rendement obtenu par chaque modèle de financement à cet égard :

- Caractéristiques sociodémographiques.
- Tendances de morbidité et de comorbidité (casuistique).
- Utilisation des SU.

Les visites des SU servent souvent d'indicateur de l'accès aux services de soins primaires dans la collectivité<sup>13,14</sup>. Lorsque les soins primaires sont facilement disponibles en cas d'urgence et après les heures normales, le nombre de visites des SU devrait être inférieur à celui enregistré dans les régions où de tels services ne sont pas aussi accessibles. L'accès en temps opportun et après les heures normales aux soins primaires est un défi de taille que doivent relever toutes les administrations canadiennes. Dans le cadre de sondages menés auprès de patients dans onze pays

développés, le Canada a affiché le plus fort taux d'utilisation des SU, est arrivé au deuxième rang pour ce qui est de l'incapacité d'obtenir un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un médecin ou un infirmier et s'est classé troisième au chapitre de la difficulté d'avoir accès à des soins après les heures normales<sup>15</sup>. Ces résultats laissent supposer que l'accès en temps opportun et après les heures normales aux soins de santé primaires devrait constituer un des principaux points sur lesquels faire porter les politiques de l'Ontario et soulèvent des questions quant

à la manière dont les différents modèles de soins réussissent à relever ce défi. Dans le présent rapport, nous nous servons des visites des SU à titre d'indicateur de l'accès aux soins en temps opportun et après les heures normales puisqu'il n'existe aucune donnée sur l'accès aux soins signalée par les patients pour chaque modèle. L'utilisation des SU est, en soi, une mesure importante, vu les forts taux d'utilisation des SU au Canada, les débordements fréquents des SU et les risques démontrés liés au débordement des SU<sup>16</sup>.

# Objectifs

Nous cherchions à caractériser les modèles de soins primaires en Ontario en fonction des données démographiques, de l'emplacement de la pratique et de la casuistique, de même qu'à examiner l'utilisation des SU par les patients et les clients dans chaque modèle avant et après les contrôles effectués sur les caractéristiques.

# Méthodes

## PARTICIPANTS

Tous les résidents de l'Ontario admissibles aux soins de santé de 2008–2009 à 2009–2010 qui avaient consulté un médecin au cours de cette période et qui étaient vivants le 31 mars 2010 ont été inclus. Les modèles suivants sont au nombre de ceux qui ont été comparés : les CSC, les RSF, les GSF, les OSF, d'autres petits modèles regroupés et les ESF. Les RSF et les OSF faisant partie d'une ESF ont été inclus dans le groupe de l'ESF mais non dans les groupes du RSF et de l'OSF. Nous avons également examiné les Ontariens n'appartenant pas à ces groupes (aucun autre groupe – NON). Le groupe NON était composé des patients qui ont été vus par un praticien des soins primaires strictement rémunéré à l'acte, ceux qui consultaient des spécialistes mais non des médecins de soins primaires et ceux qui ont été vus par des médecins d'un modèle de soins primaires auquel ils n'étaient pas officiellement inscrits.

L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> avril 2008 au 31 mars 2010. Les données des CSC n'étaient pas couramment disponibles au moment de l'étude et c'est pourquoi ils ont été invités à participer. Seuls étaient admissibles les CSC disposant de données sur les rencontres de clients au cours de la période visée par l'étude et seuls ont été inclus les clients des CSC ayant rencontré personnellement un médecin au cours de cette même période. Les patients inscrits auprès d'un médecin dans d'autres modèles au 31 mars 2010 ont été inclus s'ils avaient consulté le médecin pendant la période visée.

## SOURCES DES DONNÉES

Les données provenant d'une multitude de sources ont été utilisées. Les données des CSC ont été extraites des dossiers électroniques et liées à des banques de données de l'Institut de recherche en services de santé (IRSS) qui ont été consultées dans le cadre d'un accord global de recherche conclu entre l'IRSS et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il s'agit notamment des données des CSC, de la Base de données sur les personnes inscrites, des factures des médecins provenant du Régime d'assurance-santé de l'Ontario, de la Base de données sur les congés des patients, des données sur les visites des SU provenant du Système national d'information sur les soins ambulatoires, des données provenant du Programme de médicaments de l'Ontario, des données des tableaux du Client Agency Program Enrolment, de l'Index de ruralité de l'Ontario pour les résidences urbaines et rurales et des données du Recensement du Canada de 2006 au titre des variables socioéconomiques. Une brève explication de chacune des sources suit.

### Données des CSC

Les systèmes d'archivage électroniques utilisés par les CSC participants comprennent Purkinje, P&P Data Systems et Health Screen Solutions. Un des auteurs (JR) s'est chargé de nettoyer et de valider les données avant qu'elles ne soient soumises à l'IRSS, qui a établi des liens en se servant du numéro de la carte-santé de chaque client figurant dans les dossiers des CSC. Après l'établissement des liens, seul l'identifiant chiffré propre à l'IRSS restait dans les dossiers devant servir à l'analyse. Les données des CSC suivantes ont été recueillies : identifiant unique du site, rendez-vous avec un médecin et un infirmier praticien (date du rendez-vous, problèmes abordés ou motif du rendez-vous [au moyen de l'ICD-9] et genre de fournisseur). Des données démographiques sur les clients ont également été recueillies (identifiant unique du client, sexe, âge, numéro de la carte-santé, le cas échéant, et code postal). En tout, 71 CSC et leurs bureaux satellites ont participé à cette étude, soit 97,3 % des centres admissibles. Parmi les clients des CSC, 11,5 % n'avaient pas de numéro de carte-santé et ne pouvaient pas être liés aux données administratives.

### Base de données sur les personnes inscrites (BDPI)

La BDPI contient des données sur la population résidant en Ontario qui est admissible à la couverture d'assurance-santé en fonction de l'âge, du sexe et de l'adresse de résidence. Les résidents sont admissibles à la couverture d'assurance-santé s'ils sont des citoyens canadiens, des immigrants admis ou des réfugiés au sens de la Convention, si leur résidence permanente et principale est en Ontario et s'ils sont physiquement présents en Ontario pendant 153 jours par période de 12 mois. La BDPI contient également les dates d'admissibilité à la couverture d'assurance-santé qui ont servi à identifier ceux qui avaient plus de dix ans lorsqu'ils sont devenus admissibles pour la première fois à la couverture d'assurance-santé de l'Ontario en 1998 ou après cette date. Ces nouveaux arrivants représenteraient essentiellement des récents immigrants au Canada, les autres étant des migrants interprovinciaux (dont certains seraient également de récents immigrants au Canada). Dans le présent rapport, le statut de nouvel arrivant sert d'indicateur des nouveaux immigrants en Ontario.

### Régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP)

Cette base de données contient les réclamations qui ont été payées par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les données visent tous les fournisseurs de soins de santé qui présentent des demandes de remboursement en vertu du régime OHIP, ce qui comprend des médecins, des groupes, des laboratoires et des fournisseurs hors province. Les réclamations des fournisseurs hors province n'ont pas été incluses dans cette étude.

### Base de données sur les congés des patients (BDPCP)

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) compile les abrégés de sortie des patients des hôpitaux pour la province. Chaque dossier de cette base correspond à un séjour en milieu hospitalier et les variables suivantes sont au nombre de celles qui sont disponibles : sexe du patient, date de naissance, code postal, diagnostics, procédures, médecin traitant, catégorie d'admission et durée du séjour.

### Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)

Le SNISA contient de l'information sur les visites dans les cliniques externes de soins ambulatoires en milieu hospitalier ou communautaire, comme les SU, les cliniques de cancérologie, les cliniques de dialyse, et ainsi de suite. Les auteurs du présent rapport ont utilisé le SNISA pour identifier toutes les consultations en SU.

### Programme de médicaments de l'Ontario (PMO)

Le PMO procure des prestations pour frais de médicaments à tous les adultes âgés d'au moins 65 ans et aux prestataires de l'aide sociale en Ontario. Il a servi à déterminer la proportion de patients bénéficiaires de l'aide sociale – bien-être social (Ontario au travail) et invalidité (Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) – qui avaient obtenu une ordonnance dans le cadre du régime pendant la période à l'étude. Les aînés à faible revenu âgés de 65 ans et plus étaient identifiés dans le PMO au moyen d'un examen des ressources. La proportion des aînés à faible revenu désigne le quotient obtenu en divisant le nombre d'aînés à faible revenu ayant fait exécuter une ordonnance par le nombre total d'aînés. Ces bases de données ne comptent pas tous les prestataires de l'aide sociale et les aînés à faible revenu puisqu'elles ne comprennent que les personnes ayant fait exécuter des ordonnances.

### Tableaux du Client Agency Program Enrolment (CAPE)

Les auteurs ont utilisé cette source d'information pour déterminer quels patients s'étaient inscrits dans quels modèles et avec quels médecins au fil des ans. Un dossier distinct fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée contient le nom des médecins faisant partie d'une ESF.

### Index de ruralité de l'Ontario (IRO)

L'IRO a été utilisé pour évaluer l'emplacement de la résidence (en milieu rural ou urbain). Cet index est grandement utilisé pour aider à définir les milieux ruraux. Il a récemment fait l'objet d'une mise à jour pour tenir compte des données du Recensement canadien de 2006 de même que pour intégrer les changements apportés à la méthodologie afin d'accroître la stabilité de l'IRO<sup>17</sup>. Les personnes ayant une cote de l'IRO se situant entre 0 et 39 ont été réputées vivre en milieu urbain, tandis que celles ayant obtenu une cote de 40 et plus étaient réputées vivre en milieu rural. Ces mesures ont servi à stratifier les résultats puisqu'il est bien connu que les données démographiques, les tendances de morbidité et l'utilisation des SU varient selon que la résidence soit en milieu rural ou en milieu urbain.

### Recensement du Canada

Statistique Canada a fourni les données du plus récent Recensement du Canada (mai 2006). Ce recensement a lieu aux cinq ans au Canada et constitue une source d'information fiable sur le dénombrement de la population et des logements, ainsi que sur les données démographiques et autres caractéristiques socioéconomiques. Pour les fins de la présente étude, le quintile de revenu a été le principal élément de données utilisé; il s'agit d'une mesure du revenu relatif du ménage rajusté en fonction de la taille du ménage et de la collectivité. Environ 20 % des Ontariens font partie de chacun des quintiles de revenu, le premier quintile comptant ceux ayant le revenu le plus faible et le cinquième quintile ceux ayant le revenu le plus élevé. Le quintile de revenu a été obtenu en établissant un lien entre le code postal à six caractères de la résidence et les données du recensement au niveau le plus petit possible (aire de diffusion) au moyen du Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+)<sup>18</sup>.

## CASUISTIQUE

La méthodologie du Adjusted Clinical Group (ACG) de Johns Hopkins ainsi que les cohortes de maladies ont servi de mesures de la casuistique; les ACG ont servi à mesurer le fardeau des patients lié à la maladie<sup>19</sup>. Le système estime le fardeau lié à la maladie des patients individuels et, après agrégation des données des individus, celui des populations. La méthodologie des ACG compte parmi les nombreux systèmes de rajustement du risque fondé sur le diagnostic qui ont été mis au point pour prédire l'utilisation des ressources médicales. Elle repose sur le fait que les patients qui ont certains groupes de diagnostics tendent à afficher des tendances semblables d'utilisation des soins de santé. Les patients utilisant le plus de ressources de santé ne sont pas typiquement ceux qui sont atteints d'une seule maladie, mais plutôt ceux qui sont atteints de maladies nombreuses et parfois non reliées. Ce regroupement de morbidité est un meilleur prédicteur de l'utilisation des soins de santé que la présence de maladies particulières<sup>20</sup>. Aux États-Unis, les ACG ont permis d'expliquer plus de 50 % de l'utilisation des ressources pour la même année par les particuliers. Une capacité prédictive semblable a été constatée au Canada<sup>21</sup>. En revanche, l'âge et le sexe n'arrivent à expliquer qu'environ 10 % de la variation de l'utilisation des ressources et des coûts<sup>21, 22</sup>.

Le système d'ACG attribue tous les codes ICD-9 et ICD-10 à l'un des 32 groupes de diagnostics appelés groupes de diagnostics rajustés (GDR). Les maladies ou problèmes particuliers sont placés dans un seul regroupement de GDR en fonction de cinq dimensions cliniques : durée du problème, gravité du problème, certitude du diagnostic, étiologie du problème et participation des soins spécialisés. Outre les GDR, le logiciel d'ACG a été utilisé pour produire des bandes d'utilisation des ressources (BUR), qui supposent l'agrégation des ACG présentant une utilisation prévue semblable (1=faible, 5=élevée) et l'indice standardisé de morbidité des ACG (ISMA), qui a été mis au point au Manitoba Centre for Health Policy<sup>23</sup>. Cet indice correspond à une série de facteurs de pondération attribués à des maladies pour les ACG en se servant des coûts moyens de soins de santé provinciaux et peut être utilisé pour examiner la morbidité différentielle au niveau de la pratique et pour expliquer les écarts entre les pratiques. L'IRSS a adapté l'ISMA en vue de son utilisation en Ontario et s'est servi de la valeur intégrale du panier des services de soins primaires des OSF pour pondérer les ACG<sup>24</sup>. Ces facteurs de pondération représentent une mesure de la charge de travail prévue d'une pratique dans un OSF.

Tous les diagnostics de médecins, y compris ceux établis par des médecins en soins primaires et des spécialistes, ainsi que tous les abrégés de sortie des patients hospitalisés ont été utilisés pour exécuter les ACG de Johns Hopkins. Les fournisseurs des CSC peuvent inscrire plus d'un diagnostic par consultation, mais l'OHIP ne permet qu'un seul diagnostic par consultation. Pour que des comparaisons équitables puissent être faites entre les modèles, nous avons choisi un diagnostic aléatoire pour chaque consultation dans un CSC. En outre, nous avons limité nos analyses aux médecins parce que les données sur les infirmiers praticiens étaient disponibles au niveau des rencontres dans les CSC mais non dans les ESF.

Nous avons utilisé les cohortes de maladies comme mesure secondaire de la casuistique. Notre étude a notamment porté sur les cohortes suivantes : diabète, asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive et maladie mentale (psychotique et non psychotique)<sup>25 à 28</sup>. La plupart de ces cohortes découlent d'algorithmes de maladies validées qui englobent les données d'admission à l'hôpital, exigent plus d'une consultation de médecin et sont cumulatives au fil du temps. Pour produire des cohortes de maladies comparables entre les modèles, nous avons lié les données des CSC aux consultations de médecin et aux admissions à l'hôpital. Comme seulement deux années de données des CSC étaient disponibles, nous avons

adapté ces algorithmes de manière n'utiliser qu'une seule consultation de médecin ou une seule admission à l'hôpital pour un diagnostic de maladie particulière sur une période de deux ans. Cette approche est semblable à la validation utilisée pour la santé mentale<sup>29</sup>, mais elle donnerait lieu à une sensibilité légèrement supérieure pour les autres algorithmes validés.

## ANALYSES

Nous avons effectué des analyses descriptives pour connaître le nombre et la proportion de personnes dans chaque groupe démographique, groupe d'emplacements urbains ou ruraux et groupe casuistique. Le nombre de visites des SU et le nombre moyen de visites des SU ont été calculés aux fins de comparaisons entre les modèles. Nous avons utilisé la régression multiple de Poisson pour obtenir un taux d'utilisation des SU par personne rajusté en fonction du risque (soit les visites prévues des SU) en contrôlant pour l'âge, le sexe, l'ISMA, le quintile de revenu et la ruralité. L'utilisation observée (non rajustée) correspond au nombre réel de visites des SU. Nous avons utilisé ces données pour produire le taux de fréquentation des SU observées par rapport aux visites prévues et des intervalles de confiance de 95 %.

La présente étude a obtenu l'aval du conseil d'éthique du Sunnybrook Health Sciences Centre Research.

# Constatations

## Encadré 2

- L'encadré 2 montre l'adhésion aux différents modèles de paiement des médecins avec le temps. En 2008, le modèle du GSF affichait le nombre le plus élevé de patients inscrits, mais le modèle de l'OSF l'a dépassé à ce chapitre en 2010.

## Encadré 3

- L'étude a porté sur 11 896 508 de résidents de l'Ontario, dont 10 759 566 (90,4 %) vivaient en milieu urbain et 1 136 942 (9,6 %) en milieu rural. La clientèle des CSC avoisinait 110 000 clients (0,9 % du total), tandis que la clientèle des GSF frôlait les 4 000 000 de patients (33,3 %), celle des RSF atteignait près de 100 000 patients (0,8 %), celle des OSF chiffrait plus de 2 000 000 de patients (18,9 %), celle des ESF avoisinait 1 900 000 de patients (15,7 %), celle des « Autres » modèles s'établissait à environ 500 000 patients (4,5 %) et celle des modèles ne faisant pas partie d'un groupe (NON) représentait un peu plus de 3 000 000 de patients (25,8 %). Les RSF et les OSF faisant partie d'une ESF ont été inclus dans la catégorie des ESF et non dans celle des RSF ou des OSF. La proportion de

chacun des groupes vivant en milieu rural a varié considérablement, passant de 3,4 % dans les GSF à 36,0 % dans les RSF.

- Le pourcentage de femmes était supérieur à celui des hommes dans tous les modèles sauf en ce qui concerne les personnes qui ne faisaient pas partie d'un CSC et n'étaient pas inscrites (NON), auquel cas on comptait un peu plus d'hommes.
- La proportion des enfants âgés de 18 ans et moins était plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain pour tous les modèles et elle était la plus élevée dans le groupe NON tant en milieu urbain qu'en milieu rural. La proportion d'aînés était la plus faible dans le groupe NON et la plus forte dans le groupe du RSF en milieu urbain et dans les modèles « Autres » en milieu rural.
- Par définition, le quintile de revenu inférieur représente près de 20 % des résidents dans chaque collectivité. Ceux qui vivent dans des quartiers au revenu le plus faible étaient surreprésentés dans les CSC des milieux urbains et ruraux, la proportion de ces derniers atteignant 34,5 % dans les milieux urbains. Ceux qui vivent dans des quartiers à

faible revenu étaient le plus souvent sous-représentés dans les modèles du RSF, de l'OSF et de l'ESF en milieu urbain et dans les modèles du GSF et du RSF en milieu rural.

- Les nouveaux arrivants, indicateurs des nouveaux immigrants en Ontario, étaient nettement plus présents en milieu urbain qu'en milieu rural et étaient les plus surreprésentés dans les CSC et dans le groupe NON, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les nouveaux arrivants étaient sous-représentés dans les modèles du RSF, de l'OSF et de l'ESF en milieu urbain, soit environ un peu moins de la moitié de la proportion prévue pour l'Ontario.
- Les personnes dont les ordonnances sont couvertes par les programmes de bien-être social (Ontario au travail) ou d'invalidité (Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées) et les aînés à faible revenu étaient surreprésentés dans les CSC, tant en milieu urbain qu'en milieu rural.

#### Encadré 4

- Les cas de maladie mentale grave étaient beaucoup plus communs dans le modèle du CSC en milieu urbain et rural que dans les autres modèles, atteignant 6,0 % dans les CSC urbains, mais moins de 2 % dans les autres modèles. L'occurrence d'autres maladies mentales était légèrement moins élevée en milieu rural qu'en milieu urbain, et elle était semblable dans tous les modèles.
- La proportion de patients atteints d'asthme était un peu plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural et la plus élevée dans les CSC en milieu urbain et rural. La proportion de patients atteints de diabète était la plus forte dans les modèles « Autres » et la plus faible dans le groupe NON, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Le nombre de patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive était plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain, tandis que, dans les autres modèles, il était supérieur dans les CSC et inférieur dans le groupe NON, et ce, tant pour le milieu urbain que pour le milieu rural.
- Les bandes d'utilisation des ressources (BUR) représentent les quintiles de l'utilisation prévue des ressources. Les membres des groupes « aucune utilisation » et des deux BUR les moins élevées étaient les plus représentés dans le groupe NON, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Les CSC comptaient la représentation la plus grande de ceux affichant la plus grande utilisation

des ressources prévue (BUR 4 et 5) en milieu urbain et en milieu rural. Une tendance semblable a été décelée pour les groupes de diagnostic rajusté, une mesure de la comorbidité.

#### Encadré 5

- L'indice standardisé de morbidité des ACG (ISMA) représente la moyenne des facteurs de pondération des ACG de l'utilisation des ressources prévue. Par exemple, un ISMA de 1,85 (CSC urbains) peut être interprété comme un besoin prévu de soins de santé qui est de 85 % supérieur à celui de l'ensemble de la population de l'Ontario, tandis qu'un ISMA de 0,88 (groupes NON ruraux) peut être interprété comme un besoin prévu de soins de santé qui est de 12 % inférieur à celui de l'ensemble de la population de l'Ontario.
- L'ISMA le plus élevé a été constaté dans les CSC et le moins élevé, dans le groupe NON, tant en milieu urbain qu'en milieu rural. Parmi les groupes qui restent, l'ISMA le plus élevé a été enregistré pour les modèles du GSF et « Autres » pour les milieux urbains et ruraux.

#### Encadré 6

- La moyenne des visites des SU observées a été comparée aux visites des SU prévues (rajustées en fonction de l'âge, du sexe, de l'ISMA, du quintile de revenu et de la ruralité). Le nombre de visites des SU en milieu rural était considérablement plus élevé que celui en milieu urbain, et ce, pour tous les groupes.

- Les taux de fréquentation des SU observés étaient supérieurs dans les milieux urbains pour les CSC, les RSF et les ESF, ainsi qu'en milieu rural pour les modèles « Autres » et les RSF. Les taux prévus ont suivi une tendance semblable, sauf dans le cas des CSC ruraux, qui ont affiché des taux prévus très élevés.

#### Encadré 7

- Le ratio des visites des SU observées et prévues varie selon l'emplacement et le modèle de soins primaires. Un taux de 1,19 (RSF urbains) peut être interprété comme des visites des SU de 19 % supérieures au niveau prévu, tandis qu'un taux de 0,50 (CSC ruraux) peut être interprété comme étant des visites de 50 % inférieures à celles prévues, compte tenu de l'emplacement et des caractéristiques de la population.
- Dans les milieux urbains, les ratios des CSC (0,88), des GSF (0,87) et des autres modèles (0,99) étaient inférieurs à 1,0, ce qui signifie que les visites des SU de ces modèles étaient inférieures aux prévisions. Les ratios des autres modèles et du groupe NON étaient supérieurs à 1,0, ce qui signifie que les visites des SU de ces modèles étaient supérieures aux prévisions. Dans les milieux ruraux, le ratio des CSC était très faible (0,50), et ceux des GSF, des OSF et des « Autres » étaient inférieurs à 1,0. Les ratios des modèles qui restent étaient supérieurs à 1,0.

- On peut conclure de ces résultats qu'après rajustement, les modèles du CSC, du GSF et « Autres » ont été associés à un moins grand nombre de visites des SU, tandis que les modèles du RSF, de l'OSF, de l'ESF et NON ont été associés à un plus grand nombre de visites des SU que dans l'ensemble de la population. Compte tenu des larges populations examinées, les intervalles de confiance de 95 % pour tous ces ratios étaient étroits et aucun n'a traversé 1,0, ce qui signifie que tous ces résultats étaient importants sur le plan statistique à la valeur  $p < 0,05$ .

### Profils des modèles de soins primaires

Les profils sociodémographiques, les profils de morbidité et de comorbidité et les profils d'utilisation des SU des modèles de soins primaires examinés aux fins du présent rapport différaient passablement les uns des autres. Un bref profil peut être établi pour chaque modèle à la lumière des constatations de l'étude :

- **Les centres de santé communautaire (CSC)** se distinguent des autres modèles de soins primaires en Ontario en ce sens qu'ils ciblent les besoins de populations particulières, des accords relatifs à des emplois salariés, l'orientation sur la sensibilisation et la promotion de la santé ainsi que la régie par des conseils communautaires. Bien que quelques ESF fassent l'objet d'une régie communautaire, ces ESF ne pouvaient pas être incluses dans le rapport et sont l'objet d'enquêtes qui se poursuivent. Les populations des CSC étaient légèrement plus jeunes que celles des autres modèles et elles avaient davantage tendance à venir du milieu rural que le reste de la population de l'Ontario. Les autres éléments du profil sociodémographique des CSC étaient frappants et distincts des autres modèles. Les CSC desservent des populations issues de quartiers à faible revenu et comptent une plus grande proportion de nouveaux arrivants en Ontario et de prestataires de l'aide sociale. Les CSC comptaient la plus grande proportion de personnes atteintes de graves maladies mentales, d'asthme et de

bronchopneumopathie chronique obstructive, ainsi qu'un niveau élevé de morbidité et de comorbidité. Dans le milieu tant urbain que rural, les taux de fréquentation des SU dans les CSC étaient considérablement moins élevés que les prévisions.

- **Les groupes de santé familiale (GSF)** constituent le seul modèle officiel de soins primaires où la rémunération de la majorité des médecins prend la forme d'un paiement à l'acte. Ils ont des petits paiements par capitation et nombre des mêmes engagements et incitatifs que ceux des autres modèles de prise en charge pour les soins primaires. Presque tous les GSF (97 %) étaient en milieu urbain et avaient un profil sociodémographique très semblable à celui de l'Ontario dans son ensemble, mais une plus forte proportion de nouveaux arrivants – ce qui tient sans doute au fait qu'ils soient situés en milieu urbain. Le profil de morbidité et de comorbidité des GSF est également semblable à celui de l'Ontario dans son ensemble. Les GSF des milieux urbains et ruraux affichent un nombre de visites des SU inférieur aux prévisions.
- **Les réseaux de santé familiale (RSF)** ont été les premiers modèles de prise en charge pour les soins primaires mis à la disposition de la population générale. Ils offrent des formes de remboursement combiné comportant une grande composante de paiements par capitation ainsi que des paiements à l'acte partiels (10 % au cours de la période visée par l'étude) et un éventail d'obligations et

d'incitatifs qui ressemblent à ceux d'autres modèles de prise en charge des patients. Les RSF représentaient les plus petits modèles examinés et comptaient une grande représentation rurale (36 % de leurs patients). Ils affichaient une forte proportion de patients à revenu élevé, surtout en milieu rural, et une proportion relativement faible de patients à faible revenu. Ils s'occupaient de peu de nouveaux arrivants et affichaient la proportion la plus faible de patients atteints de maladie mentale grave et des proportions relativement peu élevées de maladies chroniques, de morbidité et de comorbidité. Les visites des SU dans les RSF étaient supérieures aux prévisions dans les milieux tant urbains que ruraux.

- **Les organismes de santé familiale (OSF)** ont d'abord été instaurés afin de faire concorder les réseaux de soins primaires et les organismes de services de santé avec d'autres modèles de prise en charge des patients. Le modèle de l'OSF a également été mis à la disposition de tous les médecins en soins primaires en Ontario. L'OSF ressemblait beaucoup au RSF, mais il offrait un éventail de services plus vaste et un taux plus élevé de paiements par capitation. Il a gagné rapidement en popularité et, en 2010, il était devenu le modèle le plus usuel de prise en charge des patients. Nombre des ESF sont également des OSF, mais ces pratiques sont groupées avec les ESF dans le présent rapport. La proportion des patients issus de quartiers à faible revenu dans les OSF n'était pas élevée et, en milieu urbain, les OSF comptaient la plus forte

proportion de patients issus de quartiers à revenu élevé de tous les autres modèles. De plus, ils s'occupaient de peu de nouveaux arrivants. Le profil de l'OSF en matière de maladie chronique, de morbidité et de comorbidité était semblable à celui du RSF, et le nombre de visites des SU de l'OSF était supérieur aux prévisions en milieu urbain, mais inférieur en milieu rural.

- **Les équipes de santé familiale (ESF)** représentent un modèle d'équipe interprofessionnelle et non un modèle de financement. Les ESF examinées dans le présent rapport étaient soit des RSF soit des OSF, mais elles ont été prises en compte uniquement à titre d'ESF dans le présent rapport. En termes sociodémographiques, les ESF étaient fortement représentées en milieu rural (17 %). Elles présentaient des caractéristiques sociodémographiques très semblables à celles des RSF et des OSF et elles affichaient une prévalence des maladies chroniques et de morbidité et de comorbidité semblable à celle des RSF et OSF. Le nombre de visites des SU dépassait les prévisions en milieu urbain et en milieu rural.

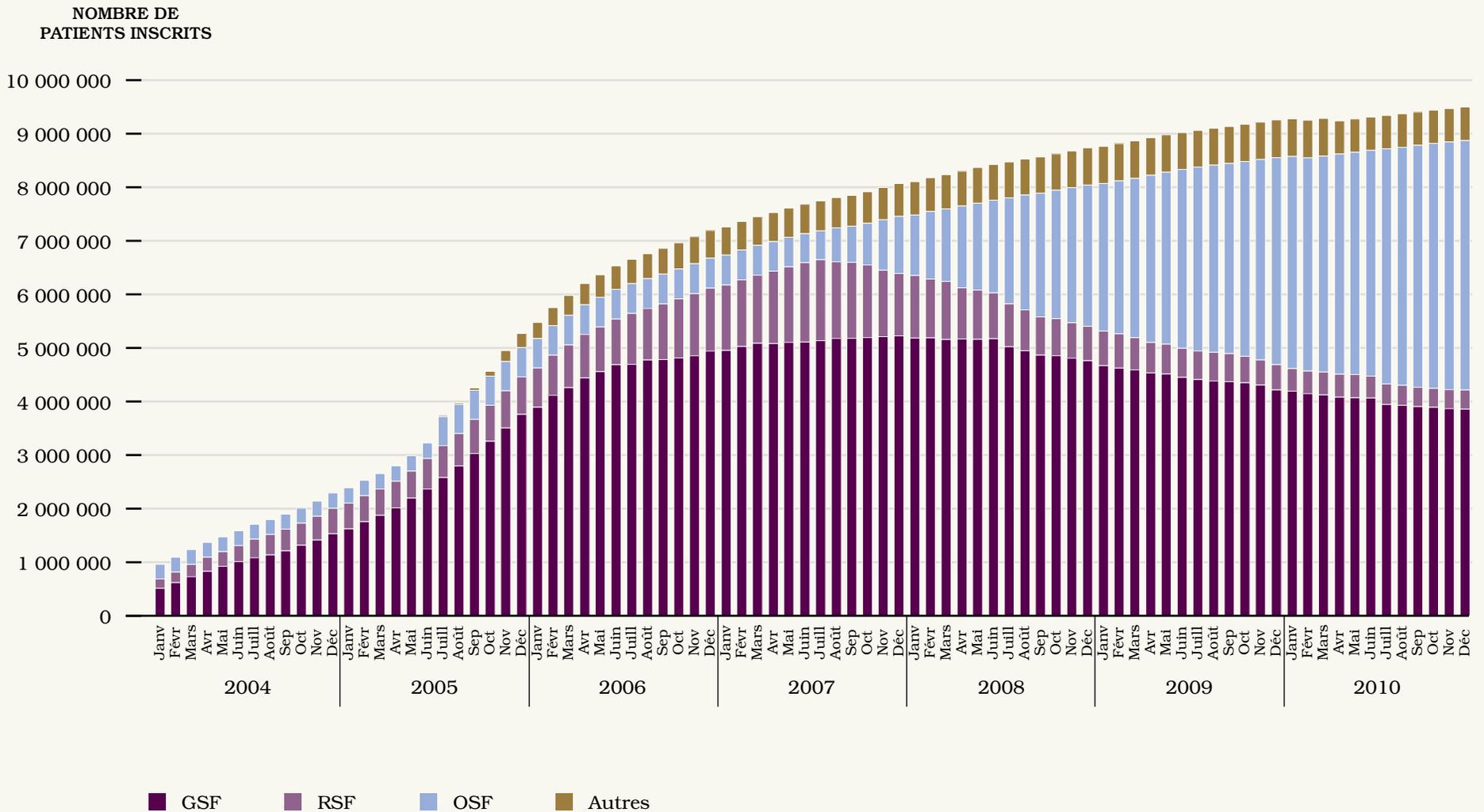
- **Les autres** modèles ont englobé plusieurs petits modèles responsables d'une variété de populations particulières. Ce groupe avait une représentation rurale élevée (21 %), comptait plus de patients à faible revenu et affichait une forte proportion de nouveaux arrivants. Il affichait également une morbidité et une comorbidité légèrement supérieures à celles de l'Ontario en général et un nombre de visites des SU légèrement inférieur aux prévisions.
- **Le groupe des NON** patients qui n'étaient pas vus dans les CSC et n'étaient pas inscrits dans un modèle de prise en charge des patients formait le troisième groupe en importance (après les GSF et les OFS) visé par l'étude. Contrairement aux autres groupes, il comptait une plus forte proportion d'hommes que de femmes et une proportion beaucoup plus grande d'enfants, surtout en milieu rural. Son profil sociodémographique était semblable à celui de la province dans son ensemble, mais il comptait beaucoup plus de non-utilisateurs des soins de santé que tout autre groupe et affichait une tendance de maladie chronique, de morbidité et de comorbidité moins grande. Le nombre de visites des SU en milieu urbain et rural de ce groupe était légèrement supérieur aux prévisions.

**ENCADRÉ 1 Caractéristiques choisies des modèles de financement des soins primaires en Ontario**

	MODÈLE DE FINANCEMENT DES SOINS PRIMAIRES *			
	Centre de santé communautaires (CSC)	Groupe de santé familiale (GSF)	Réseau de santé familiale (RSF)	Organisme de santé familiale (OSF)
<b>PAIEMENT DES MÉDECINS</b>	Salaire	Paiements à l'acte combinés	Paiements par capitation combinés	Paiements par capitation combinés
<b>RÉGIE</b>	Conseil communautaire	Direction assurée par des médecins	Direction assurée par des médecins	Direction assurée par des médecins
<b>EXIGENCES RELATIVES AUX SOINS APRÈS LES HEURES</b>	Oui	Oui	Oui	Oui
<b>ENTENTE DE RESPONSABILISATION CONCLUE AVEC LE RÉSEAU D'INTÉGRATION DES LOCAUX DE SANTÉ</b>	Oui	Non	Non	Non
<b>PRISE EN CHARGE FORMELLE</b>	Non	Oui	Oui	Oui
<b>SERVICES DE SENSIBILISATION DU PUBLIC ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ</b>	Oui	Non	Non	Non
<b>PERTE DE LA PRIME EN CAS DE RECOURS AUX SOINS PRIMAIRES EXTÉRIEURS</b>	Non	Non	Oui	Oui

\* Les équipes de santé familiale sont exclues parce qu'elles ne sont pas des modèles de financement.

**ENCADRÉ 2** Nombre de patients inscrits à une liste dans différents modèles de paiement des soins primaires en Ontario\* (excluant les centres de santé communautaire), de 2004 à 2010



GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés    RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés  
 OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés  
 Autres = Autres petits modèles de diversification des modes de paiements, surtout des modèles de paiements par capitation combinés  
 \* Les équipes de santé familiale sont exclues parce qu'elles ne sont pas des modèles de financement.

**ENCADRÉ 3 Nombre d'Ontariens et caractéristiques sociodémographiques de ces derniers en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010**

	TOUS LES RÉSIDENTS							
	CSC	GSF	RSF	OSF	ESF	AUTRES	NON	ONTARIO
<b>Nombre</b>	<b>109 689</b>	<b>3 967 171</b>	<b>97 790</b>	<b>2 253 234</b>	<b>1 871 124</b>	<b>531 712</b>	<b>3 065 788</b>	<b>11 896 508</b>
<b>FEMMES (%)</b>	57,9	54,5	53,5	53,7	54,5	52,9	46,9	52,3
<b>ÂGE EN ANNÉES (%)</b>								
≤18	20,2	19,8	20,6	19,9	20,5	17,9	29,8	22,4
19–44	35,8	35,3	27,5	31,9	31,2	32,0	37,4	34,4
45–64	28,4	29,9	31,5	30,7	30,3	32,3	23,0	28,4
≥65	14,0	15,0	20,4	17,5	18,0	17,8	9,9	14,8
<b>QUINTILE DE REVENU (%)</b>								
1 (faible)	34,5	19,1	13,6	15,2	17,1	22,1	21,8	19,0
2	19,6	19,9	17,9	17,6	19,1	22,3	19,5	19,3
3	16,9	20,6	20,7	19,4	20,0	20,1	18,7	19,7
4	14,5	20,8	20,8	22,1	21,5	17,9	18,4	20,4
5 (élevé)	12,5	18,6	25,6	24,5	21,0	16,5	17,9	19,8
<b>NOUVEL ARRIVANT (%)</b>	16,4	13,6	2,6	5,9	4,7	11,6	14,6	10,9
<b>BIEN-ÊTRE SOCIAL (ONTARIO AU TRAVAIL) (%)</b>	9,2	2,9	1,8	2,0	2,2	2,9	3,8	2,9
<b>INVALIDITÉ (PROGRAMME ONTARIEN DE SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES) (%)</b>	11,0	2,6	2,6	2,5	2,8	4,0	3,1	2,7
<b>AÎNÉ À FAIBLE REVENU (%)</b>	3,6	3,2	2,9	2,4	2,4	3,8	2,1	2,9

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle d'employés salariés    GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés  
 RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés    OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)  
 ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe multidisciplinaire composé de RSF et de OSF    Autres = Autres petits modèles de paiement, surtout des modèles de paiements par capitation combinés  
 NON = Pas un client d'un CSC ni un patient figurant sur une liste d'un groupe de soins primaires  
 \*\*utilisé à titre d'indicateur des nouveaux immigrants en Ontario

Suite à la prochaine page...

ENCADRÉ 3 SUITE...

	RÉSIDENTS URBAINS							
	CSC	GSF	RSF	OSF	ESF	AUTRES	NON	ONTARIO
Nombre	93 695	3 830 931	62 567	2 068 252	1 558 589	422 423	2 723 109	10 759 566
FEMMES (%)	58,8	54,5	54,3	53,8	54,7	53,1	46,8	52,4
ÂGE EN ANNÉES (%)								
≤18	20,1	19,2	20,2	19,1	19,8	17,5	28,5	21,6
19–44	38,0	35,8	29,3	32,6	32,5	34,1	38,5	35,3
45–64	27,7	30,0	30,4	30,8	30,3	31,7	23,2	28,5
≥65	12,8	15,0	20,2	17,4	17,4	16,8	9,9	14,6
QUINTILE DE REVENU (%)								
1 (faible)	36,1	19,2	15,1	14,9	16,5	21,4	22,3	19,0
2	19,6	20,1	18,8	17,4	18,6	22,0	20,1	19,4
3	16,2	20,7	24,0	19,7	20,0	20,3	19,4	20,0
4	14,9	21,0	20,7	22,5	22,4	19,1	19,2	20,9
5 (élevé)	12,9	18,9	21,2	25,5	22,3	17,0	18,8	20,5
NOUVEL ARRIVANT** (%)	18,4	14,0	2,9	6,2	5,2	14,0	15,7	11,6
BIEN-ÊTRE SOCIAL (ONTARIO AU TRAVAIL) (%)	10,1	2,9	2,0	2,0	2,2	3,1	3,9	2,9
INVALIDITÉ (PROGRAMME ONTARIEN DE SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES) (%)	11,9	2,6	2,8	2,4	2,8	3,9	3,1	2,8
AÎNÉ À FAIBLE REVENU (%)	3,3	3,2	2,8	2,3	2,2	3,7	2,2	2,8

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle d'employés salariés GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés  
 RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)  
 ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe multidisciplinaire composé de RSF et de OSF Autres = Autres petits modèles de paiement, surtout des modèles de paiements par capitation combinés  
 NON = Pas un client d'un CSC ni un patient figurant sur une liste d'un groupe de soins primaires  
 \*\*utilisé à titre d'indicateur des nouveaux immigrants en Ontario

Suite à la prochaine page...

ENCADRÉ 3 SUITE...

	RÉSIDENTS RURAUX							
	CSC	GSF	RSF	OSF	ESF	AUTRES	NON	ONTARIO
<b>Nombre</b>	<b>15 994</b>	<b>136 240</b>	<b>35 223</b>	<b>184 982</b>	<b>312 535</b>	<b>109 289</b>	<b>342 679</b>	<b>1 136 942</b>
<b>FEMMES (%)</b>	52,2	52,5	52,2	52,6	53,1	52,0	47,7	51,2
<b>ÂGE EN ANNÉES (%)</b>								
≤18	21,1	36,6	21,3	28,6	24,2	19,8	39,9	30,6
19–44	22,6	22,5	24,4	24,5	24,9	24,0	28,6	25,5
45–64	32,1	25,9	33,6	29,3	30,2	34,6	21,2	27,4
≥65	21,5	15,0	20,7	17,7	20,6	21,6	10,3	16,5
<b>QUINTILE DE REVENU (%)</b>								
1 (faible)	24,8	16,5	10,9	18,7	20,1	24,7	17,4	18,9
2	19,5	15,2	16,3	20,6	21,4	23,7	14,4	18,5
3	21,4	16,8	14,9	16,9	19,5	19,3	13,3	16,7
4	12,2	15,1	20,9	17,9	17,4	13,3	11,9	15,2
5 (élevé)	9,8	10,1	33,5	13,6	14,4	14,6	10,6	13,1
<b>NOUVEL ARRIVANT (%)</b>	4,3	3,0	2,2	3,2	2,2	2,7	5,7	3,6
<b>BIEN-ÊTRE SOCIAL (ONTARIO AU TRAVAIL) (%)</b>	3,8	2,9	1,3	2,1	2,0	2,3	3,4	2,6
<b>INVALIDITÉ (PROGRAMME ONTARIEN DE SOUTIEN AUX PERSONNES HANDICAPÉES) (%)</b>	5,7	3,1	2,1	3,3	3,0	4,7	3,2	3,3
<b>AÎNÉ À FAIBLE REVENU (%)</b>	5,0	2,6	3,1	3,1	3,2	4,0	1,9	2,8

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle d'employés salariés    GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés  
 RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés    OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)  
 ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe multidisciplinaire composé de RSF et de OSF    Autres = Autres petits modèles de paiement, surtout des modèles de paiements par capitation combinés  
 NON = Pas un client d'un CSC ni un patient figurant sur une liste d'un groupe de soins primaires  
 \*\*utilisé à titre d'indicateur des nouveaux immigrants en Ontario

**ENCADRÉ 4 Taux de morbidité et de comorbidité des Ontariens en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010**

	TOUS LES RÉSIDENTS							
	CSC	GSF	RSF	OSF	ESF	AUTRES	NON	ONTARIO
<b>N</b>	<b>109 689</b>	<b>3 967 171</b>	<b>97 790</b>	<b>2 253 234</b>	<b>1 871 124</b>	<b>531 712</b>	<b>3 065 788</b>	<b>11 896 508</b>
<b>ÉTAT DE SANTÉ MENTALE (%)</b>								
Maladie mentale grave	5,6	1,6	1,4	1,6	1,7	1,6	1,4	1,5
Maladie mentale	22,0	25,7	19,8	22,9	19,7	24,4	18,6	22,2
Aucune maladie mentale	72,0	72,3	75,7	74,5	76,5	72,3	76,8	74,6
<b>ASTHME (%)</b>								
	8,2	7,7	5,1	6,2	5,4	6,6	6,9	6,8
<b>DIABÈTE (%)</b>								
	9,5	9,8	9,0	8,6	8,0	10,4	5,7	8,3
<b>BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (%)</b>								
	4,3	2,3	2,9	2,6	2,7	2,9	1,7	2,3
<b>BANDES D'UTILISATION DES RESSOURCES (BUR) (%)</b>								
Aucune utilisation	1,7	11,2	11,6	11,3	11,7	10,2	15,9	12,4
BUR 1 (faible morbidité)	7,1	4,3	5,8	5,7	6,2	4,6	8,7	6,1
BUR 2	18,6	15,1	18,3	17,9	19,2	16,0	22,4	18,3
BUR 3	49,2	50,4	46,5	47,8	45,9	49,8	40,4	46,6
BUR 4	17,3	14,6	12,7	12,9	12,5	14,3	9,5	12,6
BUR 5 (forte morbidité)	6,1	4,4	5,1	4,4	4,5	5,1	3,1	4,1
<b>GROUPES DE DIAGNOSTIC RAJUSTÉ (GDR) (%)</b>								
Aucune utilisation	1,7	11,2	11,6	11,3	11,7	10,2	15,9	12,4
1 à 3 GDR (faible comorbidité)	28,8	24,0	32,7	30,5	33,9	27,8	38,5	30,8
4–7 GDR	42,2	40,5	38,2	39,1	37,7	39,6	32,1	37,6
8–10 GDR	17,3	16,4	12,2	13,3	11,7	15,1	9,4	13,2
11+ GDR (forte comorbidité)	6,1	7,9	5,3	5,9	5,0	7,3	4,1	6,1

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle d'employés salariés GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés

RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)

ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe multidisciplinaire composé de RSF et de OSF Autres = Autres petits modèles de paiement, surtout des modèles de paiements par capitation combinés

NON = Pas un client d'un CSC ni un patient figurant sur une liste d'un groupe de soins primaires

Suite à la prochaine page...

ENCADRÉ 4 SUITE...

	RÉSIDENTS URBAINS							
N	CSC 93 695	GSF 3 830 931	RSF 62 567	OSF 2 068 252	ESF 1 558 589	AUTRES 422 423	NON 2 723 109	ONTARIO 10 759 566
<b>ÉTAT DE SANTÉ MENTALE (%)</b>								
Maladie mentale grave	6,0	1,6	1,5	1,6	1,8	1,7	1,4	1,6
Maladie mentale	22,9	25,8	21,3	23,2	20,3	25,5	19,1	22,8
Aucune maladie mentale	70,8	72,2	75,1	74,3	76,4	71,9	76,9	74,4
<b>ASTHME (%)</b>								
	8,6	7,8	5,4	6,3	5,5	6,8	7,2	7,0
<b>DIABÈTE (%)</b>								
	9,3	9,9	9,1	8,7	7,9	10,2	5,8	8,4
<b>BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (%)</b>								
	4,2	2,3	2,8	2,6	2,5	2,6	1,6	2,2
<b>BANDES D'UTILISATION DES RESSOURCES (BUR) (%)</b>								
Aucune utilisation	1,5	10,9	11,5	10,9	11,4	9,9	15,2	12,0
BUR 1 (faible morbidité)	7,1	4,4	5,8	5,8	6,3	4,6	8,9	6,1
BUR 2	18,6	15,2	18,0	18,0	19,3	15,9	22,7	18,3
BUR 3	48,8	50,6	46,6	48,0	46,1	50,3	40,7	46,9
BUR 4	17,8	14,6	13,0	13,0	12,5	14,4	9,5	12,7
BUR 5 (forte morbidité)	6,1	4,3	5,2	4,4	4,4	4,9	3,0	4,0
<b>GROUPES DE DIAGNOSTIC RAJUSTÉ (GDR) (%)</b>								
Aucune utilisation	1,5	10,9	11,5	10,9	11,4	9,9	15,2	12,0
1 à 3 GDR (faible comorbidité)	27,9	23,9	32,0	30,3	33,7	26,7	38,2	30,4
4–7 GDR	42,4	40,6	38,4	39,3	38,0	40,2	32,6	37,9
8–10 GDR	17,8	16,5	12,5	13,5	11,8	15,6	9,7	13,5
11+ GDR (forte comorbidité)	6,1	8,0	5,6	6,0	5,1	7,6	4,2	6,2

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle d'employés salariés GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés

RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)

ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe multidisciplinaire composé de RSF et de OSF Autres = Autres petits modèles de paiement, surtout des modèles de paiements par capitation combinés

NON = Pas un client d'un CSC ni un patient figurant sur une liste d'un groupe de soins primaires

Suite à la prochaine page...

ENCADRÉ 4 SUITE...

	RÉSIDENTS RURAUX							
N	CSC	GSF	RSF	OSF	ESF	AUTRES	NON	ONTARIO
	15 994	136 240	35 223	184 982	312 535	109 289	342 679	1 136 942
<b>ÉTAT DE SANTÉ MENTALE (%)</b>								
Maladie mentale grave	2,8	1,3	1,0	1,2	1,2	1,5	1,0	1,2
Maladie mentale	16,7	20,3	17,3	19,2	17,0	20,2	13,8	17,1
Aucune maladie mentale	79,4	76,1	76,9	76,8	77,0	74,2	75,6	76,2
<b>ASTHME (%)</b>								
	5,5	6,2	4,7	5,3	4,8	6,1	4,9	5,2
<b>DIABÈTE (%)</b>								
	10,8	7,5	9,0	8,3	8,3	11,2	5,0	7,6
<b>BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE (%)</b>								
	4,6	3,4	3,0	3,6	3,4	4,1	2,3	3,2
<b>BANDES D'UTILISATION DES RESSOURCES (BUR) (%)</b>								
Aucune utilisation	2,8	19,3	11,9	15,5	13,3	11,1	20,8	16,2
BUR 1 (faible morbidité)	6,6	3,6	5,7	5,2	6,1	4,5	7,4	5,9
BUR 2	18,5	13,4	18,8	17,2	18,7	16,6	20,1	18,0
BUR 3	51,5	46,2	46,5	45,5	44,9	48,1	38,5	43,7
BUR 4	14,5	12,3	12,1	11,9	12,0	13,7	9,3	11,4
BUR 5 (forte morbidité)	6,1	5,2	4,9	4,7	4,9	6,0	4,0	4,7
<b>GROUPES DE DIAGNOSTIC RAJUSTÉ (GDR) (%)</b>								
Aucune utilisation	2,8	19,3	11,9	15,5	13,3	11,1	20,8	16,2
1 à 3 GDR (faible comorbidité)	33,8	26,6	33,8	32,8	34,9	32,3	40,5	35,0
4–7 GDR	41,3	36,5	37,9	36,0	36,2	37,2	28,4	34,1
8–10 GDR	14,8	12,2	11,8	11,1	10,9	13,0	7,2	10,2
11+ GDR (forte comorbidité)	7,3	5,4	4,6	4,7	4,6	6,3	3,1	4,5

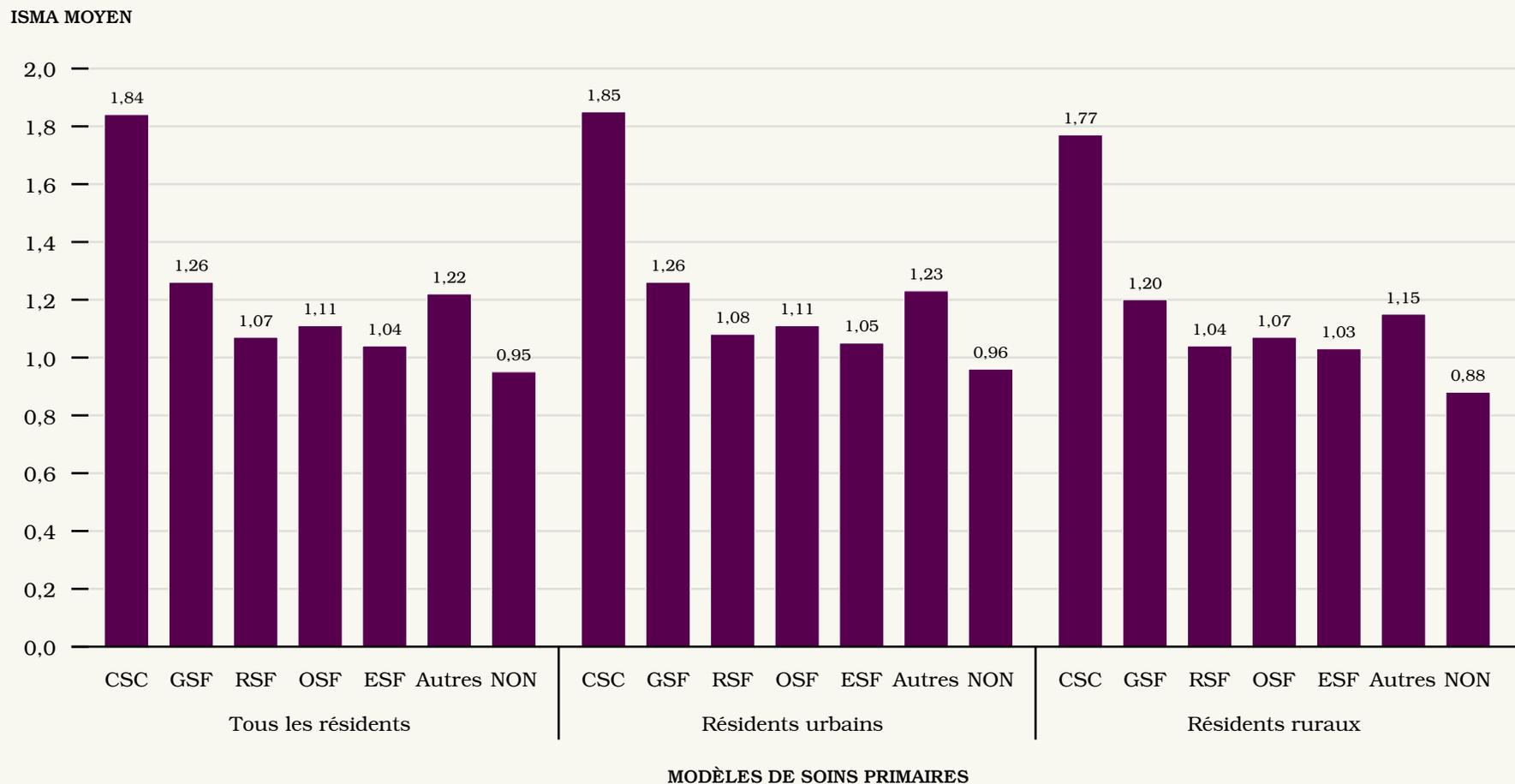
CSC = Centre de santé communautaire, un modèle d'employés salariés GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés

RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)

ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe multidisciplinaire composé de RSF et de OSF Autres = Autres petits modèles de paiement, surtout des modèles de paiements par capitation combinés

NON = Pas un client d'un CSC ni un patient figurant sur une liste d'un groupe de soins primaires

**ENCADRÉ 5 Indice standardisé de morbidité des ACG (ISMA) pour les résidents de l'Ontario en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010**



ACG = Johns Hopkins Adjusted Clinical Groups (ACG) Case-Mix System

ISMA = Indice standardisé de morbidité des ACG, avec pondération standardisée des ACG en fonction de la population de l'Ontario (1,0 = résident ontarien moyen)

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle des salaires des employés GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés

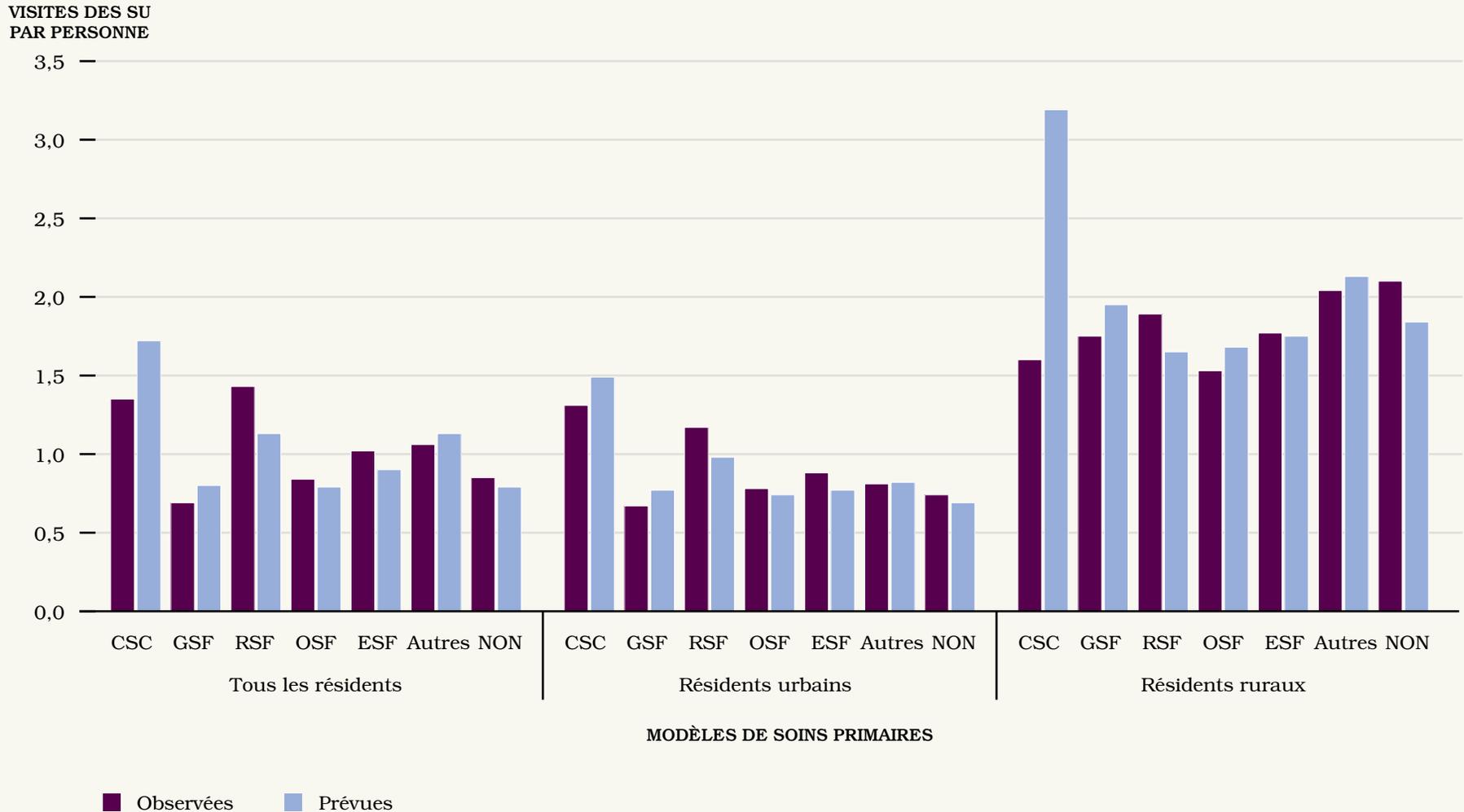
RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés

OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)

ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe pluridisciplinaire formée de RSF et d'OSF

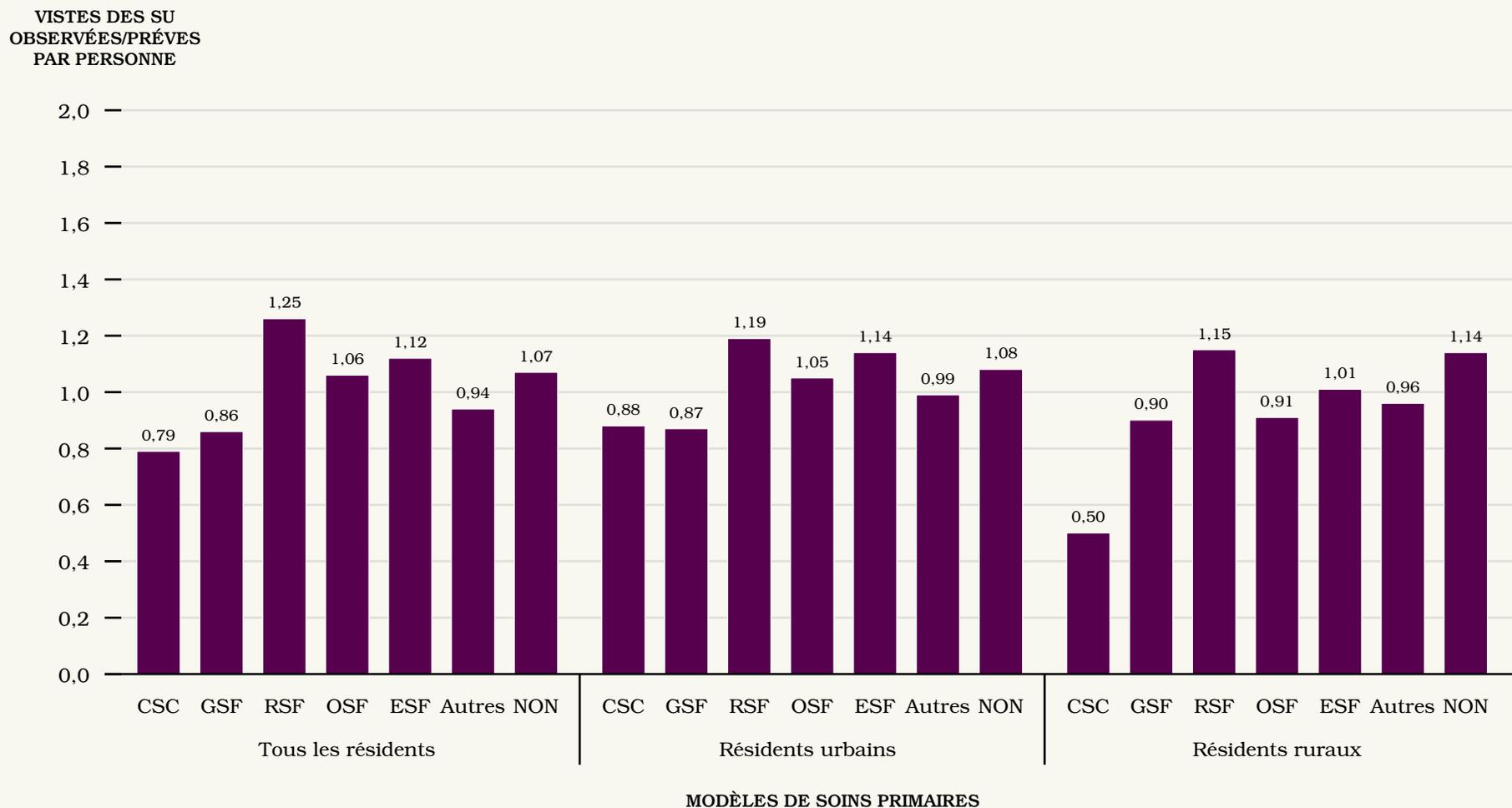
Autres = Autres petits modèles de paiement, dont la plupart sont des modèles de paiements par capitation combinés NON = Pas un client d'un CSC et ne figure pas sur la liste d'un groupe de soins primaires

**ENCADRÉ 6 Visites moyennes observées et prévues des salles d'urgence (SU) par personne pour les résidents de l'Ontario en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008–2009 à 2009–2010**



Prévision = après rajustement au titre de l'âge, du sexe, de la ruralité et des groupes cliniques rajustés (GCR) de Johns Hopkins CSC = Centre de santé communautaire, un modèle des salaires des employés  
 GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés  
 OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF)  
 ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe pluridisciplinaire formée de RSF et d'OSF  
 Autres = Autres petits modèles de paiement, dont la plupart sont des modèles de paiements par capitation combinés NON = Pas un client d'un CSC et ne figure pas sur la liste d'un groupe de soins primaires

**ENCADRÉ 7 Ratio des visites moyennes observées et prévues des salles d'urgence (SU) par personne pour les résidents de l'Ontario en fonction du modèle de soins primaires, pour tous les résidents, les résidents urbains et les résidents ruraux, de 2008-2009 à 2009-2010**



Prévision = après rajustement au titre de l'âge, du sexe, de la ruralité et des groupes cliniques rajustés (GCR) de Johns Hopkins

CSC = Centre de santé communautaire, un modèle des salaires des employés GSF = Groupe de santé familiale, un modèle collectif de paiements à l'acte combinés

RSF = Réseau de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés

OSF = Organisme de santé familiale, un modèle collectif de paiements par capitation combinés (ne faisant pas partie d'une ESF) ESF = Équipe de santé familiale, un modèle d'équipe pluridisciplinaire formée de RSF et d'OSF

Autres = Autres petits modèles de paiement, dont la plupart sont des modèles de paiements par capitation combinés NON = Pas un client d'un CSC et ne figure pas sur la liste d'un groupe de soins primaires

# Discussion

Ces analyses ont montré des tendances nettement différentes pour les différents modèles de soins primaires de l'Ontario. Les CSC desservent des clients ayant des besoins élevés et affichaient un nombre moins élevé que prévu de visites des SU. Les GSF et un certain nombre de modèles « Autres » desservaient des patients qui étaient représentatifs de la population et affichaient un nombre moins élevé que prévu de visites des SU. Les RSF, les OSF et les ESF – les modèles de paiements par capitation de l'Ontario – desservaient les populations à revenu plus élevé et comptaient peu de nouveaux arrivants. Ils affichaient également des tendances moins grandes de maladies chroniques, de morbidité et de comorbidité et un nombre plus élevé que prévu de visites des SU. Nombre de ceux ne figurant pas dans les modèles examinés semblaient être des hommes plus jeunes ayant moins de besoins en matière de soins de santé.

Au cours des dernières années, de nouveaux investissements importants ont été faits dans les modèles de soins primaires en Ontario, surtout pour les modèles d'équipe et de paiements par capitation. Le vérificateur

de l'Ontario a signalé que 1,6 milliard de dollars avaient été consacrés aux paiements au titre de services non rémunérés à l'acte à des médecins de famille en 2009–2010, soit 43 % du total des paiements effectués à des médecins de famille<sup>29</sup>. La plupart de ces paiements ont été versés à des médecins de RSF et d'OSF, dont ceux qui faisaient partie d'ESF. En 2009–2010, le paiement moyen versé par le gouvernement par médecin était plus élevé selon le modèle de RSF et le modèle de l'OSF que celui de tous les autres modèles de soins<sup>30</sup>. Les fonds remis aux ESF au titre de paiements autres que la rémunération des médecins ont atteint 244 millions de dollars en 2010–2011<sup>29</sup>. Les modèles de soins ayant tiré le plus profit de ces investissements considérables (les RSF, les OSF et les ESF) semblent tous avoir proportionnellement desservi des populations plus favorisées sur le plan social et celles ayant moins de besoins en matière de santé que les autres modèles de l'Ontario. Ces constatations tiennent vraisemblablement compte de tendances qui existaient déjà entre les médecins et les groupes qui choisissent de se joindre à ces modèles<sup>31</sup>. Les mécanismes de paiements par capitation dans de nombreuses autres

administrations rajustent les paiements en fonction des besoins en matière de soins de santé des patients ou des disparités socioéconomiques ou des deux. L'absence d'un tel rajustement peut être à l'origine d'obstacles à l'entrée des médecins dont les patients sont plus malades<sup>24, 32</sup> et peut avoir incité les médecins dont les patients sont moins malades à opter pour un modèle de paiements par capitation. Comme les patients dont le statut socioéconomique est élevé tendent à être davantage en santé, on peut également s'attendre à ce que les pratiques formées de patients moins malades soient plus riches. Un nombre plus élevé que prévu de visites des SU dans les pratiques à paiements par capitation caractérisait sans doute ces pratiques avant qu'elles ne passent aux paiements à l'acte<sup>31</sup>. Les modèles ontariens de paiements par capitation dissuadent fortement le recours à des services à l'externe de médecins de famille ou de cliniques de consultation sans rendez-vous (ils risqueraient de perdre la possibilité de toucher une prime d'accès pouvant atteindre 18,6 % des paiements par capitation), mais aucune pénalité n'est appliquée pour l'utilisation des SU. Donc, les pratiques dans

les collectivités comptant peu de cliniques de consultation sans rendez-vous, de centres de soins d'urgence ou de médecins ne faisant pas partie de leur groupe peuvent recevoir une prime d'accès même si elles fournissent un accès insatisfaisant. Les médecins de collectivités de ce genre peuvent avoir été attirés par l'augmentation de leur revenu qu'ils obtiendraient en passant aux paiements par capitation. Jusqu'à récemment, les médecins pouvaient décider de changer de modèles en se fondant sur les projections de revenu fournies par le Ministère. L'absence de rajustement en fonction des besoins en matière de santé et la structure de la prime d'accès peuvent avoir contribué aux tendances que nous avons constatées dans le cadre de notre étude. Toutefois, les mécanismes précis n'ont pas encore été élucidés et doivent faire l'objet d'un examen plus approfondi et d'une analyse stratégique plus poussée.

Tant les ESF que les CSC sont conçus pour répondre aux besoins communautaires locaux, mais les CSC se distinguent des autres modèles puisqu'ils offrent un groupe de services plus vastes comprenant la promotion de la santé et traitant des déterminants sociaux de la santé.

Ils sont également régis par un conseil communautaire et des accords de reddition de comptes conclus avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé. Les CSC desservent des populations défavorisées en raison de leur mandat communautaire, mais on ne connaît pas les motifs qui expliqueraient pourquoi ils affichent un nombre de visites des SU moins élevé que prévu. Certains facteurs possibles pourraient être les services de promotion de la santé, la mobilisation communautaire, les rendez-vous de plus longue durée, la présence d'équipes interdisciplinaires établies de longue date, les heures de bureau plus longues, les préférences des clients, les styles de pratique des fournisseurs, l'emplacement de la pratique par rapport aux services existants et la nature de la programmation des rendez-vous. Les mécanismes responsables du nombre de visites des SU inférieur aux prévisions sont importants dans la prise de décisions relatives aux politiques et il conviendrait de s'y attarder davantage, tout comme il conviendrait d'approfondir la recherche sur l'efficacité des CSC par rapport aux résultats<sup>12</sup>.

## LIMITES

Le présent rapport contient un certain nombre de limites dont il faut tenir compte au moment d'en interpréter les constatations.

- Parmi les clients des CSC, 11,5 % n'avaient pas de numéro de carte d'assurance-santé et ne pouvaient pas être reliés aux bases de données de l'Ontario. Le profil des CSC n'est par conséquent pas représentatif de l'ensemble de la clientèle des CSC, mais il comprend près de 90 % des clients qui avaient été vus au cours des deux années précédentes. Il conviendrait d'examiner plus en profondeur les caractéristiques et les tendances de l'utilisation des SU de ceux qui n'ont pas de protection-santé.
- Les infirmiers praticiens voient souvent des patients qui ne consultent pas les médecins. Des données sur les rencontres avec des infirmiers praticiens étaient disponibles pour les CSC mais non pour les ESF et c'est pourquoi ces rencontres (visant 22 % des clients des CSC) ont été exclues. Leur inclusion aurait pu donner lieu à des niveaux moins élevés de morbidité et de comorbidité pour les CSC et les ESF si les infirmiers praticiens avaient des pratiques moins complexes que celles des médecins. Pour pousser plus loin cette hypothèse, l'inclusion des données sur les infirmiers praticiens pour les CSC s'est traduite par une valeur de 1,67 pour l'ISMA, qui est inférieure à celle qui a été obtenue pour les seules consultations de médecins (1,84) mais quand même

considérablement supérieure à celle obtenue pour les autres modèles (données non indiquées).

- Les patients et les clients qui sont décédés avant le 1<sup>er</sup> avril 2010 ont été exclus de l'analyse, ce qui peut avoir sous-estimé la complexité de tous les modèles étant donné que ceux qui sont décédés pourraient avoir eu des problèmes complexes et des besoins élevés en matière d'utilisation des ressources au cours de la période ayant précédé leur décès.
- Les quintiles de revenu représentent le revenu au niveau des régions et pourraient ne pas être le reflet exact des niveaux de revenu des particuliers. Ils sont très souvent utilisés dans la recherche sur les services de santé et sont de fait corrélés avec le revenu au niveau des particuliers.
- Le caractère complet des données peut avoir posé problème dans les CSC, surtout dans ceux qui ont récemment commencé à se servir de dossiers électroniques, et pourrait avoir été problématique dans les modèles de paiements par capitation (RSF, OSF, ESF) qui soumettent une facture pro forma étant donné que l'on ne sait pas si les données concernant cette pratique de facturation sont complètes.
- Ces analyses sont transversales et n'aident pas à établir la distinction entre les médecins qui ont modifié leurs pratiques ou la composition de leur clientèle parce qu'ils se sont joints à un modèle de soins ou parce que les tendances reproduites dans les présentes existaient déjà. Une comparaison antérieure du nombre de visites des SU dans les RSF et dans les GSF a montré que les RSF<sup>31</sup> enregistraient déjà un taux supérieur de ces visites et que cet état de fait n'était vraisemblablement pas dû au changement de la pratique.
- Certaines différences subtiles entre les modèles pourraient avoir influencé les résultats. La fréquence des consultations dans les pratiques fondées sur les paiements par capitation peut être inférieure à celle dans les pratiques fondées sur les paiements à l'acte<sup>33</sup>, ce qui donne lieu à un moins grand nombre de diagnostics et, partant, à un niveau moins élevé de morbidité et de comorbidité selon les mesures utilisées dans la présente étude. La fréquence des consultations dans les CSC pourrait avoir également influé sur ces mesures, mais l'orientation de l'effet n'est pas connue, pas plus que l'effet découlant de l'utilisation d'un diagnostic aléatoire unique pour les consultations des CSC. Tant les CSC que les ESF sont composés d'équipes interdisciplinaires, mais ces équipes et leurs rôles étaient au stade formatif dans les ESF alors qu'ils étaient bien établis dans les CSC au cours de la période à l'étude.
- Pour les CSC, nous avons extrait les données sur les rencontres des dossiers électroniques locaux et dans le cas des autres groupes, nous les avons prélevées dans les demandes de paiement des médecins. Ces différences au chapitre des sources de données peuvent avoir introduit des différences au plan des tendances de morbidité et de comorbidité qui ont été mesurées, mais la nature et l'orientation de ces effets ne sont pas connues. Il se peut qu'une personne figure à la fois dans les données du CSC et sur les listes de patients inscrits dans un modèle de soins primaires. De tels cas sont rares, mais quand ils sont survenus, la personne a été attribuée au CSC.
- Le lien unissant les visites des SU et l'accès aux soins primaires est guidé par un certain nombre de facteurs que nous n'avons pas pu mesurer. Il s'agit notamment de la disponibilité et du caractère approprié des ressources locales, comme les cliniques de consultation sans rendez-vous et les centres de soins d'urgence, ainsi que des préférences des patients quant au lieu des soins, les styles de pratique des médecins, la distance des installations, la disponibilité des places de stationnement ou du transport en commun et les heures de bureau. Il est probable que ces facteurs non mesurés soient responsables de certains des écarts au chapitre des visites des SU que nous avons constatés chez les groupes.

- Enfin, bon nombre des visites des SU ne peuvent être évitées, et ce, même si les soins primaires sont excellents. On s'entend pour dire qu'une très petite proportion<sup>34</sup> des visites des SU peuvent être évitées, notamment dans le cas d'infections aiguës mineures, mais que la proportion réelle des visites évitables n'est pas connue. Le niveau de triage a été utilisé à titre d'indicateur des visites des SU<sup>31</sup> qui peuvent être évitées. Nous ne l'avons pas utilisé dans le présent rapport parce que le codage a été considérablement révisé pendant la période à l'étude<sup>35,36</sup> et que nous ne savons pas quels changements ont été apportés au codage dans les milieux urbains et ruraux. Quoi qu'il en soit, une proportion substantielle des visites des SU semble être liée au manque d'accès en temps opportun aux soins primaires<sup>37,38</sup>.
- Ces travaux nous ont également aidés à cerner quelques limites des données provinciales.
- La plus importante de ces limites est l'absence de données sur les rencontres dans les CSC dans les bases de données sur la santé de l'Ontario. Elle a compliqué les efforts que nous avons déployés pour comparer les modèles puisque nous avons dû recueillir à la main les données sur les CSC dans les dossiers électroniques tandis que les dossiers sur les rencontres dans les autres modèles ont été recueillis de manière courante dans le cadre des demandes de paiement des médecins.
  - La deuxième grande limite a trait au manque de données dans tous les modèles sur les rencontres pour les infirmiers praticiens et les fournisseurs de services qui ne sont pas médecins. Il sera très difficile de circonscrire la contribution de ces fournisseurs de services, surtout les infirmiers praticiens, sans recueillir systématiquement des données sur leurs activités au niveau des patients et des clients.
  - Bien que les modèles de paiements par capitation appliquent la facturation pro forma, le caractère de ce genre de facturation n'est pas connu et doit être étudié et validé. Enfin, l'adresse de nombreuses carte-santé dans la BDPI est désuète, ce qui soumet les inférences géographiques (comme le milieu urbain contre le milieu rural et les quintiles de revenu) à des erreurs de calcul.

## INCIDENCE SUR LES POLITIQUES

Ces constatations ont plusieurs incidences sur les politiques.

**1 / Modèle du CSC :** Le modèle du CSC semble jouer un rôle particulièrement important pour les populations défavorisées de l'Ontario. L'arrivée constante d'immigrants en Ontario et les inégalités croissantes au chapitre du revenu portent à croire à un besoin de plus en plus important en matière de soins pour ces populations. D'autres recherches ont conclu que les soins de santé dans les CSC étaient associés à une meilleure gestion des maladies chroniques et des soins gériatriques, à des soins plus complets et à une plus grande orientation communautaire<sup>7 à 11</sup>. Les analyses courantes montrent que les soins dans les CSC sont également associés à un nombre moins élevé que prévu de visites des SU.

**2 / Taux de paiements par capitation :** Les GSF et les modèles « Autres » prodiguent des soins à un profil d'Ontariens moyens et affichent un nombre moins élevé que prévu de visites des SU. Les modèles de paiements par capitation (RSF, OSF, ESF) desservent les Ontariens plus favorisés ayant un profil de maladie moindre et une utilisation plus élevée que prévue des SU. En rajustant les taux de paiements par capitation pour tenir compte des besoins en matière de soins de santé, on pourrait englober davantage de patients à besoins élevés et davantage de pratiques à besoins élevés dans ces modèles. À l'heure actuelle, les GSF qui

adoptent les paiements par capitation peuvent s'attendre à une perte de revenu<sup>32</sup> attribuable essentiellement à une pratique comptant plus de malades que la moyenne des pratiques. Cet obstacle à l'adhésion aux modèles de paiements par capitation constitue également un obstacle à l'adhésion aux ESF étant donné que seuls les modèles de paiements par capitation sont permis. Cette situation serait sans doute appelée à changer si un rajustement approprié est apporté aux paiements par capitation.

**3 / Paiements incitatifs :** L'actuelle prime d'accès versée pour éviter de recourir aux soins primaires extérieurs semble ne pas convenir pour remédier à l'utilisation très élevée des SU d'hôpitaux<sup>16</sup> en Ontario parce qu'elle ne fait rien pour en dissuader l'utilisation. De plus, nombre de pratiques reçoivent peu ou guère de primes d'accès, ce qui survient souvent dans des environnements offrant de nombreuses autres sources de soins, comme dans les grands centres urbains. Les pratiques situées dans les environnements qui fournissent un excellent accès reçoivent le même traitement (aucune prime) que celles qui n'offrent pas d'accès. La prime d'accès peut également dissuader les fournisseurs de différents groupes et modèles d'unir leurs efforts afin d'offrir un accès rapide aux soins en dehors des heures normales aux membres de leur collectivité. Aucune amélioration n'a été apportée à l'accès rapide aux soins et à l'accès aux soins en dehors des heures normales ces dernières années, et ce, malgré l'augmentation

du nombre d'Ontariens ayant un médecin de famille<sup>39</sup>, ce qui constitue une autre raison de réexaminer la prime d'accès. Si le versement de primes d'accès demeure une caractéristique désirable des modèles de soins primaires, il conviendrait de repenser l'actuelle prime afin d'y intégrer les visites des SU, de manière à tenir compte de l'utilisation extérieure observée contre celle prévue ou de la fonder sur la disponibilité des rendez-vous la même journée et après les heures normales. Une approche davantage axée sur les personnes supposerait que l'on fonde les incitatifs ou les autres formes d'attentes ou d'obligations redditionnelles sur l'accès aux soins signalé par les patients. À titre d'exemple, on utilise les questions sur l'accès du *General Practice Survey* britannique pour la rémunération au rendement fondée sur la pratique, après rajustement en fonction des caractéristiques des patients<sup>40</sup>. Dans un tel contexte, les pratiques sont récompensées si elles offrent des rendez-vous rapides et si elles sont en mesure de prévoir des rendez-vous à l'avance. Les résultats du sondage sont disponibles publiquement au niveau des pratiques et des régions<sup>40</sup>.

**4 / Utilisation des SU :** Le fort taux d'utilisation des SU en Ontario est également un important objectif des politiques. Les mesures d'exécution visant le respect des engagements envers les soins après les heures normales ont posé problème, mais elles suscitent actuellement plus d'attention du Ministère<sup>29</sup>. Le prolongement des heures de bureau, le regroupement des ressources entre les groupes et les modèles de soins pour répondre aux besoins des collectivités<sup>41</sup>, l'offre d'incitatifs pour les visites à domicile et la reconception des bureaux pour permettre un accès rapide aux rendez-vous<sup>42, 43</sup> sont autant d'éléments susceptibles de jouer un rôle important dans la réduction de l'utilisation des SU.

« *Très peu de travaux ont été menés pour comprendre l'optimisation des ressources des modèles de soins primaires de l'Ontario; or, de tels travaux auraient dû avoir été menés il y a longtemps déjà.* »

## INCIDENCES SUR L'ÉVALUATION ET LA RECHERCHE

Ces constatations ont également des incidences sur l'évaluation et la recherche. Dans son rapport de décembre 2011, le vérificateur général de l'Ontario signalait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée « ...n'a pas encore effectué d'analyse officielle pour déterminer si les avantages attendus des plans de diversification des modes de financement plus coûteux se sont concrétisés. »<sup>29</sup> Dans le même rapport, le vérificateur reconnaît les défis liés à l'exécution de ce genre d'analyse ainsi que la complexité des modèles de soins primaires et des paiements en Ontario. Il n'existe aucune expérience véritable et peu d'analyses longitudinales permettant de comprendre l'incidence des nouveaux modèles de soins primaires<sup>33</sup>. Or, de telles expériences et analyses sont très nécessaires pour aider à distinguer les causes des effets. Les investissements pourraient avoir des effets positifs qui ne sont pas faciles à discerner dans les tendances à l'échelle de la province, comme le renversement de la diminution de l'effectif de médecins en soins primaires après 2000–2001, sans lesquelles l'accès aux soins pourrait s'être aggravé au lieu d'être demeuré stable<sup>30</sup>. Les comparaisons avec d'autres administrations canadiennes seraient valables tout comme les comparaisons avec les réformes des soins primaires dans d'autres pays développés. De solides soins primaires représentent l'assise sur laquelle

reposent des systèmes de santé très performants<sup>44 à 46</sup>, mais la manière optimale d'organiser les soins primaires n'est pas bien comprise. Chaque modèle de soins primaires semble posséder à la fois des forces et des faiblesses<sup>6</sup>. Les détails des mécanismes de paiements par capitation pourraient se révéler particulièrement importants pour assurer l'accès rapide à des soins et l'inclusion des populations défavorisées et plus malades. Il est extrêmement difficile de comprendre quelle composition de modèles permet le mieux de répondre aux besoins de la population et des systèmes de santé. Très peu de travaux ont été menés pour comprendre l'optimisation des ressources des modèles de soins primaires de l'Ontario<sup>12, 33, 47, 48</sup>; or, de tels travaux auraient dû avoir été menés il y a longtemps déjà.

# Conclusions

Les modèles de soins primaires de l'Ontario desservent différentes populations et s'assortissent de différents résultats. Pour assurer le bon fonctionnement du système de soins de santé, il pourrait être souhaitable d'abandonner le paiement à l'acte, mais la structure que les autres mécanismes de paiement adopteront semble revêtir une très grande importance. Les plus grands modèles de soins courants ont été coûteux, mais ils ont eu une incidence limitée sur l'accès de la population aux soins, qui comptait parmi les principaux objectifs. Les modèles de paiements par capitation et d'équipe qui ont reçu le plus de nouvelles ressources prennent soin de groupes relativement favorisés et s'assortissent de visites des SU plus nombreuses que celles prévues. Il convient donc de se pencher de nouveau sur les structures de paiements et d'incitatifs qui sous-tendent ces modèles. Le modèle du CSC constitue une solution de rechange attrayante à de nombreux égards, mais les CSC jouent un rôle différent de celui des autres modèles de soins primaires et sont approvisionnés et gérés de manière nettement différente. Les décideurs doivent examiner plus en profondeur la place que ces centres occupent dans les soins primaires en Ontario.

Jusqu'à présent, peu de travaux ont été menés pour chercher à comprendre l'optimisation des ressources des modèles de soins primaires en Ontario, et il est grandement temps que de telles analyses soient exécutées. La diversité des modèles de soins primaires de l'Ontario, si elle est dûment évaluée, peut fournir une foule de renseignements aux décideurs. Les décideurs de l'Ontario ainsi que ceux d'autres provinces et pays sont aux prises avec la manière d'accroître l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé. L'Ontario jouit d'une occasion inespérée de refondre ses soins primaires en comprenant les éléments probants et en les appliquant à ses nombreux modèles de soins. Nous espérons que le présent rapport aidera les décideurs à comprendre comment les modèles de soins primaires de l'Ontario se rattachent aux types de patients desservis et aux résultats des visites des SU, dans le dessein de réorienter les ressources courantes et les investissements futurs.

## RÉFÉRENCES

- 1 Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N., « Primary health care in Canada: systems in motion », *Milbank Q.*, 2011, 89(2), p. 256–88.
- 2 Santé Canada, Rencontre des premiers ministres sur les soins de santé, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-fra.php>.
- 3 Centres de santé communautaire de l'Ontario, consulté le 26 janvier 2012 à l'adresse <http://www.ontariochc.ca>.
- 4 ProfessionsSantéOntario, Soins de santé primaires, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://www.professionssanteontario.ca/HealthcareInOntario/PrimaryCare.aspx>.
- 5 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Équipes Santé familiale, consulté le 26 janvier 2012 à l'adresse [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/fht\\_mnf.html](http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/fht_mnf.html).
- 6 Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. *Sur la voie du changement : Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2003, consulté le 26 janvier 2012 à l'adresse [http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/choices\\_for\\_change\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/choices_for_change_f.pdf).
- 7 Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M., « Managing chronic disease in Ontario primary care: the impact of organizational factors », *Ann Fam Med.*, 2009 7(4), p. 309–318.
- 8 Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, et al., « Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices », *JAMC* 2012, 184(2), p. E135–343.
- 9 Dahrouge S, Hogg W, Tuna M, et al., « Age equity in different models of primary care practice in Ontario », *Le médecin de famille canadien*, 2011, 57(11), p. 1300–1309.
- 10 Liddy C, Singh J, Hogg W, Dahrouge S, Taljaard M., « Comparison of primary care models in the prevention of cardiovascular disease - a cross sectional study », *BMC Fam Pract.*, 2011, p. 12:114.
- 11 Muldoon L, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Russell G, Shortt M., « Community orientation in primary care practices: results from the Comparison of Models Of Primary Health Care in Ontario Study, *Le médecin de famille canadien*, 2010, 56(7), p. 676–683.
- 12 Milliken O, Devlin RA, Barham V, Hogg W, Dahrouge S, Russell G., « Comparative efficiency assessment of primary care service delivery models using data envelopment analysis », *Canadian Public Polic*, 2011, 37(1), p. 85–109.
- 13 McCusker J, Roberge D, Lévesque JF, et al. « Emergency department visits and primary care among adults with chronic conditions », *Med Care*, 2010, 48(11), p. 972–980.
- 14 Sharon K. Long SK, Stockley K, Dahlen H., « Massachusetts health reforms: uninsurance remains low, self-reported health status improves as state prepares to tackle costs », *Health Aff (Millwood)*, 2012, 31(2), p. 444–451.
- 15 Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, Applebaum S., « How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries » *Health Aff (Millwood)*, 2010, 29(12), p. 2323–2334.
- 16 Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA, « Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada », *BMJ*, 2011, 342, p. d2983.

- 17 Kralj B. *Measuring Rurality – IRO2008 BASIC: Methodology and Results*, Toronto, Ontario Medical Association, 2008, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/docs/up\\_rio\\_methodology.pdf](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/program/uap/docs/up_rio_methodology.pdf).
- 18 Statistique Canada, Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82F0086X&lang=fra>.
- 19 The Johns Hopkins University, *The Johns Hopkins ACG System*, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://www.acg.jhsph.org/index.php>.
- 20 Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*, New York, Oxford University Press, 1998, p. 35–54.
- 21 Reid RJ, MacWilliam L, Verhulst L, Roos N, Atkinson M., « Performance of the ACG case-mix system in two Canadian provinces », *Med Care*, 2001, 39(11), p. 86–99.
- 22 Reid RJ, MacWilliam L, Roos NP, Bogdanovic B, Black C. *Measuring Morbidity in Populations: Performance of the Johns Hopkins Adjusted Clinical Group (ACG) Case-Mix Adjustment System in Manitoba*, Winnipeg (Manitoba), Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, 1999, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/acg.pdf>.
- 23 Reid R, Bogdanovic B, Roos NP, Black C, MacWilliam L, Menec V. *Do Some Physician Groups See Sicker Patients Than Others? Implications for Primary Care Policy in Manitoba*, Winnipeg (Manitoba), Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba, 2001, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/acg2001.pdf>.
- 24 Sibley LM, Glazier RH., « Evaluation of the equity of age-sex adjusted primary care capitation payments in Ontario », *Canada, Health Policy*, 2012, 104(2), p. 186–192.
- 25 Hux JE, Ivis F, Flintoft V, Bica A., « Diabetes in Ontario: determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm », *Diabetes Care*, 2002, 25(3), p. 512–516.
- 26 Gershon AS, Wang C, Vasilevska-Ristovska J, Cicutto L, To T., « Identifying patients with physician diagnosed asthma in health administrative databases », *Can Respir J.*, 2009, 16(6), p. 183–188.
- 27 Gershon AS, Wang C, Guan J, Vasilevska-Ristovska J, Cicutto L, To T., « Identifying individuals with physician diagnosed BPCO in health administrative databases », *COPD*, 2009, 6(5), p. 388–394.
- 28 Steele LS, Glazier RH, Lin E, Evans M., « Using administrative data to measure ambulatory mental health service provision in primary care », *Med Care*, 2004, 42(11), p. 960–965.
- 29 Bureau du vérificateur général de l'Ontario, *Rapport annuel 2011*, « Diversification des modes de financement pour les médecins de famille », consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse [http://www.auditor.on.ca/fr/rapports\\_fr/fr11/2011ar\\_fr.pdf](http://www.auditor.on.ca/fr/rapports_fr/fr11/2011ar_fr.pdf).
- 30 Henry DA, Schultz SE, Glazier RH, Bhatia RS, Dhalla IA, Laupacis A. *Paiements versés aux médecins ontariens par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, de 1992–1993 à 2009–2010*, Rapport d'enquête de l'IRSS. Toronto, Institut de recherche en services de santé, 2012, consulté le 8 février 2012 à l'adresse [http://www.ices.on.ca/file/ICES\\_PhysiciansReport\\_2012.pdf](http://www.ices.on.ca/file/ICES_PhysiciansReport_2012.pdf).

- 31 Glazier RH, Klein-Geltink J, Kopp A, Sibley LM., « Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation », *JAMC*, 2009, 180(11), p. E72-81.
- 32 Hutchison BG, Buckley N, Hurley J, et al., « *Needs-adjusted Primary Care Capitation Payment: Development and Comparison of Models* », Hamilton (Ontario), Centre for Health Economics and Policy Analysis, 2006.
- 33 Kantarevic J, Kralj B. *Quality and Quantity in Primary Care Mixed Payment Models: Evidence from family health organizations in Ontario*, Bonn, Allemagne, Institute for the Study of Labor, 2011, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://ftp.iza.org/dp5762.pdf>.
- 34 Altmayer CA, Ardal S, Woodward GL, Schull MJ., « Variation in emergency department visits for conditions that may be treated in alternative primary care settings », *CJEM*, 2005, 7(4), p. 252-256.
- 35 Warren DW, Jarvis A, LeBlanc L, Gravel J, Groupe de travail national sur l'ÉTG, « Revisions to the Canadian Triage and Acuity Scale paediatric guidelines (PaedCTAS) », *CJEM*, 2008,10(3), p. 224-232.
- 36 Bullard MJ, Unger B, Spence J, Grafstein E, Groupe de travail national sur l'ÉTG, « Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) adult guidelines », *CJEM*, 2008,10(2), p. 136-142.
- 37 Steele S, Anstett D, Milne WK, « Rural emergency department use by CTAS IV and V patients », *CJEM*, 2008, 10(3), p. 209-214.
- 38 Field S, Lantz A., « Emergency department use by CTAS Levels IV and V patients », *CJEM*, 2006, 8(5), p. 317-322.
- 39 Qualité des services de santé Ontario. *Observateur de la qualité, Rapport annuel 2011 sur le système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse [http://www.ohqc.ca/pdfs/2011\\_report\\_french.pdf](http://www.ohqc.ca/pdfs/2011_report_french.pdf).
- 40 Ministère de la Santé du Royaume-Uni, « The GP Patient Survey », consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse <http://www.gp-patient.co.uk/info/>.
- 41 van Uden CJ, Giesen PH, Metsemakers JF, Grool RP., « Development of out-of-hours primary care by general practitioners (GPs) in The Netherlands: from small-call rotations to large-scale GP cooperatives », *Fam Med.*, 2006, 38(8), p. 565-569.
- 42 O'Hare CD, Corlett J., « The outcomes of open-access scheduling », *Fam Pract Manag.*, 2004,11(2), p. 35-38.
- 43 Quality Improvement and Innovation Partnership, « Advancing Improvement in Primary Healthcare in Ontario » consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse [http://www.qiip.ca/primary\\_health\\_care.php](http://www.qiip.ca/primary_health_care.php).
- 44 Starfield B., « Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services », *SESPAS report 2012, Gac Sanit.*, 20 janvier 2012 [publication électronique avant l'impression].
- 45 Macinko J, Starfield B, Shi L., « Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States, *Int J Health Serv.*, 2007, 37(1), p. 111-126.
- 46 Engström S, Foldevi M, Borgquist L., « Is general practice effective? A systematic literature review », *Scand J Prim Health Care*, 2001, 19(2), p. 131-144.
- 47 Kantarevic J, Kralj B, Weinkauff D., « Enhanced fee-for-service model and physician productivity: evidence from Family Health Groups in Ontario », *J Health Econ.* 2011, 30(1), p. 99-111.
- 48 Hurley J, DeCicca P, Li J, Buckley G., *The Response of Ontario Primary Care Physicians to Pay-for-Performance Incentives*, Hamilton (Ontario), Centre for Health Economics and Policy Analysis, 2011, consulté le 25 janvier 2012 à l'adresse [http://www.chepa.org/Libraries/PDFs/CHEPA\\_WP\\_11-2\\_1.sflb.ashx](http://www.chepa.org/Libraries/PDFs/CHEPA_WP_11-2_1.sflb.ashx).

Institut de recherche  
en services de santé (IRSS)

2075, avenue Bayview, bureau G1 06  
Toronto (Ontario) M4N 3M5

Adresse courriel : [info@ices.on.ca](mailto:info@ices.on.ca)  
416-480-4055

[www.ices.on.ca](http://www.ices.on.ca)

**ICES** Institute for Clinical  
Evaluative Sciences