

# **LA RÉFORME DES SOINS PRIMAIRES**

*UN DOCUMENT DE TRAVAIL*

Rédigé par  
Pat Armstrong et Hugh Armstrong  
pour la Coalition canadienne de la santé

**Janvier 2001**

## ***Introduction***

Les soins de santé primaires sont maintenant au premier plan du programme de réforme des planificateurs de la santé, des gouvernements et les organisations qui représentent les professionnels de la santé. Même si leurs efforts dans ce domaine n'ont pas suscité le même intérêt que pour la réforme des hôpitaux, les conséquences des changements dans les soins primaires pourraient s'avérer plus profondes. En général, la restructuration des hôpitaux a entraîné des compressions, mais la restructuration des soins primaires pourrait donner lieu à une approche fondamentalement différente de la façon même dont les soins de santé sont définis et financés. Par conséquent, il est essentiel que les citoyens participent activement et de façon éclairée aux discussions sur la réforme des soins primaires.

## *Définition des soins de santé primaires*

Il y a des années, l'Organisation mondiale de la santé définissait les soins primaires comme des soins essentiels, à la base même du système de santé.

Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire<sup>1/4</sup> Les soins de santé primaires visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet.

Depuis, l'OMS a élargi cette définition pour y inclure des références à des soins de santé essentiels qui sont « universellement accessibles aux personnes et aux familles dans leur collectivité avec leur pleine participation et à un coût abordable pour la collectivité et le pays » ainsi qu'à un « processus continu de soins de santé ».

Plus récemment, la Commission de la restructuration des services de santé de l'Ontario (CRSS) décrivait ainsi les soins de santé primaires :

[Ils sont] le premier niveau de soin, et habituellement le premier point de contact, des gens avec le système de santé. Les soins primaires soutiennent les personnes et les familles et les aident à prendre les meilleures décisions possibles pour leur santé. Ils incluent les conseils en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les évaluations de la santé, le diagnostic et le traitement de maladies épisodiques et chroniques, ainsi que les soins de soutien et de réadaptation

Les services sont coordonnés, accessibles à tous les consommateurs et offerts par des professionnels de la santé qui ont les compétences voulues pour répondre aux besoins des personnes et des collectivités desservies. Ces professionnels travaillent en association avec des consommateurs et facilitent leur recours à d'autres services connexes à la santé, au besoin.

Ces larges définitions englobent tout, du médecin qui pratique seul, au centre de santé où des équipes d'intervenants s'occupent de développement social et sont régies par un conseil communautaire élu. Les définitions suggèrent un engagement commun à servir les gens comme personnes entières, près de chez eux, où tout le monde connaît leur nom et leur situation. Elles montrent également l'importance accordée au maintien de la santé et, en cas de maladie, à une transition douce et réconfortante vers les traitements indiqués. Définis ainsi, les soins de santé primaires sont faciles à soutenir.

Il existe toutefois des différences critiques entre les nombreux projets de réforme des soins de santé primaires, des différences qu'occulent souvent les définitions larges et englobantes. Les définitions sont davantage un énoncé d'idées et de relations qu'un plan de structures et de pratiques. Et il y a une différence subtile entre la définition proposée par l'Organisation mondiale de la santé et celle de la Commission de la restructuration des services de santé, la CRSS mettant davantage l'accent sur les soins individuels que sur les services communautaires, de la pleine participation au services de soutien, et des personnes et familles aux consommateurs.

Compte tenu de ces différences et des définitions larges des soins primaires, il faut se demander qui doit fournir le premier niveau de soin ou de contact; quelles seront les fonctions exécutées et quels seront les services fournis ; qui aura accès à ces services et dans quelles conditions ; et de quelle façon les soins seront régis, contrôlés et financés. En outre, les soins primaires doivent être vus tant dans le contexte des pressions internationales que dans celui des idées canadiennes sur le droit aux soins, parce qu'ils influencent la façon dont les réformes sont interprétées et mises en œuvre.

Bien que les documents stratégiques canadiens actuels proposent des définitions larges, l'axe principal est le diagnostic et le traitement, par les médecins, de maladies et de blessures et le contrôle des coûts plutôt que la participation de collectivités et de professionnels de la santé. Les projets, de l'Ontario en particulier, insistent sur la nécessité d'organiser les médecins de famille et les omnipraticiens en pratiques de groupe, auxquelles pourraient se joindre des infirmières et peut-être des sages-femmes, des ergothérapeutes et des physiothérapeutes. Ces autres professionnels de la santé prendraient en charge certaines tâches habituellement assumées par les médecins et pourraient « assurer l'éducation des patients pour soutenir les soins individuels », comme le suggéraient les auteurs de l'un de ces projets. Comme par le passé, les médecins seraient contrôlés principalement par leurs collègues. Dans les pratiques de groupe, leurs gestes seraient toutefois plus visibles et certains projets suggèrent des évaluations plus régulières et formelles, guidées par des protocoles basés sur les faits. D'autres systèmes de rémunération des médecins sont également proposés dans la plupart des stratégies de réforme et certains suggèrent une approche axée davantage sur le travail d'équipe et le contrôle par la communauté.

L'inscription de patients individuels à des pratiques de groupe ou à des centres de santé communautaire et le financement de ces pratiques en fonction du nombre total de patients inscrits sont au cœur de ces projets de réforme. La continuité serait assurée en grande partie en rémunérant les professionnels selon le nombre et les caractéristiques des patients qu'ils ont recrutés. Chaque patient n'aurait qu'un seul point d'entrée pour les services, et de nouvelles technologies de l'information seraient mises en place pour faire un suivi des services que les patients ont reçus et des coûts qu'ils ont entraînés.

C'est ici, dans cette suggestion « d'inscrire » les patients à des pratiques de groupe organisées autour de médecins et sur une base de capitation, qu'apparaît l'aspect radical des actuels projets de réforme des soins primaires. Avec l'assurance-maladie actuelle, les paiements sont effectués en fonction des services (à l'acte) plutôt que des patients individuels et les patients peuvent aller d'un service à l'autre pour répondre à leurs besoins. La plupart des projets de réforme des soins primaires proposent que la rémunération soit basée sur les personnes et que les pratiques reçoivent des paiements en fonction du nombre de patients inscrits, plutôt qu'en fonction du nombre et du genre de services offerts. Certains projets suggèrent aussi d'accorder un paiement additionnel pour l'atteinte de certains objectifs, comme un pourcentage de patients immunisés ou un pourcentage de femmes qui ont subi un test de Pap. Mais la plupart des projets recommandent de restreindre considérablement les choix des patients, même lorsque l'on soutient qu'ils offrent davantage de choix.

## ***Pourquoi une réforme des soins primaires ?***

### 1. Les problèmes du système actuel

Au Canada, la majorité des gens entrent dans le système de santé en passant par le bureau de leur médecin. La plupart de ces médecins sont payés à l'acte et travaillent souvent seuls, mais, de plus en plus, avec d'autres médecins dans des bureaux partagés. Depuis l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie, toutefois, certaines personnes reçoivent des soins par l'entremise de centres de santé communautaires. En effet, quelques-uns de ces centres existaient déjà avant l'assurance-maladie et étaient soutenus parce qu'ils offraient des avantages, tant en matière de soins que de coûts. Certains problèmes de la médecine à l'acte, surtout lorsqu'elle est combinée aux pratiques solo ou aux pratiques de groupe organisées uniquement pour partager des services d'affaires, sont devenus évidents au moment de la création de l'assurance-maladie. D'autres problèmes ont surgi depuis quelques années. Tous sont des facteurs de la promotion des réformes actuelles.

Premièrement, le paiement à l'acte incite les médecins à fournir autant de services qu'ils le peuvent, aussi rapidement qu'ils le peuvent. Cela peut mener à un recours excessif aux médicaments d'ordonnance, aux épreuves diagnostiques et à d'autres approches destinées à aborder certains symptômes spécifiques dans certaines parties spécifiques du corps. En outre, des traitements plus complexes rapportent plus, ce qui est un incitatif pernicieux aux interventions excessives (*surtout par des spécialistes*). *En plus de visites aux patients moins longues*, les tarifs d'admission à l'hôpital peuvent augmenter à cause des épreuves et des procédures plus coûteuses et le résultat peut être une augmentation des coûts pour le système et une diminution de la qualité des soins pour le patient.

Deuxièmement, en favorisant une approche fondée sur les diagnostics et des traitements spécifiques, le système de rémunération à l'acte n'encourage pas les médecins à passer plus de temps avec leurs patients pour explorer les causes multiples de leur mauvaise santé ou élaborer des stratégies de prévention de la maladie et de promotion de la santé. En outre, ce système décourage les professionnels des soins primaires de tenir des réunions d'équipe pour discuter des problèmes de leurs patients.

Troisièmement, les médecins sont formés surtout pour établir des diagnostics et fournir des traitements aux personnes, en mettant l'accent sur certaines parties précises du corps. Ils sont orientés vers l'intervention médicale, les soins de prévention médicaux et les moyens médicaux pour préserver la santé. Pourtant, la recherche sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie montre clairement que la santé est déterminée par des facteurs multiples et interreliés qui doivent être abordés de différentes façons.

Beaucoup de ces déterminants exigent des compétences qui dépassent de loin les soins médicaux et dont certains exigent une compréhension des collectivités dans lesquelles vivent les gens. Les compétences des médecins ne sont pas suffisantes pour assurer la promotion de la santé. L'importance accordée actuellement aux pratiques médicales en solo ne permet pas de tirer profit de l'ensemble des compétences des professionnels de la santé, compétences qui sont critiques tant pour la promotion de la santé que pour le traitement de maladies ou d'incapacités. Beaucoup de ces compétences sont difficiles à voir pour l'instant, surtout parce qu'on suppose souvent qu'elles viennent naturellement aux femmes, qui sont la très grande majorité des personnes qui prodiguent les soins de santé. Et, surtout, l'importance accordée à l'aspect médical ne tient pas compte de nombreuses causes de mauvaise santé.

Quatrièmement, aucun médecin ne peut espérer maîtriser complètement toutes les connaissances sur les diagnostics et les traitements de plus en plus nombreux, sans parler des florissantes publications de recherche sur les déterminants sociaux de la santé. En travaillant seul, ou au sein d'une pratique de groupe destinée à partager les coûts plutôt que les soins, les médecins peuvent s'isoler et supporter une trop grande responsabilité.

Cinquièmement, il y a peu d'occasions de contrôler le travail d'un médecin seul ou de médecins qui travaillent au sein de pratiques de groupe destinées à promouvoir l'efficacité des affaires plutôt qu'un partage du savoir et des cas des patients. Et ces médecins n'ont que peu d'occasions d'évaluer leur propre travail. En d'autres mots, ils n'ont de comptes à rendre à personne. Et cela vaut surtout pour les médecins qui n'ont pas de privilèges d'admission des patients à l'hôpital, ce qui permettrait au moins que d'autres professionnels de la santé les voient au travail, partagent leurs connaissances et offrent des conseils.

Sixièmement, un petit groupe de médecins, *a fortiori* un médecin seul, ne peut pas effectuer plus qu'un certain nombre d'heures de travail chaque semaine. La maladie et les blessures n'arrivent pas toujours selon des horaires réguliers, et la demande s'accroît pour la prolongation des heures de bureau maintenant qu'une majorité de femmes et d'hommes occupent un emploi rémunéré et qu'une plus grande partie de leur travail rémunéré est précaire et effectué le week-end et le soir. De plus, surtout avec le nombre croissant de femmes médecins qui assument encore un pourcentage disproportionné des responsabilités familiales, de plus en plus de médecins veulent des heures de travail régulières et des avantages sociaux normaux. En outre, les patients quittent l'hôpital de plus en plus tôt et peu de personnes de santé fragile sont admises en soins prolongés ; on exige donc de plus en plus des médecins et des cliniques qu'ils offrent des services à toute heure du jour et de la nuit. L'accroissement de la demande en matière de soins est évidente dans le recours aux salles d'urgence pour des problèmes de santé relativement mineurs qui arrivent au milieu de la nuit ou pendant le week-end.

Septièmement, les pratiques solo et en petit groupe ne peuvent pas facilement se permettre le genre de matériel et d'installations nécessaires pour offrir toute la gamme des services essentiels établis dans la définition des soins primaires de l'Organisation mondiale de la santé. En particulier, les technologies de l'information en constante évolution offrent de nouvelles possibilités de consulter les publications de recherche, de faire le suivi des patients et de communiquer avec d'autres professionnels de la santé. Mais ces technologies coûtent cher, et sont donc plus accessibles à de grandes organisations. De même, les nouvelles technologies comme les IRM et les lasers ouvrent d'autres possibilités de diagnostics et de traitements, mais elles sont beaucoup trop coûteuses pour que les médecins puissent se les procurer individuellement. La tendance, au début du XXe siècle, à prodiguer les soins en hôpital était due en partie à des pressions technologiques de cet ordre parce que les hôpitaux offraient la possibilité de partager ces ressources.

## 2. La restructuration des hôpitaux

Nous ne voulons pas suggérer la possibilité d'un retour aux soins en hôpital. Au contraire. En plus des incitatifs à la réforme qui viennent des pratiques des médecins de soins primaires, il y a des pressions extérieures, dont les plus importantes sont les compressions ou les restructurations qui ont lieu dans les hôpitaux. Les raisons sont multiples.

Premièrement, les hôpitaux ont radicalement réduit la durée des séjours des patients, font de plus en plus des chirurgies de jour et ont énormément accru les services ambulatoires. En conséquence, il faut plus de soins à l'extérieur de l'hôpital, et ces soins sont habituellement définis comme des soins primaires.

Deuxièmement, il y a un manque de continuité dans les services parce que les patients passent rapidement d'un établissement à l'autre. Cela est dû en partie aux séjours plus courts des patients, aux chirurgies d'un jour et aux pratiques ambulatoires, mais aussi à la diminution des ressources établissant les liens avec les médecins de soins primaires ou d'autres intervenants et à l'insuffisance relative d'établissements de soins primaires dans la « communauté » pour s'occuper de celles et ceux qui ont reçu leur congé de l'hôpital si abruptement.

Troisièmement, parce que le nombre de lits d'hôpitaux a diminué, moins de médecins peuvent admettre des patients. Les spécialistes reçoivent la priorité et les omnipraticiens et les médecins de famille - celles et ceux qui sont censés coordonner les soins - admettent maintenant moins de patients. En outre, les barèmes d'honoraires n'offrent qu'une rémunération limitée pour les visites à l'hôpital et, à cause des fermetures, il y a moins d'hôpitaux près des bureaux des médecins de premiers soins. En conséquence, ces médecins sont moins susceptibles de rendre visite à leurs patients pendant qu'ils sont à l'hôpital.

Quatrièmement, les hôpitaux et leurs salles d'urgence sont en redéfinition. Maintenant, seuls les soins les plus urgents, les plus aigus et les plus complexes sont jugés correctement offerts dans ces établissements. Il est important de comprendre qu'il s'agit d'une nouvelle définition des hôpitaux et non une réponse au fait que des patients, qui n'avaient jamais été soignés à l'hôpital avant, soient admis ou gardés dans des lits. La diminution du nombre de lits d'hôpitaux entraîne plus d'attente à l'urgence ; en conséquence, la pression augmente pour que tous les soins qui ne sont pas immédiatement et évidemment urgents, c'est-à-dire les soins aigus, soient offerts par des organisations de soins primaires.

Cinquièmement, la continuité des soins de l'hôpital à la collectivité est un problème depuis longtemps dans de nombreuses régions du pays, mais les ressources hospitalières ont tellement diminué qu'il arrive souvent que les renseignements sur les patients ne se rendent pas à leur médecin de famille ou à d'autres professionnels de la santé. Et il arrive souvent aussi que la planification du congé et le suivi de ces patients soient mal assurés. Le manque de continuité qui en résulte peut mener soit à un dédoublement des services, soit à des différences de qualité de ces services, de même qu'à de mauvais diagnostics et à de mauvais traitements.

### 3. Les nouvelles technologies

Les nouvelles technologies ont permis l'avènement de certains changements dans les hôpitaux. Celles-ci permettent non seulement d'effectuer des procédures chirurgicales plus rapidement et de façon moins invasive, mais aussi de transférer beaucoup des services de soins aigus à domicile. En outre, elles offrent la possibilité de créer de nouveaux liens entre les services.

Premièrement, les nouvelles technologies permettent aux organisations de soins primaires de demander conseil à un spécialiste ou à d'autres services de façon rapide et efficace, grâce à des moyens électroniques. Il est ainsi plus facile d'offrir un large éventail de services dans les établissements de soins primaires.

Deuxièmement, les communications électroniques facilitent la prestation de services à domicile, entre autres par des systèmes de conseils téléphoniques en fonction 24 heures sur 24, 7 jours par semaine, qui renseignent immédiatement la personne qui appelle sur la façon dont elle doit aborder son problème et lui dit si elle doit chercher de l'aide, et où.

Troisièmement, les nouvelles technologies de l'information permettent aux différents intervenants de partager presque immédiatement l'information sur le patient. Par exemple, en quittant la salle d'opération, les chirurgiens peuvent envoyer des rapports qui sont lus immédiatement par les médecins de soins primaires. Des équipes entières de soins primaires peuvent avoir accès aux renseignements contenus dans les dossiers des patients, ainsi qu'en ajouter, participant ainsi à un véritable travail d'équipe interdisciplinaire.

Quatrièmement, les nouvelles technologies facilitent le suivi des pratiques des professionnels et des patients, ainsi que la collecte de données à des fins de santé publique. La disponibilité de données systématiques a contribué à la demande de ce que l'on appelle souvent « prise de décision basée sur les faits » en santé. En vertu de cette théorie, nous disposons maintenant de plus d'information sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas et nous pouvons déterminer ce qu'il faut faire, et vérifier si cela est fait ou non.

Cinquièmement, les nouvelles technologies comme les IRM et les lasers permettent maintenant de diagnostiquer et de traiter un éventail de problèmes de santé, et la publicité qui leur est faite a contribué à accroître la demande pour y avoir accès.

#### 4. Les mesures gouvernementales

Beaucoup de ces changements touchent les mesures gouvernementales et sont touchés par celles-ci à tous les niveaux.

Premièrement, au niveau fédéral, le gouvernement a réduit de façon significative ses dépenses en matière de santé, et ces réductions ont été réparties dans tout le système. Les provinces ont aussi tenté de réduire leurs propres contributions aux services de santé en transférant les coûts aux individus et aux communautés.

Deuxièmement, les gouvernements ont modifié leur philosophie. Ils sont passés de la notion de soutien social à la promotion des soins individuels. Parce que l'assurance-maladie est de loin le programme social préféré des Canadiennes et Canadiens, ce changement est moins prononcé ou évident dans le domaine de la santé qu'ailleurs, mais il est certainement présent dans les campagnes publiques visant à promouvoir un style de vie sain et à spéculer sur la mesure dans laquelle l'assurance-maladie est « durable ». Le changement est évident dans la subtile différence qui existe entre la définition des soins primaires de l'OMS et celle de la CRSS. La première propose d'aborder les problèmes en offrant des services, et la seconde propose de soutenir les individus et leur famille pour les aider à prendre des décisions, ce qui implique des soins individuels.

Troisièmement, certains secteurs du gouvernement sont de plus en plus définis comme des entreprises qui mettent l'accent sur les pratiques « d'affaires », comme les compressions budgétaires. Les soins primaires dans une pratique de groupe offrent « un modèle d'entreprise plus raffiné qu'en pratique individuelle », ainsi que le soulignait un réputé consultant en gestion dans un rapport présenté à la CSRR de l'Ontario et, par conséquent, au gouvernement.

Quatrièmement, les accords commerciaux internationaux signés par le Canada ouvrent la voie aux investissements étrangers dans les services de santé et à un partage des idées sur les façons de dispenser les soins. La capitation et l'inscription à des listes de services ont été introduites par de nombreuses entreprises de soins dirigés à but lucratif aux États-Unis et fournissent un modèle d'économie des coûts et même de réalisation de profits que les réformateurs canadiens privilégient de plus en plus. La santé est devenue immensément rentable, surtout aux États-Unis, et les entreprises de soins de santé exercent une pression considérable sur le Canada pour qu'il ouvre le secteur de la santé à leurs idées et à leurs services. Bien que le Canada ait mis au point un système d'assurance publique qui soit différent de celui des États-Unis, rien ne garantit que ce système sera protégé en vertu des nouveaux accords commerciaux, particulièrement si le Canada passe de la rémunération à l'acte à la pratique américaine consistant à payer pour chaque individu.

#### 5. Le soutien communautaire

Le Canada est depuis longtemps aux premières lignes des stratégies de promotion de la santé, stratégies qui mettent l'accent entre autres sur les soins primaires, le développement communautaire et un large éventail de déterminants de la santé. Inquiets de l'exclusivité accordée aux soins basés sur les hôpitaux et les médecins, et convaincus des mérites de la réforme des soins primaires, les groupes communautaires et les centres de santé communautaires ont demandé qu'une plus grande attention soit portée aux soins primaires. Leurs arguments ont gagné en force et en urgence avec la restructuration des hôpitaux, la préoccupation constante en matière de coûts et de gestion des soins prolongés et l'acceptation presque généralisée des déterminants de la santé.

Tous ces facteurs contribuent au nouvel intérêt suscité par les soins primaires. Ensemble, ils offrent une excellente occasion de mettre au point un système de santé qui répond aux besoins et aux désirs de la population canadienne aujourd'hui. Mais ils ouvrent également la porte à un système transformé qui est moins accessible, plus technocratique et moins à l'écoute de ce que veulent les citoyens et de ce dont ils ont besoin.

## *Qu'est-ce qui est bon dans la réforme des soins primaires ?*

La réforme des soins primaires propose de nombreux aspects positifs.

Premièrement, la réforme des soins primaires est passée au haut de la liste des priorités. Elle recueille de plus en plus d'appui de la part des gouvernements et des conseillers politiques, ce qui crée de l'espace pour celles et ceux qui soutiennent depuis longtemps que les pratiques privées basées sur les médecins et payées à l'acte, solo ou en groupe, sont un obstacle à des soins primaires accessibles, intégrés, de qualité et efficaces.

Deuxièmement, et plus spécifiquement, la pression est maintenant considérable pour éliminer les incitatifs pernicieux créés par la rémunération à l'acte et les problèmes inhérents à une pratique médicale en solo.

Troisièmement, les infirmières et autres intervenants de la santé sont au cœur de la réforme des soins primaires. Les sages-femmes, les psychologues, les dentistes, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes sont aussi, à l'occasion, inclus dans les projets de réforme. Pour qu'une pratique interdisciplinaire soit plus qu'une question de rhétorique, ces intervenants de la santé, et d'autres peut-être, devraient être inclus dans les projets, tout comme les nombreux intervenants non professionnels qui travaillent dans les cliniques, de même que dans les établissements de soins prolongés et les milieux des soins à domicile.

Quatrièmement, les projets de réforme mettent l'accent sur la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures, avec au moins une reconnaissance formelle des déterminants sociaux de la santé.

Cinquièmement, certains objectifs de la réforme visent à accroître la continuité des soins, surtout grâce à l'utilisation de technologies de l'information.

Sixièmement, la demande d'une disponibilité constante des services de soins primaires, 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, pourrait améliorer l'accessibilité et réduire le recours non nécessaire aux salles d'urgence.

Septièmement, l'accent qui est mis sur la continuité pourrait aider à combler certains écarts qui ont toujours existé dans le système et ceux qui ont été créés à la suite de récents changements, surtout dans l'utilisation des hôpitaux.

Huitièmement, la réforme des soins primaires pourrait permettre d'offrir des soins qui répondent aux besoins des collectivités et des intervenants de façons qui tiennent compte des déterminants de la santé et des soins. En outre, des structures de régie différentes pourraient aider les femmes, les Autochtones, les groupes d'immigrants et d'autres qui sont marginalisés dans le système actuel à faire valoir leurs préoccupations et à obtenir des réponses à leurs questions.

## *Qu'est-ce qui ne va pas dans la réforme des soins primaires ?*

Premièrement, les plus récents projets exigeraient que les patients s'inscrivent auprès d'une pratique basée sur des médecins et qu'ils (eux-mêmes ou leur médecin ou pratique) soient pénalisés s'ils utilisent d'autres services de soins primaires. Des règles permettant quelques exceptions limitées seraient établies, mais, en général, chacune et chacun d'entre nous serait restreint à un seul « choix ». Dans la plupart des modèles, « chaque personne choisirait un médecin de famille et ce partenariat serait officialisé ». La possibilité de demander une deuxième opinion, ou d'avoir recours à différents professionnels à des fins différentes, serait rigoureusement restreinte.

Avec le système actuel, la population canadienne a accès à n'importe quel médecin ou à n'importe quel hôpital, sous réserve seulement des limites créées par le nombre offert et l'exigence d'une orientation par le médecin personnel vers un spécialiste ou des services particuliers. Ce choix résulte directement de notre décision de financer des services plutôt que des individus et est l'une des principales sources de la popularité du système de santé public du Canada. Nous avons plus de choix en matière de professionnels de la santé et de services que les Britanniques ou les Américains.

Cela ne signifie pas pour autant que les Canadiennes et Canadiens soient constamment en train de « magasiner leurs médecins ». La très grande majorité - entre 80 et 90 pour cent - peuvent nommer leur médecin personnel et profitent de soins continus grâce à celui-ci . Autrement dit, les données suggèrent que, pour la plupart, les patients font déjà ce que la réforme veut accomplir. En formalisant la pratique, toutefois, les réformes rendraient plus difficile la consultation d'un médecin différent lorsqu'il y a une bonne raison de le faire, par exemple lorsque vous êtes loin de chez vous par affaires ou en vacances, ou parce que vous voulez une deuxième opinion. Vous pouvez vouloir qu'un service particulier soit fourni par quelqu'un qui ne fait pas partie de la pratique. Par exemple, une jeune femme pourrait ne pas vouloir demander à sa clinique familiale des renseignements sur la contraception ou y faire faire des tests de maladies transmises sexuellement, tout en voulant continuer d'avoir recours aux services de cette clinique pour d'autres besoins médicaux. Quatrièmement, le besoin d'obtenir des soins rapidement dans des cas particuliers, mais sans doute rares, où il est impossible d'obtenir un rendez-vous au centre attribué. Cinquièmement, les médecins de cette clinique peuvent être incapables de diagnostiquer ou de traiter un problème précis. Les patients peuvent être frustrés par l'incapacité de traiter une plainte chronique, mais satisfaits des autres services offerts dans la pratique. La liberté de choisir différents professionnels dans différentes circonstances peut être plus efficace et efficiente à long terme. Le droit de changer de médecin en donnant un avis de six mois, comme le suggèrent certaines stratégies de réforme, n'est pas une solution efficace. Puisqu'un grand nombre de patients ne passent pas d'un service à l'autre sans raison valable, pourquoi instaurer cette réforme qui limiterait les choix de façon si radicale ?

Deuxièmement, l'inscription d'individus à une liste de services transformerait de façon fondamentale l'accès aux soins de santé. À l'heure actuelle, tous les résidents d'une province ou d'un territoire appartiennent au régime de santé de cette province ou de ce territoire, et ont accès à n'importe quel service, directement ou après une orientation de leur médecin de soins primaires. Ce système permet non seulement aux gens d'avoir le choix, mais il évite également que l'accès à des services leur soit refusé parce qu'ils ne sont pas inscrits auprès d'une pratique particulière ou de services connexes. Et de nombreux patients pourraient trouver difficile de s'inscrire comme on le fait maintenant aux États-Unis.

Les patients atteints de maladies ou de blessures graves ou chroniques pourraient être exclus d'organisations dispensatrices, tout comme celles et ceux dont la langue et la culture ne sont pas celles de la majorité dominante. Les populations marginalisées et celles qui ont des besoins spéciaux pourraient être particulièrement à risque. L'accès des femmes pourrait être plus restreint parce qu'elles ont davantage recours aux soins de santé que les hommes. Ainsi, ce ne sera pas nécessairement la faute du patient s'il ou elle ne s'inscrit pas, car les organisations pourraient être portées à refuser ou à éviter l'inscription de personnes dont les soins coûtent plus cher. Certains groupes, comme les personnes atteintes du SIDA, ont difficilement accès à des soins à l'acte, mais l'exigence de s'inscrire à une clinique ne résoudra pas leur problème et pourrait même le généraliser à d'autres populations.

Troisièmement, l'inscription à une liste de services entraîne des frais administratifs considérables : il faut recruter et inscrire les personnes, transférer les dossiers et consigner les changements de médecin, et séparer les admissibles des inadmissibles. En fait, l'une des raisons pour lesquelles le coût des soins de santé est si élevé aux États-Unis, c'est que les coûts administratifs sont très élevés, incluant ce qu'il en coûte de séparer les méritants des non-méritants.

Quatrièmement, la raison d'être des inscriptions est de permettre de passer d'une rémunération à l'acte à un financement par patient ou capitation, ce qui entraîne des problèmes particuliers. Le nombre et les caractéristiques des patients inscrits deviendraient la base du paiement de la pratique de groupe. Avec un financement qui dépend des personnes plutôt que des services, on compte que les médecins s'efforceront davantage d'offrir des soins continus qui garderont leurs patients en santé. Les frais de diagnostic et de traitement diminueraient, surtout pour les soins institutionnels. Les faits limités qui appuient cette théorie au Canada sont basés soit sur des populations sélectionnées, soit sur des contextes historiques particuliers à partir desquels il est difficile de faire des généralisations.

Le problème évident des listes de services aux États-Unis est que l'incitatif pernicieux associé à la médecine à l'acte (trop de soins) est remplacé par un incitatif pernicieux qui est encore pire (trop peu de soins). La capitation incite les organisations de santé à éviter les soins qui coûtent trop cher, bien qu'ils soient souvent indiqués, et à éviter les patients jugés trop coûteux parce qu'ayant besoin de trop de soins. Bien que des règlements puissent être mis en place pour empêcher les médecins de rejeter des patients et de leur refuser des traitements, l'expérience des États-Unis montre clairement qu'il y a bien des façons futées d'exclure les patients exigeant beaucoup de soins. En fait, cette expérience a fait naître de nouvelles expressions comme *cherry picking* (prendre les perles et laisser les pierres) et *cream skimming* (écrémage). Par exemple, les patients peuvent être invités à s'inscrire en assistant à un petit déjeuner-conférence qui a lieu au deuxième étage d'un édifice sans ascenseur, éliminant ainsi les personnes handicapées et de santé frêle. Ces moyens créatifs de contourner les règlements ont donné lieu à un nouveau genre de romans et de films qui dénoncent le tri effectué par les organismes de soins dirigés. Leurs techniques de « gestion des risques » tiennent compte de ce qu'il en coûte de refuser les soins, comparativement à ce qu'il en coûte de les offrir dans certains cas particuliers, pour décider s'il est plus avantageux de fournir ces services ou de payer des dommages-intérêts au peu de personnes qui intenteront des poursuites avec succès si des soins leur sont refusés. Bien que ce genre de gestion des risques soit plus probable dans une organisation à but lucratif, les centres à capitation dont les budgets sont liés au nombre de patients pourraient subir le même genre de pression.

Cinquièmement, les pratiques de groupe proposées, avec patients inscrits et financement par capitation, sont semblables, bien que dans une moindre mesure, aux systèmes de soins dirigés qui ont soulevé tant de critiques aux États-Unis. Si les organisations de santé canadiennes doivent assumer le risque de payer pour les patients en mauvaise santé, elles pourraient se tourner vers ceux qui ont de l'expérience dans le domaine. Il pourrait en résulter non seulement des refus gérés de façon encore plus raffinée, mais aussi l'entrée dans le secteur canadien de la santé d'entreprises américaines à but lucratif. La capitation et les listes de services s'insèrent bien dans les pratiques américaines, qui les préparent aux prises de contrôle. Et il y a peu de raisons de croire que la tradition de l'assurance-maladie canadienne nous protégera, parce que les dispositions de l'ALÉNA et d'autres accords « commerciaux » internationaux peuvent rendre la résistance à ces entreprises américaines ou leur expulsion très difficiles.

Sixièmement, les actuels projets de réforme restent centrés sur les médecins, même si leurs pratiques seraient accrues pour y inclure les infirmières dont le champ de pratique est plus vaste, et peut-être d'autres professionnels. Avec ces soins primaires axés sur les médecins, le point de mire serait toujours le modèle médical, centré sur les soins curatifs de différentes parties du corps. Avec ces modèles, au lieu d'un travail d'équipe basé sur les compétences complémentaires d'un large éventail d'intervenants de la santé, les infirmières pourraient devoir faire ce que les médecins ne font pas, parce qu'ils ne veulent pas le faire ou parce qu'ils ne sont pas disponibles, le soir ou dans des régions éloignées. Pourtant, c'est justement le travail d'équipe qui a permis aux centres de santé communautaires de servir des populations entières près de leurs domiciles et dans leurs collectivités.

Les travailleuses et travailleurs sociaux, les pharmaciennes et pharmaciens, les infirmières et infirmiers auxiliaires, les thérapeutes, les travailleuses et travailleurs en développement communautaires et d'autres ont beaucoup à offrir dans le domaine des soins primaires. Et cela vaut particulièrement si la promotion de la santé est définie de façon à inclure davantage que les interventions médicales et les soins individuels. La recherche montre clairement que la santé est influencée par un ensemble de facteurs extérieurs à la pratique de la médecine. La meilleure façon de tenir compte de ces facteurs est de reconnaître et de rassembler les compétences complémentaires de nombreux et différents intervenants. Nous ne pouvons attendre des médecins qu'ils possèdent à eux seuls toutes les compétences voulues pour assurer la promotion de la santé. Mais nous pouvons créer des équipes au sein desquelles ces compétences sont combinées de façons à se compléter au lieu de créer de nouvelles hiérarchies de soins. Et nous pouvons aussi créer des centres de soins primaires qui s'adaptent aux changements dans la collectivité et qui aident à établir les conditions nécessaires au maintien de la santé.

Septièmement, dans les projets, on définit trop souvent l'obligation de rendre des comptes d'abord et avant tout comme une responsabilité des médecins envers d'autres médecins, et peut-être envers certains gestionnaires. Les patients n'ont leur mot à dire que pour choisir l'endroit où s'inscrire, ou par le biais de sondages sur la satisfaction des patients, et rien ou presque n'est prévu pour leur permettre de contribuer à leurs soins ou de les évaluer. Dans ces projets, ni les autres intervenants de la santé, ni les communautés n'occupent une place importante dans les discussions sur l'obligation de rendre des comptes. Le Québec a toutefois montré qu'il est tout à fait possible de créer des conseils élus représentant les patients, les intervenants et les gestionnaires, avec des dispositions spéciales destinées à des populations particulières desservies par des Centres locaux de services communautaires (CLSC).

De même, la Saskatchewan compte de nombreuses années d'expérience en ce qui a trait à la participation des communautés à la gouverne des centres de santé communautaires. Pourtant, beaucoup des projets pilotes actuels de réforme des soins primaires ne prévoient rien, malgré la récente entente fédérale-provinciale, pour permettre à la population de participer à l'élaboration de « bulletins de notes » destinés à accroître la responsabilité.

Dans le discours sur la réforme des soins primaires, comme ailleurs, un nouvel accent est mis sur ce que l'on appelle les « décisions basées sur les faits ». Souvent, ces initiatives font appel à un contrôle technocratique basé sur des probabilités statistiques sur les besoins et les résultats. Bien que de ces faits puissent fournir des lignes directrices utiles sur ce que devraient faire les médecins et autres professionnels de la santé, ils peuvent aussi mener à l'établissement de règles rigides qui remplacent les prises de décision basées sur une compréhension des personnes dans leur contexte social particulier. Milliman et Robertson, par exemple, recommandent ce qui suit :

¼ atteindre des objectifs de qualité prédéterminés. Par exemple, si l'un des résultats souhaités est que 100 % des patients ayant subi un infarctus du myocarde prennent de l'aspirine, l'objectif peut être choisi comme cible de rendement pour la pratique de groupe. Lier l'atteinte de cet objectif à un incitatif de qualité peut fournir la motivation qui permettra au groupe de travailler collectivement. On pourrait par exemple nommer un membre du groupe pour examiner tous les cas d'infarctus du myocarde afin de veiller à ce que de l'aspirine soit recommandée et prise, sauf en cas de contre-indication.

Bien que des lignes directrices basées sur les recherches effectuées sur l'aspirine puissent être utiles, il est possible que les recherches qui ne montrent que des probabilités pour certaines personnes soient transformées en règles qui s'appliquent de la même façon à tout le monde, peu importe les antécédents ou les circonstances.

Huitièmement, les nouvelles technologies sont présentées comme un moyen d'assurer la continuité et de promouvoir le partage des services, le seul inconvénient étant certains problèmes techniques sur la confidentialité des dossiers des patients. Bien que la confidentialité soit une préoccupation importante, d'autres questions cruciales doivent aussi être soulevées, comme la provenance des renseignements versés aux dossiers, le type de renseignements consignés et les droits des patients à consulter, commenter et retirer des renseignements de leurs dossiers. Les femmes, en particulier, reçoivent souvent des diagnostics basés davantage sur des suppositions les concernant que sur une évaluation appropriée de leurs problèmes de santé, et ces nouveaux systèmes peuvent perpétuer ce genre de mauvais diagnostic. Les Autochtones vivent des expériences similaires. Il faut régler ces questions avant de consigner un trop grand nombre de renseignements sur un seul dossier partagé par différents services et professionnels.

De plus, les discussions concernant les nouvelles technologies impliquent souvent que les machines peuvent se substituer au personnel des soins de santé pour assurer la continuité. Tant dans les établissements qu'à l'extérieur de ceux-ci, des soins continus prodigués par un personnel familial peuvent être un élément critique d'un traitement efficace. Les projets de réforme des soins primaires insistent sur l'importance de voir le même médecin, mais n'accordent pas tant d'importance aux autres intervenants qui ne sont pas médecins.

Neuvièmement, on ne dit pas clairement qui doit offrir un service 24 heures sur 24, 7 jours par semaine. Certains projets suggèrent que le personnel infirmier assure une présence pendant les heures non ouvrables, une approche qui implique que les soins différeront selon l'heure du jour. Le tri téléphonique effectué par le personnel infirmier est également proposé comme un moyen de combler les écarts. Mais, avec cette méthode, il est possible que, tout comme le personnel infirmier pourrait remplacer les médecins après les heures de bureau, celui-ci pourrait à son tour être remplacé par des intervenants moins formés et possédant moins de compétences. C'est ce qui se produit déjà aux États-Unis, où des « auxiliaires médicaux » possédant une formation très limitée en santé constituent la majeure partie du personnel des centres téléphoniques des HMO (organisations médicales de la santé). En outre, l'objectif des centres téléphoniques peut facilement devenir l'exclusion de certains patients plutôt que la prestation de soins continus. Peu de faits démontrent que ces services téléphoniques réduisent réellement le recours aux urgences, même s'ils fournissent un certain réconfort et des conseils utiles.

Dixièmement, le contexte est important, mais trop souvent, les propositions de réforme des soins primaires n'en tiennent aucun compte. Comme l'explique Philip Tovey dans son dernier livre sur les soins primaires contemporains (*Contemporary Primary Care*), les questions relatives à la forme et au contenu des soins primaires « ne se développent dans le vide, mais sont plutôt intimement liées au contexte politique et social ». Il est particulièrement important de comprendre les propositions de réforme des soins primaires dans le contexte des accords commerciaux internationaux qui tentent sans relâche d'ouvrir des marchés dans le secteur de la santé, de la pression exercée par les entreprises pour privatiser les soins, de la tendance vers les pratiques à but lucratif et des efforts pour économiser déployés par de nombreux gouvernements canadiens. Il est également important de reconnaître la diversité des besoins, des ressources et des préférences des intervenants et des patients de tout le Canada, et même au sein de la même collectivité, ou sur la même rue. Cela signifie que nous ne pouvons pas tout simplement généraliser à partir de l'expérience des cliniques établies avec tant de succès il y a quelques années par les métallos à Sault-Ste-Marie, en Ontario ou par des gens en Saskatchewan qui luttaient pour obtenir des soins de santé publics. Nous ne pouvons pas non plus élaborer un modèle unique basé sur les divers projets pilotes en matière de soins primaires financés au cours des dernières années par le gouvernement fédéral. Bien qu'il y ait sans doute des leçons à tirer de ces expériences, les risques pour des soins universels et accessibles, qui sont transférables, complets et administrés par le secteur public doivent être évalués dans ce contexte de diversité et de pressions pour les profits, ou du moins à des fins de profit.

## Conclusion

Les soins primaires sont vitaux. La population canadienne, en matière de soins primaires, a besoin :

1. D'un système public, basé sur les principes de la *Loi canadienne sur la santé*; qui soit notamment accessible, universel, complet, transférable et administré par le secteur public. Les propositions qui visent un virage radical vers le financement des individus plutôt que des services doivent faire l'objet d'un débat public et doivent être évaluées dans le contexte des tentatives de privatisation en douce. L'inscription à des listes et la capitation, qui sont au cœur de ce virage, peuvent réduire de façon significative le choix des patients autant que des intervenants, sans qu'il soit évident que ces stratégies apporteront une solution aux problèmes actuels du système, ni qu'elles mèneront à des soins de meilleure qualité. Les bassins de patients inscrits et à capitation sont parfaits pour les modèles américains de soins dirigés, mais ne conviennent pas aux approches canadiennes en matière de financement de services partagés. Ainsi, elles pourraient nous préparer non seulement à des soins à l'Américaine, mais aussi à des soins fournis par des entreprises américaines à but lucratif, compte tenu de la pression internationale dans ce sens et des expériences menées récemment en matière de privatisation, qui prennent toutes sortes de formes difficiles à repérer.
2. D'un système basé sur une reconnaissance de l'adversité dans les besoins, les ressources et les préférences. Il faut une variété de formes et de contenus dans les soins primaires pour répondre aux besoins de la grande variété de collectivités et de personnes au pays. Beaucoup de collectivités pourraient être mieux servies par des cliniques basées sur le modèle de Saskatoon ou celui de Sault-Ste-Marie, mais certains membres de ces collectivités, comme les lesbiennes, pourraient préférer s'adresser ailleurs pour une partie au moins de leurs besoins en matière de santé. Les hôpitaux existants et nouveaux pourraient mieux servir des populations qui se déplacent, tout en permettant une utilisation plus efficace des ressources qui s'y trouvent déjà. Les hôpitaux peuvent aussi être une meilleure solution comme centre de soins primaires pour des collectivités plus petites et plus isolées. Des populations particulières, comme les femmes immigrantes, ou des groupes qui ont des problèmes de santé communs, comme les patients atteints du cancer ou du SIDA, pourraient préférer avoir recours à des centres qui peuvent répondre à un ensemble précis de besoins. Mais, en même temps, celles et ceux qui utilisent ces services pourraient vouloir rester liés à leur médecin de famille, alors que d'autres pourraient refuser cette identification.
3. D'un système qui les traite comme des personnes entières, qui ont une histoire, une famille et une communauté - ou qui n'en ont pas - et qui leur assure continuité et accessibilité lorsqu'ils ont besoin de soins. Cela signifie que les services doivent être regroupés pour que les soins puissent être prodigués lorsque les gens tombent malades, sans qu'ils aient à se trouver à leur emploi payé. Cela veut dire accorder une plus grande importance au maintien de la santé, au lieu de se limiter à traiter la maladie, ce qui peut inclure des services médicaux traditionnels ou de médecine douce, de même que des projets de développement communautaire qui tiennent compte de l'ensemble des déterminants de la santé. Et cela veut aussi dire une coordination constante entre toutes les organisations de soins, qui travaillent ensemble à faciliter les transitions vers différents soins.

Habituellement, il faut également des équipes multidisciplinaires d'intervenants en santé qui partagent les connaissances et l'expérience de façons complémentaires. Il en découle un rôle plus important non seulement pour les infirmières et infirmiers et les différents auxiliaires en soins infirmiers, mais aussi un vaste éventail de professionnelles et de professionnels qui possèdent différentes compétences. Toutefois, un nombre de différents intervenants en santé qui se trouvent au même endroit n'assurent pas nécessairement la prestation de soins par une équipe compétente de personnes coordonnées. Il est possible que les réformes des soins primaires créent de nouveaux niveaux d'intervenants, chacun s'occupant de différentes questions de santé, mais sans promouvoir le genre d'équipes larges qui peuvent traiter toute la personne dans le contexte social de sa vie quotidienne. Cela pourrait perpétuer le modèle médical qui traite certaines parties au lieu de l'ensemble de la personne et qui est basé sur une approche hiérarchique plutôt que sur le principe de l'équipe. Ce modèle pourrait mener à une diminution des compétences des intervenants plutôt qu'à un partage du travail et des connaissances. Les infirmières et infirmiers pourraient se rendre compte qu'elles sont suffisamment compétentes à minuit, mais pas à midi, et les auxiliaires de soins infirmiers pourraient constater qu'elles sont jugées incapables de prodiguer des soins primaires, à moins qu'il soit possible d'économiser de l'argent en leur transférant cette responsabilité. Si les soins primaires sont basés principalement sur les médecins et, dans une moindre mesure, sur d'autres professionnels de la santé, le système exclura des stratégies de réforme les nombreux autres travailleurs et travailleuses de la santé, mais surtout des femmes, qui offrent des services comme les soins à domicile et les soins prolongés, essentiels à la santé.

4. D'un système qui réponde aux besoins des citoyens et des intervenants et qui leur rende des comptes. Un système qui répond aux besoins des gens doit nécessairement être sans but lucratif, parce que seul un système sans but lucratif peut être entièrement transparent et rendre des comptes à la population, plutôt qu'à des acquéreurs ou à des actionnaires. Avec un système à but lucratif, il y a risque que la responsabilité soit définie strictement en fonction d'une gestion de type commerciale, de l'évaluation des collègues médecins et de déterminants « basés sur des faits », au lieu d'assurer une participation démocratique des patients et des autres intervenants, et au lieu d'utiliser des données statistiques de concert avec la compréhension des personnes et des circonstances sociales et de reconnaître les compétences et l'engagement professionnel des intervenants. Partout au pays, nous pouvons fournir des exemples de citoyens et d'intervenants qui participent au processus décisionnel, et nous avons suffisamment d'expérience dans l'exercice de la démocratie pour élaborer des mécanismes qui assureront la protection des intérêts de l'ensemble des personnes concernées.
5. D'un système qui assure une accessibilité aux épreuves diagnostiques et aux traitements nécessaires. Pour être efficaces, les soins de santé primaires doivent assurer l'accessibilité non seulement des professionnels de la santé, mais aussi de tous les services nécessaires à des soins modernes. Cela inclut les moyens de communiquer l'information relative aux patients et les techniques et les moyens voulus pour avoir accès aux soins et aux traitements. Toutefois, il est possible que la production de bases de données et de sources serve des fins illégitimes, tant chez les médecins que chez des individus et des entreprises extérieures au système.
6. D'un système qui soit basé sur des modes de paiement qui rémunèrent de façon appropriée les intervenants, sans créer d'incitatifs pervers à fournir trop ou pas assez de soins.

Dans le secteur des soins primaires, des salaires négociés et raisonnables semblent être la meilleure façon d'arriver à un équilibre entre ces extrêmes, tout en favorisant le maintien de la santé.

La réforme des soins primaires est nécessaire et nous pouvons apprendre beaucoup des expériences tentées au Canada aussi bien qu'à l'étranger. Comme plusieurs organisations de Colombie-Britannique l'ont suggéré dernièrement, la réforme des soins primaires ne devrait pas être basée sur une seule approche. Elle devrait plutôt promouvoir des modèles multiples basés sur un noyau de principes communs. Et elle devrait tenir compte de notre contexte actuel, ce qui signifie que les choix faits ici et maintenant ont des conséquences différentes des choix faits dans le passé ou dans d'autres régions du monde. Mais surtout, elle devrait être le résultat de débats éclairés dans la population. Le présent document est destiné à contribuer à ce débat éclairé.

## *Notes de fin*

1. World Health Organization (WHO), "Alma Ata Declaration," 1978, quoted in Julia Abelson and Brian Hutchison, "Primary Health Care Delivery Models: What Can Ontario Learn from Other Jurisdictions?" A review of the literature submitted to the Ontario Ministry of Health, April 1994, p. 3.
2. WHO website. <http://www.who.int/aboutwho/en/ensuring/primary.htm>.
3. Ontario, Health Services Restructuring Commission (HSRC), "Primary Health Care Strategy," Toronto: HSRC, 1999, p. 1.
4. See for example Walter Rosser and Ian Kasperski, "Organizing Primary Care for an Integrated System," *Healthcare Papers* 1:1 (Winter 1999), pp. 5-22; Ontario, HSRC, "Primary Health Care Strategy"; Miles Kilshaw, "A Strategic Plan for the Reorganization of Primary Care and the Introduction of Population-Based Funding," A report presented to the Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health, 1995.
5. Rosser and Kasperski, "Organizing Primary Care for an Integrated System," p. 12.
6. For an elaboration of one such proposal, see Milliman and Robertson, "Proposed Inter-professional Primary Health Care Groups (PCGs) Costing Models," A technical costing report prepared for the HSRC's "Primary Health Care Strategy," 1999.
7. Milliman and Robertson, "Proposed Inter-professional Primary Health Care Groups (PCGs) Costing Models," p. 6.
8. See Ann Pederson, Michel O'Neill and Irving Rootman, (eds.) *Health Promotion in Canada*, Toronto: W.B. Saunders, 1994.
9. See, for example, Association of Ontario Health Centres, "Community Health Centres. A Cost-Effective Solution to Primary Health Care Reform," Toronto, April 2000; B.C. Nurses' Union, Hospital Employees Union and B.C. Government and Service Employees' Union, "Blended Care: Blending the Best of Institutional and Community Care, Making the Most of the Health Care Team," [Vancouver]: 1999; The Community Health Cooperative Federation Limited, "Community Health Centres: A Model for Primary Care Reform," A Brief presented to the Fyke Commission, Saskatoon, November 2000; and Michael Rachlis, "Modernizing Medicare for the Twenty-first Century," British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Victoria, 2000.
10. Rosser and Kasperski, "Organizing Primary Care for an Integrated System," p. 14.
11. Rosser and Kasperski, "Organizing Primary Care for an Integrated System," p. 9, estimate 90 per cent of Ontarians can do so.  
Hugh Skully, "Building on One of the Best Delivery Systems in the World," *Healthcare Papers* 1:1 (Winter 1999), p. 27, reports that

81 per cent of Canadians consider themselves to have a regular doctor.

12. This point will be further developed as part of the discussion of capitation, below.

13. For a discussion of this point, see Pat Armstrong, Hugh Armstrong and Claudia Fegan, *Universal Health Care: What the United States Can Learn from the Canadian Experience*, New York: New Press, 1998.

14. Milliman and Robertson, "Proposed Inter-professional Primary Health Care Group (PCGs) Costing Models," p. 5. Indeed, some US Health Maintenance Organizations do just this, ignoring the fact that the studies leading to this guideline were conducted on men only.

15. Philip Tovey, "Introduction", Pp. 1-5 in Philip Tovey (ed.), *Contemporary Primary Care: The Challenge of Change*. Buckingham: Open University Press, 2000, p. 1.

16. See Jonathan Lomas, *First and Foremost in Community Health Centres: The Centre in Sault Ste Marie and the CHC Alternative*, Toronto: University of Toronto Press, 1985; and Dennis Gruending, *The First Ten Years, Saskatoon Community Clinic, 1974* for descriptions of these primary care examples.

17. B.C. Nurses' Union, Hospital Employees Union and B.C. Government and Service Employees' Union, "Blended Care: Blending the Best of Institutional and Community Care, Making the Most of the Health Care Team," [Vancouver:] 1999.

**Nous tenons à remercier tout particulièrement :**

Frances Arbour  
Kathleen Connors  
Ingrid Larson  
Joel Lexchin  
Stan Marshall  
Michael McBane  
Barbara Stanfield  
Cindy Wiggins

**La Coalition canadienne de la santé aimerait recevoir  
vos commentaires sur le présent document de travail**

Coalition canadienne de la santé  
2841, chemin Riverside  
Ottawa (ON) K1V 8X7

Courriel: chc@clc-ctc.ca <mailto:chc@clc-ctc.ca>  
Tél.: (613) 521-3400 (poste 311)  
Télec. : (613) 521-9638

[www.healthcoalition.ca](http://www.healthcoalition.ca)