

Donner la priorité à la coordination des soins de santé primaires

Vaidehi Misra Kimia Sedig David R. Dixon MD MCISc(FM) Shannon L. Sibbald PhD

La nécessité de coordonner les soins de santé est un enjeu mondial en raison de la fragmentation accrue dans tous les systèmes de santé. Des pays comme l'Australie, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande ont tous mis en œuvre des stratégies pour améliorer la coordination et régler le problème de la fragmentation de leur système^{1,2}. Au Canada, la fragmentation existe dans de nombreux secteurs de soins, dont les soins primaires, qui sont présentés comme étant le fondement sur lequel améliorer le système³⁻⁶. Dans une enquête sur les pays du Commonwealth, le Canada a constamment failli au chapitre de la coordination des soins de santé^{7,8}. Une coordination défectueuse nuit à la qualité des soins, à l'accès aux soins et à la qualité de vie des patients^{6,7,9,10}. Les professionnels de la santé (PDS) sont aussi affectés par la fragmentation du système, en raison de la duplication des services, des renseignements contradictoires venant des professionnels, et des coûts découlant des retards dans les soins¹⁰⁻¹². Le profil des soins de santé primaires au Canada a changé, notamment avec l'augmentation des différents types de PDS primaires indépendants (p. ex. infirmières praticiennes, pharmaciens)⁵. Quoique cette hausse puisse améliorer l'accès aux soins primaires, elle peut aussi se traduire par une potentielle fragmentation accrue des soins dans leur ensemble.

Au Canada, on utilise souvent le mot *silosisation* pour décrire cette fragmentation dans les différents secteurs de soins. La silosisation désigne le manque de fluidité dans la circulation de l'information et des ressources entre les différents secteurs de soin; par conséquent, ces divers secteurs fonctionnent isolément les uns des autres au sein du même système. La silosisation des soins de santé au Canada est bien documentée^{13,14}. Dans les soins primaires, la silosisation limite l'efficacité et l'efficience de la prestation des soins, et contribue à la fois à la fragmentation et à la moins bonne qualité des soins¹⁵.

La coordination des soins

La *coordination des soins* désigne « l'organisation délibérée des activités liées aux soins des patients dans le but de faciliter la prestation appropriée des services de soins de santé »¹¹. La coordination des soins exige de la communication, de la confiance et de la collaboration; en outre, elle nécessite des avenues pratiques que peuvent emprunter les PDS pour coordonner efficacement les soins^{11,13,16-19}. La littérature scientifique a démontré les avantages fonctionnels et systématiques d'un rôle officialisé de coordonnateur des soins, selon

lequel les coordonnateurs gèrent et communiquent les renseignements et les besoins des patients dans l'ensemble des cliniques et des secteurs. Les coordonnateurs sont souvent responsables des consultations en personne avec les patients à leur domicile^{20,21}, et ils peuvent faciliter les rapports entre le patient et le secteur des soins de longue durée en établissant le contact avec les services, les ressources et le soutien dont ce patient a besoin²⁰. Même si les hôpitaux utilisent efficacement de tels coordonnateurs pour améliorer les soins et le flux des patients depuis des décennies²², la définition standard du *coordonnateur* des soins ne fait toujours pas consensus. Le rôle de coordination des soins a été productif pour appuyer les transitions dans les soins et gérer leur continuité, le plus souvent entre les milieux aigus et subaigus^{6,23}. La continuité des soins est un élément essentiel à un rendement élevé des systèmes de santé, et des améliorations à la coordination des soins primaires sont donc une composante vitale pour améliorer la qualité des systèmes de santé²⁴. Des études ont démontré que des améliorations dans la coordination des soins contribuent à réduire les admissions à l'hôpital de patients souffrant de maladies chroniques (sauf ceux souffrant de maladies mentales), de même que les visites à l'urgence par des patients plus âgés^{10,19,25}.

La coordination des soins primaires est un concept plus nouveau²⁶. Bien qu'il existe peu de données probantes étayant l'efficacité de la coordination des soins primaires au Canada, une étude réalisée aux États-Unis n'a cerné aucune économie nette procurée par des programmes de coordination des soins à l'intention des patients assurés par Medicare souffrant de maladies chroniques, et ce, selon une rémunération à l'acte²⁷. Plus d'études de recherche sont nécessaires à ce sujet.

Des interventions de coordination des soins peuvent servir de moyens de communication et de soutien pour les PDS et les patients²⁸, ou encore comme dispositions structurelles à l'appui du système¹. Les interventions devraient être spécifiques aux besoins des patients et adaptables à divers milieux^{16,29}. Pour réussir, la coordination des soins nécessite une solide culture de communication, de soutien, de confiance et de collaboration, en plus des avenues pratiques que peuvent emprunter les praticiens de la santé pour transmettre cette motivation à coordonner les soins aux patients^{16,17}.

Les interventions globales pour améliorer la coordination des soins utilisent des stratégies multiples, et leur réussite est encore plus grande sur les plans de la santé et de la satisfaction des patients. Les stratégies peuvent

être classées en 2 groupes: communication et soutien pour les PDS et les patients, et dispositions structurelles¹⁶.

Les soins primaires sont une cible essentielle à viser dans la coordination des soins parce que ce secteur est la porte d'entrée vers d'autres services de santé, et, à ce titre, les soins primaires sont bien placés pour coordonner les soins pour des cas complexes³⁰⁻³². En Ontario, les équipes de santé familiale (ESF) ont été mises en place en tant qu'intervention visant à faciliter des soins coordonnés³³ et à réunir les soins médicaux avec ceux d'autres professionnels de la santé selon une approche interprofessionnelle, en équipe. Par ailleurs, il existe un manque de coordination des soins dans de nombreuses ESF³⁴.

Le présent commentaire décrit une intervention de coordination des soins primaires innovatrice appelée *Primary Care Connections* (PCC ou Connexions en soins primaires). Nous mettons en évidence l'intervention PCC selon une approche d'accessibilité (ou de convenance)²⁸ (l'auteur D.R.D. travaille à la clinique où la PCC a été implantée). Il ne s'agit pas d'une évaluation formelle de l'intervention; nous avons seulement pour but de faire connaître l'expérience vécue et les leçons apprises jusqu'à maintenant.

Connexions en soins primaires

En 2016, une ESF du Sud-Ouest ontarien a mis en œuvre l'intervention PCC d'amélioration de la qualité dans la coordination des soins. La PCC reposait sur des recommandations concernant la coordination et ses catalyseurs, recensées dans la littérature scientifique³⁵. Durant la mise en œuvre de la PCC, dans l'ensemble de la clinique, le personnel a été encouragé à entreprendre des interventions d'amélioration de la qualité de moins grande envergure, ciblant des domaines de soins particuliers (comme le diabète ou la consommation d'opioïdes). La PCC utilisait les ressources existantes et rationalisait simultanément les structures en place pour améliorer la prestation des soins à tous les patients.

Le contexte

Au moment de la mise en œuvre de la PCC, la région géographique était organisée sous la direction du Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Ouest. Le RLISS du Sud-Ouest sert une population d'environ 1 million; quelque 30% vivent en milieu rural, 3% s'identifient comme autochtones et 30% vivent sous le seuil provincial de faible revenu³⁶. Il y avait des lacunes dans les soins primaires, comme l'inaccessibilité géographique, le manque d'accès à des soins culturellement compétents et à des soins après les heures normales^{37,38}. Ces lacunes étaient exacerbées par un manque de coordination. Le RLISS du Sud-Ouest comptait 19 ESF. La clinique qui a implanté la PCC se trouve dans une banlieue de la grande ville de London (Ontario), sert plus de 100 000 patients, et reçoit chaque année plus de 500 000 visites de patients.

La clinique fait partie d'une grande ESF qui emploie plus de 115 professionnels qui travaillent dans de multiples sites de la région. De 2006 à 2016, les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) coordonnaient les soins à domicile, communautaires et de longue durée dans la province³⁹. En 2016, les CASC ont été intégrés dans les RLISS, où les coordonnateurs des soins ont été affectés à une région géographique³⁹. La PCC a rapatrié la coordination des soins dans la clinique, à plus grande proximité des patients et des professionnels de la santé.

Les acteurs

Dans la PCC, 3 rôles sont essentiels à la coordination des soins: le responsable de la liaison, le coordonnateur des soins et le médecin (Figures 1 et 2).

Coordonnateur des soins. Au moment de la mise en œuvre de la PCC, 1 coordonnateur était assigné à la clinique et 1 autre a ensuite été ajouté, ce qui représentait 1,5 équivalent temps plein. Le coordonnateur sur place à la clinique faisait en sorte que les patients reçoivent des soins appropriés et efficaces, et sa charge de travail se limitait aux patients de la clinique (N = 17 000 à 18 000).

Dans la PCC, les demandes de coordination des soins faites par les médecins étaient envoyées directement aux coordonnateurs de la clinique, ce qui était plus efficace que de les adresser aux coordonnateurs régionaux. Les coordonnateurs avaient accès au système de renseignements sur la santé des clients (acronyme anglais CHRIS), de même qu'aux dossiers médicaux électroniques (DME) de la clinique. Les coordonnateurs n'avaient pas besoin de formation additionnelle, ayant une expérience considérable en soins primaires et aigus dans leurs rôles actuels et antérieurs.

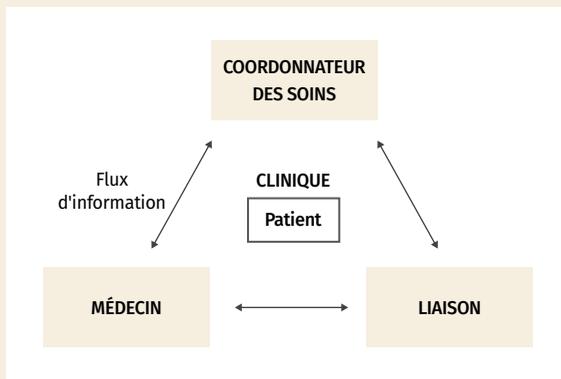
Responsable de la liaison. La responsable de la liaison servait de médiatrice dans les communications entre les médecins, les coordonnateurs de soins et les patients. Cette liaison exigeait un profil de solides compétences dans la prise en charge des maladies et la navigation à l'intérieur du système, notamment une connaissance exhaustive du système et des services accessibles. Ces compétences et ce savoir ont permis l'efficacité de liaison en appui à la coordination des soins pour les patients de la clinique. La responsable travaillait à la clinique en tant que PDS, en plus de son rôle dans la PCC; cette personne avait accès au CHRIS (par l'intermédiaire des coordonnateurs) et aux DME de la clinique.

Pour être capable de soutenir efficacement les coordonnateurs et de faciliter la continuité des soins, la responsable de la liaison devrait avoir des connaissances pratiques exhaustives des soins primaires et aigus. Dans le cas précis présenté ici, la responsable de la liaison était une infirmière autorisée dotée de l'expérience et des connaissances pertinentes en soins primaires et aigus; aucune formation

additionnelle n'a été nécessaire pour cette infirmière. La responsable de la liaison offrait un soutien administratif aux coordonnateurs pour faciliter le partage de renseignements et de ressources entre les coordonnateurs et la clinique.

Médecin. Au sein de la clinique, le médecin s'occupait des besoins des patients en matière de soins en posant des diagnostics et en gérant les traitements. Même si le médecin se concentre habituellement sur les aspects cliniques des soins, l'accent accru mis sur le travail en équipe demandait que le médecin fournisse un soutien additionnel pour faciliter la prestation de soins coordonnés, notamment l'identification des patients qui avaient besoin de soins à domicile, la surveillance de l'état de santé des patients, l'appui aux professionnels des soins à domicile, de même que dans les transitions entre les soins.

Figure 1. Connexions en soins primaires



Les réussites et les défis

La mise en œuvre de la PCC a connu plusieurs réussites et difficultés qui font mieux comprendre son éventuelle efficacité dans la coordination des soins.

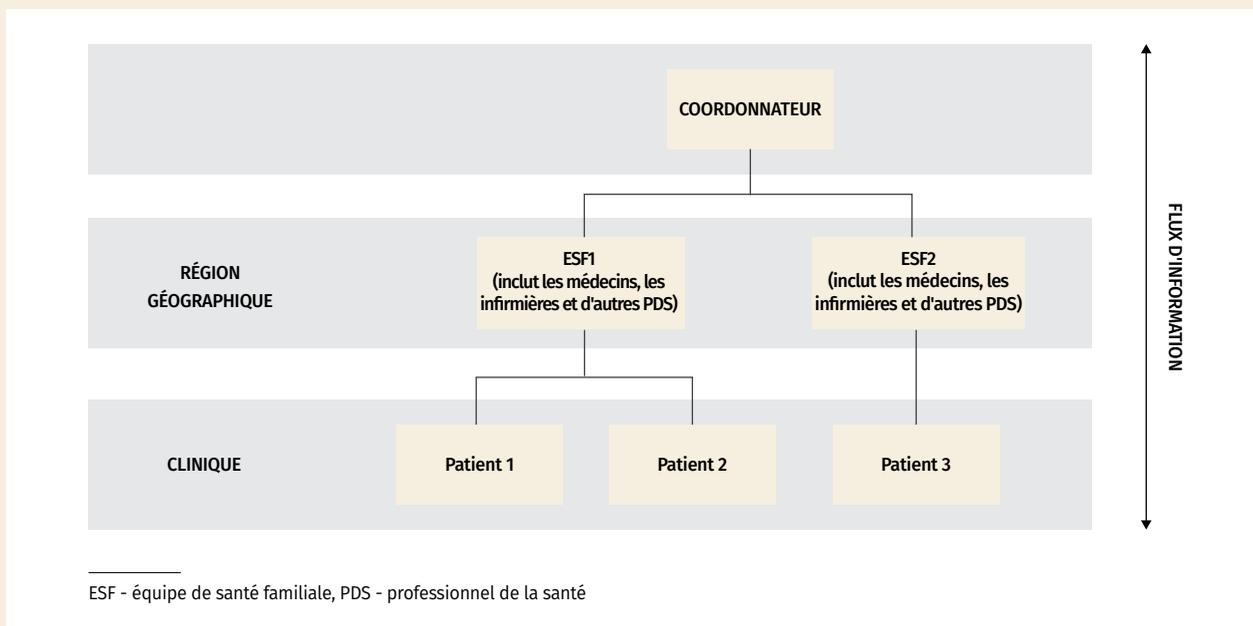
Les réussites

Amélioration des relations entre les PDS et les patients: L'information tirée de l'expérience fait valoir de meilleures relations entre les PDS et les patients grâce à la PCC. L'affectation des coordonnateurs à la clinique a favorisé la confiance des patients envers la responsable de la liaison, et celle des coordonnateurs avec les médecins et la clinique. Cette association a permis de dissiper les fausses croyances voulant que les coordonnateurs soient des étrangers ayant accès aux renseignements personnels des patients. Durant l'initiative, les patients en sont venus à considérer les coordonnateurs comme des ressources fiables.

Meilleure communication: La PCC a rationalisé le flux de l'information au sein de la clinique, de même qu'entre la clinique et les patients. Avant la PCC, la clinique communiquait avec les CASC pour obtenir des renseignements (par l'entremise du CHRIS). Dans la PCC, la responsable de la liaison pouvait accéder à ces renseignements au moyen du CHRIS et des DME. Ce meilleur accès à l'information a permis aux PDS de répondre plus efficacement aux préoccupations et aux questions des patients, améliorant ainsi la communication entre la clinique et les patients.

Plus grande qualité des soins: La connaissance du système, des antécédents cliniques, des protocoles, des voies de communication et des charges de travail a

Figure 2. Ancien modèle de coordination



permis à la responsable de la liaison de répondre plus rapidement et avec souplesse aux besoins des patients, faisant ainsi en sorte que les patients reçoivent les soins appropriés lorsqu'ils en avaient besoin, ce qui a aussi permis de leur prodiguer plus de soins préventifs.

Les difficultés

La dynamique dans les relations: La réussite de la PCC dépendait fortement de relations de travail reposant sur l'entraide. Malheureusement, la nature exigeante du rôle de coordonnateur a causé un fort roulement de personnel. Cette situation entraînait souvent la perte du savoir tacite des coordonnateurs, qui contribue à la réussite des relations de travail, lorsqu'une transition se produisait. De plus, les relations avec les coordonnateurs, qui prennent du temps à s'établir, n'ont peut-être pas atteint leur plein potentiel.

Les procédures et la culture: La mise en œuvre de la PCC exigeait que les dossiers de patients sous la responsabilité de nombreux coordonnateurs soient réaffectés à 2 coordonnateurs. Le travail associé à l'organisation et à la surveillance de cette charge de cas additionnelle, en plus des activités quotidiennes de coordination, était considérable. Il a fallu, par conséquent, élaborer des procédures pour aider les coordonnateurs. Il fallait aussi un changement de culture au sein de la clinique. Il arrive souvent que la connaissance de la navigation dans le système soit tacite et expérientielle⁴⁰. L'expérience de la mise en œuvre a fait ressortir qu'un manque de connaissances et d'habiletés influençait négativement les relations de travail et la réussite globale de la PCC. Au début de l'implantation de la PCC, le coordonnateur n'avait pas les compétences voulues pour naviguer dans le système ni une connaissance suffisante des systèmes pour répondre aux besoins de la clinique, ce qui a freiné considérablement la mise en œuvre. Lorsque le coordonnateur initial a été remplacé par une personne ayant un ensemble de solides compétences et une plus grande base de connaissances, l'efficacité perçue de la PCC s'est améliorée.

Il a fallu environ 2 ans pour changer la culture et établir que la responsable de la liaison était l'autorité en matière de coordination des soins.

Les paramètres d'évaluation: Il s'est révélé difficile de déterminer les paramètres d'évaluation de la PCC. La majorité des renseignements concernant l'efficacité et l'efficience de la PCC venaient des expériences du personnel et des patients. Cette information tacite, combinée à la petite taille de la population de patients servie (par rapport au bassin total de population), compliquait le recours à des mesures traditionnelles (p. ex. visites ou admissions à l'urgence) pour démontrer l'efficacité de l'intervention.

Les prochaines étapes pourraient inclure l'incorporation de paramètres d'évaluation formels pour mieux comprendre les effets sur les expériences des professionnels et des patients, de même que pour cerner les bienfaits

associés à l'intervention. Par ailleurs, il n'y a pas de consensus dans la littérature scientifique quant aux meilleures façons de procéder à ces évaluations complexes⁴¹. Parce que l'un des principaux buts de la coordination des soins est de répondre aux besoins et aux préférences des patients dans la prestation de soins de santé de grande qualité et de grande valeur, l'évaluation devrait être faite selon des méthodes mixtes. Cette approche devrait tenir compte à la fois de facteurs qualitatifs (comme les expériences des patients et des professionnels) et d'éléments quantitatifs (comme la rentabilité et les résultats sur le plan de la santé). De plus, l'évaluation devrait être faite au moyen d'une approche intégrée de transposition des connaissances qui met à contribution tous les intervenants (des professionnels jusqu'aux patients et à leur famille), et ce, à l'étape de sa planification⁴². Bien qu'une évaluation de cette nature aille au-delà de la portée du présent commentaire, les leçons apprises de notre description de la mise en œuvre de la PCC peuvent contribuer aux transformations actuelles dans notre système de santé.

Les leçons apprises

La charge de travail considérable et le temps limité de la responsable de la liaison et des coordonnateurs ont nécessité de robustes habiletés en gestion du temps et en communication. De bonnes communications sont associées à une plus grande collaboration, à une meilleure qualité des soins et à des résultats plus favorables chez les patients⁴³. La compartimentation comme stratégie de gestion du temps a permis à la responsable de la liaison et aux coordonnateurs de se préparer pour les problèmes courants, et elle a réduit les interruptions dans les activités quotidiennes. De plus, chaque semaine, 1 à 2 heures étaient consacrées à des rencontres en personne; cette structure a servi de plateforme pour toutes les communications, qu'elles soient structurées ou imprévues.

Dans le cadre de la PCC, la responsable de la liaison et les coordonnateurs se partageaient les mêmes bases de données. Auparavant, la clinique devait communiquer avec les CASC pour ses demandes de renseignements au sujet des soins aux patients; ce processus prenait du temps, exigeait beaucoup de ressources et était un exemple visible du manque d'efficacité et de la siloisation des soins de santé. La PCC a rationalisé les communications, ce qui a facilité un accès en temps opportun aux renseignements sur les patients et a amélioré la qualité des soins. L'établissement de liens entre les silos des soins de santé au moyen de voies de communication, de la collaboration et de la connaissance du système de santé était nécessaire à la mise en œuvre de la PCC et essentiel à sa réussite.

Conclusion

Le projet expérimental de la PCC s'est déroulé dans une clinique particulière d'une ESF en Ontario, mais l'intervention

pourrait être adaptée par d'autres cliniques et organisations dans le contexte des efforts continus visant à améliorer les soins primaires et la coordination des soins. D'autres cliniques (au sein de cette ESF) et d'autres organisations (en dehors de l'ESF et même à l'extérieur de la région ou de la province) pourraient tirer des leçons de cet exemple d'intervention en coordination des soins. Il est important de souligner qu'il reste des défis pour connaître la meilleure façon de mesurer la réussite des interventions comme la PCC (maintenant ou à l'avenir). Il est aussi préoccupant qu'il n'existe pas beaucoup de paramètres utiles proposés dans la littérature scientifique (p. ex. le nombre de visites et la mesure des coûts et des ressources ne suffisent pas). Dans l'exemple de programme présenté dans ce commentaire, le fait d'avoir un médecin principal impliqué dans l'exercice a permis que le processus soit plus complet et plus efficace. Nous croyons qu'il pourrait être utile de se pencher sur la mesure des relations (comme les relations entre le patient et un professionnel et entre professionnels). Nous encourageons la réalisation de recherches futures pour déterminer ces genres de paramètres avant et après l'implantation. Compte tenu des problèmes associés aux paramètres d'évaluation, la PCC n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation rigoureuse, et ce commentaire ne constitue par une évaluation formelle. Même s'il faut des recherches additionnelles sur les paramètres appropriés, la PCC peut servir de source d'information pour d'autres cliniques et organisations qui entreprennent des initiatives semblables en amélioration de la qualité. Ce commentaire vise à présenter la PCC comme un exemple concret d'initiative en coordination des soins et à mieux faire comprendre les implications pratiques associées à sa mise en œuvre. Il n'existe pas d'approche universelle; si la PCC était adoptée par d'autres cliniques, il serait aussi nécessaire de l'adapter en fonction des besoins particuliers à leur population. Les récents changements proposés au système de santé de l'Ontario imposent une plus grande coordination et une meilleure intégration dans un contexte de contraintes budgétaires⁴⁴. Il est impératif que les ressources et les infrastructures existantes soient utilisées pour renforcer les efforts d'amélioration de la coordination. L'intervention PCC a démontré que la coordination peut être améliorée en facilitant la communication à l'intérieur d'un secteur et entre les secteurs, en utilisant les ressources existantes et en rationalisant les structures organisationnelles en place. 

M^{me} Misra et M^{me} Sedig sont assistantes de recherche à l'Université Western à London (Ontario). Le D^r Dixon est membre du corps professoral de clinique à la Faculté de médecine et de chirurgie dentaire Schulich de l'Université Western. M^{me} Sibbald est professeure adjointe à l'École des études de la santé de l'Université Western.

Remerciements

M^{me} Misra et M^{me} Sedig sont coauteurs principales et ont contribué également à l'article.

Intérêts concurrents

Aucun déclaré

Correspondance

M^{me} Vaidehi Misra; courriel vmisra@uwo.ca

Les opinions exprimées dans les commentaires sont celles des auteurs. Leur publication ne signifie pas qu'elles soient sanctionnées par le Collège des médecins de famille du Canada.

Références

- Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust* 2008;188(58):S65-8.
- Le Fonds du Commonwealth. *International health care system profiles: what is being done to promote delivery system integration and care coordination?* New York, NY: Le Fonds du Commonwealth; 2019. Accessible à : <https://international.commonwealthfund.org/features/integration>. Réf. du 1^{er} nov. 2018.
- Blendon RJ, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, Zapert K. Common concerns amid diverse systems: health care experiences in five countries. *Health Aff (Millwood)* 2003;22(3):106-21.
- Conseil canadien de la santé. *Health care renewal in Canada: accelerating change*. Toronto, ON: Conseil canadien de la santé; 2005. Accessible à : https://healthcouncilcanada.ca/files/2.48-Accelerating_Change_HCC_2005.pdf. Réf. du 3 nov. 2018.
- Hutchison B, Levesque JF, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q* 2011;89(2):256-88.
- Peterson K, Anderson J, Bourne D, Charns M, Gorriñ SS, Hynes D et coll. Healthcare coordination theoretical frameworks: a systematic scoping review to increase their understanding and use in practice. *J Gen Intern Med* 2019;34(Suppl 1):90-8.
- Qualité des services de santé Ontario. *Connecting the dots for patients: family doctors' views on coordinating patient care in Ontario's healthcare system*. Toronto, ON: Qualité des services de santé Ontario; 2016. Accessible à : <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/connecting-the-dots-report-en.pdf>. Réf. du 3 nov. 2018.
- Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood)* 2011;30(12):2437-48. Publ. en ligne du 9 nov. 2011.
- McKesson Canada. *Patient-centered care: a framework for care coordination*. Saint-Laurent, QC: McKesson Canada; 2013. Accessible à : http://healthcareathome.ca/mh/en/Documents/RelayHealth_-_White_Paper1.pdf. Réf. du 18 déc. 2018.
- Tricco AC, Antony J, Ivers NM, Ashoor HM, Khan PA, Blondal E et coll. Effectiveness of quality improvement strategies for coordination of care to reduce use of health care services: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2014;186(15):E568-78. Publ. en ligne du 15 sept. 2014.
- McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft SA et coll. *Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies (vol. 7: care coordination)*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
- Katz EB, Carrier ER, Umscheid CA, Pines JM. Comparative effectiveness of care coordination interventions in the emergency department: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2012;60(1):12-23.e1. Publ. en ligne du 27 avr. 2012.
- Guerriere M. *Connecting healthcare silos to improve patient outcomes*. Vancouver, BC: Telus Health; 2019.
- 4 Steps for hospitals to reduce their "silozation." Chicago, IL: Becker's Hospital Review; 2012. Accessible à : <https://www.beckershospitalreview.com/patient-flow/4-steps-for-hospitals-to-reduce-their-silozation.html>. Réf. du 10 sept. 2019.
- Dykes PC, Carroll DL, Hurley AC, Benoit A, Middleton B. Why do patients in acute care hospitals fall? Can falls be prevented? *J Nurs Adm* 2009;39(6):299-304.
- Ontario Primary Care Council. *Position statement: care co-ordination in primary care*. Ontario Primary Care Council; 2016. Accessible à : https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Position%20statement_care%20coordinaton%20in%20primary%20care.pdf. Réf. du 1^{er} janv. 2019.
- Jones CD, Jones J, Richard A, Bowles K, Lahoff D, Boxer RS et coll. "Connecting the dots": a qualitative study of home health nurse perspectives on coordinating care for recently discharged patients. *J Gen Intern Med* 2017;32(10):1114-21. Publ. en ligne du 13 juill. 2017.
- Central Community Care Access Centre. *Your home and community partner: 2015-2015 annual report to the community*. Markham, ON: Central Community Care Access Centre; 2016. Accessible à : <http://healthcareathome.ca/central/en/performance/Documents/2014-15AnnualReportEnglish.pdf>. Réf. du 15 janv. 2019.
- Weaver JS, Che XX, Peterson LA, Hysong SJ. Unpacking care coordination through a multiteam system lens: a conceptual framework and systemic review. *Med Care* 2018;58(3):247-59.
- Mississauga-Halton Community Care Access Centre. *Role of community care providers*. Etobicoke, ON: Mississauga-Halton Community Care Access Centre; 2015. Accessible à : http://healthcareathome.ca/mh/en/care/patient/Documents/5%20-%20Role%20of%20community%20care%20providers_Final.pdf. Réf. du 2 janv. 2019.
- Cheyne A. *Care Coordination Program of Work guidebook*. Mississauga, ON: Mississauga Halton Local Health Integration Network; 2018. Accessible à : <http://healthcareathome.ca/mh/en/Documents/Guidebook-CareCoordinationProgramOfWork-FINAL.pdf>. Réf. du 18 janv. 2019.
- Gabutti I, Mascia D, Cicchetti A. Exploring "patient-centered" hospitals: a systematic review to understand change. *BMC Health Serv Res* 2017;17(1):364.
- Meijboom B, Schmidt-Bakx S, Westert G. Supply chain management practices for improving patient-oriented care. *Supply Chain Manag* 2011;16(3):166-75.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Bill 41. c. 30. S.O. An Act to amend various Acts in the interests of patient-centred care*. Toronto, ON: Assemblée législative de l'Ontario; 2019. Accessible à : <https://www.ola.org/sites/default/files/node-files/bill/document/pdf/2016/2016-12/bill---text-41-2-en-b041ra.pdf>. Réf. du 2 mai 2020.
- Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daepfen JB, Peytremann-Bridevaux I et coll. Effectiveness of interventions targeting frequent users of emergency departments: a systematic review. *Ann Emerg Med* 2011;58(1):41-52.

26. Manderson B, McMurray J, Pirano E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions: a systematic review of the literature. *Health Soc Care Community* 2012;20(2):113-27. Publ. en ligne du 13 oct. 2011.
27. Peikes D, Chen A, Schore J, Brown R. Effects of care coordination on hospitalization, quality of care, and health care expenditures among Medicare beneficiaries: 15 randomized trials. *JAMA* 2009;301(6):603-18.
28. Andrew S, Halcomb EJ, editors. *Mixed methods research for nursing and the health sciences*. Oxford, RU: Blackwell Publishing Ltd; 2009.
29. Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van Der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom* 2008;77(4):219-26. Publ. en ligne du 16 avr. 2008.
30. Carroll JC, Talbot Y, Permaul J, Tobin A, Moineddin R, Blaine S et coll. Academic family health teams. Part 1: patient perceptions of core primary care domains. *Can Fam Physician* 2016;62:e23-30. Accessible à : www.cfp.ca/content/cfp/62/1/e23.full.pdf. Réf. du 2 mai 2020.
31. Lerberghe WV. *The World Health Report 2008. Primary health care. Now more than ever*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2008. Accessible à : https://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf. Réf. du 2 janv. 2019.
32. Agarwal R, Jain P, Ghosh MS, Parihar KS. Importance of primary health care in the society. *Int J Health Sci* 2017;1(1):6-11.
33. McKenzie B. *Improving patient outcomes through care coordination and population health management*. Frisco, TX: Conifer Health Solutions; 2018. Accessible à : <https://www.coniferhealth.com/knowledge-center/improving-patient-outcomes-through-care-coordination-and-population-health-management>. Réf. du 2 janv. 2019.
34. Sibbald SL, Selkirk K, Cherla A, Misra V. An opportunity for quality: the need for better evaluation of family health teams in Ontario. *Healthc Q* 2019;21(4):28-31.
35. Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T. Enablers and barriers in implementing integrated care. *Health Syst Reform* 2015;1(4):250-6.
36. South West Local Health Integration Network. *Understanding health inequities and access to primary care in the South West LHIN*. London, ON: Human Environments Analysis Laboratory; 2016. Accessible à : http://southwestlhin.on.ca/~media/sites/sw/PDF/Physicians/SWLHIN_PrimaryHealthCareCapacity_ReportFINAL.pdf?la=en. Réf. du 2 janv. 2019.
37. Shah TI, Clark AF, Seabrook JA, Sibbald S, Gilliland JA. Geographic accessibility to primary care providers: comparing rural and urban areas in southwestern Ontario. *Can Geogr* 2020;64(1):65-78. Publ. en ligne du 8 août 2019.
38. Sibbald SL, Clark AF, Seabrook JA, Gilliland J. Without compromising integrity: research and planning around the primary healthcare landscape in southwestern Ontario. *Healthc Q* 2018;21(1):46-53.
39. Community Legal Education Ontario [site web]. *What is a CCAC? How does it work?* Community Legal Education Ontario; 2019. Accessible à : <https://www.cleo.on.ca/en/publications/homecare/what-ccac-how-does-it-work>. Réf. du 2 janv. 2019.
40. Kothari A, Hovanec N, Hastie R, Sibbald S. Lessons from the business sector for successful knowledge management in health care: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2011;11(1):173.
41. Hays RD, Martino S, Brown JA, Cui M, Cleary P, Gaillot S et coll. Evaluation of a care coordination measure for the Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Medicare survey. *Med Care Res Rev* 2014;71(2):192-202. Publ. en ligne du 13 nov. 2013.
42. Gagliardi AR, Berta W, Kothari A, Boyko J, Urquhart R. Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. *Implement Sci* 2015;11(1):38.
43. Szafran O, Torti JMI, Kennett SL, Bell NR. Family physicians' perspectives on interprofessional teamwork: findings from a qualitative study. *J Interprof Care* 2018;32(2):169-77. Publ. en ligne du 8 nov. 2017.
44. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Bill 74. c. 5. S.O. An Act concerning the provision of health care, continuing Ontario Health and making consequential and related amendments and appeals*. Toronto, ON: Assemblée législative de l'Ontario; 2019. Accessible à : https://www.ola.org/sites/default/files/node-files/bill/document/pdf/2019/2019-04/b074ra_e.pdf. Réf. du 21 janv. 2020.

Cet article a fait l'objet d'une révision par des pairs.

Can Fam Physician 2020;66:e165-70.

The English version of this article is available at www.cfp.ca on the table of contents for the Jun 2020 issue on page 399.