



Les soins primaires au Canada peuvent-ils évoluer vers un système de santé qui apprend?

Sarah Cook MD FCMF CCPE CHE

Et si notre système de santé savait apprendre de lui-même? Et si les médecins de famille et les cliniques, partout au Canada, ne tentaient pas de résoudre de manière isolée les mêmes problèmes en soins primaires (accès, charge de travail, pérennité), mais tiraient systématiquement des enseignements de ce qui fonctionne déjà? Trop souvent, l'innovation en médecine de famille se déploie discrètement, à l'échelle de chaque clinique. Si l'on veut que la médecine de famille prospère véritablement au pays, cette situation doit changer.

Tel est le message clair que j'ai retenu d'un récent balado de la série *Enjeux de la médecine de famille*, auquel participait le Dr Emmett Harrison², médecin de famille à Swift Current, en Saskatchewan. Cette ville constitue un exemple probant de ce que peut être un système de santé qui apprend. Harrison est un médecin de famille offrant des soins complets et globaux : il prodigue des soins en clinique, en médecine d'urgence, en milieu hospitalier et en médecine des toxicomanies, pratique l'aide médicale à mourir, participe à la formation des résidents en médecine de famille et est responsable des soins en équipe au sein de sa clinique.

La clinique de Harrison a été l'un des premiers sites pilotes à adopter la vision du Centre de médecine de famille³ en Saskatchewan. Plutôt que de chercher à mettre en œuvre simultanément les 10 piliers du modèle, l'équipe a fait le choix délibéré de se concentrer sur trois d'entre eux : améliorer l'accès aux soins, intégrer des équipes interdisciplinaires dirigées par des médecins de famille et s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Du personnel infirmier a été intégré à la clinique et exerce désormais pleinement son champ de compétences. Des tâches telles que la vaccination, le dépistage par test de Papanicolaou et l'éducation des patients ont été redistribuées. Les consultations pour maladies chroniques ont été réorganisées en rendez-vous conjoints : le personnel infirmier réalise des évaluations structurées, suivies d'un bref transfert d'information avant la consultation. Le triage infirmier, effectué le jour même, soutenu par des protocoles normalisés et un accès complet aux dossiers médicaux électroniques, a permis de rediriger les patients vers les soins appropriés, en temps opportun et auprès du bon prestataire.

Les résultats sont sans appel. En deux ans et demi, 8000 consultations ont été évitées ou réorientées, sans compromettre la qualité des soins. Le délai d'attente pour consulter un médecin de famille est passé de plus de 40 jours à environ 14 jours. Les patients ont systématiquement fait part de leur grande satisfaction à l'égard des soins reçus, affirmant qu'ils appréciaient l'accès rapide et la coordination des

soins en équipe, sans pour autant perdre le bénéfice de leur relation avec leur médecin de famille.

Grâce au temps ainsi libéré, les médecins ont pu réaffecter rapidement leurs efforts aux besoins non satisfaits des patients et aux soins plus complexes. Le transfert de certaines tâches au personnel infirmier a permis aux médecins d'exercer pleinement leur champ de compétences. La combinaison d'une approche fondée sur le travail en équipe, de processus de travail efficaces et de l'utilisation des technologies a permis de maintenir les revenus et d'améliorer l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. La réduction du fardeau administratif, tout comme celle de la détresse morale associée à l'impossibilité de voir les patients au moment où ils ont besoin de soins, a été essentielle à la pérennité du modèle.

La culture d'équipe s'est révélée déterminante dans la réussite du projet. Des réunions quotidiennes, préparées à l'avance, inclusives et d'une durée inférieure à 10 minutes, ont favorisé une compréhension commune et soutenu la résolution efficace des problèmes, intégrant ainsi l'amélioration continue de la qualité au travail quotidien. Dans cette optique, un défenseur des intérêts des patients a contribué directement aux initiatives d'amélioration et aux stratégies de communication. Il importe toutefois de souligner que ce travail ne s'est pas fait en vase clos : Swift Current s'est inspirée d'autres cliniques, a documenté ses processus de travail et soutient désormais des équipes partout en Saskatchewan qui souhaitent adopter ce modèle. Harrison souligne clairement que la réussite de cette démarche a reposé sur le leadership des médecins, un temps dédié à cette fin et une volonté d'apprendre ensemble.

Voilà qui me ramène à ma question d'introduction : et si notre système de santé était un système qui apprend? La médecine de famille au Canada ne manque pas d'innovation. Ce qui fait défaut, c'est un système en mesure de relier ces innovations de façon constante, de les rendre visibles et de permettre à d'autres de les adopter sans repartir de zéro. Si nous prenons réellement au sérieux l'amélioration de l'accès aux soins, la pérennité et le plaisir d'exercer, il nous faut cesser de lutter en parallèle et commencer à apprendre les uns des autres.

Références

1. Ontario SPOR Support Unit. Learning Health System [Internet]. Ontario SPOR Support Unit; 2026 [cited 2026 Jan 14]. Available from: <https://ossu.ca/resources/learning-health-system>.
2. Cook S. Family Medicine Matters. College of Family Physicians of Canada; 2026. Available from: <https://shows.acast.com/family-medicine-matters>.
3. Collège des médecins de famille du Canada (CMFC). Le Centre de médecine de famille représente l'avenir de la pratique de la médecine familiale au Canada [Internet]. CFPC; 2026 [cité le 12 janv. 2026]. Accessible à : <https://patientsmedicalhome.ca/fr/>.

Can Fam Physician. 2026 mars;72(3):214. doi: 10.46747/cfp.7203214
This article is also in English on page 213.

Veillez lire le code pour écouter (disponible en anglais seulement)

