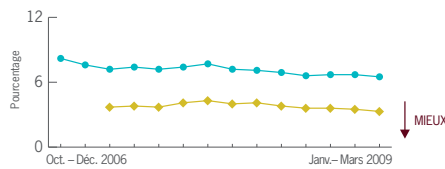
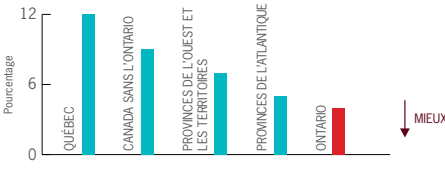
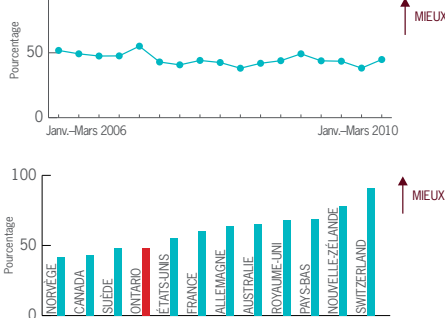
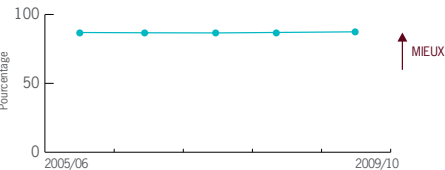


2.2 Accès aux soins primaires

Tous les Ontariens et Ontariennes devraient avoir un fournisseur de soins primaires attitré – qui exerce préférentiellement au sein d’une équipe de professionnels différents. Le fournisseur de soins primaires connaît les antécédents médicaux de son patient, diagnostique et traite de nouvelles affections, offre des services de santé préventifs et coordonne les visites chez les spécialistes. Il est important que les gens puissent avoir un rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires dès qu’ils en ont besoin.

Que veulent les Ontariens?	Et si cela ne se produit pas?	Qui en profite le plus?
Tous les Ontariens et Ontariennes doivent avoir un fournisseur de soins primaires attitré — médecin de famille ou infirmière ou infirmier praticien— et nul ne doit attendre trop longtemps pour le consulter.	Les patients qui ne reçoivent pas des soins de prévention régulièrement quand ils en ont besoin risquent d’attendre et de voir leur état s’aggraver – ou risquent de se présenter aux urgences ³¹ pour obtenir des soins ou de consulter un autre fournisseur de soins ne connaissant pas leurs antécédents médicaux. Le fait d’attendre ou de voir un autre fournisseur de soins aux urgences ou dans une clinique peut avoir des conséquences négatives sur la santé des patients ³² et se traduire par un gaspillage de temps et des ressources du système.	Les 13 millions d’habitants de l’Ontario.
Les nourrissons doivent être examinés par un fournisseur de soins primaires peu après la naissance.	S’il n’y a pas de suivi après la naissance, certaines maladies risquent de ne pas être détectées et le risque de morbidité et de mortalité infantile s’accroît ³³ .	Les 136 000 nourrissons qui naissent chaque année dans la province et leur famille ³⁴ .

Indicateur	Valeur	Tendances et comparaisons	Constatations
Pourcentage d’adultes qui : — n’ont pas de médecin traitant — n’ont pas de médecin traitant et en cherchent un activement	6.5 %* 3.3 %		Au cours des trois dernières années, le pourcentage d’adultes qui n’ont pas de médecin traitant est passé de 8,2 % à 6,5 %. Environ la moitié de ces personnes n’ont pas de médecin traitant et essaient d’en trouver un; ce chiffre a aussi baissé récemment. Cela représente une amélioration considérable et peut s’expliquer par les efforts déployés depuis quelque temps pour accroître le nombre de médecins de famille et d’infirmières et infirmiers praticiens (voir la section 7.4) et créer des équipes de santé familiale et des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien; et par la création de programmes comme Accès Soins, qui aident les gens à se trouver un médecin de famille ³⁵ .
Pourcentage d’adultes en Ontario qui n’ont pas de médecin traitant ou de fournisseur de soins primaires qui les aide à gérer leurs soins†.	3.9%**		Selon les données de l’enquête, les Ontariens ont davantage tendance à avoir un fournisseur de soins primaires réguliers que les personnes qui vivent au Québec ou dans l’Ouest du Canada. Les Ontariens ont à peu près les mêmes chances que les personnes qui vivent dans les Maritimes d’avoir un fournisseur de soins primaires. L’Ontario est à égalité avec la France, la Suisse, la Norvège et les Pays-Bas – quatre pays européens qui ont affiché les meilleurs résultats parmi les 11 pays ayant participé à l’enquête (données non fournies).
Pourcentage d’adultes qui sont tombés malades ou avaient un problème de santé et ont pu consulter leur médecin le jour même ou le lendemain.	48 %**		Moins de la moitié des Ontariens ont pu voir leur médecin le même jour ou le lendemain après avoir contacté son cabinet lorsqu’ils sont tombés malades. Aucun changement n’a été constaté ces dernières années. Lorsqu’on compare ces résultats à ceux des autres pays ayant participé à l’enquête, le Canada et l’Ontario se situent très loin derrière, leurs taux étant parmi les plus bas. Au Royaume-Uni, où il y a eu des campagnes nationales de réduction des temps d’attente ^{36, 37} , 68 % des gens peuvent voir leur médecin dans les 24 heures. En Suisse, ils sont à 91 % à pouvoir le faire. Les possibilités d’amélioration sont énormes.
Pourcentage de nouveau-nés qui ont été examinés par un fournisseur de soins primaires dans la semaine qui a suivi leur naissance.	87 %***		Pendant l’exercice 2009-2010, près de neuf nouveau-nés sur 10 ont été examinés par leur fournisseur de soins primaires dans la semaine qui a suivi leur naissance. Il n’y a pas eu de changement au cours des quatre dernières années. Il y a encore des améliorations à faire.

Sources de données : *D’après le Sondage sur les soins de santé primaires, sondage téléphonique effectué tous les trimestres auprès d’Ontariennes et Ontariens d’âge adulte (16 ans et plus). La plupart des résultats les plus récents représentent les moyennes des données pour l’exercice financier 2009-2010.

** Étude internationale des adultes du Fonds du Commonwealth, 2010.

28 *** Régime d’assurance-santé de l’Ontario, calculé par l’Institut de recherche en services de santé, exercice financier 2009-2010. † Cet indicateur comprend « les autres fournisseurs de soins primaires », alors que l’indicateur précédent ne le fait pas. De plus, chaque indicateur utilise des outils d’enquête différents. Par conséquent, les résultats sont différents pour les deux.



HÔPITAUX

SOINS DE SANTÉ DE LONGUE DURÉE

SOINS À DOMICILE

SOINS PRIMAIRES

Causes fondamentales

Système de rendez-vous inconfortable ou inefficace.

Lorsque les temps d'attente sont longs, le personnel de bureau perd beaucoup de temps à répondre aux demandes de changement ou d'annulation de rendez-vous et à trier les patients selon l'urgence de leur état.

Travaux inutiles effectués dans les cabinets de soins primaires.

Lorsque le personnel perd du temps, on dispose de moins de temps pour les rendez-vous.

Méthode inefficace ou manquant d'uniformité, temps perdu à rechercher des renseignements.

Travail d'équipe insuffisant et mauvaise utilisation du temps du personnel. Les médecins accomplissent des tâches ou des procédures dont d'autres professionnels de la santé pourraient se charger. Un meilleur travail d'équipe permettrait d'augmenter le nombre de patients d'un cabinet médical et de rendez-vous disponibles.

Idées de changement

Rendez-vous avec accès préalable^{38, 39}. Cette méthode de prise de rendez-vous vise à réduire l'attente pour un rendez-vous avec un fournisseur de soins de santé⁴⁰. Les principes fondamentaux de gestion des files d'attente peuvent quasiment éliminer les temps d'attente :

- Suivre attentivement les demandes et les créneaux libres.
- Harmoniser l'offre et la demande⁴¹ afin de libérer des créneaux pour les cas urgents (p. ex., si le lundi est très occupé, prévoir davantage de créneaux libres ce jour-là et prévoir les réunions et les rendez-vous non urgents les jours où c'est beaucoup plus tranquille).
- Régler les cas accumulés dans un ordre descendant. Si on réussit à harmoniser l'offre et la demande, mais qu'il y a encore trop de gens qui attendent, on doit faire des heures supplémentaires ou recruter du personnel temporairement pour éliminer la file d'attente.
- **Réorganiser la demande**⁴² afin d'harmoniser l'offre et la demande. Réduire les demandes inutiles, p. ex. en éliminant les visites de suivi inutiles ou en réglant les questions peu importantes par téléphone ou par courriel (p. ex., fournir les résultats des tests de laboratoire ou renouveler certaines ordonnances).
- Établir des plans d'urgence pour réduire les attentes à zéro lorsque la demande est à la hausse (p. ex., quand un employé est en congé).

L'équipe de santé familiale du district d'Athens a utilisé ces idées et réduit les temps d'attente pour les rendez-vous de 27 jours, ceux-ci étant désormais de zéro à deux jours⁴³. Pour plus de détails, consultez www.ohqc.ca/pdfs/access.pdf.

Utiliser le **courrier électronique ou les systèmes de prise de rendez-vous en ligne**⁴⁴ pour fixer ou annuler les rendez-vous, car les lignes téléphoniques sont souvent occupées ou le cabinet peut être fermé.

Améliorer l'efficacité du cabinet⁴⁵. De simples mesures qui font gagner quelques minutes ou secondes à chaque visite à la clinique représentent en un an des jours, voire des semaines. Citons parmi ces mesures : agencer toutes les salles des patients de la même façon, mieux organiser les dossiers des patients (voir ci-dessous) et utiliser des organigrammes pour clarifier et normaliser des processus complexes et voir comment on peut gagner du temps.

Mettre en place un système de DME qui fonctionne bien⁴⁶. Le DME fait gagner du temps, car il facilite l'accès aux résultats des tests ou à d'autres renseignements en temps réel. On peut également programmer le DME de façon à surveiller les statistiques sur les temps d'attente ou l'efficacité du cabinet⁴⁷.

Établir des équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires et recourir pleinement à tous les membres de l'équipe^{48, 49}. Ainsi, il sera possible d'accroître le nombre de patients recevant des soins; par exemple, après l'établissement d'équipes de santé familiale à Peterborough, 17 000 personnes sans médecin de famille ont pu avoir accès à des soins primaires⁵⁰. Veiller à ce que les rôles et responsabilités soient bien définis pour chacun des membres de l'équipe⁵¹. Par exemple, les infirmières et infirmiers peuvent offrir des services de santé préventifs, administrer des vaccins ou coordonner les soins des patients⁵²; le personnel infirmier praticien peut évaluer, diagnostiquer, traiter et surveiller une vaste gamme de troubles et exécuter des procédures spécifiques relevant de leurs compétences⁵³; la participation du personnel infirmier praticien aux équipes de soins primaires est associée à une meilleure gestion des maladies chroniques⁵⁴; les pharmaciens peuvent évaluer le traitement médicamenteux des patients et gérer l'administration des médicaments⁵⁵; et les diététistes peuvent fournir des conseils nutritionnels et encourager les gens à modifier leur comportement⁵⁶. Le personnel de bureau peut vérifier la taille et le poids, ainsi que la tension artérielle en deçà d'un certain point, et si les données ont bien été entrées dans le DME.

Envisagez d'élargir le champ d'exercice réglementé aux professionnels de la santé compétents.

Que fait-on en Ontario?

- 170 équipes de santé familiale (ESF) permettent à 2,5 millions d'Ontariennes et d'Ontariens (dont 416 000 sans médecin de famille) d'accéder à des soins de santé primaires, et 30 autres équipes devraient ouvrir en août 2011⁵⁷.
- Le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation (PAMQI) fournit une formation aux ESF sur la façon de faciliter l'accès⁵⁸.
- 7 514 médecins ont soigné 9,35 millions de patients par l'entremise de modèles de soins de santé primaires en octobre 2010, comparativement à 2 034 en janvier 2004⁵⁹.
- Le ministère a financé des infirmières et infirmiers praticiens dans des cabinets de soins primaires et s'est engagé à financer jusqu'à 500 infirmières et infirmiers autorisés dans des cabinets médicaux axés sur le vieillissement chez soi, les soins de fin de vie et la santé mentale et les dépendances⁶⁰. Le MSSLD s'est donné comme objectif d'établir avant la fin de 2012 25 cliniques administrées par du personnel infirmier praticien, qui soignera plus de 40 000 personnes⁶¹.
- Les localités du Nord et rurales bénéficient de l'initiative de recrutement et de maintien en poste pour le Nord et les régions rurales, y compris la gratuité des droits de scolarité avec obligation de service, les programmes d'intervention et les services de soutien destinés aux médecins itinérants et les centres de santé⁶².

13 Notes en fin d'ouvrage

- 1 Derlet RW, Richards JR. « Overcrowding in the nation's emergency departments : complex causes and disturbing effects ». *Annals of Emergency Medicine*. 1999;35(1) :63-68.
- 2 Chan BTB, Schull MJ, Schultz SE. *Emergency department services in Ontario*. Institut de recherche en services de santé, Toronto, 2001.
- 3 National Ambulatory Care Reporting System Database, exercice 2009-2010, calculé par l'Institut de recherche en services de santé.
- 4 Entente de rendement MSSLD-RLUSS, indicateurs de rendement des systèmes de santé locaux, information technique. 13 août 2010.
- 5 Johnson M, et coll. « Patients who leave the emergency department without being seen ». *J Emerg Nurs*. 2009;35 :105-108. Polevoi, SK, et coll. « Factors associated with patients who leave without being seen ». *Acad Emerg Med*. 2005;12(3).
- 6 Beveridge R, et coll. « Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale : implementation and guidelines ». CJEM. 1999;(suppl 1) :S2-28. Ces lignes directrices suggèrent que tous les patients soient vus dans les délais suivants : réanimation, cas nécessitant une attention immédiate; cas émergents, 15 minutes; cas urgents, 30 minutes; cas moyennement urgents, 60 minutes; cas non urgents, 120 minutes. Les données suivantes (ne figurant pas dans le graphique) pour les temps médians en 2009 étaient : cas émergents, 54 minutes; cas urgents, 54 minutes, cas moyennement urgents, 72 minutes, cas non urgents, 72 minutes. Pour les trois premières catégories, les résultats sont inférieurs aux lignes directrices et c'est sur ces constatations que repose la déclaration que les temps d'attente sont trop élevés. Pour les cas non urgents, la médiane est préférable à l'objectif, mais cet objectif s'applique à tous les patients, pas seulement à ceux du 50^e percentile. Les chiffres indiqués dans ce rapport sont des temps d'attente médians, ce qui signifie que 50 % des patients attendent plus longtemps que ce qui est indiqué. Ainsi, le fait que les temps d'attente médians pour les cas non urgents est légèrement inférieurs à l'objectif de 120 minutes signifie que près de la moitié de ces patients attendent trop longtemps.
- 7 Rapport Observateur de la qualité 2010, page 20.
- 8 Institut canadien d'information sur la santé. *Understanding emergency department wait times : access to inpatient beds and patient flow*. 2007. secure.cihi.ca/cihiweb/products/Emergency_Department_Wait_Times_III_2007_e.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 9 Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Brit Med Bull*. 2010;95 :33-46. bmb.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/19/bmb.lq020.full; consulté le 14 janvier 2011.
- 10 Rathlev NK, Chessare J, Olshaker J, Obendorfer D, Mehta SD, Rothenhaus T, Crespo S, Magauran B, Davidson K, Shemin R, Lewis K, Becker JM, Fisher L, Guy L, Cooper A, Litvak E. « Time series analysis of variables associated with daily mean emergency department length of stay ». *Annals of Emergency Medicine*. 2007;49(3) :265-271.
- 11 Forster AJ, Stiell I, Wells G, et coll. *The effect of hospital occupancy on emergency department length of stay and patient disposition*. *Acad. Emerg Med*. 2003;10 :127-133. onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1197/aemj.10.2.127.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 12 McKinney M. *Watching the big board to reduce overcrowding. Electronic bed tracking systems can improve patient throughput, but staff buy-in is a must*. *Hosp Health Netw*. Octobre 2009;83(10) :48-50.
- 13 Vermeulen MJ, Ray JG, Bell C, Cayen B, Stukel TA, Schull MJ. « Disequilibrium between admitted and discharged hospitalized patients affects emergency department length of stay ». *Annals of Emergency Medicine*. 2009;54(6) :794-804. www.yorku.ca/alison3/kahs6020/linear%20regression%20ED%20ols.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 14 Litvak E. « Optimizing patient flow by managing its variability ». Dans : JCAHO, *from front office to front line : essential issues for health care leaders*. Joint Commission Resources, Inc., Oakbrook Terrace (Illinois). 2005. www.saludgygestion.com/archives/B_Joint%20Commission%20Resources%20Article%20From%20the%20Front%20Office%20to%20Front%20Line.pdf; consulté le 14 janvier 2011.
- 15 Bond K, Ospina MB, Blitz S, Friesen C, Innes G, Yoon P, Curry G, Holroyd B, Rowe B. « Emergency department overcrowding in Canada : interventions to reduce overcrowding in emergency departments ». Ottawa. CADTH. 2006. www.cadth.ca/index.php/en/hta/reports-publications/search/publication/621; consulté le 15 janvier 2011.
- 16 DeLia D, Cantor J. « Emergency department utilization and capacity ». *Research Synthesis Report*. 2009 :17. www.rwjf.org/files/research/072109policysynthesis17.emergencyutilization.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 17 Guariso JS. « Using computer technology in the automation of clinical and operating systems in emergency medicine ». *The Ochsner Journal*. 2001;3 :57-69. www.kolkusa.com/VitalWorks/pdf/Ochsner_Clinic.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 18 « Improving the efficiency of hospital-based emergency care ». Chapitre 4 dans : *Hospital-based emergency care : at the breaking point*. Institute of Medicine, Washington, 2007. www.nap.edu/openbook.php?record_id=11621&page=129; consulté le 14 janvier 2011.
- 19 DeLia D, Cantor J. *Emergency department utilization and capacity*. Research Synthesis Report. 2009 :17. www.rwjf.org/files/research/072109policysynthesis17.emergencyutilization.pdf; consulté le 16 janvier 2011.
- 20 Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N et Camargo CA, Jr. « A conceptual model of emergency department crowding ». *Annals of Emergency Medicine*. 2003;42(2) :173-180. www.annemergmed.com/article/S0196-0644%2803%2900444-X/fulltext; consulté le 15 janvier 2011.
- 21 Altmayer CA, Ardal S, Woodward GL, Schull MJ. « Variation in emergency department visits for conditions that may be treated in alternative primary care settings ». *Canadian Journal of Emergency Medicine*. 2005;7 :252. www.cjem-online.ca/v7/n4/p252; consulté le 15 janvier 2011.
- 22 Howard M, Goertzen J, Kaczorowski J, Hutchison B, Morris K, Thabane L, Levine M, Papaioannou A. *Emergency department and walk-in clinic use in models of primary care practice with different after-hours accessibility in Ontario*. Healthcare Policy. Août 2008;4(1) :73-88. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC19377344/tool-pubmed; consulté le 15 janvier 2011.
- 23 Alberta Health Services. *Right care in right place eases emergency pressures*. 29 juin 2010. www.albertahealthservices.ca/2078.asp; consulté le 28 octobre 2010.
- 24 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. « Exemple de réussite : Réadmissions à l'Hôpital général de North York ». Dans : *Observateur de la qualité, rapport 2010 sur le système de santé de l'Ontario*. http://www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_-_french.pdf; consulté le 28 janvier 2011.
- 25 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. L'Ontario investit 109 millions de dollars pour réduire les temps d'attente dans les salles des urgences. 30 mai 2008. www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2008/may/er_alc_strategy_combined_bg_04_fr_01_20080529.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 26 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les temps d'attente en Ontario : Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences. 2008. www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/waittimes/edrs/strategy.aspx; consulté le 11 février 2011.
- 27 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Stratégie de réduction des temps d'attente dans les salles des urgences. 29 mai 2009. www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_09/may/er_strategy_bg_10_20090522.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 28 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/may/nr_20100514.aspx
- 29 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/jul/nr_20100729_1.aspx
- 30 www.chqi.ca/CurrentInitiatives/EmergencyDepartment.aspx
- 31 Derlet RW, Richards JR. « Overcrowding in the nation's emergency departments : complex causes and disturbing effects ». *Annals of Emergency Medicine*. 1999;35(1) :63-68.
- 32 Macinko J, Starfield B, Shi L. « Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States ». *International Journal of Health Services*. 2007;37(1) :111-126.
- 33 Heimler R, et coll. « Hospital readmission and morbidity following early newborn discharge ». *Clinical Pediatrics*. 1998;37 :609-616.
- 34 BORIN Ontario, exercice 2009-2010.
- 35 www.health.gov.on.ca/en/ms/healthcareconnect/public/default.aspx. Consulté le 7 mars 2011.
- 36 Pickin M, O'Gathain A, Sampson FC, Dixon S. « Evaluation of Advanced Access in the National Primary Care Collaborative ». *British Journal of General Practice* 2004;54 :334-340.
- 37 www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland/Delivery-Improvement/1835/1860
- 38 Alberta AIM. *AIM (Access Improvement Measures) Measurement Overview*. 2009. www.albertaim.ca/documents/learning_session_materials/20091120_Measurement_Overview.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 39 Valenti WM, Bookhardt-Murray LJ. *Advanced access scheduling boosts quality, productivity and revenue*. *Drug Benefit Trends*. 2004;16(10) :510, 513-514. www.medscape.com/viewarticle/492839; consulté le 15 janvier 2011.
- 40 Coutts J. « Accelerating excellence report : engaging physicians to improve quality ». *Healthcare Q*. 2010;13(3) :23-25.
- 41 Institute for Healthcare Improvement. *Measure and understand supply and demand*. www.ihl.org/IHL/Topics/OfficePractices/Access/Changes/MeasureandUnderstandSupplyandDemand.htm; consulté le 15 janvier 2010.
- 42 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. Guide d'amélioration de la qualité : Module 1 - Accès. 2009. www.ohqc.ca/pdfs/gi_module_1_french_may27finaldraft.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 43 Conseil ontarien de la qualité des services de santé. « Exemple de réussite : Soins primaires prodigués par l'Équipe de santé familial du district d'Athens ». Dans : *Observateur de la qualité, rapport 2010 sur le système de santé de l'Ontario*. http://www.ohqc.ca/pdfs/2010_report_-_french.pdf; consulté le 20 janvier 2011.
- 44 Localité de Chatham-Kent. L'Ontario branché. Mise en place d'un échéancier en ligne. Juin 2009. <http://www.chatham-kent.ca/council-and-administration/municipal-departments/corporate+services/information+technology+services/Connect+Ontario++Phase+II+Projects.htm>. Consulté le 28 octobre 2010.
- 45 Willis D. « Making every minute count : tools to improve office efficiency ». *Family Practice Management*. Avril 2005. www.internetgroup.ca/clientnet_new/docs/Making%20Every%20Minute%20Count.pdf; consulté le 20 janvier 2011.
- 46 Wang SJ, Middleton B, Prosser LA, Bardon CG, Spurr CD, Carchidi PJ, Kittler AF, Goldszer RC, Fairchild DG, Sussman AJ, Kuperman GJ, Bates DW. « A cost-benefit analysis of electronic medical records in primary care ». *Am J Med*. 2003;114(5) :397-403. www.annjmed.com/article/S0002-9343%2803%2900057-3/fulltext; consulté le 15 janvier 2011.
- 47 Langley J, Beasley C. *Health information technology for improving quality of care in primary care settings*. Préparé par l'Institut pour Healthcare Improvement pour le National Opinion Research Center en vertu du contrat n° 290-04-0016. Publication AHRQ n° 07-0079-EF. Rockville (Maryland) : Agency for Healthcare Research and Quality, juillet 2007. www.ihl.org/IHL/Topics/OfficePractices/Access/Literature/HealthITforImprovingQualityofPrimaryCare.htm; consulté le 17 janvier 2011.
- 48 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Family health teams : your access to primary care*. 27 octobre 2009.
- 49 Dahrouge S, Hogg W, Russell G, Geneau R, Kristjansson E, Muldoon L, et coll. Étude intitulée « The comparison of models of primary care in Ontario (COMP-PC) : methodology of a multi-faceted cross-sectional practice-based study ». *Open Medicine*. 2009;3. www.openmedicine.ca/article/view/218; consulté le 17 janvier 2011.
- 50 Conseil canadien de la santé. *Équipes à l'œuvre : Ontario*. 2009. www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2009/Equipes_a_loeuvre.pdf; consulté le 4 octobre 2010.
- 51 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des méthodes de collaboration de l'équipe*. www.health.gov.on.ca/renouvellement/fht/guides/fht_collab_teamf.pdf; consulté le 11 février 2011.
- 52 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des rôles et des responsabilités des équipes interdisciplinaires*. 2005. www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 53 Canadian Nurse Practitioner Initiative. *Nurse practitioners — the time is now : a solution to improving access and reducing wait times in Canada*. 2006. 206.191.29.104/documents/pdf/Nurse_Practitioners_The_Time_is_Now_e.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 54 Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. « Managing chronic disease in Ontario primary care : the impact of organizational factors ». *Ann Fam Med*. 2009;7 :309-318. www.annfamem.org/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=19597168; consulté le 17 janvier 2011.
- 55 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des rôles et des responsabilités des équipes interdisciplinaires*. 2005. www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 56 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide des rôles et des responsabilités des équipes interdisciplinaires*. 2005. www.health.gov.on.ca/transformation/fht/guides/fht_inter_team.pdf; consulté le 15 janvier 2011.
- 57 http://www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/aug/nr_20100824_1.aspx
- 58 www.nhsrui.com/documents/An%20Evaluation%20of%20Communication%20Practices%20Final%20Rpt.%20Mar%202031,09.pdf
- 59 www.chrsf.ca/PickingUpthePace/pdfs/BreakoutD/Mary%20Fleming.pdf
- 60 www.health.gov.on.ca/english/providers/physicians/docs/oma_agreement.pdf
- 61 www.health.gov.on.ca/fr/news/release/2010/may/nr_20100511.aspx
- 62 www.health.gov.on.ca/french/providers/program/uapf/guidelines/nrri_guidelines.html
- 63 www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/waittimes/; consulté le 1^{er} novembre 2010.
- 64 Chan BTB et Austin PC. « Patient, physician and community factors affecting referrals to specialists in Ontario, Canada : a population-based, multi-level modeling approach ». *Medical Care*. 2003;41(4) :500-511.
- 65 Williams J, Llewellyn-Thomas H, Arshinoff R, Young N, Naylor D. « The burden of waiting for hip and knee replacements in Ontario ». *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 1997;3(1) :54-68.