

Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé

VOLUME 2

| ISSUE 1 |

ARTICLE 1

Implanter des guichets d'accès aux clientèles sans médecin de famille à travers le Québec

Mylaine BRETON, *Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada*

Jennissa GAGNE, *Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada*

Fortuné GANKPE, *Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada*

7 January 2014

A Provincial/Territorial Health Reform Analysis

RECOMMENDED CITATION: Breton M, Gagne J, Gankpe F. 2014. Implanter des guichets d'accès aux clientèles sans médecin de famille à travers le Québec. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 2 (1): Article 1. DOI: [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.01](https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.01)

COMMENT: Also published in English under the title: "Implementing Centralized Waiting Lists for Patients without a Family Physician in Québec" in *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé* 2 (1): Article 5. DOI: [dx.doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.05](https://doi.org/10.13162/hro-ors.02.01.05)

Abstract

En 2008, le gouvernement du Québec a mandaté les quatre-vingt-quatorze centres de santé et des services sociaux (CSSS) d'introduire un guichet d'accès aux « clientèles orphelines » (GACO; le terme de clientèle orpheline désigne les patients n'ayant pas accès à un médecin de famille) au sein de leur organisation. L'objectif des GACO est d'augmenter le nombre de patients avec un médecin de famille et de prioriser les patients vulnérables. La médiatisation de l'enjeu des patients orphelins et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec ont joué un rôle prépondérant dans la conceptualisation et l'introduction de cette réforme. Peu de balises ont encadré le développement de cette réforme laissant donc une grande flexibilité dans les stratégies de mises en œuvre à chacun des CSSS. Cette marge de manœuvre à l'échelle locale a entraîné une variation dans l'offre de services des GACO, conduisant à une inéquité de services pour la population. Depuis leur implantation, les incitatifs financiers mis en place pour favoriser la participation des médecins de famille ont été modifiés à deux reprises, particulièrement pour faciliter la prise en charge des clientèles plus vulnérables via les GACO. Une étude récente a montré que, malgré un différentiel important dans les incitatifs financiers donnés aux médecins pour des patients vulnérables, plus de 70% des patients inscrits à un médecin de famille via les GACO étaient des patients non vulnérables et provenaient majoritairement d'une autoréférence par un médecin de famille. Le GACO répond, cependant, à une problématique importante en visant à réduire le nombre de personnes sans médecin de famille.

In 2008, the Quebec government mandated the ninety-four Centres de Santé et des Services Sociaux (CSSS or Centres for Health and Social Services) to implement a Guichet d'Accès aux Clientèles Orphelines (GACO)—a centralized waiting list to help patients without a family physician find one. Specifically, the goal of GACOs is to increase the number of patients with a family physician as well as to give priority access to vulnerable patients. The media treatment of 'orphan' patients as well as the Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec (FMOQ or Federation of General Practitioners of Quebec) both played a crucial role in the design and implementation of the reform. How the reform should be implemented was not detailed, leaving each CSSS considerable latitude in the strategies they adopted to introduce it on the ground. This room to manoeuvre led to large variability in what services GACOs offer and inequity in access to services for the population. Since their implementation, financial incentives set up to encourage the participation of family physicians have been modified twice, in particular with the goal of increasing the enrolment of more vulnerable patients through GACOs. A recent study shows that, despite a large difference in incentives to physicians for these vulnerable patients, more than 70% of patients enrolled with a family physician through a GACO are 'non-vulnerable' and are registered into the GACO

from family physician self-referrals. Nonetheless, GACOs address an important problem by reducing the number of persons without a family physician.

Key Messages

- Les guichets d'accès aux clientèles orphelines sont un mécanisme organisationnel pertinent pour aider les patients sans médecin de famille à se trouver un médecin de famille.
- Des défis demeurent pour la prise en charge des patients les plus vulnérables via les guichets d'accès aux clientèles orphelines et des stratégies complémentaires doivent être implantées pour faciliter leur prise en charge par les médecins de famille dans la communauté.

-
- *The Guichet d'Accès aux Clientèles Orphelines (GACO) are an important organizational mechanism to help persons in Quebec without a family doctor find one.*
 - *Challenges remain in supporting the most vulnerable patients through the Guichet d'Accès aux Clientèles Orphelines (GACO) and additional strategies must be implemented to facilitate their care by family physicians in the community.*

ACKNOWLEDGEMENT: Nous souhaitons à remercier le Ministère de la Santé et des services sociaux pour avoir partagé avec notre équipe de recherche les données de la banque de données SIGACO. Un merci spécial à Mme Véronique Bernard-Laliberté de la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du Ministère de la santé et des services sociaux pour sa grande générosité en temps.

1 DESCRIPTION DE LA POLITIQUE DES GACO

Quatre provinces canadiennes ont mis en place des « guichets d'accès centralisés » pour aider les patients sans médecins de famille (dites clientèles orphelines) à se trouver un médecin de famille : *les guichets aux clientèles orphelines au Québec*, le *Healthcare connect* en Ontario, *A GP for me* en Colombie-Britannique et le *Healthcare connect NB* au Nouveau-Brunswick. Ces mécanismes organisationnels visent à améliorer la coordination de la demande et de l'offre de médecins de famille.

Au Québec, quatre-vingt-quatorze guichets d'accès aux clientèles orphelines (GACO) ont été mis en place en 2008. Ces guichets sont sous la gouvernance d'un centre de santé et des services sociaux (CSSS) responsable de la population d'un territoire local. Cette politique vise à faciliter l'accès de la population d'un territoire local à un médecin de famille, selon une échelle de priorisation clinique et selon la disponibilité des effectifs médicaux sur ce territoire local.

Une secrétaire et une infirmière, en collaboration avec un médecin coordinateur local, travaillent au fonctionnement des GACO. Les demandes d'inscription aux GACO peuvent provenir du patient ou de la référence d'un professionnel de la santé (infirmières, travailleurs sociaux, médecins). Une fois inscrits sur une liste d'attente centralisée, les patients sont évalués par l'infirmière qui établira le code de priorisation du patient selon l'urgence et la complexité de ses besoins en matière de santé. En respectant les disponibilités des effectifs médicaux, le champ de pratique des médecins inscrits aux GACO et en tenant compte le plus possible des priorités établies, les patients sont alors jumelés avec un médecin de famille.

Le médecin qui accepte un patient « orphelin » via un GACO obtient un bonus financier lors de la première consultation médicale avec le patient. Cet incitatif financier a été mis en place afin de favoriser la participation des médecins au GACO. Ce bonus est modulé selon la présence d'un code de vulnérabilité (voir la section « Évaluation » ci-dessous pour le détail de ces incitatifs). Les patients sont dits vulnérables s'ils présentent l'un des 14 codes de vulnérabilité définis par la *Régie de l'Assurance-maladie du Québec* (RAMQ) en fonction de la présence de diagnostics médicaux (ex; diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, problème de santé mentale). Ce code de vulnérabilité est distinct du code de priorisation établi par l'infirmière, mais il influence celui-ci, qui établit la condition médicale d'un patient.

2 CONTEXTE ET HISTOIRE DE LA POLITIQUE DES GACO

La plupart des commissions nationales et provinciales sur les services de santé de ces dix dernières années au Canada recommandent que les services de première ligne soient renforcés de manière à garantir à chaque citoyen l'accès à un médecin de famille (Romanow 2002;

Clair 2000; Government of Alberta 2001; Government of Ontario 2000; Government of Saskatchewan 2001; Kirby and LeBreton 2002). Ces recommandations sont d'autant plus importantes que le médecin de famille est en charge de la majorité des soins de santé et qu'il a la responsabilité d'assurer aux patients des soins de première ligne accessibles, continus, globaux et bien coordonnés avec les autres niveaux de soins. Malgré ces recommandations, les difficultés d'avoir un médecin de famille demeurent d'actualité.

La problématique d'affiliation à un médecin de famille est préoccupante au Canada où près de 21% de la population déclarait ne pas avoir de médecin de famille lors de la dernière enquête du Commonwealth Fund (Commissaire à la santé et du bien-être du Québec 2010). Cette situation est d'autant plus criante au Québec où près 29% de la population affirmaient ne pas avoir de médecin de famille (*Ibid.*) dont 16% de la population ayant les plus grands besoins de soins (Commissaire à la santé et du bien-être du Québec 2011). Bien que le ratio de médecins de famille par habitant au Québec soit parmi les plus élevés au Canada, le temps consacré à la pratique médicale de première ligne par les médecins de famille est plus faible que dans les autres provinces canadiennes. Comparativement aux médecins de famille d'autres pays ou provinces, les médecins de famille occupent une large place au sein du système hospitalier. À titre illustratif, 38% des activités des médecins de famille du Québec se réalisent en deuxième ligne (Paré 2012).

Aussi, précisons que l'inscription formelle d'un patient avec un médecin de famille est relativement nouvelle au Québec. Elle est un contrat liant un patient avec un médecin de famille et qui précise les engagements de chacun dans cette entente (Collège des médecins de famille du Canada 2012). Des forfaits d'inscription modulés selon les caractéristiques des clientèles ont été mis en place au début des années 2000 avec l'avènement d'un nouveau modèle d'organisation des soins de première ligne, les groupes de médecine familiale. Ce n'est que récemment, en 2009, que l'utilisation de ces forfaits d'inscription formelle a été élargie à tous les autres médecins de famille, y compris ceux pratiquant hors d'un groupe de médecine familiale. Le Plan stratégique 2010-2015 du Ministère de la Santé et des Services sociaux reprend cet enjeu et vise un objectif de 70% de la population québécoise inscrite formellement avec un médecin de famille d'ici 2015. Or, les GACO sont l'un des moyens mis de l'avant afin de favoriser la prise en charge de patients orphelins.

3 OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DES GACO

Les GACO ont été introduits avec un double objectif d'accessibilité aux médecins de famille soit : augmenter le nombre de patients ayant un médecin de famille et prioriser les patients vulnérables dans ce processus (Breton, Ricard and Walter 2012). Un objectif non affiché du gouvernement du Québec et de la *Fédération des médecins de famille du Québec* (FMOQ) était de documenter le nombre de patients orphelins souhaitant avoir un médecin de famille. Cette stratégie permettait de mieux apprécier la problématique d'accessibilité à un médecin de famille en créant des listes d'attente de patients orphelins. Cette stratégie a d'ailleurs

été souvent utilisée dans le domaine des chirurgies électives par les gouvernements pour négocier des ressources additionnelles.

4 POURQUOI ET COMMENT LA POLITIQUE DES GACO A ÉTÉ PROPOSÉE

L'importance dans la sphère politique de la grande proportion de personnes sans médecin de famille au Québec est l'un des facteurs contextuels qui a motivé l'inscription de cette problématique à l'agenda politique. Cet enjeu a d'ailleurs été au cœur des débats lors de la dernière élection provinciale de 2012. Chacun des partis politiques avait sa stratégie pour que chaque Québécois ait un médecin de famille. Les GACO représentaient une réponse du gouvernement envers une lourde problématique très médiatisée qui touche une partie de la population.

De même, cette politique s'inscrit en continuité avec une importante réforme du système de santé québécois entreprise en 2004 lors de la création des Centres de santé et des services sociaux au niveau local. En plus de la création de nouvelles organisations issues de la fusion de centres hospitaliers de soins de courte durée, de centres de santé locaux communautaires et de centres d'hébergement de soins de longue durée, les CSSS se sont vus confiés le mandat d'animer et coordonner le développement de réseaux locaux de services intégrés sur leur territoire local. Ils ont notamment la responsabilité d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à sa population. Le mandat d'aider les patients orphelins dans leurs recherches d'un médecin de famille s'inscrivait donc parfaitement dans la mission des CSSS. De plus, la littérature est assez éloquente quant aux bienfaits d'avoir un médecin de famille, notamment en regard de la qualité des soins (ex; prestation d'activités préventives) et sur les résultats des soins (satisfaction des patients, adhésion au traitement, meilleure utilisation des services) (Jatrana and Crampton 2009; Hay, Pacey and Bains 2010; Lambrew et al. 1996).

Également, la Fédération des médecins de famille du Québec (FMOQ) a joué un rôle prépondérant dans le développement de la politique des GACO. Elle a étroitement collaboré avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux dans la conceptualisation de la politique. L'enjeu des patients orphelins était au cœur de leur préoccupation. La FMOQ s'est impliquée activement dans l'élaboration de la politique de même que des stratégies de mises en œuvre. Ce partenariat a permis de s'assurer de la collaboration du corps médical à la politique des GACO.

5 COMMENT LA RÉFORME A ÉTÉ INTRODUE

5.1 Instruments politiques : réforme mandatée

La mise en place des GACO est une initiative du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en collaboration avec la FMOQ qui ont mandaté formellement les CSSS pour créer, au sein de leur organisation, un guichet d'accès aux clientèles orphelines. Par le biais de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., c-S4-2), les CSSS se sont vus confier une responsabilité populationnelle (Breton, Denis and Lamothe 2010). Pour y répondre, les CSSS doivent mettre en place différentes actions mandatées dont établir un guichet unique pour les clientèles orphelines. Toutefois, la participation des médecins de famille aux guichets d'accès de leur territoire est volontaire.

5.2 Plan d'introduction souple

L'entente conclue entre le MSSS et la FMOQ propose peu de balises pour l'implantation; elle laisse beaucoup de souplesse au niveau local pour déterminer les modes de fonctionnement des GACO et les ressources allouées. Aucune ressource additionnelle n'a été donnée aux CSSS par le MSSS pour assurer la mise en place des GACO. Ainsi, les ressources allouées aux GACO étaient grandement tributaires des priorités stratégiques des CSSS. Dans certaines régions, des enveloppes budgétaires ont été transférées par les agences de santé et des services sociaux au palier régional pour faciliter l'implantation de cette intervention. Toutefois, cette pratique est variable d'une agence à l'autre.

Néanmoins, pour aider au fonctionnement de chacun des GACO, un médecin coordonnateur local est nommé. Ce coordonnateur est un médecin de famille qui relève de la table locale du département régional de médecine générale et il est rémunéré pour cette tâche par la *Régie d'assurance-maladie du Québec* (RAMQ). Les incitatifs financiers versés selon la vulnérabilité du patient sont négociés entre le MSSS et la FMOQ et sont versés par la RAMQ. Deux modifications à cette politique ont été effectuées depuis la mise en place du projet des GACO, soit en novembre 2011 et en juin 2013.

5.3 Communications timides auprès de la population

Des plans de communication entre le gouvernement et les CSSS ont eu lieu pour partager les grandes orientations stratégiques des GACO. De même, la FMOQ a informé ses membres lors des différents changements touchant les incitatifs financiers mis en place pour encourager la participation des médecins de famille aux GACO. Elle a aussi mis à la disposition des médecins des formulaires électroniques pour faciliter l'inscription de patients par autoréférence. Cette dernière est une pratique qui a lieu lorsqu'un médecin de famille prend en charge un patient qu'il inscrit lui-même au GACO. Enfin, peu de diffusion de l'existence des GACO a été faite à la population. Lors de leur création, les gestionnaires des GACO craignaient de ne pas être en mesure de répondre à la demande de la population qui aurait

résulté d'une publicisation de ce nouveau service. Ainsi, peu de campagnes de promotion ont été faites, à l'exception d'initiatives de certains guichets. D'ailleurs, une variabilité est également présente dans les critères d'inscription des patients. Par exemple, certains GACO acceptent d'inscrire toutes les demandes provenant des patients, d'autres GACO restreignent l'accès aux demandes des patients ayant au moins une maladie chronique diagnostiquée tandis que d'autres GACO n'acceptent aucune inscription en provenance des patients et limitent l'accès aux inscriptions en provenance d'une référence d'un professionnel de la santé.

6 ÉVALUATION

Aucune évaluation de l'implantation des guichets d'accès centralisés et leurs effets sur l'utilisation des services et l'expérience de soins des patients n'a encore été réalisée au Canada. Toutefois, notre équipe de recherche a effectué une étude portant sur le monitoring de la performance des GACO au Québec. Cette étude s'est basée sur l'analyse de données quantitatives d'une banque de données clinico-administratives (SIGACO) contenant tous les patients inscrits à un médecin de famille via les GACO à l'exception d'une région (comprenant 7 GACO). Donc, cette étude présente les données pour 87 GACO au Québec. Les résultats ont montré que près de 890 000 Québécois ont été inscrits auprès d'un médecin de famille via l'un des GACO depuis leur introduction et près de 230 000 patients, dont près de 60 000 patients vulnérables, sont inscrits présentement dans l'un de ces GACO et attendent d'être jumelés avec un médecin de famille. Le premier objectif de la politique d'augmenter le nombre de personnes ayant un médecin de famille a donc grandement été atteint. C'est près de 10,9% de la population du Québec qui a été inscrite auprès d'un médecin de famille via les GACO depuis leur introduction.

L'analyse des données menée dans cette étude montre des changements importants dans les profils des patients inscrits à un médecin de famille via les GACO au cours du temps. Ces changements correspondent aux modifications dans les incitatifs financiers. Au moment de l'implantation des GACO en 2008, les médecins de famille recevaient un montant forfaitaire de 100\$ pour chaque patient dit vulnérable qui était inscrit via les GACO (et \$0 pour les patients non vulnérables). Ce montant était octroyé en deux temps : un premier versement était effectué lors de la première visite médicale du patient et un deuxième versement lors d'une visite médicale au cours de l'année suivante. En novembre 2011, ces incitatifs financiers ont été modifiés, passant à \$100 par patient non vulnérable et \$200 par patient vulnérable inscrit via le GACO. Ces incitatifs étaient des bonus attribués lors de la première consultation médicale du patient avec le médecin de famille. Les résultats montrent une augmentation très importante du nombre de patients non vulnérables inscrit avec un médecin de famille via les GACO tandis que le nombre de patients vulnérables reste stable au cours du temps. Avant l'introduction du nouveau bonus pour l'inscription des patients non vulnérables, près de 70% des patients étaient des patients vulnérables

alors qu'ils ne représentaient plus que 30% des patients après. De même, alors que 15% seulement des patients provenaient de l'auto-référence par un médecin avant le changement dans les incitatifs financiers, cette proportion montait à 70% après. Ainsi, malgré un différentiel absolu resté constant (à \$100) dans l'incitatif financier donné aux médecins pour les encourager à inscrire une clientèle vulnérable, le fait de créer un bonus pour inscrire des patients non vulnérables a entraîné une nette augmentation des inscriptions pour ces derniers, sans changer quoi que ce soit au flux d'inscription des patients jugés vulnérables.

L'augmentation de l'autoréférence semble « court-circuiter » l'objectif visé par les GACO qui est de centraliser les demandes des patients sur une liste commune et d'établir la priorité d'accès selon l'urgence et la complexité des cas évalués par l'infirmière. Aussi, l'autoréférence a entraîné une explosion des coûts puisque plusieurs patients sont inscrits à un médecin de famille via les GACO. Le contexte québécois où l'inscription formelle à un médecin de famille est récente et peu fréquente crée un incitatif à utiliser la structure des GACO pour formaliser une relation patient médecin déjà existante. Ainsi, certains médecins de famille utilisent les GACO pour leur propre clientèle qui était non inscrite. Dans ces situations, les GACO sont perçus par les médecins de famille comme une opportunité de bénéficier d'un paiement en formalisant l'inscription de leurs patients actuels. L'augmentation du volume de patients inscrits par le biais du GACO ne traduirait donc pas la réelle augmentation de l'accès à un médecin de famille mais refléterait en partie une formalisation de l'inscription de clientèles auprès d'un médecin. À titre illustratif, entre novembre 2011 et juin 2013, plus de 298 457 patients ont été inscrits auprès d'un médecin de famille en provenance de l'autoréférence au GACO entraînant un dépassement annuel d'une somme égale à 23,7 Millions.

En juin 2013, les règles de fonctionnement des GACO ont été resserrées par le MSSS. L'autoréférence a été interdite. Toutefois, les médecins ont droit à un nouveau bonus financier pour l'inscription d'un patient orphelin qu'ils souhaitent prendre en charge sans passer par le mécanisme des GACO. Ce nouveau mécanisme permet de ne pas utiliser les ressources des GACO pour auto-référencer un patient à un médecin. Aussi, suite au constat que certains types de clientèles évaluées prioritaires attendaient plus longtemps comparativement à d'autres, d'autres incitatifs financiers ont été ajoutés afin de favoriser la prise en charge des patients « plus vulnérables » dont des patients présentant des problèmes concomitants de santé mentale et de toxicomanie. Ces incitatifs financiers sont de \$250 pour ces patients plus vulnérables inscrits auprès d'un médecin de famille via les GACO. Malgré ces nouveaux incitatifs, l'évidence anecdotale (presse quotidienne) a rapporté des cas de discrimination envers certaines clientèles par la sélection d'une clientèle (George 2013).

L'analyse des données des GACO depuis les derniers changements introduits en juin 2013 montre une grande hétérogénéité dans la performance entre les GACO. Tout d'abord, on observe une grande variation dans le nombre des patients en attente dans le GACO, variant de 14 patients par 10 000 de population à plus de 1096 patients. De même, le nombre de patients référés à un médecin de famille varie considérablement, passant de 34 par 10 000 de population à 8 patients par 10 000 de population. Les différences de fonctionnement

en les GACO créent une hétérogénéité entre les offres de services des différents GACO sur l'ensemble du territoire et d'importantes variations existent entre les GACO d'une même région.

7 ANALYSE SWOT (FFOM)

Le tableau 1 – Analyse SWOT (FFOM)

| FORCES | FAIBLESSES |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Réponse à un important besoin de la population ● Centralisation des demandes de patients orphelins ● Priorisation des patients pris en charge par un médecin de famille selon l'état de santé du patient et l'urgence ● Initiative conjointe MSSS et FMOQ ● Coordination du GACO et du personnel de santé au niveau local; un mode de gestion singulier ● Instauration au palier local et grande flexibilité dans l'implantation. Ceci encourage la créativité dans les actions à mettre en place | <ul style="list-style-type: none"> ● Peu de balises formulées au niveau provincial entraînant une grande variation dans l'offre de services et ultimement, une inéquité ● Incitatifs financiers ponctuels n'encourageant pas la prise en charge des clientèles plus vulnérables. Donc, les incitatifs financiers ne sont pas bien enlignés avec l'objectif de prioriser les clientèles vulnérables évalués selon un niveau de priorité. ● Participation volontaire des médecins entraînant une participation variable des médecins ● Priorisation inefficace auprès de certaines clientèles (ex: santé mentale) ● Création d'attente d'obtention d'un médecin auprès des patients orphelins inscrits sur une liste centralisée |
| OPPORTUNITÉS | MENACES |
| <ul style="list-style-type: none"> ● Mise en place de nouveaux modèles de première ligne comme les Groupes de médecine familiale facilitant la prise en charge de patients ● Mécanisme favorisant l'inscription formelle des patients avec un médecin de famille | <ul style="list-style-type: none"> ● Faible attrait à la prise en charge chez les nouveaux médecins ● Beaucoup de temps consacré à la deuxième ligne (près de 40% de leur temps) par les médecins de famille |

OPPORTUNITÉS (SUITE)

MENACES (SUITE)

- Documentation de la problématique des patients en attente de médecins de famille

8 CONCLUSION

La politique des GACO a été mise en place par le gouvernement de manière mandatée. Cette politique visait à répondre à un enjeu très médiatisé, soit l'affiliation à un médecin de famille. Les incitatifs financiers mis en place pour encourager les médecins à participer à la prise en charge de patients orphelins ont été modifiés à deux reprises. Malgré une augmentation importante des incitatifs pour prendre en charge les patients plus vulnérables et complexes, un défi important demeure. Il est difficile de trouver des médecins de famille pour certains types de clientèles. Plusieurs innovations sont mises en place pour faciliter la prise en charge de ces clientèles, dont une pratique médicale basée sur une collaboration avec une équipe multidisciplinaire. D'autres politiques doivent être introduites en complémentarité au GACO pour faciliter la prise en charge de ces clientèles plus vulnérables qui ont d'importants besoins de santé.

9 RÉFÉRENCES

- Breton M, Denis J, Lamothe L. 2010. Incorporating public health more closely into local governance of health care delivery: lessons from the Québec experience. *Canadian Journal of Public Health* 101 (4): 314-317.
- Breton M, Ricard J, Walter N. 2012. Connecting orphan patients with family physicians: differences among Quebec's access registries. *Canadian Family Physician* 58 (9): 921-922.
- Clair M. 2000. Les solutions émergentes : rapport et recommandations. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux. Québec, Canada.
- Collège des médecins de famille du Canada. 2012. Conseil pratique sur l'inscription de clientèle en médecine familiale. http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Health_Policy/CFPC_Policy_Papers_and_Endorsements/CFPC_Policy_Papers/BestAdvice_RosteringFRFINALOct30.pdf, décembre 2013.
- Commissaire à la santé et du bien-être du Québec. 2010. L'expérience de soins de la population: Le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale du Commonwealth

- Fund de 2010 auprès de la population de 18 ans et plus. Montréal : Commissaire à la santé et du bien-être du Québec
- Commissaire à la santé et du bien-être du Québec. 2011. L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé—Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du CWF 2011. Montréal : Commissaire à la santé et du bien-être du Québec.
- George P. 2013. Liste d'attente : des patients écartés de façon arbitraire. *Le journal de Montréal*, 22 novembre.
- Government of Alberta. 2001. *A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health*
- Government of Ontario. 2000. *Looking back, looking forward: the Ontario Health Services Restructuring Commission (1996-2000)*. Toronto, Canada: Ontario Health Services Restructuring Commission.
- Government of Saskatchewan. 2001. *Caring for medicare: sustaining a quality system*. Regina, Canada: Commission on Medicare.
- Hay C, Pacey M, Bains N. 2010. Understanding the unattached population in Ontario: evidence from the Primary Care Access Survey (PCAS). *Healthcare Policy* 6 (2): 33-47. <http://dx.doi.org/10.12927/hcpol.2010.22033>.
- Jatrana S, Crampton P. 2009. Affiliation with a primary care provider in New Zealand: who is, who isn't. *Health Policy* 91 (3): 286-296. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.12.015>
- Kirby J, LeBreton M. 2002. *The health of Canadians—the federal role. Volume Six: recommendation for reform*. Ottawa, Canada: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.
- Lambrew JM, DeFries GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. 1996. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Medical Care* 34 (2):138-151. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199602000-00006>
- Paré I. 2012. Les promesses électorales en santé. Impossibles, floues ou réalistes? *Le médecin du Québec* 47 (11): 93-95.
- Romanow RJ. 2002. *Building on values—the future of health care in Canada. Final report*. Commission on the Future of Health Care in Canada. Ottawa, Canada.