



Rattachement régional aux soins primaires

Résumé

L'objectif de l'Ontario en matière de rattachement aux soins primaires ne pourra être atteint de manière durable s'il repose uniquement sur des cibles uniformes quant à la taille des patientèles. La complexité médicale et sociale varie considérablement d'une personne à l'autre. Ces différences dictent la véritable charge de travail exigée pour offrir, en équipe et en temps opportun, des soins complets. Le présent document propose que **l'Ontario se dote d'un cadre régional de planification, de financement et de responsabilisation en matière de rattachement, qui soit fondé sur les données de la population et pondéré selon la complexité, afin d'atteindre l'objectif d'un taux de 100 % de rattachement.**

La province dispose déjà d'outils pertinents, comme l'Indice de morbidité normalisé ACG (SAMI) et le modificateur d'acuité de l'Association médicale de l'Ontario (AMO), qui prouvent qu'il est possible de tenir compte de la diversité des profils cliniques dans l'élaboration des politiques. Dans un modèle qui tient compte de la complexité, **la responsabilité régionale relèverait des équipes Santé Ontario (ÉSO) et des réseaux de soins primaires (RSP)**, et les cibles régionales seraient établies selon les objectifs de rattachement. Une procédure régionale centralisée d'admission permettrait d'évaluer la complexité clinique et sociale pour orienter chaque personne vers le prestataire de soins répondant le mieux à ses besoins. Cette démarche assurerait une répartition équitable de la charge de travail au sein des médecins et du personnel infirmier praticien de la région, selon leurs modèles de prestation, leurs types de pratique et leur capacité d'accueil. Les cibles seraient régulièrement ajustées en fonction des besoins de la population, dans le but d'atteindre un taux de rattachement de 100 %. La réussite d'une telle démarche repose sur l'utilisation d'un modificateur de complexité et sur la collaboration **de l'ensemble des équipes et des prestataires de soins primaires**. Santé Ontario faciliterait cette coordination pour chaque région et veillerait à l'équité de la participation.

Cette approche permettrait de mieux faire correspondre les ressources aux besoins, d'atténuer les facteurs dissuadant la prise en charge des populations ayant des besoins complexes, de favoriser l'équité en santé et de jeter des bases solides pour un rattachement universel en Ontario, au terme de deux années d'investissements initiaux. Elle n'exige aucune réforme du financement des soins primaires; elle pondère plutôt la taille prévue des patientèles selon les caractéristiques des personnes soignées. Certains milieux de soins primaires pourraient choisir de dépasser ces seuils si leur patientèle est en meilleure santé et que leurs attentes de revenus sont plus élevées. Le moment est idéal pour déployer cette stratégie, à la lumière des investissements réalisés et des progrès réalisés lors des deux dernières années.

Introduction

En Ontario, on demande de plus en plus aux responsables des politiques et aux instances décisionnelles en matière de soins primaires de mener de front deux priorités : améliorer le rattachement et l'accès pour les personnes sans prestataire de soins primaires attribué, et ce, d'une façon qui est équitable, viable et réaliste pour les équipes et les cliniciens. Ces objectifs ne sauraient être atteints par une approche purement comptable de la taille des patientèles ou des cibles de rattachement. Les besoins en matière de soins varient d'une personne à l'autre. Dans le cadre des soins primaires, la complexité tient non seulement à la multimorbidité, à la fragilité et aux troubles de santé mentale, mais également aux déterminants sociaux de la santé, tels que la pauvreté, la précarité du logement, les barrières linguistiques, les traumatismes et l'isolement. Par conséquent, deux cliniques ayant une patientèle de taille identique peuvent devoir composer avec des charges de travail, des contraintes de capacité, et des besoins en ressources très différents.

L'orientation stratégique actuelle de l'Ontario concernant le rattachement et les nouveaux investissements en soins primaires s'appuie souvent sur des attentes uniformes quant au nombre de personnes pouvant être prises en charge par un clinicien ou par une équipe. Cette approche peut s'avérer commode sur le plan administratif, mais elle n'est pas neutre. Elle désavantage les prestataires au service de populations présentant une multimorbidité, une fragilité, des besoins en santé mentale et une complexité sociale accrus. Elle risque également de susciter des attentes irréalistes dans les collectivités où la démarche de rattachement s'avère plus ardue, où les personnes requièrent un soutien interdisciplinaire une fois qu'elles sont prises en charge, ou là où les soins primaires assument déjà une part disproportionnée des besoins non comblés. Si l'Ontario poursuit son objectif de rattachement universel sans effectuer de pondération selon la complexité, le système risque d'accroître l'accès en théorie tout en sous-évaluant les effectifs, la capacité des équipes, et le financement nécessaires pour offrir des soins pertinents et de qualité.

Le constat stratégique est clair : si l'Ontario s'attend à ce que l'ensemble des prestataires et des équipes atteigne des cibles de rattachement identiques sans tenir compte de la diversité des profils cliniques, la province risque d'ancrer l'iniquité dans la conception même du système. Les prestataires au service de populations présentant une plus grande complexité médicale et sociale auront, dans les faits, une capacité moindre de prendre en charge de nouvelles personnes, et ce, même en travaillant de manière optimale et intensive. Un cadre politique équitable se doit de reconnaître la complexité comme une pierre angulaire de la planification et de la responsabilisation liées au rattachement.

Un guichet centralisé d'admission, une responsabilisation régionale et une pondération en fonction du risque offrent une solution concrète pour relever ce défi, d'autant plus que bon nombre de régions fonctionnent déjà ainsi. Certaines d'entre elles ont adopté un [modèle de maison de santé de proximité](#) (ou de quartier) s'articulant autour d'un carrefour central (un organisme existant de soins primaires en équipe) et de points de service (des cliniciens en soins primaires ou un organisme de soins en équipe ciblant des populations prioritaires). Ce modèle intègre un guichet centralisé d'admission, des agents de liaison et une concertation avec l'ensemble des cliniciens en soins primaires en vue d'assurer le rattachement de la totalité de la population à des soins primaires.

Ce que l'Ontario sait déjà de la complexité

Les patients dont les besoins en soins primaires sont complexes présentent souvent une **multimorbidité**; la présence de multiples maladies chroniques devenant d'ailleurs plus courante, étant donné le vieillissement de la population. Plus que jamais, la population ontarienne est atteinte d'**au moins deux maladies chroniques**. La **complexité s'accroît au fil du temps** : les maladies chroniques graves touchent de plus en plus de personnes, et un nombre croissant d'entre elles composent avec **huit affections ou plus**. Parallèlement, les **ressources requises augmentent**, ce qui signifie que ces personnes requièrent des soins plus complexes, coordonnés et continus au sein du réseau de santé. À cela s'ajoutent les enjeux croissants de santé mentale, tels que la dépression et l'anxiété. L'ensemble de ces facteurs est exacerbé par les **déterminants sociaux de la santé** — notamment la précarité du logement, l'insécurité alimentaire et le manque de soutien social —, qui constituent souvent les causes fondamentales des résultats cliniques défavorables.

Dans le contexte des soins primaires, l'ajustement en fonction du risque permet de tenir compte des différences liées à l'état de santé et aux besoins sociaux des patientèles lors de l'évaluation du rendement, de l'affectation des ressources ou de la conception des modèles de rémunération. Son utilité ne se limite pas à l'aspect technique. Cet ajustement évite de dissuader le personnel clinique et les organismes de prendre en charge les personnes aux besoins complexes, et elle réduit la motivation d'éviter une patientèle exigeant davantage de temps, de coordination et de soutien interdisciplinaire.

Récemment, l'AMO a reconnu l'importance de bien cerner la complexité des profils cliniques et a mis en œuvre un **modificateur d'acuité**. Il s'agit d'un ajustement tarifaire appliqué au modèle de capitation de l'Ontario, lequel rémunère les médecins de famille (principalement dans les modèles des RSF et des OSF) pour la prise en charge de personnes aux besoins très complexes. Cette approche s'apparente à celle du Royaume-Uni (NHS), où la complexité de l'état des personnes et des consultations est prise en compte au moyen d'une formule de capitation pondérée. Ce fonctionnement convient aux modèles de capitation pour les médecins; toutefois, puisque la priorité est désormais accordée à la santé de la population et aux soins en équipe, il y a lieu d'intégrer d'autres facteurs.

L'Ontario n'a pas besoin de repartir à zéro pour intégrer la complexité à sa démarche, tout en visant un taux de rattachement universel (100 %) de sa population aux soins primaires. La province utilise déjà des méthodes reconnues, fondées sur la diversité des profils cliniques, pour anticiper les besoins en ressources des populations qui reçoivent des soins primaires. L'Indice de morbidité normalisé (SAMI), dérivé du système « Adjusted Clinical Group » (ACG) de l'Université Johns Hopkins, donne un aperçu des besoins anticipés en matière de soins de santé par rapport à la moyenne ontarienne. Chaque clinique (à l'exception des CDPIP) peut consulter sa cote SAMI dans le rapport **Mapratique** ou dans son profil de pratique. Grâce à la saisie de données normalisées, les CDPIP pourraient également y avoir accès. Ces données, d'ores et déjà disponibles, offrent une méthode uniformisée pour analyser la complexité selon les milieux de

pratique et les régions. Le « regroupement de la population » de l'ICIS est également largement accessible, mais il ne comporte aucune mesure normalisée qui soit simple à interpréter.

La cote SAMI offre une mesure pratique et facile à interpréter pour déterminer si la patientèle d'une clinique est moins complexe, dans la moyenne ou considérablement plus complexe que la norme provinciale, tout en précisant les ressources requises pour sa prise en charge. En Ontario, **la cote SAMI moyenne s'établit à 1,0**; toute valeur s'en écartant, à la hausse ou à la baisse, reflète des différences proportionnelles dans la charge de travail anticipée en soins primaires. À titre d'exemple, une équipe affichant une cote SAMI de 1,4 s'occupe d'une population dont **les besoins en ressources de soins primaires devraient dépasser de 40 %** la moyenne provinciale.

On observe d'importantes disparités en Ontario. Bien qu'il soit reconnu que l'ensemble des cliniciens soigne des personnes aux prises avec une complexité médicale, bon nombre de milieux de pratique affichent des cotes SAMI inférieures ou tout juste supérieures à 1. Certains organismes au service de populations plus âgées ou de groupes aux prises avec des enjeux majeurs de santé mentale ou de dépendance, ou encore avec des comorbidités qu'aggravent les déterminants sociaux de la santé, présentent des cotes SAMI laissant présager un recours très élevé aux soins primaires (à titre d'exemple, un projet récent a révélé des cotes SAMI variant de 0,78 à 2,2). En s'appuyant sur la cote SAMI et les données relatives aux déterminants sociaux de la santé (DSS), il demeurerait possible d'atteindre les cibles de rattachement actuelles. Toutefois, les milieux de pratique affichant une cote SAMI inférieure à la moyenne seraient en mesure de prendre en charge davantage de personnes que celles dont la cote est supérieure à la moyenne. Le scénario hypothétique ci-dessous illustre cette dynamique.

Situation hypothétique (ne concerne que les médecins, bien que le personnel infirmier praticien devrait y être intégré par la saisie de données normalisées)

Une région de taille moyenne compte 195 000 personnes, dont 83 000 ne bénéficient d'aucun rattachement aux soins primaires. Pour améliorer l'accès, on y a déployé une approche de maison de santé de proximité (ou de quartier) s'appuyant sur une admission centralisée et sur un mécanisme de jumelage fondé sur les données, afin de diriger chaque personne vers le prestataire répondant le mieux à ses besoins.

Pour ce qui est des soins primaires, la cible de rattachement non ajustée s'établit à 1 400 patients par médecin. Toutefois, l'analyse des cotes SAMI (Indice de morbidité normalisé) révèle que la complexité des profils cliniques varie considérablement d'une pratique à l'autre. Certains médecins soignent des populations présentant une complexité moindre et pourraient souhaiter prendre en charge un plus grand nombre de patients, tout en ayant la capacité de le faire. À l'inverse, les médecins qui offrent des soins à des populations aux besoins plus complexes pourraient nécessiter une patientèle plus restreinte. Dans un souci d'équité et de viabilité, l'ÉSO ou le RSP pondérerait les cibles de rattachement selon la complexité et le soutien interdisciplinaire offert au sein des équipes.

Répartition hypothétique selon les cotes SAMI

- **40 médecins** affichent une cote SAMI de **0,80**, ce qui signifie que leur patientèle est **20 % moins complexe** que la moyenne provinciale.
- **75 médecins** affichent une cote SAMI de **1,0**, ce qui indique que la **complexité de leur patientèle correspond à la moyenne**.
- **20 médecins** présentent une cote SAMI de **1,4**, ce qui signifie que leur patientèle est **40 % plus complexe** que la moyenne.

Cibles de rattachement pondérées en fonction de la complexité

- Les médecins affichant une **cote SAMI de 0,80** peuvent raisonnablement prendre en charge un plus grand nombre de patients :
 - Cible pondérée = $1\,400 \div 0,80 = 1\,750$ **patients par médecin**
 - Pour 40 médecins = **70 000 patients rattachés**
- La cible des médecins affichant une **cote SAMI de 1,0** ne requiert aucune pondération :
 - Cible pondérée = **1 400 patients par médecin** (aucune pondération, cote SAMI = 1,0)
 - Pour 75 médecins = **105 000 patients rattachés**
- Les médecins présentant une **cote SAMI de 1,4** doivent prendre en charge un moins grand nombre de patients en raison d'une complexité accrue :
 - Cible pondérée = $1\,400 \div 1,4 = 1\,000$ **patients par médecin**
 - Pour 20 médecins = **20 000 patients rattachés**

Incidences globales

Ensemble, ces cibles pondérées permettraient de soutenir le rattachement régional d'environ **195 000 patients**, atteignant ainsi l'objectif global de la région tout en reflétant plus fidèlement les écarts de complexité des profils cliniques entre les milieux de pratique.

La complexité de la patientèle et la composition des effectifs feraient l'objet d'un examen annuel afin d'ajuster les cibles de rattachement au fil du temps, selon les besoins.

Mise en pratique

Nous proposons que l'Ontario adopte un cadre de planification de la capacité et du rattachement aux soins primaires qui soit fondé sur les données de la population et ajusté en fonction de la complexité. À tout le moins, cela suppose de délaisser le postulat selon lequel chaque clinicien devrait prendre en charge un nombre identique de personnes, indépendamment de la complexité de sa patientèle. Nous disposons déjà d'un point de départ raisonnable, qui servirait à établir un seuil de rattachement de référence (1 400 personnes) pour une patientèle à risque moyen. Il serait ensuite possible de modifier les cibles à la hausse ou à la baisse en s'appuyant sur une mesure de complexité reconnue, comme la cote SAMI, tout en gardant la latitude d'y intégrer des indicateurs de complexité sociale, le cas échéant. Cela permettrait d'établir des bases équitables pour la planification, en particulier dans les collectivités au service de populations aux prises avec une forte défavorisation matérielle, la précarité du logement, des comorbidités et des obstacles en matière d'accès aux soins.

Cette approche devrait s'accompagner d'une responsabilisation régionale en matière de **rattachement global**. Les équipes Santé Ontario (ÉSO) et les réseaux de soins primaires (RSP) assumeraient la responsabilité des cibles régionales, dont la gestion relèverait de Santé Ontario. Au sein d'un modèle de soins de proximité, les cliniciens en soins primaires bénéficieraient d'un soutien interdisciplinaire et administratif pour l'atteinte de ces cibles de rattachement. Il n'y a pas lieu de réformer les modèles de financement; seules les cibles et les attentes doivent être adaptées. Les médecins qui souhaitent prendre en charge un plus grand nombre de personnes (en fonction de la complexité de leur patientèle et de leurs objectifs de revenus) seront libres de le faire. Autrement, tous les cliniciens en soins primaires devront atteindre des cibles fondées sur la complexité.

Les ÉSO et les RSP auraient le mandat de mobiliser l'ensemble des équipes et des cliniciens en soins primaires afin de garantir une démarche collaborative en matière de rattachement, par l'entremise d'un modèle de maison de santé de proximité. Les indicateurs de complexité seront transparents. Un mécanisme centralisé d'admission est requis pour évaluer la complexité clinique et sociale de chaque personne et veiller à ce qu'elle soit orientée vers l'équipe et le prestataire de soins qui lui convient. Des agents de liaison (idéalement présents dans un organisme prodiguant des soins en équipe) seraient embauchés pour appuyer la région. Ces agents veilleraient à ce que la population ait accès aux services sociaux et communautaires requis; cette approche est reconnue pour accroître la capacité des cliniciens en soins primaires à rattacher davantage de personnes.

Les ÉSO et les RSP auraient la responsabilité d'épauler les organismes et les cliniciens dans l'atteinte des objectifs globaux de rattachement de la région, tandis que Santé Ontario se chargerait de la négociation des cibles. Localement, les attentes envers les prestataires et les équipes seront pondérées en fonction des besoins réels de la patientèle. Dans les faits, cela permettrait aux prestataires qui accompagnent des clientèles aux besoins plus complexes de maintenir une patientèle réduite, tandis que les équipes ou les prestataires qui soignent des

populations dont les besoins sont moins lourds pourraient prendre en charge adéquatement un plus grand nombre de personnes. Cette approche favoriserait également une discussion plus franche quant aux secteurs nécessitant le plus d'investissements au sein des équipes interprofessionnelles. En effet, la complexité a une incidence non seulement sur la charge de travail des médecins et du personnel infirmier praticien, mais aussi sur la demande en matière de soins infirmiers, de travail social, de santé mentale, de coordination des soins et d'intervention communautaire.

Recommandations

1. La responsabilisation du palier régional à l'égard du rattachement global de la population, assortie d'une flexibilité des attentes envers les prestataires et les équipes en fonction de la complexité des besoins des patientèles prises en charge. Les ÉSO et les RSP appuieront cette démarche, tandis que Santé Ontario assurera la gestion et la négociation des cibles.
2. L'adoption d'un cadre de planification du rattachement aux soins primaires pondéré en fonction de la complexité. Ce cadre fixera un seuil de référence pour une patientèle à risque moyen et ajustera les cibles de rattachement à l'aide d'indicateurs reconnus de la diversité des profils cliniques, comme la cote SAMI. La transparence et l'accessibilité de ces indices garantiront la justesse des cibles établies et en faciliteront le suivi.
3. L'intégration progressive de la complexité sociale à la planification par la combinaison des indices de la diversité des profils cliniques aux indicateurs de défavorisation territoriale, ainsi qu'aux données normalisées sur les déterminants sociaux de la santé, le cas échéant.
4. La mise en place d'un guichet centralisé d'admission afin d'évaluer la complexité clinique et sociale, de veiller à ce que chaque personne soit orientée vers la ressource clinique la plus appropriée, et de garantir l'accès à un agent de liaison en mesure d'offrir un soutien adapté aux enjeux sociaux. Cette démarche pourrait s'appuyer sur des organismes porteurs œuvrant déjà au sein de vastes organismes offrant des soins en équipe.
5. L'attribution d'un rôle de facilitateur aux ÉSO et aux RSP afin de mobiliser l'ensemble des cliniciens et des équipes de soins primaires, garantissant ainsi une démarche collaborative en matière de rattachement.
6. L'élaboration d'orientations claires définissant une structure (par exemple, [une maison de santé de proximité](#)) apte à faciliter le rattachement au palier régional. Les régions pourraient mettre à profit la communauté de pratique des équipes interprofessionnelles de soins primaires (EISP) et s'inspirer de celles ayant déjà implanté cette approche.
7. L'octroi d'une plus grande marge de manœuvre dans les régions rurales, éloignées et du Nord, lesquelles doivent composer avec des défis supplémentaires (comme la distance séparant les organismes de soins primaires).

À tenir en compte pour la mise en œuvre

Une stratégie de mise en œuvre pratique devrait s'appuyer sur les indicateurs dont dispose déjà l'Ontario. La cote SAMI peut servir d'indicateur de substitution initial pour évaluer les besoins prévus en ressources cliniques, auxquels peuvent s'ajouter des données complémentaires sur la complexité sociale tirées des indices actuels de défavorisation des régions (et de la future collecte de données normalisées auprès des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien [CDPIP] et des équipes interprofessionnelles). Cette démarche revêt une importance particulière pour des modèles comme les CDPIP et les équipes interprofessionnelles communautaires, où la complexité sociale peut être très prononcée sans pour autant être bien cernée par les méthodes fondées sur la facturation des médecins.

Un guichet centralisé d'admission et une planification régionale coordonnée pourraient par ailleurs favoriser une répartition équitable du rattachement entre les prestataires et les équipes, à condition toutefois que ces mécanismes soient assortis d'attentes transparentes et pondérées en fonction de la complexité. En l'absence d'une telle pondération, les systèmes de rattachement centralisés risquent simplement de déplacer les iniquités d'une partie du système à un autre. L'ajustement en fonction de la complexité doit donc aller de pair avec une responsabilisation exigée des régions par Santé Ontario à l'égard du rattachement global, tout en accordant une marge de manœuvre quant à la contribution des prestataires et des équipes — le tout devant être négocié avec les équipes Santé Ontario (ÉSO) et les réseaux de soins primaires (RSP) afin de garantir une démarche collaborative.

Conclusion

L'Ontario a non seulement l'occasion stratégique, mais aussi l'obligation d'arrimer ses stratégies de rattachement aux soins primaires à la complexité de la patientèle. Les données probantes sont claires : la complexité médicale et sociale alourdit la charge de travail, requiert un soutien interdisciplinaire accru et a une incidence sur la capacité réelle des cliniciens et des équipes. La province reconnaît déjà ce principe dans certaines parties de son infrastructure de rémunération et de gestion de la diversité des profils cliniques. La prochaine étape consiste à appliquer cette même logique à la planification du rattachement et à la responsabilisation. Une approche fondée sur les données de la population et pondérée en fonction de la complexité refléterait plus fidèlement la réalité, favoriserait l'équité en santé, éliminerait les éléments dissuasifs à la prise en charge des populations ayant des besoins élevés et tracerait une voie plus crédible vers un rattachement universel.