

Confronting Barriers to Improving Healthcare Performance in Canada

IS SUBSTANTIVE TRANSFORMATION OF HEALTHCARE DELIVERY IN CANADA A fool's paradise? Since this idiom refers to a state of happiness unconnected to underlying truths, it may be an apt descriptor given the many problems with the provinces' and territories' delivery of healthcare. Some of these problems cause harm, such as hospital-acquired infections, while others are simply wasteful, such as unnecessary tests or imaging. Moreover, meaningful transformation of healthcare delivery has been elusive and divisive in provinces and territories for decades (Martin et al. 2018; McIntosh et al. 2010; Ontario Ministry of Finance 2012).

Many healthcare organizations in Canada and other parts of the world frame their health system's performance with the "quadruple aim" (Berwick et al. 2008; Bodenheimer and Sinsky 2014). As many readers will know, the quadruple aim is a standardized framework for improving health system performance; it serves to guide healthcare organizations' policies, activities and behaviours in the direction of improving health system performance. The quadruple aim is used across clinical settings and health systems (Brown-Johnson et al. 2018; D'Alleva et al. 2019; Rathert et al. 2018), most commonly among integrated delivery systems, such as Kaiser Permanente (Gin and Courneya 2020) and the US Department of Veterans Affairs (Shekelle and Begashaw 2021).

The quadruple aim includes four dimensions: patient experience, health outcomes, costs and provider experience. Improvement in these dimensions will, according to the framework, result in better health system performance. Currently, the Province of Ontario (Government of Ontario 2019), Alberta Health Services (2018) and British Columbia (Fraser Health Authority 2020) use the quadruple aim as a guiding principle in official policy documents.

In spite of provinces' and regions' practice of using the quadruple aim framework to guide policy development and their strategies – to my knowledge – there are no Canadian exemplars to follow. None of our provinces and territories consistently collect or act on measures from all four dimensions.

Yet there are clear Canadian examples that emphasize the need for more data and analytics in the domains of the quadruple aim. At a provincial level, the experiences of patients, families and caregivers with healthcare are not measured in a standardized approach, nor is the information regarding their experiences linked or analyzed across patients' sectors of care or with individual provider-based encounters (Kuluski and Guilcher 2019).

Elsewhere, the cost of healthcare is poorly measured by provinces and territories. In some provinces, such as New Brunswick and British Columbia, the costs of expensive hospitalizations are not measured. These provinces make inferences and policy decisions based on cost information from Ontario, where processes of care and drivers of cost may be significantly different. It is even more challenging to measure healthcare costs that are privately paid or employer-insured. Not borne by the government, costs for privately paid health services, such as psychotherapy or occupational therapy, are not factored into decisions regarding the value of healthcare because they are not reported or linked with publicly provided healthcare.

There is years' worth of strong evidence that the effectiveness of Canada's healthcare ranks very poorly in relation to its peers (Davis et al. 2014; Schneider et al. 2021). Provinces' and territories' lack of qualitative and quantitative information in domains of the quadruple aim makes it nearly impossible to judge whether their health systems are improving. This is not a new phenomenon; these gaps have been well understood for over a decade (European Observatory on Health Systems and Policies et al. 2020; Martin et al. 2018). This begs the question of whether Canadians should be happy with the healthcare they have now. Given that we are not deficient in spending, there should be significant gains in access, efficiency and equity to be attained.

What Needs to Happen

There are three key imperatives for improving the performance of Canadian health systems in the context of the quadruple aim. First, there is a need to convince provincial and territorial senior health policy makers of the value of standardizing and collecting measures in all four dimensions of the quadruple aim. For instance, population-based collection of patient- and caregiver-reported experience and outcome information has long been identified as overdue (Gutacker and Street 2018; Kuluski and Guilcher 2019; Wong et al. 2017, 2019).

Second, there is a need for provinces to be "nimbler," and more responsive, in order to match public resources with their residents' health needs identified through the quadruple aim. This may mean allocating more funding to long-term care as compared to hospital-based care. Action on nimbleness will be difficult as provinces and territories have organized healthcare delivery by sectors, the activities of which are not well-integrated. For instance, in Alberta, physician remuneration is not integrated with the single health region tasked with organizing acute and residential care.

Third, provinces and territories need to integrate physician services more closely with other healthcare services and communities' health needs. In many settings, physicians' high level of autonomy is out of sync with integrated models of care and contributes to

fragmentation of services. New models of clinical and financial partnership between the governments with primary and secondary care providers are needed.

The public expects that healthcare delivery will meaningfully improve as we exit the perilous period of the COVID-19 pandemic. To achieve their expectations and improve health systems' performance, drastic action on archaic policies, delivery structures and processes is needed.

A number of things have been tried. National and provincial blue-ribbon panels and expert advice have not been effective at moving the needle and another independent review is unlikely to result in meaningful inroads (Forest and Martin 2018; Ontario Ministry of Finance 2012; Romanow 2002). There are options open to political leaders and senior policy makers. These options range from benign strategies, such as linking funding with data collection consistent with the quadruple aim, to more controversial directions, such as the establishment of an independent council for providing recommendations to improve health system performance that would redirect some of the political risk away from governments.

No matter how one analyzes the problem of provinces' and territories' quite dismal health system performance and proposes solutions, substantial sums of money will have to be spent (hint: federal). The allocation of new funds will be an opportunity to redefine relationships among the sectors, settings, providers and technologies vying for a slice of the money. Strong support by government healthcare leaders and new visions for senior policy makers will be needed to guide provinces and territories from their state of immobility to meaningful healthcare policy reform.

If provinces and territories get serious about improving health system performance, the framework of the quadruple aim will be leaned upon heavily. However, the quadruple aim is a tool and not a promise. Maybe a more accurate idiom would be "A journey of a thousand miles begins with a single step."

In This Issue

Consistent with the need for more comprehensive health system performance measurement, this issue's first research paper features a multi-province study developing regional primary care performance measures. This research by Wong et al. (2021) addresses a significant gap in evaluating primary care performance – a key tenet of provinces' health delivery networks – a sector where provinces conduct very little performance measurement. Drawing on quantitative data from primary care practices and qualitative data from clinicians, this research found that measuring primary care performance is indeed possible and may be imperative to improving health system performance. The study also found significant regional differences in aspects of primary care delivery, meaning that primary care in Ontario is not the same as primary care in British Columbia or Nova Scotia.

An Alberta-based qualitative research paper by Leslie et al. (2021a) focused on the impact of the COVID-19 pandemic on the integration of primary care with other sectors of care. This study found that the pandemic had the effect of more closely integrating primary

care with the provincial government and Alberta Health Services, the province's centralized healthcare system. Key drivers of the integration between sectors included access to personal protective equipment, development of new billing codes and new channels of communication.

The next research paper, also written by Leslie et al. (2021b), used documentation analyses and qualitative methods to explore the resiliency of primary care in Alberta during the COVID-19 pandemic. This paper describes how the structure of primary care delivery management was integrated in the pandemic's response. An important finding was that while there was a provincially focused response to the pandemic, respondents articulated that primary care's presence was under-represented in efforts to maintain continuity of operations and delivery of care to those not able to access virtual-based alternatives.

The next research paper measured the continuity of primary care delivery during the COVID-19 pandemic among Family Health Teams, a model of team-based primary care used in Ontario. Ashcroft et al. (2021) used a cross-sectional design and survey-based methods for collecting data from Family Health Team executives. The research found that there was a very rapid uptake of virtual care among the Family Health Teams, although the policy analysis points out that there are pressing needs for developing clinicians' competencies to lead virtual team-based care and the establishment of best practices for mixed virtual and in-person care.

The research paper by Lee et al. (2021) provides an analysis of the conundrum facing provinces' governments: an increasing number of physicians and continuing struggles for residents to access primary and specialty care. Based on analyses of retrospective administrative datasets, the study found that the number of physicians has been increasing over the past five years even though the volume of services physicians has been providing to their patients has been declining. Emphasizing that the number of hours worked has been eroding over time among primary care and specialist physicians, the authors posit that work-life balance and indirect (unremunerated) patient care activities were, at least partially, responsible for the decline in the number of hours worked. The authors call for policy responses from the government.

In this issue's final research paper, Ethier and Carrier (2021) explore factors associated with the establishment of, and access to, local health and social services. Defined as being local or neighbourhood-based, local health and social services provide primary care and access to community services, social services and home health. One of the key objectives of this delivery model is to provide older adults support to age in place. Based on a scoping study, the authors found regulatory and policy inflexibility by provinces, lack of resources or expertise, conflicts of roles and non-governmental partnerships to be barriers to improving access to local health and social services.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Editor-in-Chief

References

- Alberta Health Services. 2018. *The 2017–2020 Health Plan and Business Plan. Year 2 of 3-Year Plan 2018/2019*. Retrieved October 20, 2021. <<https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/org/ahs-org-hpbbp-2017-2020.pdf>>.
- Ashcroft, R., C. Donnelly, S. Gill, M. Dancy, S. Lam, A.K. Grill et al. 2021. The Delivery of Patient Care in Ontario's Family Health Teams during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Healthcare Policy* 17(2): 72–89. doi:10.12927/hcpol.2021.26656.
- Berwick, D.M., T.W. Nolan and J. Whittington. 2008. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs* 27: 759–69. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759.
- Bodenheimer, T. and C. Sinsky. 2014. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine* 12(6): 573–76. doi:10.1370/afm.1713.
- Brown-Johnson, C.G., G.K. Chan, M. Winget, J.G. Shaw, K. Patton, R. Hussain et al. 2018. Primary Care 2.0: Design of a Transformational Team-Based Practice Model to Meet the Quadruple Aim. *American Journal of Medical Quality* 34: 339–47. doi:10.1177/1062860618802365.
- D'Alleva, A., F. Leigheb, C. Rinaldi, F. Di Stanislao, K. Vanhaecht, D. De Ridder et al. 2019. Achieving Quadruple Aim Goals through Clinical Networks: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Quality Research* 34(1): 29–39. doi:10.1016/j.jhq.2018.10.010.
- Davis, K., K. Stremikis, D. Squires and C. Schoen. 2014, June. *Mirror, Mirror on The Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. The Commonwealth Fund. Retrieved October 19, 2021. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf>.
- Ethier, A. and A. Carrier. 2021. A Scoping Review of the Implementation of Local Health and Social Services for Older Adults. *Healthcare Policy* 17(2): 105–18. doi:10.12927/hcpol.2021.26654.
- European Observatory on Health Systems and Policies, G.P. Marchildon, S. Allin and S. Merkur. 2020. Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition* 22 (3). World Health Organization.
- Forest, P.-G. and D. Martin. 2018. *Summary Report: Fit for Purpose: Finding and Recommendations of the External Review of the Pan-Canadian Health Organizations*. Retrieved October 19, 2021. Government of Canada. <<https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/findings-recommendations-external-review-pan-canadian-health-organization/findings-recommendations-external-review-pan-canadian-health-organization.pdf>>.
- Fraser Health Authority. 2020, August. 2020/21–2022/23 Service Plan. Retrieved October 19, 2021. <<https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Service-Plans/Fraser-2020-21-2022-23-Service-Plan-Final-for-Posting.pdf?rev=19cfbaa88add4a33ab186ebb1e140a05>>.
- Gin, N. and P. Courneya. 2020. Working to Achieve the Quadruple Aim – Abstracts from the Kaiser Permanente 2020 National Quality Conference. *The Permanente Journal* 24: 20.046. doi: 10.7812/TPP/20.046.
- Government of Ontario. 2019, June. *A Healthy Ontario: Building a Sustainable Health Care System: 2nd Report from the Premier's Council on Improving Healthcare and Ending Hallway Medicine*. Retrieved October 19, 2021. <<https://files.ontario.ca/moh-healthy-ontario-building-sustainable-health-care-en-2019-06-25.pdf>>.
- Gutacker, N. and A. Street. 2018. Calls for Routine Collection of Patient-Reported Outcome Measures are Getting Louder. *Journal of Health Services Research and Policy* 24(1): 1–2. doi:10.1177/1355819618812239.
- Kuluski, K. and S.J.T. Guilcher. 2019. Toward a Person-Centred Learning Health System: Understanding Value from the Perspectives of Patients and Caregivers. *Healthcare Papers* 18: 36–46. doi:10.12927/hcpap.2019.26030.

- Lee, S.K., S.K. Mahl and B.H. Rowe. 2021. The Induced Productivity Decline Hypothesis: More Physicians, Higher Compensation and Fewer Services. *Healthcare Policy* 17(2): 90–104. doi:10.12927/hcpol.2021.26655.
- Leslie, M., R. Fadaak, N. Pinto, J. Davies, L. Green, J. Seidel et al. 2021a. A “Shock Test” to Primary Care Integration: COVID-19 Lessons from Alberta. *Healthcare Policy* 17(2): 38–53. doi:10.12927/hcpol.2021.26658.
- Leslie, M., R. Fadaak, N. Pinto, J. Davies, L. Green, J. Seidel et al. 2021b. Achieving Resilience in Primary Care during the COVID-19 Pandemic: Competing Visions and Lessons from Alberta. *Healthcare Policy* 17(2): 54–71. doi:10.12927/hcpol.2021.26657.
- Martin, D., A.P. Miller, A. Quesnel-Vallée, N.R. Caron, B. Vissandjée and G.P. Marchildon. 2018. Canada’s Universal Health-Care System: Achieving its Potential. *The Lancet* 391(10131): 1718–35. doi:10.1016/S0140-6736(18)30181-8.
- McIntosh, T., M. Ducie, M. Burka-Charles, J. Church, J. Lavis, M.-P. Pomey et al. 2010. Population Health and Health System Reform: Needs-Based Funding for Health Services in Five Provinces. *Canadian Political Science Review* 4: 42–61.
- Ontario Ministry of Finance. 2012, February 15. Commission on the Reform of Ontario’s Public Services. Retrieved October 19, 2021. <<https://www.fin.gov.on.ca/en/reformcommission/>>.
- Rathert, C., E.S. Williams and H. Linhart. 2018. Evidence for the Quadruple Aim. *Medical Care* 56(12): 976–84. doi:10.1097/MLR.0000000000000999.
- Romanow, R.J. 2002, November. *Final Report: Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Commission on the Future of Health Care in Canada. Retrieved October 19, 2021. <<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002E.pdf>>.
- Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields and R.D. Williams II. 2021, August. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Retrieved October 19, 2021. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.
- Shekelle, P.G. and M. Begashaw. 2021, February. *What Are the Effects of Different Team-Based Primary Care Structures on the Quadruple Aim of Care? A Rapid Review*. Department of Veterans Affairs. Retrieved October 19, 2021. <<https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/teambased-primarycare-EXEC.pdf>>.
- Wong, S.T., S. Johnston, F. Burge, K. McGrail and W. Hogg. 2017. Measuring Patient Experiences: Is It Meaningful and Actionable? *Healthcare Papers* 17(2): 22–29. doi:10.12927/hcpap.2017.25414.
- Wong, S.T., S. Johnston, F. Burge and K. McGrail. 2019. Value in Primary Healthcare – Measuring What Matters? *Healthcare Papers* 18(4): 58–67. doi:10.12927/hcpap.2019.26028.
- Wong, S.T., S. Johnston, F. Burge, M. Ammi, J. Campbell, A. Katz et al. 2021. Comparing the Attainment of the Patient’s Medical Home Model across Regions in Three Canadian Provinces: A Cross-Sectional Study. *Healthcare Policy* 17(2): 19–37. doi:10.12927/hcpol.2021.26659.

Faire face aux obstacles à l'amélioration du rendement des soins de santé au Canada

LA TRANSFORMATION SUBSTANTIELLE DE LA PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ AU Canada est-elle un paradis pour les béats? Puisque ce mot fait référence à un état d'heureux bien-être sans égard aux vérités sous-jacentes, il est sans doute approprié étant donné les nombreux problèmes liés à la prestation des services de santé dans les provinces et les territoires. Certains de ces problèmes causent des dommages, tels que les infections nosocomiales, tandis que d'autres constituent tout simplement une perte de temps, tels que les tests ou imageries non nécessaires. De plus, pendant des décennies, toute transformation significative de la prestation des soins de santé a été problématique et conflictuelle dans les provinces et les territoires (Martin et al. 2018; McIntosh et al. 2010; ministère des Finances de l'Ontario 2012).

Bon nombre d'organismes de santé au Canada ou ailleurs dans le monde définissent le rendement du système de santé au moyen de « quatre objectifs » (Berwick et al. 2008; Bodenheimer et Sinsky 2014). Comme plusieurs lecteurs le savent, les quatre objectifs forment un cadre standardisé pour améliorer le rendement du système de santé; ils servent à orienter les politiques, activités et comportements des organisations de santé en vue d'une amélioration du rendement du système de santé. Les quatre objectifs sont utilisés dans les milieux cliniques et dans les systèmes de santé (Brown-Johnson et al. 2018; D'Alleva et al. 2019; Rathert et al. 2018), le plus souvent dans les systèmes de prestation intégrés, tels que le consortium Kaiser Permanente (Gin et Courneya 2020) ou le département américain des Anciens combattants (Shekelle et Begashaw 2021).

Les quatre objectifs portent sur quatre volets : l'expérience du patient, les résultats pour la santé, les coûts et l'expérience des prestataires de soins. L'amélioration de ces aspects se traduira, selon le cadre de travail, par un meilleur rendement du système de santé. Actuellement, la province de l'Ontario (gouvernement de l'Ontario 2019), l'organisme Alberta Health Services (2018) et la Colombie-Britannique (Fraser Health Authority 2020) ont recours aux quatre objectifs comme principe directeur dans la documentation officielle.

Malgré le recours aux quatre objectifs par les provinces et les régions pour guider l'élaboration des politiques et des stratégies, il n'y a pas – à ma connaissance – d'exemple à suivre au Canada. Aucune province ou territoire ne recueille ou n'agit systématiquement sur la mesure des quatre volets.

Pourtant, il existe des exemples canadiens clairs qui soulignent le besoin de plus de données et d'analyses pour les quatre volets. Au niveau provincial, l'expérience des patients, des familles et des aidants en matière de soins de santé n'est pas mesurée selon une méthode standardisée, pas plus que les informations concernant leur expérience ne sont liées (ou analysées) entre les divers secteurs de soins ou dans le contexte des rencontres avec les prestataires de services (Kuluski et Guilcher 2019).

Ailleurs, le coût des soins de santé est mal mesuré par les provinces et les territoires. Dans certaines provinces, comme au Nouveau-Brunswick et en Colombie-Britannique, le coût des hospitalisations onéreuses n'est pas mesuré. Ces provinces font des déductions et prennent des décisions stratégiques en fonction d'informations provenant de l'Ontario, où les processus de soins et les facteurs de coûts peuvent être très différents. Il est encore plus difficile de mesurer les coûts des soins de santé payés par le secteur privé ou assurés par l'employeur. N'étant pas pris en charge par le gouvernement, les coûts des services de santé payés par le secteur privé, tels que la psychothérapie ou l'ergothérapie, ne sont pas considérés dans les décisions concernant la valeur des soins de santé car ils ne sont pas déclarés ou liés aux coûts des services de santé publics.

Il y a un cumul de preuves solides qui démontrent que l'efficacité des soins de santé au Canada se classe très mal par rapport à ses pairs (Davis et al. 2014; Schneider et al. 2021). Le manque d'informations qualitatives et quantitatives concernant les quatre objectifs dans les provinces et territoires rend presque impossible l'appréciation d'une amélioration, ou non, des systèmes de santé. Ce n'est pas un phénomène nouveau; ces lacunes sont bien comprises depuis plus d'une décennie (Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé et al. 2020; Martin et al. 2018). Cela soulève la question à savoir si les Canadiens sont satisfaits ou non des soins de santé dont ils bénéficient actuellement. Les dépenses étant là, il devrait y avoir des gains importants en matière d'accès, d'efficacité et d'équité à atteindre.

Voilà ce qu'il faut

Il existe trois impératifs clés pour améliorer le rendement des systèmes de santé canadiens dans le contexte des quatre objectifs. Premièrement, il faut convaincre les principaux décideurs provinciaux et territoriaux de la valeur d'une normalisation et d'une collecte de mesures dans tous les volets des quatre objectifs. Par exemple, la collecte d'informations sur l'expérience et les résultats déclarées par les patients et les soignants dans la population est depuis longtemps considérée comme déficitaire (Gutacker et Street 2018; Kuluski et Guilcher 2019; Wong et al. 2017, 2019).

Deuxièmement, il est nécessaire que les provinces soient plus agiles et plus réactives afin de faire correspondre les ressources publiques aux besoins des résidents identifiés par le biais

des quatre objectifs. Cela peut signifier allouer plus de fonds aux soins de longue durée par rapport aux soins hospitaliers. Il sera difficile d'agir sur l'agilité, car les provinces et les territoires ont organisé la prestation des services selon des secteurs dont les activités ne sont pas bien intégrées entre elles. Par exemple, en Alberta, la rémunération des médecins n'est pas intégrée à la seule région sanitaire chargée d'organiser les soins de courte durée et à domicile.

Troisièmement, les provinces et les territoires doivent intégrer plus étroitement les services des médecins aux autres services de santé et aux besoins des communautés. Dans de nombreux milieux, le niveau élevé d'autonomie des médecins n'est pas en phase avec les modèles de soins intégrés et contribue à la fragmentation des services. De nouveaux modèles de partenariat clinique et financier entre les gouvernements et les prestataires de soins primaires et secondaires sont donc nécessaires.

La population s'attend à ce que la prestation des services de santé s'améliore de manière significative après la pandémie de COVID-19. Pour répondre à leurs attentes et améliorer le rendement du système de santé, il faudra exercer une action rigoureuse sur les politiques, les structures de prestation et les processus archaïques.

On a essayé un certain nombre de choses. Les groupes d'experts nationaux et provinciaux et les conseils d'experts n'ont pas réussi à faire avancer le dossier et il est peu probable qu'un autre examen indépendant aboutisse à des avancées significatives (Forest et Martin 2018; ministère des Finances de l'Ontario 2012; Romanow 2002). Des options s'offrent pourtant aux dirigeants politiques et aux décideurs de haut niveau. Elles vont de stratégies inoffensives, telles que l'association du financement à la collecte de données conformément au quatre objectifs, à des orientations plus controversées, telles que la création d'un conseil indépendant chargé de formuler des recommandations visant à améliorer le rendement du système de santé, lesquelles détourneraient une partie du risque politique loin des gouvernements.

Peu importe comment on analyse le problème du rendement plutôt lamentable des systèmes de santé des provinces et territoires, et en dépit des solutions proposées, des sommes importantes devront être dépensées (un indice ici : fédéral). L'allocation de nouveaux fonds permettra de redéfinir les relations entre les secteurs, les établissements, les fournisseurs et les technologies en lice pour obtenir une part de l'argent. Un soutien solide de la part des dirigeants gouvernementaux et de nouvelles visions pour les principaux décideurs seront nécessaires pour guider les provinces et les territoires de leur état d'inertie vers une réforme significative des politiques de santé.

Si les provinces et les territoires prennent au sérieux l'amélioration du rendement du système de santé, le cadre des quatre objectifs sera fortement appuyé. Cependant, les quatre objectifs sont un outil et non une promesse. Il convient peut-être ici de penser au proverbe « un voyage de mille lieues commence toujours par un premier pas ».

Dans ce numéro

Conformément au besoin d'une mesure plus complète du rendement du système de santé, le premier rapport de recherche de ce numéro présente une étude multiprovinciale qui

développe des mesures régionales du rendement des soins de santé primaires. Cette recherche de Wong et al. (2021) comble une lacune importante dans l'évaluation du rendement des soins primaires – un principe clé des réseaux de prestation de services de santé. Les soins primaires représentent un secteur où les provinces effectuent très peu de mesures du rendement. S'appuyant sur des données quantitatives provenant des cliniques de soins primaires et sur des données qualitatives provenant des cliniciens, cette recherche révèle que la mesure du rendement des soins primaires est effectivement possible et est sans doute nécessaire pour améliorer le rendement du système de santé. L'étude a également révélé des différences régionales importantes dans certains aspects de la prestation des soins primaires, ce qui veut dire que les soins primaires en Ontario ne sont pas les mêmes que ceux en Colombie-Britannique ou en Nouvelle-Écosse.

Un document de recherche qualitative basé en Alberta, et rédigé par Leslie et al. (2021a), porte sur l'impact de la pandémie de COVID-19 sur l'intégration des soins primaires avec d'autres secteurs de soins. Cette étude révèle que la pandémie a eu pour effet d'intégrer plus étroitement les soins primaires avec le gouvernement provincial et Alberta Health Services, le système de santé centralisé de la province. Les principaux moteurs de l'intégration entre les secteurs comprenaient l'accès aux équipements de protection individuelle, le développement de nouveaux codes de facturation et de nouveaux canaux de communication.

L'article suivant, également rédigé par Leslie et al. (2021b), a recours à l'analyse documentaire et à des méthodes qualitatives pour explorer la résilience des soins primaires en Alberta pendant la pandémie de COVID-19. Cet article décrit comment la structure de gestion de la prestation des soins primaires a été intégrée dans la réponse à la pandémie. Une conclusion importante est que, bien qu'il y ait eu une réponse à la pandémie dans la province, les répondants ont indiqué que les soins primaires étaient sous-représentés dans les efforts visant à maintenir la continuité des activités et la prestation des services à ceux qui n'ont pas accès aux modes virtuelles.

L'article suivant mesure la continuité de la prestation des soins primaires pendant la pandémie de COVID-19 parmi les équipes Santé familiale, un modèle ontarien de soins primaires en équipe. Ashcroft et al. (2021) ont utilisé une conception transversale et des méthodes d'enquête pour recueillir des données auprès des cadres des équipes Santé familiale. La recherche révèle qu'il y a eu une adoption très rapide des soins virtuels dans les équipes Santé familiale, bien que l'analyse des politiques souligne qu'il y a un besoin urgent de développer les compétences des cliniciens pour diriger les soins virtuels en équipe, de même qu'un besoin d'établir des pratiques exemplaires pour les soins virtuels et en personne.

L'article de Lee et al. (2021) fournit une analyse de l'énigme à laquelle sont confrontés les gouvernements provinciaux : un nombre croissant de médecins, certes, mais pourtant les efforts continuent sans cesse pour que les résidents aient accès aux soins primaires et spécialisés. Sur la base d'analyses d'ensembles de données administratives rétrospectives, l'étude révèle que le nombre de médecins a augmenté au cours des cinq dernières années, même si le volume de services fournis par les médecins à leurs patients a diminué. Soulignant que le

nombre d'heures travaillées s'est érodé au fil du temps chez les médecins de première ligne et les médecins spécialistes, les auteurs postulent que l'équilibre travail–vie personnelle et les activités indirectes (non rémunérées) de soins aux patients sont, au moins en partie, responsables de la baisse du nombre d'heures travaillées. Les auteurs demandent des réponses politiques de la part du gouvernement.

Dans le dernier rapport de recherche du numéro, Ethier et Carrier (2021) explorent les facteurs associés à la mise en œuvre et à l'accès aux services de santé et sociaux locaux. Définis comme étant locaux ou de quartier, les services de santé et sociaux locaux fournissent des soins primaires et un accès aux services communautaires, aux services sociaux et aux soins à domicile. L'un des principaux objectifs de ce modèle de prestation est de fournir aux personnes âgées un soutien pour vieillir chez elles. Sur la base d'une étude de la portée, les auteurs constatent que l'inflexibilité des provinces en matière de réglementation et de politique, le manque de ressources ou d'expertise, les conflits de rôles et les partenariats non gouvernementaux sont autant d'obstacles à l'amélioration de l'accès aux services de santé et sociaux locaux.

JASON M. SUTHERLAND, PHD

Rédacteur en chef

Références

- Alberta Health Services. 2018. *The 2017–2020 Health Plan and Business Plan. Year 2 of 3-Year Plan 2018/2019*. Consulté le 20 octobre 2021. <<https://www.albertahealthservices.ca/assets/about/org/ahs-org-hpbp-2017-2020.pdf>>.
- Ashcroft, R., C. Donnelly, S. Gill, M. Dancey, S. Lam, A.K. Grill et al. 2021. La prestation des soins aux patients dans les équipes Santé familiale de l'Ontario pendant la première vague de la pandémie de COVID-19. *Politiques de Santé* 17(2): 72–89. doi:10.12927/hcpol.2021.26656.
- Berwick, D.M., T.W. Nolan and J. Whittington. 2008. The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs* 27: 759–69. doi:10.1377/hlthaff.27.3.759.
- Bodenheimer, T. and C. Sinsky. 2014. From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *Annals of Family Medicine* 12(6): 573–76. doi:10.1370/afm.1713.
- Brown-Johnson, C.G., G.K. Chan, M. Winget, J.G. Shaw, K. Patton, R. Hussain et al. 2018. Primary Care 2.0: Design of a Transformational Team-Based Practice Model to Meet the Quadruple Aim. *American Journal of Medical Quality* 34: 339–47. doi:10.1177/1062860618802365.
- D'Alleva, A., F. Leigheb, C. Rinaldi, F. Di Stanislao, K. Vanhaecht, D. De Ridder et al. 2019. Achieving Quadruple Aim Goals through Clinical Networks: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Quality Research* 34(1): 29–39. doi:10.1016/j.jhqr.2018.10.010.
- Davis, K., K. Stremikis, D. Squires et C. Schoen. Juin 2014. *Mirror, Mirror on The Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally*. The Commonwealth Fund. Consulté le 19 octobre 2021. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf>.
- Ethier, A. et A. Carrier. 2021. Examen de la portée de la mise en œuvre des services de santé et sociaux locaux pour les aînés. *Politiques de Santé* 17(2): 105–18. doi:10.12927/hcpol.2021.26654.

- Forest, P.-G. et D. Martin. 2018. *Rapport de synthèse : Ajustées à l'objectif : Observations et recommandations de l'examen externe des organisations pancanadiennes de santé*. Consulté le 19 octobre 2021. Gouvernement du Canada. <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/observations-recommandations-examen-externe-organisations-pancanadiennes-sante.html>>.
- Fraser Health Authority. Août 2020. 2020/21–2022/23 Service Plan. Consulté le 19 octobre 2021. <<https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/About-Us/Accountability/Service-Plans/Fraser-2020-21-2022-23-Service-Plan-Final-for-Posting.pdf?rev=19cfbaa88add4a33ab186ebb1e140a05>>.
- Gin, N. et P. Courneya. 2020. Working to Achieve the Quadruple Aim – Abstracts from the Kaiser Permanente 2020 National Quality Conference. *The Permanente Journal* 24: 20.046. doi: 10.7812/TPP/20.046.
- Gouvernement de l'Ontario. Juin 2019. *Pour un Ontario en santé : Création d'un système de soins de santé durable : 2^e rapport du Conseil du premier ministre pour l'amélioration des soins de santé et l'élimination de la médecine de couloir*. Consulté le 19 octobre 2021. <<https://files.ontario.ca/moh-pour-un-ontario-en-sante-2019-06-25.pdf>>.
- Gutacker, N. et A. Street. 2018. Calls for Routine Collection of Patient-Reported Outcome Measures are Getting Louder. *Journal of Health Services Research and Policy* 24(1): 1–2. doi:10.1177/1355819618812239.
- Kuluski, K. et S.J.T. Guilcher. 2019. Toward a Person-Centred Learning Health System: Understanding Value from the Perspectives of Patients and Caregivers. *Healthcare Papers* 18: 36–46. doi:10.12927/hcpap.2019.26030.
- Lee, S.K., S.K. Mahl et B.H. Rowe. 2021. L'hypothèse du déclin induit de la productivité : plus de médecins, une rémunération plus élevée et moins de services. *Politiques de Santé* 17(2): 90–104 doi:10.12927/hcpol.2021.26655.
- Leslie, M., R. Fadaak, N. Pinto, J. Davies, L. Green, J. Seidel et al. 2021a. Un « test de choc » pour l'intégration des soins de santé primaires : leçons relatives à la COVID-19 en Alberta. *Politiques de Santé* 17(2): 38–53. doi:10.12927/hcpol.2021.26658.
- Leslie, M., R. Fadaak, N. Pinto, J. Davies, L. Green, J. Seidel et al. 2021b. Atteindre la résilience dans les soins primaires pendant la pandémie de COVID-19 : visions et leçons concurrentes en Alberta. *Politiques de Santé* 17(2): 54–71. doi:10.12927/hcpol.2021.26657.
- Martin, D., A.P. Miller, A. Quesnel-Vallée, N.R. Caron, B. Vissandjée et G.P. Marchildon. 2018. Canada's Universal Health-Care System: Achieving its Potential. *The Lancet* 391(10131): 1718–35. doi:10.1016/S0140-6736(18)30181-8.
- McIntosh, T., M. Ducie, M. Burka-Charles, J. Church, J. Lavis, M.-P. Pomey et al. 2010. Population Health and Health System Reform: Needs-Based Funding for Health Services in Five Provinces. *Canadian Political Science Review* 4: 42–61.
- Ministère des Finances de l'Ontario. 15 février 2012. Commission de la réforme des services publics de l'Ontario. Consulté le 19 octobre 2021. <<https://www.fin.gov.on.ca/fr/reformcommission/index.html>>.
- Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, G.P. Marchildon, S. Allin et S. Merkur. 2020. Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition* 22 (3). Organisation mondiale de la Santé.
- Rathert, C., E.S. Williams et H. Linhart. 2018. Evidence for the Quadruple Aim. *Medical Care* 56(12): 976–84. doi:10.1097/MLR.0000000000000999.
- Romanow, R.J. Novembre 2002. *Rapport final : Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*. Consulté le 19 octobre 2021. <<https://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>>.
- Schneider, E.C., A. Shah, M.M. Doty, R. Tikkanen, K. Fields et R.D. Williams II. Août 2021. *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly: Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*. The Commonwealth Fund. Consulté le 19 octobre 2021. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>.
- Shekelle, P.G. et M. Begashaw. Février 2021. *What Are the Effects of Different Team-Based Primary Care Structures on the Quadruple Aim of Care? A Rapid Review*. Department of Veterans Affairs. Consulté le 19 octobre 2021. <<https://www.hsrd.research.va.gov/publications/esp/teambased-primarycare-EXEC.pdf>>.

Wong, S.T., S. Johnston, F. Burge, K. McGrail et W. Hogg. 2017. Measuring Patient Experiences: Is It Meaningful and Actionable? *Healthcare Papers* 17(2): 22–29. doi:10.12927/hcpap.2017.25414.

Wong, S.T., S. Johnston, F. Burge et K. McGrail. 2019. Value in Primary Healthcare – Measuring What Matters? *Healthcare Papers* 18(4): 58–67. doi:10.12927/hcpap.2019.26028.

Wong, S.T., S. Johnston, F. Burge, M. Ammi, J. Campbell, A. Katz et al. 2021. Comparaison de la mise en œuvre du modèle des centres de médecine de famille dans trois provinces canadiennes : une étude transversale. *Politiques de Santé* 17(2): 19–37. doi:10.12927/hcpol.2021.26659.

Avoid burnout

Healthcare Jobs:
Better Careers | Better Candidates

jobs.Longwoods.com

