

Mesurer l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients

ERIN C. STRUMPF
LAURIE J. GOLDSMITH
CAROLINE E. KING
RUTH LAVERGNE
RITA K. MCCRACKEN
KIMBERLYN M. MCGRIL
LEORA SIMON

2022PE-03
PERSPECTIVES



[6 Juin 2022]

Mesurer l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients

ERIN C. STRUMPF, PhD

DÉPARTEMENT DE SCIENCES ÉCONOMIQUES ET DÉPARTEMENT D'ÉPIDÉMIOLOGIE, BIostatistique ET SANTÉ AU TRAVAIL, UNIVERSITÉ MCGILL
CHERCHEUSE ET FELLOW CIRANO

LAURIE J. GOLDSMITH, PhD

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ, UNIVERSITÉ SIMON FRASER

CAROLINE E. KING, PhD

SANTÉ NOUVELLE-ÉCOSSE

RUTH LAVERGNE, PhD

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE FAMILIALE, UNIVERSITÉ DALHOUSIE

RITA K. MCCRACKEN, MD, PhD

DÉPARTEMENT DE MÉDECINE FAMILIALE, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

KIMBERLYN M. MCGRAIL, PhD

ÉCOLE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE SANTÉ DES POPULATIONS, UNIVERSITÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE



LEORA SIMON, MSc

DÉPARTEMENT D'ÉPIDÉMIOLOGIE, BIostatistique ET SANTÉ AU TRAVAIL, UNIVERSITÉ MCGILL

Depuis mars 2022, le ministre de la Santé et des Services sociaux a lancé plusieurs initiatives visant une transformation du système de santé dans le but de faciliter l'accès aux soins de première ligne de qualité et fournis dans les meilleurs délais. Celles-ci incluent la Loi 11 « Loi visant à augmenter l'offre de services de première ligne par les médecins omnipraticiens et à améliorer la gestion de cette offre », le Plan d'action « *Plus humain, plus performant : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* », et l'entente entre le gouvernement et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) conclue le 1^{er} mai 2022.

Ces réformes s'articulent principalement autour de l'inscription des patients auprès d'un médecin de famille. Actuellement, plus d'un million de « patients orphelins » sont toujours en attente d'un médecin de famille au Québec. Le ministre Dubé a aussi souligné son engagement explicite envers une meilleure reddition de compte, un meilleur suivi de la performance du réseau de la santé et une meilleure disponibilité de données qui permettent de bien évaluer les résultats.

Afin d'évaluer efficacement les mesures mises en place pour améliorer les soins de première ligne, il est essentiel d'explicitier et de clarifier les processus par lesquels les soins aux patients peuvent effectivement être améliorés et de préciser les indicateurs qui sont réellement pertinents. C'est ce que nous proposons ici.



Nos réflexions sont issues de discussions au sein d'une équipe de recherche composée de spécialistes du milieu de la recherche universitaire, mais aussi de patients-partenaires, de professionnels de la santé et de responsables de l'élaboration des politiques. Nos travaux nous ont amenés à développer un langage commun et à élaborer un cadre conceptuel qui s'appuie sur la littérature existante, tout en tenant compte des points de vue des diverses parties prenantes au sein de notre équipe.¹

Des réalités plus complexes qu'il n'y paraît

Le système d'inscription à un médecin de famille est perçu comme un élément central des soins de première ligne et une stratégie permettant l'atteinte de meilleurs résultats sur le plan de la santé individuelle et de la santé de la population.² L'inscription est aussi un ingrédient utile pour la gestion de la pratique dans le contexte d'un système de santé apprenant et un élément clé des modèles de paiement par patient, aussi appelé « capitation ».

Plusieurs gouvernements au Canada et ailleurs ont mis en œuvre des politiques d'inscription auprès d'un médecin de famille dans le but de renforcer leurs systèmes de soins de première ligne. Au Canada, les politiques d'inscription prennent différentes formes. Au Québec et en Ontario, il s'agit de contrats explicites, avec le résultat que dans ces deux provinces, ce sont environ les trois quarts de la population qui sont inscrits auprès d'un médecin de famille. En Alberta, le système d'inscription est implicite en fonction de l'endroit où les patients demandent des soins. En Nouvelle-Écosse, il n'y a aucun système officiel d'inscription.

Ces politiques d'inscription sont mises en place dans le cadre de référence maintenant connu comme le « Quintuple Objectif » qui vise l'amélioration des soins de santé selon cinq dimensions : l'amélioration de l'expérience du patient, l'amélioration de l'expérience du médecin et autres professionnels de la santé, l'amélioration de la santé de la population, la réduction des coûts par habitant, auquel s'est récemment ajouté un cinquième objectif, soit l'amélioration de l'équité en santé.³

Grâce à un lien formel à une source régulière de soins, le fait d'être inscrits auprès d'un médecin de famille pourrait avoir une incidence sur l'endroit où les patients reçoivent la plupart de leurs soins ou sur la fréquence avec laquelle ils consultent certains médecins. Cependant, l'inscription ne garantit pas la disponibilité d'un rendez-vous ni dans les meilleurs délais ni à un endroit pratique pour les patients. D'ailleurs,

¹ Cette recherche a été financée par le Réseau sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés (ISSPLI) de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Michael Smith Foundation for Health Research, l'Université McGill, Réseau-1 Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et l'Université de Sherbrooke : Centre Recherche - Hôpital Charles Le Moyne. Un appui non financier a été fourni par l'Université de la Colombie-Britannique et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM).

² Pour une discussion de l'importance du système d'inscription dans une stratégie d'amélioration des soins de santé, consulter l'article [1] de la liste de références. Pour une étude empirique approfondie des systèmes d'inscription au Québec et en Colombie-Britannique entre 2003 et 2013, consulter l'article [2] de la liste de références.

³ Pour une discussion du Quintuple Objectif, consulter l'article [3] de la liste de références.

l'inscription ne fait pas partie du « Quintuple Objectif ». Il est un outil pour l'atteinte des objectifs souhaités en matière d'amélioration des soins, pas une fin en soi.

Autrement dit, le fait d'être « pris en charge » par un médecin n'aboutit pas nécessairement à une situation où le médecin se sentira réellement responsable de son patient et où l'accès aux soins est amélioré. Et ce n'est pas non plus une garantie qu'il se créera une véritable relation de confiance empreinte de bienveillance ni une meilleure coordination des soins entre les professionnels de la santé qui, ultimement, amélioreront la santé du patient.

Dans une volonté de distinguer les *processus* de soins des *résultats* souhaités selon le cadre de référence du Quintuple Objectif, nous proposons un cadre conceptuel qui s'appuie sur l'idée que l'incidence des politiques d'*inscription* sur la *continuité* des soins passe par le mécanisme d'*affiliation*. L'inscription et l'affiliation sont donc vues ici comme des *moyens* d'atteindre les résultats souhaités.

L'**inscription** est un lien administratif formel entre un patient et un médecin de famille. Elle signifie qu'un médecin ou une équipe de soins de première ligne reconnaît officiellement la responsabilité continue des soins du patient. Ce lien administratif découle de la mise en œuvre par les gouvernements provinciaux de politiques de soins de santé et de méthodes de facturation. L'inscription permet de relier les « patients orphelins » à un médecin, mais il peut également formaliser des relations patients-médecins préexistantes.

La **continuité** des soins renvoie à l'idée de soins dispensés dans le cadre d'une relation patient-médecin empreinte de confiance et de bienveillance, avec un sens développé des responsabilités, de collaboration, de partage des informations et de coordination des soins entre les professionnels de la santé. Dans la littérature scientifique sur le sujet, on réfère à la « continuité des soins » pour désigner un concept holistique qui touche à plusieurs dimensions distinctes, mais connexes :

- la continuité *longitudinale ou des contacts* qui rend compte des interactions répétées du patient avec un nombre limité de médecins ou de médecins d'une même équipe,
- la continuité *informationnelle* qui concerne le fait que les informations sur le patient sont recueillies, mises ensemble et possiblement partagées entre les différents cliniciens
- la continuité *relationnelle ou interpersonnelle* qui renvoie surtout aux notions de confiance et de bienveillance dans la relation patient-médecin.

Dans certaines études, on distingue une quatrième dimension de la continuité, soit :

- la *coordination* entre les professionnels de la santé pour gérer les besoins de santé du patient.⁴

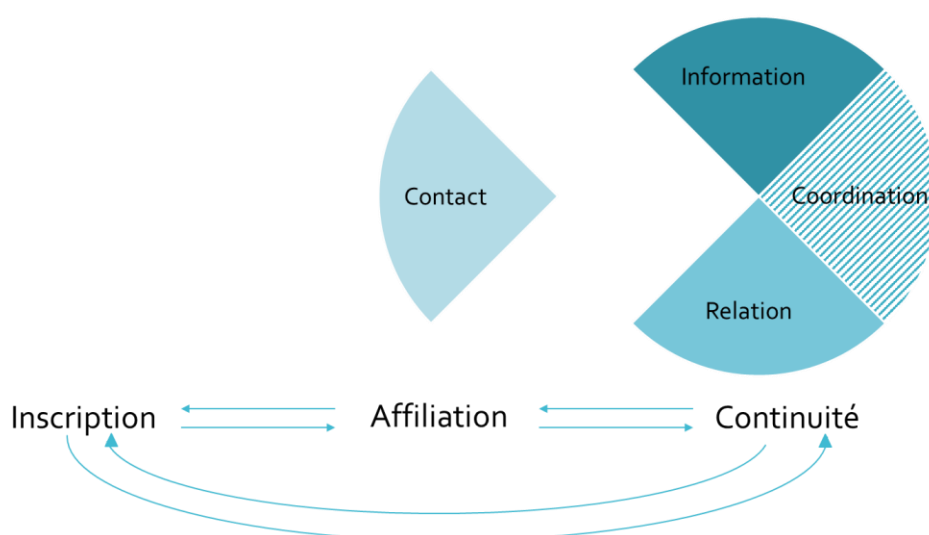
⁴ Pour des discussions approfondies à propos des mesures de *continuité* utilisées en recherche, consulter les articles [4] à [11] de la liste de références.

L'**affiliation** c'est le fait d'avoir une source habituelle de soins. La présence d'une affiliation est révélée par des interactions répétées entre le patient et un médecin au fil du temps, et peut être opérationnalisée quantitativement à partir de données administratives, souvent accessibles aux gestionnaires au sein du système de santé et généralement rendues disponibles à des fins de recherche. L'affiliation est le concept qui se rapproche le plus de l'idée d'avoir un médecin de famille ou une source régulière de soins, tout en étant distinct de l'inscription et distinct des autres aspects de la continuité des soins. L'affiliation correspond en quelque sorte à la continuité des contacts plutôt qu'à la continuité des soins. Les patients et médecins au sein de notre équipe ont d'ailleurs souligné l'importance de bien distinguer « contacts répétés » et « sentiment mutuel de responsabilités ».



La notion d'affiliation n'est pas totalement nouvelle dans la littérature. Elle rejoint la notion de « présence d'un médecin régulier » selon les termes utilisés dans un rapport préparé par un groupe de recherche pour la Fondation canadienne de la Recherche sur les Services de Santé. La distinction que nous faisons entre « affiliation » et « continuité » fait écho à celle entre « accès aux services » et « accès aux soins » présentée dans des travaux réalisés dans le cadre du programme de recherche IMPACT. Enfin, d'autres parlent non pas d'affiliation, mais plutôt « d'attachement » lorsque des patients ont réussi à trouver un nouveau médecin et ont été acceptés dans sa pratique, mais entretiennent toujours l'espoir de développer une véritable relation avec ce médecin au fil du temps.⁵

La figure suivante illustre notre conception de la manière dont les concepts d'inscription, d'affiliation et de continuité sont interreliés.

Figure 1 : Représentation du cadre conceptuel et interactions entre les concepts



⁵ Voir les articles [11] à [13] pour ces références à des concepts proches de l'affiliation.



On peut penser qu'à court terme, c'est sur l'affiliation que les politiques d'inscription peuvent véritablement avoir un impact, avant même d'avoir des effets sur d'autres variables d'intérêt comme la qualité de la relation, la coordination des soins ou le partage d'informations.

Toutefois, la relation entre les concepts d'« inscription » et d'« affiliation » est complexe : les deux sont probablement liés, et les relations causales peuvent facilement aller dans les deux sens. D'une part, l'inscription a le potentiel de créer et d'améliorer l'affiliation. D'autre part, il est possible que les patients soient affiliés à un médecin, sans toutefois être formellement et officiellement inscrits. L'affiliation peut même augmenter la probabilité que les patients soient inscrits en réponse à de nouvelles politiques. Pensons au cas particulier où l'inscription auprès d'un médecin de famille n'est offerte qu'aux patients qui font déjà partie de la pratique d'un médecin.⁶

De la même façon, les concepts d'« affiliation » et de « continuité » sont probablement liés, mais là aussi, les relations causales pourraient aller dans les deux sens. Les patients qui ont une source habituelle de soins ont plus de possibilités de développer une relation de confiance avec ce médecin, et les patients qui reçoivent des soins de médecins en qui ils ont confiance sont plus susceptibles de toujours choisir d'avoir des soins de ces médecins.

Les relations entre les trois notions sont encore plus complexes : de même que l'affiliation peut augmenter la probabilité que les patients soient inscrits, la continuité des soins peut avoir une incidence sur la probabilité qu'un patient soit inscrit. La question de savoir si l'inscription a une incidence sur la continuité des soins demeure une question ouverte.

Les défis de mesures

Plusieurs recherches réalisées au cours des dernières décennies suggèrent qu'il existe une corrélation positive entre d'une part, la continuité des soins sous l'une ou l'autre de ses dimensions et d'autre part, les objectifs souhaités en matière de santé que ce soit en ce qui concerne l'expérience des patients, les coûts du système ou la qualité des soins. Bien que les études semblent toutes aller dans le même sens, suggérant « qu'il y a quelque chose là », ils s'appuient sur des mesures de la continuité qui correspondent rarement aux différentes composantes de la continuité comme définies plus haut. Il faut donc faire preuve de prudence et apporter les nuances qui s'imposent.

À titre d'exemple, dans certaines recherches sur la continuité, on s'intéresse à des mesures témoignant de la *concentration des soins (affiliation)*, généralement à partir de données administratives. On examinera dans ce cas la proportion de visites pour des soins de première ligne qui sont faites auprès du médecin avec lequel le patient est inscrit ou du médecin que le patient voit le plus souvent. Ce genre de recherches

⁶ À ce sujet, consulter l'article [2] de la liste de références.

s'appuient sur des données quantitatives et utilisent des indices comme celui de l'UPC (pour *usual provider continuity*) ou l'indice de Bice-Boxerman.⁷

Dans d'autres travaux, on cherche plutôt à mesurer le degré de *confiance* du patient à l'égard du médecin ou son degré d'*appréciation des relations interpersonnelles* (continuité *relationnelle*) dans les soins qui lui sont prodigués. Dans ces cas, on utilisera des informations recueillies au moyen de questionnaires à l'intention des patients.⁸

Une méta-analyse portant sur la relation entre la continuité interpersonnelle et la satisfaction du patient a permis de recenser de nombreuses études qui utilisent des mesures de concentration des soins, mais qui ne tiennent pas compte des notions de confiance ni de la responsabilité. Dans une autre recension de 12 études sur le même sujet, on dénombre cinq études qui ont mesuré la continuité à l'aide de mesures quantitatives de la concentration des soins et sept autres qui ont plutôt mesuré la continuité à l'aide de questionnaires auprès des patients.⁹ Ces études ont mis en évidence la confusion qui existe dans les mesures mêmes des concepts d'affiliation, de concentration des soins ou de continuité des soins.

Les lacunes en matière de données

Au Québec, mais aussi ailleurs, les données dont nous disposons ne permettent pas de prendre la pleine mesure de ce que nous cherchons réellement à mesurer lorsque l'on s'intéresse à la continuité des soins. C'est d'ailleurs une importante limite des analyses fondées sur des données administratives. En effet, les données administratives comme celles de la RAMQ donnent des mesures quantitatives de la continuité longitudinale des soins — pour évaluer par exemple la concentration, la distribution ou la séquence des soins —, mais elles ne reflètent pas la qualité de la relation patient-médecin ni les aspects de la continuité qui ont trait à la coordination des soins ou le partage d'informations.



Pour l'évaluation des réformes et la surveillance de la performance du système de santé, on s'appuie souvent sur les données administratives et donc essentiellement sur des mesures d'inscription et d'affiliation. Par exemple, au Québec, on s'est intéressé récemment au taux d'assiduité ou encore à la proportion des visites qui sont faites auprès du médecin avec lequel le patient est inscrit. Bien qu'utiles, ces indicateurs ne rendent pas compte des objectifs souhaités selon le « Quintuple Objectif » ni même des objectifs des réformes.

Nos patients-partenaires ont souligné d'ailleurs que dans un contexte où il est très difficile de changer de médecin de famille, on peut facilement imaginer que des personnes continuent de consulter toujours le même médecin pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la qualité ou l'efficacité de la relation, mais simplement parce que

⁷ Voir les articles [7], [8], [14] et [15] de la liste de références pour des exemples d'études du genre.

⁸ Voir les articles [16] à [18] pour des exemples d'études du genre.

⁹ Pour les recensions des écrits sur le sujet avec données quantitatives, données qualitatives, méthodes mixtes et données d'enquêtes, consulter les articles [19] à [27] de la liste de références.



le médecin est disponible à l'endroit et au moment où elles en ont besoin. Les données administratives les concernant révéleront qu'elles sont « affiliées » à un médecin habituel de soins, mais en réalité, elles ne bénéficient pas de la continuité des soins au sens holistique où nous l'entendons.

Il est primordial de combler les lacunes en matière de données administratives et d'investir dans la cueillette de données d'enquêtes et d'entrevues pour comprendre des aspects de la continuité des soins qui vont au-delà de la continuité des contacts. Bien que les enquêtes sur la santé demandent régulièrement aux répondants s'ils ont un médecin régulier ou une source régulière de soins, il faut consacrer davantage d'efforts et de ressources à comprendre comment différentes personnes répondent à cette question et pourquoi. Un « oui » reflète-t-il pour eux la notion d'inscription, d'affiliation ou de continuité ? Le fait de répondre par « oui » ou par « non » est-il influencé par les caractéristiques des patients ou par l'organisation même du système de soins de santé ?

Que faut-il retenir ?

Nous avons tenté ici de montrer qu'une attention particulière aux définitions des concepts d'inscription, d'affiliation et de continuité dans la conceptualisation, la collecte et l'analyse de données mène à une meilleure compréhension de ce qui est réellement mesuré. Notre cadre conceptuel et les distinctions que nous faisons entre les différents concepts ont enrichi nos réflexions sur les impacts possibles des mesures mises en œuvre pour améliorer l'accès aux soins de première ligne par le biais des politiques de prise en charge des patients.

Cela nous a également permis d'identifier certaines lacunes en matière de disponibilités et d'accès à des données, des lacunes qui limitent notre capacité à approfondir notre compréhension des relations patient-médecin et de la continuité des soins au sens holistique où nous l'entendons.

Avoir accès à une source habituelle de soins est presque universellement considéré comme étant une bonne chose, en partie parce qu'il y a une tendance à confondre les concepts et à supposer que des contacts répétés témoignent d'une relation significative et forte. Nous savons très peu de choses sur la façon dont les relations entre patients et médecins sont vécues par des personnes ayant des préférences différentes, qui font face à des enjeux de santé différents ou dont les besoins en soins de santé sont plus ou moins urgents.

Améliorer l'accès et la qualité des soins de première ligne nécessite qu'on évalue les impacts des politiques d'inscription des patients avec des mesures qui captent réellement les résultats d'intérêts que sont notamment l'affiliation et la continuité des soins. En étant honnêtes et lucides à propos de ce que nous pouvons réellement mesurer et évaluer avec les données dont nous disposons, nous créons une ouverture d'esprit pour des approches plus créatives en matière d'évaluation des politiques de santé.

Références

- [1] Strumpf E, Levesque JF, Coyle N, Hutchison B, Barnes M, Wedel RJ. Innovative and Diverse Strategies Toward Primary Health Care Reform: Lessons Learned from the Canadian Experience. *J Am Board Fam Med.* 2012;25:S27-S33.
- [2] Lavergne R, King C, Peterson S, Simon L, Hudon C, Loignon C, McCracken R, Brackett A, McGrail KM, Strumpf E. Patient characteristics associated with enrolment under voluntary programs implemented within fee-for-service systems in British Columbia and Quebec: a cross-sectional study. *CMAJ.* 2022 10 (1) E64-E73
- [3] Nundy Shantanu, Cooper Lisa A, Mate Kedar S. The Quintuple Aim for Health Care Improvement A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA.* 2022;327(6):521-522
- [4] Wierdsma A, Mulder C, de Vries S, Sytema S. Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *J Health Serv Res Policy.* 2009;14(1):52-57. 254
- [5] Uijen AA, Schers HJ, Schellevis FG, van den Bosch WJ. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Fam Pract.* 2012;29(3):264-271.
- [6] Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003;1(3):134-143.
- [7] Salisbury C, Sampson F, Ridd M, Montgomery AA. How should continuity of care in primary health care be assessed? *Br J Gen Pract.* 2009;59(561):e134-141.
- [8] Meiqari L, Al-Oudat T, Essink D, Scheele F, Wright P. How have researchers defined and used the concept of 'continuity of care' for chronic conditions in the context of resource-constrained settings? A scoping review of existing literature and a proposed conceptual framework. *Health Res Policy Sy.* 2019;17.
- [9] Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;327(7425):1219-1221.
- [10] Starfield B. Is primary care essential? *The Lancet.* 1994;344(8930):1129-1133.
- [11] Reid R, Haggerty J, McKendry R. Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins, Fondation canadienne de la Recherche sur les Services de Santé 2002; Ottawa.
- [12] Scott C, Spenceley S, Andres C, Mallard R, Barnes J, Lundy C, Donahue S, Perrin S, on behalf of the IMPACT team Launch & Learn Paper 1: Enhancing access to primary healthcare through a pop-up model for IMPACT (Innovative Models Promoting Access-to-Care Transformation). In:2019.
- [13] Randall E, Crooks VA, Goldsmith LJ. In search of attachment: a qualitative study of chronically ill women transitioning between family physicians in rural Ontario, Canada. *Bmc Fam Pract.* 2012;13. 378
- [14] Tousignant P, Diop M, Fournier M, et al. Validation of 2 new measures of continuity of care based on year-to-year follow-up with known providers of health care. *Ann Fam Med.* 2014;12(6):559-567.

[15] Jee SH, Cabana MD. Indices for continuity of care: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev.* 2006;63(2):158-188.

[16] Anderson LA, Dedrick RF. Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to Assess Interpersonal Trust in Patient-Physician Relationships. *Psychological Reports.* 1990;67(3_suppl):1091-1100.

[17] Stewart AL, Nápoles-Springer AM, Gregorich SE, Santoyo-Olsson J. Interpersonal processes of care survey: patient-reported measures for diverse groups. *Health Serv Res.* 2007;42(3 Pt 1):1235-1256.

[18] Etz RS, Zyzanski SJ, Gonzalez MM, Reves SR, O'Neal JP, Stange KC. A New Comprehensive Measure of High-Value Aspects of Primary Care. *The Annals of Family Medicine.* 2019;17(3):221-230.

[19] Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3(2):159-166.

[20] Gill JM, Saldarriaga A, Mainous III AG, Unger D. Does continuity between prenatal and well-child care improve childhood immunizations? . *Fam Med.* 2002;34:274–280.

[21] Boss DJ, Timbrook RE. Clinical obstetric outcomes related to continuity in prenatal care. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14(6):418-423.

[22] Overland J, Yue DK, Mira M. Continuity of care in diabetes: to whom does it matter? *Diabetes Res Clin Pract.* 2001;52(1):55-61. 15

[23] Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zimmerman FJ, Connell FA. Association of Lower Continuity of Care With Greater Risk of Emergency Department Use and Hospitalization in Children. *Pediatrics.* 2001;107(3):524-529.

[24] Christakis DA, Mell L, Wright JA, Davis R, Connell FA. The association between greater continuity of care and timely measles-mumps-rubella vaccination. *American Journal of Public Health.* 2000;90(6):962-965.

[25] Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract.* 2010;27(2):171-178.

[26] Desborough J, Bagheri N, Banfield M, Mills J, Phillips C, Korda R. The impact of general practice nursing care on patient satisfaction and enablement in Australia: A mixed methods study. *Int J Nurs Stud.* 2016;64:108-119.

[27] Thom DH, Ribisl KM, Stewart AL, Luke DA, The Stanford Trust Study P. Further Validation and Reliability Testing of the Trust in Physician Scale. *Medical Care.* 1999;37(5):510-517.

POUR CITER CE DOCUMENT

Strumpf E., Goldsmith L., King C., Lavergne R., Mccracken R., Mcgrail K. et Simon L. (2022). Mesurer l'accès et la qualité des soins de première ligne au Québec : Réflexions issues de recherches sur la prise en charge des patients. (2022PE-03, CIRANO). <https://doi.org/10.54932/TQSB2107>