

Synthèse rapide

Créer des systèmes de santé apprenant
rapidement au Canada

10 décembre 2018



HEALTH FORUM

DONNÉES PROBANTES >> IDÉES >> ACTION

PRINCIPAUX MESSAGES

Questions

- Cette synthèse rapide a été produite à la demande de l’Institut des services et des politiques de la santé des Instituts de recherche en santé du Canada et de l’Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada. Plus spécifiquement, cette synthèse rapide vise à répondre à cinq questions :
 - 1) Quels sont les atouts et les lacunes au sein des 14 juridictions canadiennes – a) dans le système de santé dans son ensemble; b) pour les soins de première ligne; c) pour les personnes âgées – afin de créer des systèmes de santé apprenant rapidement?
 - 2) Quels liens forts ont été établis entre les atouts au sein des juridictions, et quelles seraient les meilleures opportunités afin d’en établir à l’avenir?
 - 3) Mis à part les soins de première ligne (secteur) et les personnes âgées (population), quels autres secteurs ou populations, et quelles régions, problèmes de santé ou traitements ont été ou seront centraux aux efforts soutenus de création de systèmes de santé apprenant rapidement dans ces juridictions?
 - 4) Quelles fenêtres d’opportunité devrons-nous saisir ou créer pour stimuler le développement et la consolidation de systèmes de santé apprenant rapidement dans ces juridictions?
 - 5) Quels interdépendances et enjeux communs existants entre ces juridictions pourrions-nous exploiter pour favoriser une collaboration pancanadienne?

Les 14 juridictions incluent la juridiction fédérale/nationale/pancanadienne, les dix juridictions provinciales et les trois juridictions territoriales.

Pourquoi cet enjeu est important

- La création de systèmes de santé apprenant rapidement au Canada permettrait :
 - 1) de susciter du changement en faveur de l’expérience de soins et des résultats de santé des patients;
 - 2) d’engendrer des transformations guidées par les patients et fondées sur des données probantes à tous les niveaux des systèmes de santé;
 - 3) d’inciter une collaboration accrue entre les éléments du système de recherche et d’augmenter leur incidence (et les retombées des investissements); et
 - 4) de mieux utiliser les infrastructures d’amélioration de la qualité qui sont à l’interface des systèmes de santé et des systèmes de recherche.

Ce que nous avons constaté

- Les publications de recherche sur les systèmes de santé apprenant rapidement n’offrent aucune recette pour créer de tels systèmes, mais plusieurs études pointent vers des facteurs ou des stratégies qui ont appuyé la création de systèmes de santé apprenant rapidement dans des contextes précis.
- La liste des atouts actuels est remarquablement riche pour le système de santé dans son ensemble, et pour le secteur des soins de première ligne et les personnes âgées en particulier, même dans les systèmes d’envergure réduite, mais il existe plusieurs lacunes importantes propres à plusieurs systèmes, comme les données sur l’expérience des patients qui ne sont souvent pas couplées et partagées dans des délais raisonnables pour guider une amélioration et un apprentissage rapides.
- Certains autres secteurs (les soins à domicile et les soins communautaires) et certaines populations (les peuples autochtones), de nombreux problèmes de santé (la santé mentale et la toxicomanie) et certains traitements (les chirurgies) ont été ou seront au cœur d’efforts soutenus pour créer des systèmes de santé apprenant rapidement dans certaines juridictions.
- Plusieurs fenêtres d’opportunités peuvent être définies pour créer des systèmes de santé apprenant rapidement, notamment l’utilisation accrue des cadres et des concepts pertinents, comme c’est le cas notamment en Colombie-Britannique, en Ontario et au Nouveau-Brunswick.
- Quelques véritables interdépendances (par exemple, des engagements contractuels pour que des patients dans un système de santé puissent être traités dans un autre système de santé) et de nombreux enjeux communs (les soins en santé mentale et en toxicomanie) peuvent être exploités pour engendrer une collaboration pancanadienne sur la création de systèmes de santé apprenant rapidement. Un enjeu commun particulièrement intéressant est la nécessité de développer des normes d’agrément et d’autres soutiens pour les systèmes et organisations de santé apprenant rapidement.

Questions

Cette synthèse rapide répond à cinq questions :

- 1) Quels sont les atouts et les lacunes au sein des 14 juridictions canadiennes – a) dans le système de santé dans son ensemble; b) pour les soins de première ligne; c) pour les personnes âgées – afin de créer des systèmes de santé apprenant rapidement?
- 2) Quels liens forts ont été établis entre les atouts au sein des juridictions, et quelles seraient les meilleures opportunités afin d'en établir à l'avenir?
- 3) Mis à part les soins de première ligne (secteur) et les personnes âgées (population), quels autres secteurs ou populations, et quelles régions, problèmes de santé ou traitements ont été ou seront centraux aux efforts soutenus de création de systèmes de santé apprenant rapidement dans ces juridictions?
- 4) Quelles fenêtres d'opportunité devrons-nous saisir ou créer pour stimuler le développement et la consolidation de systèmes de santé apprenant rapidement dans ces juridictions?
- 5) Quels interdépendances et enjeux communs existants entre ces juridictions pourrions-nous exploiter pour favoriser une collaboration panafricaine?

Pour avoir un aperçu de l'approche utilisée afin de répondre à ces questions, consultez les **encadrés 1 et 2**.

Les 14 juridictions incluent la juridiction fédérale/nationale/pancanadienne, les dix juridictions provinciales et les trois juridictions territoriales. La première juridiction englobe tant la responsabilité fédérale de fournir des soins de santé – particulièrement aux Autochtones, aux militaires et aux anciens combattants, ainsi qu'aux personnes détenues dans les établissements fédéraux – que les domaines où des initiatives nationales ou panafricaines ont été instaurées pour soutenir les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

En considérant le système de santé dans son ensemble, nous nous sommes intéressés aux atouts et aux lacunes communes ou particulières aux :

- des secteurs, comme les soins à domicile et communautaires, les soins de première ligne, les soins spécialisés (y compris les soins de courte durée), les soins de réadaptation, les soins de longue durée et la santé publique;
- des régions géographiques (pour les juridictions ayant des autorités régionales de la santé)
- des problèmes de santé, comme le cancer, l'insuffisance cardiaque, la santé mentale et la toxicomanie, les traumatismes et la multimorbidité;
- des traitements, comme les médicaments sur ordonnance et les services chirurgicaux; et
- des populations, comme les personnes âgées et les peuples autochtones.

Bien que les différentes juridictions puissent envisager les principaux atouts actuels sous l'angle d'initiatives axées sur la résolution de problèmes spécifiques, ou sous l'angle de priorités actuelles ou récentes dans leur système de

Encadré 1 : Contexte de la synthèse rapide

Cette synthèse rapide répond à un ensemble de questions soumises au programme de réponse rapide du McMaster Health Forum. Elle repose sur une analyse des données probantes, d'examens de sites Web (et d'une analyse documentaire) et d'entrevues avec des répondants clés. La synthèse ne contient pas de recommandations qui auraient découlé de jugements de valeurs personnelles et de préférences des chercheurs.

Les synthèses rapides peuvent être réalisées dans un délai de 3, 10, 30, 60 ou 90 jours ouvrables. Un aperçu de ce qui peut être réalisé ou non pour chacun de ces délais se trouve sur la page Web du programme de réponse rapide du McMaster Health Forum (www.mcmasterforum.org/find-evidence/rapid-response).

La présente synthèse a été préparée selon un échéancier de 90 jours ouvrables et comprenait quatre étapes :

- 1) présentation des questions d'un décideur ou d'un acteur (dans ce cas, d'une question soumise par l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC et de l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada qui a ensuite été subdivisée en cinq questions);
- 2) synthèse des connaissances selon les données probantes, des sites Web (et des documents) et des entrevues avec les répondants clés disponibles;
- 3) rédaction d'une synthèse rapide présentant de manière concise les conclusions dans un langage accessible; et
- 4) finalisation de la synthèse rapide selon les commentaires des examinateurs du mérite.

santé (par exemple, les initiatives sur les traumatismes et l'insuffisance cardiaque au Québec, sur les soins aux malades en phase critique et les réseaux de chirurgie en Ontario), nous nous sommes intéressés aux atouts actuels, peu importe s'ils avaient été décrits sous l'étiquette, les concepts ou le cadre d'un système de santé apprenant.

POURQUOI CET ENJEU EST IMPORTANT

La plupart des systèmes de santé canadiens disposent d'un système de santé et d'un système de recherche qui mettent de plus en plus de l'avant l'importance des patients, ainsi que l'amélioration et l'apprentissage rapides. Pour les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, de nombreux exemples dignes de mention peuvent être donnés, notamment les conseils consultatifs auprès des patients et de leur famille en Alberta qui guident la prise de décisions (dont 5 en place à l'échelle provinciale, 12 dans de plus petites régions, 1 auprès des peuples autochtones et plus de 100 dans les programmes et les établissements) et ses 16 réseaux cliniques stratégiques, qui soutiennent l'apprentissage et l'amélioration pour certains secteurs, problèmes de santé ou traitements, ou encore pour certaines populations. Pour le système de recherche, un exemple notable est la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) du Canada ainsi que les unités de soutien provinciales et territoriales en tant que réseaux pancanadiens qui sont des acteurs principaux dans l'implantation de la stratégie.

- La création de systèmes de santé à apprentissage rapide au Canada permettrait :
 - 1) de susciter du changement en faveur de l'expérience de soins et des résultats de santé des patients;
 - 2) d'engendrer des transformations guidées par les patients et fondées sur des données probantes à tous les niveaux des systèmes de santé;
 - 3) d'inciter une collaboration accrue entre les éléments du système de recherche et d'augmenter leur incidence (et les retombées des investissements); et
 - 4) de mieux utiliser les infrastructures d'amélioration de la qualité qui sont à l'interface des systèmes de santé et des systèmes de recherche.

Encadré 2 : Méthodes d'exécution de la synthèse rapide

Pour notre synthèse des résultats de recherche, nous avons mis à jour des recherches effectuées dans Health Systems Evidence (pour les revues systématiques) et dans PubMed (pour les études primaires) que nous avions réalisées auparavant pour une synthèse rapide menée en février 2018. Une revue systématique est un résumé d'études portant sur une question formulée clairement, et utilisant une méthodologie systématique et explicite pour cibler, sélectionner et évaluer les études, et pour synthétiser les données des études sélectionnées. Dans les deux bases de données, nous avons cherché « learning health » et « system ». Une personne a évalué la pertinence de chaque document. Nous nous sommes ensuite concentrés sur les documents s'intéressant aux fondements conceptuels et théoriques des systèmes de santé à apprentissage rapide et sur les revues systématiques, les études primaires et les descriptions de systèmes de santé à apprentissage rapide.

Pour l'examen des sites Web (et des documents), nous avons mis à jour le tableau des atouts actuels et des lacunes d'une synthèse rapide précédente pour y inclure la description des sept caractéristiques d'un système de santé apprenant rapidement. Nous avons utilisé des termes de recherche provenant de ces descriptions, avec le nom de chaque juridiction, pour chercher sur Google des sites Web (et les documents) pertinents. Une personne a évalué la pertinence pour chaque juridiction. Nous nous sommes ensuite concentrés sur la documentation des atouts actuels et des lacunes pour chaque système de santé dans leur ensemble, mais aussi pour les soins de première ligne et pour les personnes âgées.

Pour les entrevues avec des répondants clés, nous avons rencontré 50 personnes. Notre objectif était d'interviewer 5 répondants clés pour chacun des 13 provinces et territoires, soit typiquement au moins 1) un patient ou citoyen; 2) un professionnel; 3) un responsable de politique ou gestionnaire; 4) un chercheur ou bailleur de fonds en recherche. Nous n'avons pas interviewé de répondants de l'Ontario, puisque les données avaient été amassées dans le cadre d'une autre synthèse rapide. Nous avons presque atteint notre objectif d'au moins un répondant clé connaissant bien les soins de première ligne pour chaque territoire, et un autre qui connaissait particulièrement la population des personnes âgées. Nous avons eu plus de difficulté à trouver des répondants au Nunavut, à l'Î.-P.-É. et au Yukon, où nous avons interviewé respectivement aucune une et deux personnes. Chacun des six auteurs a mené les entrevues pour deux ou trois juridictions (ceux pour lesquels il avait fait un examen des sites Web et des documents), en utilisant les questions se trouvant en haut de chaque tableau comme guide d'entrevue (voir rapport complet en anglais). Chaque auteur a fait une entrevue préliminaire avec un répondant clé susceptible de fournir les réponses les plus détaillées, puis a fait les autres entrevues avec des tableaux révisés. Nous avons ajouté aux données de l'entrevue les commentaires reçus du petit nombre de titulaires des bourses d'apprentissage en matière d'impact sur le système de santé qui ont été invités à identifier les atouts actuels pour les juridictions qu'ils connaissaient le mieux.

Nous avons envoyé les tableaux à au moins un répondant clé par juridiction et aux membres du groupe de travail qui a guidé notre analyse afin de les valider.

Avec l'attention grandissante portée aux concepts et aux cadres liés aux systèmes de santé apprenant partout au Canada, l'Institut des services et des politiques de la santé (ISPS) des IRSC et l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé (ARSPSC) voulaient comprendre à la fois les atouts actuels (y compris les liens entre ceux-ci) et les lacunes existantes, ainsi que cerner les synergies possibles pour des collaborations pancanadiennes. Les systèmes de santé apprenant rapidement sont l'une des priorités stratégiques de l'ISPS. L'ARSPSC a créé un groupe de travail pour soutenir les systèmes de santé apprenant rapidement. Cette synthèse rapide vise à répondre aux questions posées ces groupes, et se base sur une synthèse rapide précédente qui s'était intéressée à une seule province, l'Ontario (2), et qui avait été menée avec la participation du groupe de travail de l'ARSPSC.

CE QUE NOUS AVONS CONSTATÉ

Définition d'un système de santé apprenant rapidement

Nous n'avons trouvé aucune nouvelle définition d'un système de santé apprenant rapidement qui va au-delà de celle proposée à l'origine par l'Institute of Medicine : un système dans lequel la science, l'informatique, les incitatifs et la culture servent à l'amélioration et à l'innovation continues par l'intégration fluide de pratiques exemplaires au processus de prestation de soins et dans lequel les nouvelles connaissances sont un résultat intégrant de ce processus (3).

Nous avons cerné quatre obstacles à l'utilisation de cette définition dans les systèmes de santé canadiens.

- 1) Elle utilise le concept de « système de soins de santé » (du moins dans les premières formulations) et non « système de santé », qui est plus courant au Canada et dans la plupart des autres pays (ou « système de santé et de services sociaux », ce qui serait peut-être plus approprié à l'avenir, puisque l'éducation, le logement, les services sociaux et d'autres secteurs sont de plus en plus sollicités dans l'amélioration des résultats de santé).
- 2) Elle ne mentionne pas que l'amélioration de l'expérience du patient doit être considérée parallèlement aux autres parties du triple objectif d'un système de santé, notamment l'amélioration de la santé des populations et le maintien des coûts par personne sous un seuil raisonnable (ou pour le quadruple objectif, en ajoutant l'amélioration de l'expérience des professionnels).
- 3) Elle met principalement l'accent sur les aspects cliniques et non sur tous les niveaux de soins (autogestion, rencontres cliniques, programmes, organisations, autorités sanitaires régionales ou provinciales et partenaires gouvernementaux pertinents au Canada).
- 4) Elle utilise certaines étiquettes pour catégoriser les caractéristiques d'un système de santé apprenant qui ne sont pas couramment utilisées au Canada, comme « informatique » plutôt que « données », « science » plutôt que « recherche », et « incitatifs » plutôt que « soutien à la prise de décisions » et « arrangements de gouvernance, de financement et de prestation de services ».

Ainsi, nous proposons plutôt la définition suivante pour le système de santé apprenant rapidement (2) : la combinaison d'un système de santé et d'un système de recherche pour laquelle tous les niveaux – autogestion, rencontres cliniques, programmes, organisations, autorités régionales ou provinciales et gouvernements – sont : 1) axés sur les besoins, les perspectives et les aspirations du patient (et centrés sur l'amélioration de leur expérience et des coûts par personne tout en intégrant une expérience positive pour les professionnels); 2) guidés par des données accessibles rapidement; 3) appuyés par des outils d'aide à la prise de décision appropriés et par des arrangements harmonisés en matière de gouvernance, de financement et de prestation; 4) soutenus par une culture et des capacités d'amélioration et d'apprentissage rapides. Le concept de système de santé apprenant rapidement à l'échelle d'un gouvernement a un analogue que l'on appelle l'amélioration incrémentale, une méthode misant sur de petits changements progressifs de politique qui se concentrent sur l'amélioration de la rentabilité avec des évaluations à petite échelle et étroitement ciblées, qui identifient les changements de politique qui ont amélioré la rentabilité et méritent d'être conservés (4).

Le mot « patient » signifie ici :

- 1) les patients dans le sens habituel, soit ceux qui reçoivent des soins dans le système de santé;
- 2) les patients potentiels qui ont besoin de soins, qu'ils en reçoivent ou non actuellement;
- 3) les familles et les aidants de ces patients ou patients potentiels;

- 4) les citoyens, soit tous les Canadiens – qu'ils paient des impôts, votent ou fassent une autre action, sans égard à leur citoyenneté officielle ou au fait qu'ils soient aussi considérés comme des patients –, qui devraient aussi avoir leur mot à dire sur l'apprentissage et l'amélioration rapide de leur système de santé;
- 5) les communautés, soit les groupes de citoyens – qu'ils soient définis par une région géographique, une expérience avec un problème de santé ou un traitement précis (ou des déterminants de la santé), une origine ethnoculturelle ou d'autres facteurs –, qui devraient aussi avoir leur mot à dire sur l'apprentissage et l'amélioration rapide de leur système de santé;

Nous utilisons le terme *amélioration* non seulement dans le sens de « faire en sorte que les soins soient toujours plus sécuritaires et efficaces », mais aussi dans le sens de « faire en sorte que les soins soient davantage axés sur le patient, rapides, efficaces et équitables ». La définition élargie de la qualité, qui a d'abord été élaborée par l'Institute of Medicine des États-Unis, puis adoptée par de nombreux conseils de qualité au Canada (5, 6), mentionne qu'il faut s'attaquer tant à la surutilisation qu'à la sous-utilisation des soins de santé.

Caractéristiques d'un système de santé apprenant rapidement

Nous n'avons pas non plus trouvé de caractéristiques d'un système de santé apprenant rapidement qui vont plus loin que celles décrites à l'origine par l'Institute of Medicine. Nous proposons donc encore une fois une formulation adaptée au Canada de quatre catégories et de sept caractéristiques (notons que *tous les niveaux* font référence à l'autogestion, aux rencontres cliniques, aux programmes, aux organisations, aux autorités régionales ou provinciales et aux gouvernements).

Nous proposons ci-dessous des exemples de chaque caractéristique des systèmes de santé apprenant rapidement (**tableau 1**).

Tableau 1 : Caractéristiques des systèmes de santé apprenant rapidement

Type	Caractéristiques	Exemples
Axés sur le patient	<p>Patients engagés</p> <p>Les systèmes s'appuient sur les besoins, les points de vue et les aspirations des patients (à tous les niveaux) et sont axés sur l'amélioration de leurs expériences en matière de soins et de leur santé à des coûts raisonnables par habitant et comportant des expériences positives pour les professionnels.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Établir et modifier régulièrement des objectifs liés aux patients en matière d'apprentissage et d'amélioration rapides (p. ex. améliorations à un type particulier d'expérience de patient ou à un résultat de santé particulier) 2) Engager les patients, les familles et les citoyens dans : <ol style="list-style-type: none"> a) leur propre santé (p. ex. établissement d'objectifs; autogestion et mieux vivre avec ses problèmes de santé; accès aux renseignements personnels en matière de santé, y compris les résultats des tests) b) leurs propres soins (p. ex. prise de décisions partagées, utilisation d'outils d'aide à la décision à l'intention des patients) c) les organismes qui prodiguent les soins (p. ex. sondages sur l'expérience des patients; co-conception de programmes et de services; participation à des conseils consultatifs et à des comités d'amélioration de la qualité) d) les organismes qui supervisent les professionnels et les autres organismes du système (p. ex. organismes de réglementation professionnelle; organismes d'amélioration de la qualité; ombudsman; et processus de plainte) e) l'élaboration de politiques (p. ex. comités prenant des décisions à propos des services et médicaments couverts; conseils consultatifs gouvernementaux qui déterminent l'orientation du système (ou de ses composants); partager les histoires de patients pour lancer les réunions importantes; panels de citoyens pour déterminer les valeurs partagées par le grand public) f) la recherche (p. ex. participation des patients à titre de partenaires de recherche; obtention des commentaires des patients sur les priorités de recherche) 3) Accroître la capacité des patients et des citoyens à s'engager dans tous les éléments ci-dessus

Type	Caractéristiques	Exemples
Guidés par les données probantes	<p>Colliger numériquement les données pertinentes, les lier et les partager en temps opportun</p> <p>Les systèmes colligent, établissent des liens et diffusent (à des personnes de tous les niveaux) des données (en situation réelle, pas dans des conditions idéales) sur les expériences des patients (en matière de services, de transitions et expérience longitudinale) et l'engagement des professionnels, ainsi que les données sur d'autres indicateurs procéduraux (p. ex. rencontres cliniques et coûts) et des résultats (p. ex. état de santé).</p> <p>Production de données probantes de recherche en temps opportun</p> <p>Les systèmes produisent, synthétisent, conservent et diffusent (à des personnes de tous les niveaux) des recherches sur les problèmes, les possibilités d'amélioration et les considérations liées à la mise en œuvre.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Infrastructure des données (p. ex. dossiers de santé électroniques interopérables; registres de vaccination ou registres propres à une affection; politiques de confidentialité permettant la diffusion des données) 2) Capacité de recueillir les expériences déclarées par les patients (à la fois en matière de services et de transitions), les rencontres cliniques, les résultats et les coûts 3) Capacité de recueillir des données longitudinales, et ce, en fonction du temps et des différents milieux 4) Capacité d'établir des liens entre les données sur la santé, les soins de santé, les services sociaux et les déterminants sociaux de la santé 5) Capacité d'analyser les données (p. ex. personnel et ressources) 6) Capacité de diffuser des données « locales » (seules ou associées à des comparateurs pertinents), dans des formats conviviaux à la fois pour les patients et les professionnels, et ce, de façon rapide, au point de service pour les professionnels et les milieux de soins (p. ex. vérification et rétroaction), et au moyen d'une plate-forme centralisée (pour soutenir la prise de décisions des patients ainsi que l'apprentissage et l'amélioration rapides des professionnels, des organismes et du système) <ol style="list-style-type: none"> 1) Capacité répartie afin de produire et diffuser des recherches en temps opportun (y compris des évaluations) 2) Infrastructure distribuée en matière d'éthique de recherche pouvant soutenir les cycles rapides d'évaluations 3) Capacité de synthétiser en temps opportun les données probantes issues de la recherche 4) Guichets uniques d'évaluations locales et de synthèses dont la qualité a été préalablement évaluée 5) Capacité d'accéder aux données probantes issues de la recherche, de les adapter et de les mettre en pratique 6) Mesures incitatives et exigences envers les groupes de recherche en vue qu'ils collaborent les uns avec les autres, avec les patients et avec les décideurs <p><i>Veuillez noter que pour les peuples autochtones, cette ligne serait idéalement re-conceptualisée afin d'inclure les connaissances traditionnelles. Toutefois, d'un point de vue plus général, l'ensemble du cadre devrait être évalué par les leaders autochtones afin de déterminer s'il ajoute de la valeur aux stratégies gérées par les peuples autochtones.</i></p>
Appuyés par le système	<p>Aide à la décision appropriée</p> <p>Les systèmes appuient la prise de décision orientée à tous les niveaux à l'aide de données, de données probantes et de cadres décisionnels appropriés.</p> <p>Arrangements harmonisés en matière de gouvernance, de financement et de prestation</p> <p>Les systèmes déterminent le type de décisions que peuvent prendre les personnes (p. ex. en matière de priorités communes d'apprentissage), la façon dont l'argent est distribué et la façon dont les systèmes sont organisés et harmonisés en vue de soutenir</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Systèmes d'aide à la décision à tous les niveaux (autogestion, rencontres cliniques, programmes, organismes, autorité locale en matière de santé et gouvernement) tels que les suivants : <ol style="list-style-type: none"> a) ressources fondées sur des données probantes et axées sur les patients b) systèmes d'aide à la décision à l'intention des patients c) soutien à l'établissement d'objectifs pour les patients d) lignes directrices relatives à la pratique clinique e) systèmes d'aide à la décision clinique (y compris ceux faisant partie des dossiers de santé électroniques) f) normes en matière de qualité g) protocoles de soins h) évaluations de la technologie en santé i) descriptions du fonctionnement du système de santé 1) Coordination centralisée des efforts afin de créer une stratégie d'apprentissage rapide pour les systèmes de santé, en ajoutant graduellement des atouts, en comblant des lacunes et en mettant périodiquement à jour l'état des atouts et des lacunes 2) Mandats de préparation, de diffusion et de production de rapports sur les plans en matière d'amélioration de la qualité 3) Mandats d'accréditation 4) Modèles de financement et de rémunération ayant la possibilité d'encourager l'apprentissage et l'amélioration rapides (p. ex. axés sur les mesures de résultats déclarés par les patients, certains modèles de financement de soins regroupés) 5) Modèle d'approvisionnement en innovations fondé sur des valeurs 6) Financement et soutien actif pour étendre les pratiques efficaces aux différents sites

Type	Caractéristiques	Exemples
	l'apprentissage et l'amélioration rapides à tous les niveaux.	<p>7) Normes visant à ce que les groupes provinciaux d'experts comprennent la participation des patients, une méthodologie ainsi que l'utilisation des données existantes et des données probantes pour orienter et justifier leurs recommandations</p> <p>8) Mécanismes d'établissement commun de priorités en matière d'apprentissage et d'amélioration rapides</p> <p>9) Mécanismes permettant de déterminer et de diffuser les éléments constitutifs d'un système de santé à apprentissage rapide qui peuvent être émulés</p>
Favorisés par la culture et les compétences	Culture d'apprentissage et d'amélioration rapides Les systèmes sont gérés à tous les niveaux par des leaders ayant résolument adopté une culture de travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité.	<p>1) Mécanismes explicites d'élaboration d'une culture de travail d'équipe, de collaboration et d'adaptabilité dans toutes les activités, afin de créer et de maintenir des relations avec l'ensemble des partenaires nécessaires au soutien de l'apprentissage et l'amélioration rapides ainsi que de reconnaître les « échecs », en tirer des leçons et les surmonter</p>
	Compétences pour l'apprentissage et l'amélioration rapides Les systèmes sont rapidement améliorés par des équipes de tous les niveaux possédant les compétences nécessaires à la détermination et à la caractérisation des problèmes, à l'élaboration de stratégies fondées sur des données et des données probantes (et à l'apprentissage de stratégies éprouvées d'autres programmes, organismes et régions comparables), à la mise en œuvre de ces stratégies, au suivi de leur mise en œuvre, à l'évaluation de leurs impacts, aux modifications nécessaires au besoin, au maintien des stratégies éprouvées à l'échelle locale et au soutien de leur diffusion à grande échelle.	<p>1) Rapport public sur l'apprentissage et l'amélioration rapides</p> <p>2) Compétences réparties en matière d'apprentissage et d'amélioration rapides (p. ex. connaissances en matière de données et de recherche, co-conception, mise à l'échelle, leadership)</p> <p>3) Capacité interne à soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides</p> <p>4) Expertise centralisée en matière de soutien de l'apprentissage et de l'amélioration rapides</p> <p>5) Infrastructure d'apprentissage rapide (p. ex. apprentissage collaboratif)</p>

Autres leçons tirées de la littérature sur les systèmes de santé apprenant rapidement

Voici nos observations générales à propos de la littérature existante :

- 1) il n'existe pas de recette miracle pour créer des systèmes de santé apprenant rapidement, mais plusieurs études pointent vers des facteurs ou des stratégies qui ont appuyé la création d'un système de santé apprenant rapidement dans des contextes précis, comme la mobilisation des cliniciens de première ligne;
- 2) certaines caractéristiques se voient accorder beaucoup moins d'importance (p. ex. l'engagement des patients et l'harmonisation des arrangements de gouvernance, de financement et de prestation de services) que d'autres (p. ex. colliger numériquement les données pertinentes, les lier et les partager en temps opportun, et production rapide de données probantes), mais on porte une certaine attention aux liens entre les atouts actuels selon les sept caractéristiques;
- 3) il faut résoudre plusieurs enjeux éthiques dans un système de santé apprenant rapidement (p. ex. confusion sur le type de surveillance des enjeux éthiques selon les efforts d'apprentissage et d'amélioration).

Autres éléments contextuels pertinents à la création de systèmes de santé apprenant rapidement au Canada

La conception originale du système de santé apprenant de l’Institute of Medicine se concentrerait d’abord sur les rencontres cliniques, les programmes ou les organisations (appelés ci-dessous les niveaux cliniques) et ciblait six phases :

- 1) cerner les problèmes (et potentiellement les solutions novatrices) par un examen interne et externe;
- 2) concevoir des soins et des évaluations fondés sur des données probantes locales et externes;
- 3) exécuter le plan sous forme de projet pilote avec groupe témoin;
- 4) évaluer le plan afin de déterminer ce qui fonctionne ou non;
- 5) ajuster le plan, avec des améliorations en continu fondées sur les résultats de l’évaluation; et
- 6) diffuser les résultats pour améliorer les soins dans tout le système (8; 9).

Les quatre premières étapes se retrouvent aussi au niveau des autorités de santé et des gouvernements (ci-dessous, les niveaux politiques) :

- 1) clarifier les problèmes (et leurs causes);
- 2) choisir des options;
- 3) cerner les aspects à considérer pour la mise en œuvre;
- 4) surveiller la mise en œuvre et évaluer les effets.

Toutefois, à ces niveaux, les problèmes et les solutions peuvent être de nature clinique (p. ex. quels programmes, services ou médicaments individuels doit-on financer?), peuvent toucher à la santé publique (p. ex. quels programmes ou services axés sur un groupe ou une population doit-on fournir?) ou peuvent impliquer les arrangements de gouvernance, de financement et de prestation de services (p. ex. qui peut prendre quelles décisions, comment l’argent est-il réparti et comment la prestation est-elle organisée pour fournir les bons programmes, services et produits à ceux qui en ont besoin?).

On retrouve aussi ces étapes au niveau de l’autogestion ou en considérant le patient au niveau de la rencontre clinique (ci-après les niveaux patients) :

- 1) comprendre les facteurs de risque ou le problème de santé;
- 2) faire des choix quant au traitement (dans un processus de prise de décisions partagée avec le médecin ou l’équipe de soins), prendre des décisions sur l’autogestion de la maladie et bien prendre en charge le problème de santé;
- 3) surmonter les obstacles aux changements de comportement et adhérer au parcours choisi; et
- 4) faire un suivi du trouble de santé, seul ou en partenariat avec le médecin ou l’équipe de soins.

Bien sûr, les patients sont idéalement aussi des partenaires aux niveaux clinique et politique (en faisant partie d’une équipe travaillant à la conception d’un programme ou d’une évaluation de programme, en participant à un panel de citoyens pour relever un défi précis au niveau de l’autorité de santé, en tant que membre d’un conseil consultatif provincial des parents et de la famille).

Atouts et lacunes des systèmes de santé apprenant rapidement au Canada

Bon nombre d’atouts actuels peuvent être améliorés et plusieurs lacunes peuvent être comblées par la création de systèmes de santé apprenant rapidement au Canada, tant pour les systèmes individuels que pour des secteurs précis (soins de première ligne) ou des populations précises (les personnes âgées).

Bien que la liste des atouts actuels soit particulièrement riche, certaines lacunes notables persistent dans plusieurs juridictions.

- 1) les patients ne sont pas significativement impliqués pour définir les priorités (en ce qui concerne les expériences de soins et les résultats prioritaires pour l’apprentissage et l’amélioration rapides) ou à co-produire des stratégies visant à définir ces priorités, et ils disposent de peu de recours autres que les plaintes et les votes pour exprimer leur frustration si un problème survient;
- 2) les données sur les expériences des patients (liées aux services et aux transitions ou les expériences longitudinales) ne sont souvent pas liées et diffusées de façon rapide et claire afin de soutenir l’apprentissage et l’amélioration rapides à l’échelle locale;
- 3) les données probantes issues de la recherche sur les problèmes prioritaires et les possibilités d’amélioration ne sont souvent pas produites, synthétisées, conservées et diffusées de façon rapide et adaptées au contexte afin de soutenir l’apprentissage et l’amélioration rapides;

- 4) les outils d'aide à la décision sont souvent insuffisamment axés sur la satisfaction des besoins locaux;
- 5) l'harmonisation des arrangements de gouvernance, de financement et de prestation visant à soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides est souvent inadéquate ou pas encore entièrement en place (p. ex. par rapport aux soins primaires et à la santé publique);
- 6) une culture d'apprentissage et d'amélioration rapides n'est pas encore étendue à tous les domaines d'intérêts (en particulier l'aspect « rapidité »); et
- 7) les compétences sont souvent insuffisamment réparties pour soutenir l'apprentissage et l'amélioration rapides entre les niveaux, les régions locales ou les problèmes (p. ex. dans les communautés plus petites ou en dehors des hôpitaux).

Les atouts et les lacunes pourraient aussi être documentés pour d'autres secteurs que les soins de première ligne (p. ex. les soins à domicile et communautaires), pour des populations autres que les personnes âgées (p. ex. les peuples autochtones), pour des régions (où il y a des autorités sanitaires sous-provinciales), pour des catégories de problèmes de santé priorisés (ou des déterminants sociaux de la santé, comme le logement) et pour des catégories de traitements priorisées (p. ex. les médicaments sur ordonnance) tout en gardant en tête ce qui est essentiel au niveau de l'autogestion, des rencontres cliniques, des programmes et des organisations. Les systèmes de santé apprenant rapidement au Canada se concrétiseront presque certainement sous la forme de nombreux systèmes de santé (et de services sociaux) interconnectés, même au sein d'une même juridiction. De telles analyses doivent être mises à jour régulièrement, et il faudra prendre des mesures pour mieux lier les atouts actuels.

Liens entre les atouts pour les systèmes de santé apprenant rapidement

Certains liens solides ont été établis entre les atouts actuels dans plusieurs juridictions (**tableau 5**), quoique l'établissement de tels liens visent rarement de manière explicite l'amélioration et l'apprentissage rapides. Bien que des occasions pourraient saisies pour mieux lier les atouts actuels à l'avenir.

Tableau 5 : Liens entre les atouts des systèmes de santé apprenant rapidement, par domaines de priorité

Liens entre les atouts actuels		
Pour le système de santé dans son ensemble	Pour les soins de première ligne	Pour les personnes âgées
<p>Liens solides établis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certaines autorités sanitaires régionales ou provinciales (ou leur équivalent) se sont associées dans un but précis (p. ex. les autorités sanitaires provinciales et des Premières Nations de la Colombie-Britannique, les Services de santé de l'Alberta, la région de la Montérégie au Québec, la région de Mississauga Halton en Ontario et la Régie de santé de l'Est de Terre-Neuve-et-Labrador), alors que d'autres utilisent explicitement un cadre d'apprentissage rapide pour tenter de s'associer (p. ex. Réseau de santé Vitalité au Nouveau-Brunswick) – voir les figures 2 (pour les personnes âgées en Alberta) et 4 (pour l'Ontario) ci-dessous. • Certains gouvernements se sont associés pour répondre rapidement à de nouvelles crises (crise des opioïdes) ou pour continuer de s'améliorer dans la gestion des urgences (p. ex. catastrophes naturelles en Alberta) – voir la figure 3 ci-dessous (pour la crise des opioïdes au Québec). • Certains gouvernements (Nouveau-Brunswick) ont associé des sources de données pour dresser un meilleur portrait de la situation. • Certaines unités de soutien de la SRAP (p. ex. l'Ontario et les Territoires du Nord-Ouest) se sont associées pour favoriser la recherche rapide axée sur le patient et sur les impacts. 	<p>Liens solides établis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains gouvernements (p. ex. celui du Québec) ont créé et lié des ressources actuelles, comme des rapports de réflexion, pour améliorer la compréhension des médecins de leur pratique (Rapport de votre offre de services en établissement et hors établissement – ROSEH) ainsi que des collectifs d'apprentissage pour améliorer les services de première ligne et mieux prévenir et prendre en charge les maladies chroniques (Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de première ligne en prévention et en gestion des maladies chroniques – COMPAS). • Certaines autorités sanitaires provinciales ou régionales ont associé des ressources actuelles des soins primaires dans un but précis – voir la figure 1 ci-dessous (pour les soins de première ligne à Terre-Neuve-et-Labrador). 	<p>Liens solides établis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains groupes et programmes ont ciblé des occasions dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux afin de collaborer sur un enjeu précis, en apportant chacun de la valeur selon leurs ressources actuelles et en se liant à des ressources actuelles nationales ou pancanadiennes, lorsque cela était approprié (p. ex. les Réseaux de centres d'excellence, comme le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, avec une expertise clinique et en recherche, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé pour obtenir des données sur les problèmes; l'Agence canadienne des médicaments et des

Liens entre les atouts actuels		
Pour le système de santé dans son ensemble	Pour les soins de première ligne	Pour les personnes âgées
<p>Occasions importantes de lier les atouts actuels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Conseil consultatif sur la mise en œuvre d'un régime national d'assurance-médicaments pourrait faire des recommandations soutenant l'amélioration et l'apprentissage rapides dans la couverture et l'utilisation des médicaments sur ordonnance – voir la figure 5 ci-dessous. Les organisations de santé pancanadiennes pourraient soutenir l'amélioration et l'apprentissage rapides de manière plus soutenue. Les plateformes (ou les registres) pourraient fournir un accès plus rapide à plus de données harmonisées sur la santé pour certaines catégories de troubles de santé ou de traitements ainsi que des seuils de référence. L'association des autorités sanitaires régionales de certains territoires (p. ex. Saskatchewan et Territoires du Nord-Ouest) et les efforts planifiés de centralisation des données (Terre-Neuve-et-Labrador) et des capacités de recherche (Nouvelle-Écosse) pourraient mener à une meilleure harmonisation soutenant l'amélioration et l'apprentissage rapides. 	<ul style="list-style-type: none"> Le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires récolte des renseignements sur la santé provenant des dossiers médicaux électroniques des fournisseurs de soins primaires participants au Canada et en fait des rapports. <p>Occasions importantes de lier les atouts actuels</p> <ul style="list-style-type: none"> Le Réseau sur les innovations en soins de santé intégrés et de première ligne de la SRAP peut en faire encore plus maintenant qu'il a l'appui d'un bureau de coordination national. Les guichets uniques pour les soins de première ligne interprofessionnels de certaines communautés rurales (Saskatchewan) sont bien positionnés pour appuyer l'amélioration et l'apprentissage rapides. 	technologies de la santé pour l'évaluation de solutions potentielles; la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé pour des collectifs soutenant la mise en œuvre).

Fenêtres d'opportunité pour les systèmes de santé apprenant rapidement

Certaines fenêtres d'opportunité pourraient être utilisées pour stimuler le développement et la consolidation des systèmes de santé apprenant rapidement dans certaines juridictions (**tableau 7**). Certaines d'entre elles, comme des élections, peuvent être prêtes à saisir (p. ex. au Québec, où il y avait une grande centralisation de l'autorité ainsi qu'une hésitation quant au partage des données) ou peuvent être des obstacles potentiels à l'atteinte des systèmes de santé apprenant rapidement (p. ex. en Alberta, où les politiques sont stables depuis longtemps).

Tableau 7 : Fenêtres d'opportunité pour créer des systèmes de santé apprenant rapidement, par domaines de priorité

Fenêtres d'opportunité			
Pour le système de santé dans son ensemble	Pour les soins de première ligne	Pour les personnes âgées	Pour une autre priorité récente ou prévue
<ul style="list-style-type: none"> Utilisation accrue du cadre et de ses concepts dans les systèmes de santé (p. ex. en C.-B., en Ontario et au Nouveau-Brunswick) y compris dans les organisations de soutien (p. ex. le Academic Health Sciences Network de la C.-B. et l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada). Reconfiguration des organisations pancanadiennes de santé. Nouveau président des Instituts de recherche en santé du Canada et nouveau processus de planification stratégique (comprenant un possible renouvellement de la SRAP). Rôle accru des conseillers auprès des patients et des membres de leur famille. Capacité accrue en recherche rapide et adaptée dans les systèmes de santé. Fusion des autorités régionales de la santé (p. ex. la Saskatchewan et les Territoires du Nord-Ouest). 	<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux mécanismes d'engagement des médecins de famille et de partage des données avec eux (p. ex. C.-B. et Terre-Neuve-et-Labrador). 	<ul style="list-style-type: none"> Population vieillissante et augmentation de la demande publique pour des systèmes de santé qui répondent mieux aux besoins des patients. Nouveaux fonds pour tester et évaluer des moyens de soutenir le vieillissement en santé (p. ex. 	<ul style="list-style-type: none"> Proposition en développement pour la mise en œuvre de l'assurance-médicaments nationale. Plus grand engagement de la société envers la réconciliation et plus de mécanismes de prise de décisions pour les chefs autochtones.

Fenêtres d'opportunité			
Pour le système de santé dans son ensemble	Pour les soins de première ligne	Pour les personnes âgées	Pour une autre priorité récente ou prévue
<ul style="list-style-type: none"> Nouveaux partis au pouvoir qui pourraient soutenir la prise de décisions décentralisée nécessaire à l'amélioration et à l'apprentissage rapides (p. ex. au Québec). 		Nouveau-Brunswick).	

Bien que la question ne nous ait pas été posée directement, nous répertorions ci-dessous certains des facteurs relevés dans nos synthèses rapides précédentes qui pourraient nuire à la pleine exploitation des occasions à saisir :

- 1) les gestionnaires des systèmes de santé prennent des décisions ponctuelles qui ne permettent pas de tendre vers un système de santé apprenant rapidement (un peu comme les manquements à l'agrément attirent l'attention des organisations seulement pendant la courte période où il est nécessaire d'y remédier plutôt que de stimuler l'implantation de processus d'amélioration et d'apprentissage rapides);
- 2) des défenseurs de l'investissement uniquement dans les données, ou uniquement en recherche primaire ou uniquement en recherche libre stimulent seulement des décisions qui ne garantissent pas un équilibre approprié du partage rapide des données, de la recherche originale rapide et des synthèses rapides de données existantes (ou un équilibre approprié entre le soutien de l'utilisation des données, de la recherche et des synthèses et de leur création); et
- 3) des leaders en amélioration de la qualité cherchent à s'approprier le processus d'une manière qui ne peut générer et maintenir des capacités décentralisées d'amélioration et d'apprentissage rapides dans les systèmes de santé et les systèmes de recherche.

Globalement, la notion qui était la source des opinions les plus divergentes chez les répondants clés était l'utilisation du mot « rapide ». Certains ont exprimé leurs doutes quant au fait que l'apprentissage et l'amélioration pouvaient se faire rapidement. Un membre de l'équipe de rédaction de la synthèse rapide originale a répondu : « Ça dépend, ça devrait être plus rapide que le rythme lent d'amélioration et d'apprentissage qu'on voit en ce moment. » D'autres ont suggéré qu'il faudrait viser une amélioration et un apprentissage aussi rapides que le rythme que nous souhaiterions si nous-mêmes ou un membre de notre famille étions un patient affecté. D'autres encore ont exprimé leur inquiétude par rapport au fait que la vitesse, surtout en recherche, affecterait la qualité, mais idéalement la priorisation de la vitesse sur la qualité devrait être explicitement définie dans chaque situation.

Synergies potentielles pour des collaborations pancanadiennes dans la création de systèmes de santé apprenant rapidement

Quelques interdépendances véritables (p. ex. des ententes contractuelles pour les patients d'un système de santé, comme ceux demandant des soins très spécialisés ou vivant dans des communautés frontalières, requérant qu'ils soient traités dans un autre système) et d'autres enjeux communs peuvent être utilisés pour stimuler des collaborations pancanadiennes (**tableau 8**). Un enjeu commun particulièrement intéressant est le besoin de créer des normes d'agrément et d'autres mesures de soutien pour les organisations et les systèmes apprenant rapidement.

Tableau 8 : Synergies potentielles pour des collaborations panafricaines dans la création de systèmes de santé apprenant rapidement, par domaines de priorité

Interdépendances et enjeux communs			
Pour le système de santé dans son ensemble	Pour les soins de première ligne	Pour les personnes âgées	Pour une autre priorité récente ou prévue
<p>Interdépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> • (Absence de) dossiers médicaux électroniques complets et interopérables • Plateforme nationale de données de la SRAP qui permettrait l'établissement de références, l'évaluation des essais dans des conditions naturelles, entre autres, ainsi que d'autres atouts de la SRAP nationale • Ententes entre les gouvernements pour les soins spécialisés (p. ex. pour les soins très spécialisés ou pour les personnes habitant dans un territoire de compétence de petite taille ou près des frontières) <p>Enjeux communs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins en santé mentale et en dépendances, y compris la gestion de la crise des opioïdes • Soins à domicile • Prestation de services par cybersanté • Soins dans les communautés rurales et éloignées 	<p>Interdépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formation des médecins <p>Enjeux communs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rémunération des médecins 	<p>Interdépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucune interdépendance identifiée <p>Enjeux communs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soins des personnes présentant des troubles de santé complexes ou plusieurs troubles (multimorbidité) 	<p>Interdépendances</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médicament sur ordonnance, notamment la potentielle assurance-médicaments nationale • Soins par et pour les peuples autochtones (besoin d'une application systémique, particulièrement dans les trois territoires) <p>Enjeux communs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aucun enjeu commun identifié

Conclusion

Un cadre de systèmes de santé apprenant rapidement (et les concepts associés) a le potentiel de fournir une porte d'entrée à tous ceux qui veulent faire pencher la balance en faveur des patients et de leur famille, peu importe le secteur de soins, les conditions, les traitements ou la population à laquelle ils appartiennent. Les systèmes de santé au Canada disposent déjà de plusieurs atouts qui pourraient être renforcés, liés et utilisés pour soutenir l'amélioration et l'apprentissage rapides.

La création ou la consolidation d'une action nous rapprochant des systèmes de santé apprenant rapidement demandera vraisemblablement à tout système de santé :

- 1) un certain degré de coordination centralisée des efforts (p. ex. dans les bureaux du sous-ministre adjoint pour les politiques stratégiques ou d'un haut dirigeant d'une autorité de la santé provinciale) pour :
 - a) utiliser le cadre,
 - b) documenter et mettre à jour régulièrement les atouts en place et les lacunes à différents niveaux (autogestion, rencontres cliniques, programmes, organisations, autorités régionales ou provinciales, et gouvernement) et priorités (secteur, problème de santé, traitement et population),
 - c) graduellement relier les atouts déjà en place et combler les lacunes,
 - d) veiller à l'établissement de liens solides entre les politiques, les stratégies et les activités;
- 2) un certain degré de décentralisation des efforts pour soutenir l'amélioration et l'apprentissage rapides à différents niveaux et dans différents domaines selon les besoins, les capacités et les limites locales;
- 3) des rencontres régulières avec les acteurs clés de différents niveaux et de différents domaines (et idéalement la création d'une communauté de pratique à ce propos), ainsi que des organisations de santé qui investissent dans la création de systèmes de santé apprenant rapidement et contribuent ainsi au changement de culture dans leur région.

Une telle initiative nécessitera aussi vraisemblablement la coordination des leçons tirées, de l'échange des pratiques exemplaires et d'autres soutiens qui ont cours dans les systèmes de santé. Des organisations comme l'Institut des services et des politiques de la santé des IRSC et l'Alliance de recherche sur les services et les politiques de santé au Canada sont bien placées pour jouer ce rôle.

RÉFÉRENCES

1. STARFIELD, B. « Is primary care essential? », *The Lancet*, vol. 344, n° 8930, 1994, p. 1129-1133.
2. LAVIS, J., FP GAUVIN, R. REID, H. BULLOCK, W. WODCHIS et A. HAYES. *Rapid synthesis: Creating a rapid-learning health system in Ontario, Canada: Forum sur la santé de l'Université McMaster*, 2018.
3. INSTITUTE OF MEDICINE. *The Learning Health System and Its Innovation Collaboratives: Update Report*, Washington, National Academies Press, 2011.
4. HALPERN D., et D. MASON. « Radical incrementalism », *Evaluation*, vol. 21, n° 2, 2015, p. 143-149.
5. INSTITUTE OF MEDICINE COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington, National Academies Press, National Academy of Sciences, 2001.
6. COMITÉ CONSULTATIF SUR LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO. *La qualité ça compte: un plan d'amélioration de la qualité des soins de santé*, Toronto, Qualité des services de santé Ontario, 2017.
7. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL. « Engaging patients in health research: The Ontario experience », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 190, numéro supplémentaire, 2018.
8. GREENE S. M., R. J. REID et E. B. LARSON. « Implementing the learning health system: From concept to action », *Annals of Internal Medicine*, vol. 157, n° 3, 2012, p. 207-210.
9. INSTITUTE OF MEDICINE ROUNDTABLE ON EVIDENCE-BASED MEDICINE. « The National Academies Collection: Reports funded by National Institutes of Health », dans OLSEN L. A., D. AISNER et J. M. MCGINNIS (directeurs). *The Learning Healthcare System: Workshop Summary*, Washington, National Academies Press, National Academy of Sciences, 2007.



HEALTH FORUM

>> Contactez-nous

1280 rue Main Ouest, MML-417
Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
+1.905.525.9140 poste 22121
forum@mcmaster.ca

>> Suivez-nous

mcmasterforum.org
healthsystemsevidence.org
mcmasteroptimalaging.org
● ● ● mcmasterforum

FORUM+

