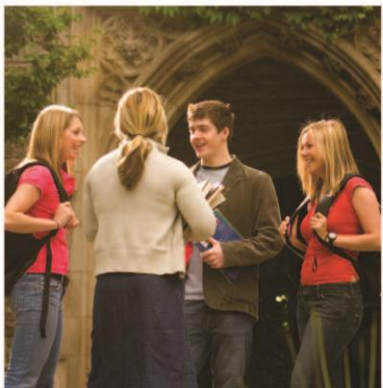




SYNTHÈSE
D'INFORMATION



RENFORCER LES SOINS DE
SANTÉ PRIMAIRES AU
CANADA



Le 8 janvier 2010

EVIDENCE >> INSIGHT >> ACTION

**Synthèse d'information:
Renforcer les soins de santé primaires au Canada**

Le 8 janvier 2010

McMaster Health Forum

Pour les citoyens intéressés de même que les penseurs et les acteurs influents, le McMaster Health Forum s'efforce de jouer le rôle de pivot de l'amélioration des résultats de santé grâce à une résolution collective des problèmes. En agissant à un niveau régional ou provincial et au niveau national, le forum met en valeur l'information, réunit les parties prenantes et prépare les dirigeants tournés vers l'action à surmonter de façon créative les problèmes de santé urgents. Le forum agit comme un agent du changement en donnant aux parties prenantes la possibilité de déterminer les agendas, de prendre des mesures bien motivées et de communiquer efficacement la justification des mesures.

Auteurs

John N. Lavis, docteur en médecine, directeur, McMaster Health Forum, professeur et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur le transfert et l'échange des connaissances, McMaster University

Jessica Shearer, MHS, adjointe à la recherche, McMaster Health Forum

Financement

La synthèse d'information et le dialogue destiné à informer des parties prenantes ont été tous les deux financés par le Conseil canadien de la santé. Les vues exprimées dans la synthèse d'information sont les vues des auteurs et ne doivent pas être considérées comme représentant les vues du Conseil canadien de la santé, de ses conseillers, de son secrétariat ou de son principal fondateur (Santé Canada).

John Lavis reçoit une aide salariale du Programme des chaires de recherche du Canada.

Le McMaster Health Forum reçoit un soutien financier et non financier de la part de McMaster University.

Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt professionnel ou commercial en lien avec la synthèse d'information. Le fondateur n'a joué aucun rôle dans la détermination, la sélection, l'évaluation, la synthèse ou la présentation des données de recherche ciblées dans la synthèse d'information.

Examen du mérite

La synthèse d'information a été examinée par un nombre restreint de chercheurs, de stratèges et de parties prenantes, afin d'en assurer la rigueur scientifique et la pertinence pour le système.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier Jason Akerman et Ameya Bopardikar pour leur aide dans l'analyse documentaire, ainsi que Nancy Johnson (responsable, Publications, McMaster Health Forum) pour son aide dans la rédaction et la mise en forme de la synthèse d'information. Nous remercions le Conseil canadien de la santé et son secrétariat pour leur contribution à l'élaboration et à l'orientation intellectuelle du projet. Nous remercions également Alina Gildiner, Andrea Stevens Lavigne et Lisa Dolovich pour leurs commentaires sur la version précédente de la synthèse d'information.

Citation

Lavis JN, Shearer JC. Synthèse d'information : Renforcer les soins de santé primaires au Canada. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 8 janvier 2010.

Numéros d'enregistrement des publications :

ISSN 1929-7963 (imprimé)

ISSN 1929-7971 (en ligne)

Table des matières

MESSAGES CLÉS..... 5

RAPPORT 9

LE PROBLÈME 13

QUATRE OPTIONS DE GESTION DU PROBLÈME 14

 Option 1 – Appuyer l’extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l’utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements cibles, de la formation professionnelle continue et de la vérification de leurs pratiques de soins de santé primaires. 16

 Option 2 – Soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle 21

 Option 3 – Encourager l’utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l’association entre le soutien à l’autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d’information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires. 23

 Option 4 – Promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme d’échange de connaissances afin que les juridictions apprennent de leurs expériences respectives 25

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE..... 29

RÉFÉRENCES 32

ANNEXE 35

 Domaine 1 : Cadre politique et financier en soutien aux soins de santé primaires 37

 Domaine 2 : Vastes initiatives portant sur les systèmes de santé et soutenant explicitement les soins de santé primaires..... 41

 Domaine 3 : Conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires 45

 Domaine 4 : Systèmes d’information clinique soutenant les équipes de soins de santé primaires, les fournisseurs de soins de santé primaires et les patients 49

 Domaine 5 : Soutien décisionnel destiné aux fournisseurs et aux équipes de soins de santé primaires ... 52

 Domaine 6 : Soutien à l’autogestion pour les patients et leur famille..... 54

 Domaine 7 : Ressources communautaires pour les patients et leur famille..... 55

MESSAGES CLÉS

Quel est le problème?

- Le problème le plus important réside dans l'accès limité ou inéquitable aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux.
 - Les progrès sont lents, mais soutenus (même si inégaux) en ce qui concerne (1) l'amélioration de l'accès aux programmes, aux services et aux médicaments efficaces dans les soins de santé primaires et (2) l'adaptation des structures des systèmes de santé pour veiller à ce qu'elles soutiennent la prestation de programmes, de services et de médicaments efficaces dans ces environnements. Néanmoins, l'accès des Canadiens à des programmes, des services et des médicaments efficaces n'est pas aussi performant qu'il le pourrait et les structures des systèmes de santé ne prennent souvent pas en charge la prestation de ces programmes, services et médicaments.

De quels renseignements disposons-nous (extraits d'entrevues et d'analyses documentaires) sur les options viables pour traiter le problème?

- Option 1 – Appuyer l'extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l'utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification de leurs pratiques des soins de santé primaire
 - Les informateurs avancent que les fournisseurs de soins de santé doivent être formés très tôt dans leur transition vers les soins de santé gérés par une équipe et mettent en lumière l'importance du regroupement des services et des soutiens, comme les dossiers médicaux électroniques. Ils signalent les difficultés associées au fait que les médecins qui travaillent dans les soins de santé primaires dépendent d'autres personnes que des fournisseurs de soins de santé, et au fait que la prestation de services de santé gérés par une équipe s'accroît en période de ralentissement économique.
 - Les informateurs avancent que la réussite de la mise en place de dossiers médicaux électroniques repose sur le financement et les autres incitatifs permettant aux médecins et aux équipes de soins de santé primaires d'acheter le matériel et les logiciels de soutien aux dossiers médicaux électroniques (les rendre obligatoires pour recevoir des paiements ciblés), à la formation et au soutien à l'utilisateur (ce qui peut être réalisé en plaçant un spécialiste des technologies de l'information, qui comprend les besoins et les contraintes des fournisseurs de soins de santé, dans une clinique pour une période déterminée) et aux représentants des fournisseurs des soins de santé (parfois rémunérés pour leurs efforts).
 - Les informateurs remarquent que les paiements ciblés doivent s'aligner sur les objectifs de la population, être conçus pour récompenser les pratiques exemplaires et être continuellement ajustés pour traduire les besoins changeants, les nouvelles données de recherche et la réactivité des fournisseurs des soins de santé.
 - Les informateurs n'avancent aucun point de vue et aucune expérience de formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins de santé primaires, au-delà d'initiatives comme le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique et le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario.
 - Certains informateurs suggèrent que les analyses comparatives cliniques (fournissant des commentaires sur la performance grâce à une comparaison avec les pairs) pourraient bien fonctionner dans les juridictions canadiennes.
- Option 2 – Soutenir l'extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle
 - Les informateurs remarquent que les équipes de soins axées sur la collaboration interprofessionnelle sont moins fréquentes que les équipes dirigées par un médecin.
 - La poussée vers la prestation de soins de santé primaires gérés par une équipe est accompagnée, dans certaines juridictions, par des efforts plus importants pour accroître l'étendue des pratiques des non-médecins. De nombreux informateurs remarquent que l'étendue de la portée des pratiques doit être

accompagnée de nouveaux schémas de financement et de rémunération ainsi que d'efforts proactifs pour aider les fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas médecins à travailler dans une portée étendue des pratiques. Un certain nombre d'informateurs remarquent que la façon dont l'étendue de la portée des pratiques est négociée et soutenue peut influencer la manière dont cette étendue est perçue par les médecins.

- Les informateurs avancent que le modèle de centre de santé communautaire est habituellement plus adapté aux populations difficiles à rejoindre (p. ex., les personnes très pauvres, les personnes habitant les quartiers centraux des villes, les minorités linguistiques et des groupes ethnoculturels précis) ou aux populations avec des besoins uniques (comme les patients présentant des facteurs de risque multiples ou une maladie chronique).
- Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires
 - Alors que quatre des six caractéristiques de l'Option 3 ont été abordées ci-dessus, les informateurs ont également évoqué l'importance du soutien à l'autogestion pour les patients et leurs familles ainsi que des ressources communautaires destinées aux patients et à leurs familles. Les informateurs remarquent que le soutien à l'autogestion représente une caractéristique fondamentale des centres de santé communautaire (souvent assez innovant, comme les visites en groupe), mais ce soutien est bien moins fréquent dans les pratiques des équipes de soins de santé primaires dirigées par un médecin. Les informateurs n'avancent aucun point de vue et aucune expérience quant aux ressources et aux outils destinés aux patients dans les soins de santé primaires ou quant aux groupes d'entraide dans les soins de santé primaires, bien que plusieurs informateurs clés des centres de santé communautaire remarquent l'utilisation étendue des groupes d'entraide dans leurs structures.
 - De nombreuses régies régionales de la santé sont responsables de l'intégration des soins de santé primaires dans quelques ressources communautaires, mais en réalité ces régies sont rarement hébergées sous le même toit dans une région donnée, avec l'exception possible des centres de santé communautaires. Plusieurs informateurs suggèrent le besoin d'harmoniser les politiques et les stratégies à cet égard, dans un premier temps à un niveau plus stratégique ou à un échelon macroéconomique. Les informateurs remarquent que de nombreuses régies régionales de la santé essaient de faire participer les collectivités et sont engagées dans le développement des ressources communautaires.
- Option 4 – Promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme d'échange de connaissances afin que les juridictions apprennent de leurs expériences respectives
 - Certains informateurs clés suggèrent le fait qu'une nouvelle vision pancanadienne relancerait l'activité aux niveaux provinciaux et territoriaux, et que les possibilités d'apprentissage partagé sont toujours valables.
 - Tous les informateurs semblent être d'accord sur le fait que la diversité au sein des systèmes de santé et entre les systèmes de santé au Canada nécessite plusieurs modèles et qu'aucune approche uniformisée, aucune approche indûment rigoureuse ou aucune méthode prescriptive ne fonctionnerait. Les visions partagées ou collaboratives orientées vers les soins de santé primaires ont été considérées importantes, mais elles ne peuvent donner de résultats que si elles favorisent une flexibilité locale dans leur fonctionnement et dans leur application. Les informateurs ont des sentiments partagés quant aux avantages d'établir des délais et des objectifs pancanadiens visant à renforcer les soins de santé primaires.

Quelles réflexions devons-nous garder à l'esprit quant à la mise en œuvre?

- Les quatre messages généraux en lien avec la mise en œuvre sont :
 - Les initiatives liées aux soins de santé primaires doivent être flexibles et pertinentes localement pour être mises en œuvre et aboutir aux impacts souhaités.
 - Les initiatives liées aux soins de santé primaires à l'échelle du système doivent commencer avec les changements fonctionnels et opérationnels, puis doivent suivre avec succès les structures

- organisationnelles nécessaires à leur soutien. Dit autrement, les stratèges et les parties prenantes doivent initialement rechercher des solutions fonctionnelles et non des solutions structurelles.
- Un leadership de soutien et visionnaire peut faciliter l'amélioration en lien avec les options ci-dessus.
 - Les changements dans les systèmes de santé du Canada sont rarement rapides, c'est pourquoi les stratèges et les parties prenantes qui assurent la promotion ou la direction des initiatives liées aux soins de santé primaires nécessitent de la patience et des engagements à long terme.
 - Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les stratèges et les parties prenantes au niveau des soins de santé primaires doivent s'améliorer en ce qui concerne la mise en valeur des stratégies et des objectifs existants, comme les initiatives liées à la période d'attente, en démontrant la manière dont les systèmes renforcés de soins de santé primaires peuvent soutenir la mise en œuvre de ces stratégies et l'atteinte de ces objectifs. Ils remarquent également que les initiatives liées aux soins de santé primaires doivent mieux s'aligner sur d'autres initiatives politiques, notamment la gestion des maladies chroniques, le fait de vieillir chez soi et les soins de longue durée, et que le rôle des soins de santé primaires pour chacune de ces initiatives doit être articulé plus clairement. Dit autrement, ils remarquent que les soins de santé primaires doivent être grand public, c'est-à-dire intégrés dans toutes les politiques de soins de santé.
 - Le contrôle et l'évaluation sont considérés par de nombreux informateurs clés comme un élément manquant de la plupart des cadres politiques existants (et des cadres de mise en œuvre). Un certain nombre d'informateurs clés commentent le fait que la surveillance et l'évaluation ne doivent pas être considérés comme une responsabilité ou un exercice de rapport, mais plutôt comme un moyen de soutenir l'amélioration. Un informateur clé commente le fait qu'une orientation vers « l'amélioration » pourrait exciter les fournisseurs ainsi que les gestionnaires des soins de santé et les motiver, particulièrement s'ils s'appuient sur des connaissances, des outils et des ressources.

RAPPORT

Un dialogue destiné à informer des parties prenantes convenu en mai 2009 a réuni un certain nombre de conseillers du Conseil canadien de la santé et d'autres parties prenantes. L'enjeu du dialogue est d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux du Canada. Sa motivation repose sur les questions qui continuent d'être posées sur les limites ou les inégalités dans l'accès aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Le dialogue a été documenté par une synthèse portant sur les données probantes qui a mobilisé les données de recherche à la fois à l'échelle mondiale et à l'échelle locale, trois options pour traiter le problème et les réflexions clés quant à la mise en œuvre. Dès que c'est possible, la synthèse portant sur les données probantes récapitule les données de recherche puisées dans les revues systématiques des rapports de recherche. Alors que la synthèse portant sur les données probantes s'efforce de prendre en considération tous les Canadiens, il accorde également, lorsque c'est possible, une attention particulière à trois groupes :

- les citoyens âgés, en particulier ceux atteints de plusieurs maladies chroniques;
- les populations autochtones (c.-à-d. les Premières nations, Inuits et Métis);
- les personnes vivant avec une maladie mentale;

La synthèse portant sur les données probantes reconnaît que de nombreux autres groupes justifient un intérêt particulier et qu'une approche similaire pourrait être adoptée pour un bon nombre d'entre eux.

Un certain nombre de ceux qui ont participé au dialogue destiné à informer les parties prenantes, en mai 2009, ont conclu que l'enjeu politique sous-jacent devait être recadré. Comme le décrit le résumé du dialogue : « Ayant commencé le dialogue avec l'accent mis sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires, ils ont conclu que le véritable enjeu reposait sous la garantie de la durabilité des systèmes de santé publics du Canada en réorientant les systèmes de soins de santé primaires communautaires. La réorientation visualisée implique de se détacher des systèmes de soins de santé primaires orientés autour des fournisseurs, puis de s'orienter vers les systèmes construits autour des besoins des patients et de leurs familles en matière de soins de santé. »

Encadré 1 : Contexte de la synthèse d'information

Cette synthèse d'information puise dans une analyse documentaire et dans des entrevues d'informateurs clés au sujet d'un problème particulier, de quatre options de gestion du problème et des réflexions clés sur la mise en œuvre. Cette synthèse d'information complète une synthèse précédemment publiée portant sur les données probantes mobilisées à la fois à l'échelle mondiale et à l'échelle locale (principalement sous la forme de revues systématiques) au sujet d'un problème, de trois options de gestion du problème (un problème moins bien abordé dans cette synthèse d'information) et des réflexions clés sur la mise en œuvre. À l'instar de la synthèse portant sur les données probantes, la synthèse d'information ne contient aucune recommandation.

La préparation de la synthèse d'information inclut cinq étapes :

- 1) réunir un comité de direction composé de représentants de l'organisme partenaire et du McMaster Health Forum;
- 2) définir et perfectionner le cadre de référence de l'analyse documentaire et des entrevues des informateurs clés;
- 3) nommer, sélectionner et interroger les informateurs clés;
- 4) dresser une ébauche de la synthèse d'information, afin de présenter de façon concise et dans un langage accessible les messages clés de l'analyse documentaire et des entrevues des informateurs clés, notamment dans la mesure où ils éclairent un problème, des options et des réflexions sur la mise en œuvre, présentés dans la synthèse portant sur les données probantes;
- 5) finaliser la synthèse d'information à partir des commentaires de plusieurs examinateurs du mérite.

La synthèse d'information a été préparée pour éclairer un dialogue avec les parties prenantes au cours duquel les données de recherche issues de la synthèse portant sur les données probantes ainsi que les résultats de l'analyse documentaire et des entrevues des informateurs clés ont fait partie de nombreuses réflexions suscitées. Les opinions et les expériences des participants, de même que les connaissances tacites qu'ils apportent au débat sont aussi des intrants importants du dialogue. L'un des buts du dialogue entre les parties prenantes est de susciter des intuitions – des intuitions qui ne peuvent surgir que lorsque toutes les personnes impliquées dans la prise des décisions futures sur un problème ou touchées par ces décisions y travaillent ensemble. Le second objectif du dialogue avec les parties prenantes est de favoriser l'action des personnes qui participent au dialogue et de celles qui examinent le résumé du dialogue et les entrevues vidéo avec les participants au dialogue.

Comme le décrit plus en détail le résumé du dialogue :
« En puisant dans les données de la synthèse portant sur les données probantes, dans leurs connaissances, dans leurs expériences et dans les données des délibérations, un certain nombre de participants au dialogue ont conclu la chose suivante :

- il y a beaucoup d'écarts dans les systèmes de soins de santé primaires au Canada et l'absence d'une vision commune de système de soins de santé primaires;
- les systèmes de soins de santé primaires au Canada ne sont pas performants par rapport aux systèmes de la plupart des pays auxquels nous nous comparons couramment;
- les systèmes de soins de santé primaires au Canada ne sont pas durables sur le plan financier à l'état actuel, et peut-être que ces systèmes ne devraient pas être maintenus dans leur forme actuelle, étant donné qu'ils ont manqué de fournir la qualité des soins et des résultats que les Canadiens attendent d'eux et qui est visée dans les deux Accords des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003 et de 2004;
- le Canada a besoin d'une stratégie nationale orientée sur les soins de santé primaires axés sur le patient, soutenue par des dirigeants politiques de haut niveau (idéalement des premiers ministres), avec une vision pancanadienne; cette stratégie devrait formuler les caractéristiques structurelles des systèmes de soins de santé primaires qui, en vertu d'une vision pancanadienne, seraient communément adoptées dans tous les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux;
- le résumé de la synthèse portant sur les données probantes est disponible et devrait éclairer les décisions relatives aux caractéristiques structurelles courantes et nécessaires, ainsi que les décisions prises ultérieurement au sein de chaque système de santé public quant à ces caractéristiques structurelles répondant aux besoins uniques locaux et adaptées aux contextes locaux uniques;
- une coalition nationale élargie de parties prenantes, y compris les groupes de fournisseurs prêts au changement, devrait conduire la progression vers une stratégie nationale relative aux soins de santé primaires;
- il faut tirer des leçons sur la manière de constituer l'argumentaire d'une telle stratégie, à partir des efforts existants à petite échelle dans le domaine des réformes au Canada, souvent centrées sur les maladies isolées, à partir des autres domaines du Canada ayant rencontré un succès initial avec au moins un niveau de gouvernement et à partir d'autres pays ayant démontré du succès à plusieurs niveaux de juridictions. »

Encadré 2 : Domaines couverts dans l'analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés

Les sept domaines abordés dans ces entrevues sont les suivants :

1. Cadre politique et financier en soutien aux soins de santé primaires
 - Engagement politique
 - Cadre politique provincial et régional présentant des délais clairs
 - Engagements financiers clairs et progressistes
 - *Autres sous-domaines ayant émergé*
 - Besoin d'une vision pancanadienne
 - Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
2. Vastes initiatives portant sur les systèmes de santé et soutenant explicitement les soins de santé primaires
 - Initiatives liées à l'accès, à la qualité et à la sécurité
 - Collaboration sous-sectorielle (comme les soins à domicile ou les soins de santé psychiatriques)
 - Surveillance et évaluation
 - *Autres sous-domaines ayant émergé*
 - Régionalisation
 - Extension des champs de pratique des fournisseurs non-médecins
3. Conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires
 - Rattachement à un médecin, à une équipe de soins de santé primaires dirigée par un médecin ou à une équipe en collaboration interprofessionnelle.
 - Cibler les paiements pour des soins coordonnés et proactifs
 - *Autres sous-domaines ayant émergé*
 - Centres de santé communautaires
4. Systèmes d'information clinique soutenant les équipes, les fournisseurs et les patients travaillant dans des services de santé primaires
 - Dossiers médicaux électroniques
 - Systèmes de rappel
 - Analyses comparatives cliniques
 - Portail des patients
 - *Autres sous-domaines ayant émergé*
 - Initiatives de cyberSanté complémentaires et connexes ayant été considérées comme importantes
5. Soutien décisionnel destiné aux fournisseurs et aux équipes de soins de santé primaires
 - Ressources (p. ex., lignes directrices) et outils
 - Formation professionnelle continue
6. Soutien à l'autogestion pour les patients et leur famille
 - Ressources (p. ex., lignes directrices) et outils
 - Groupes d'entraide
7. Ressources communautaires pour les patients et leur famille
 - *Autres sous-domaines ayant émergé*
 - Développement des ressources communautaires

Cette synthèse d'information reprend ce que le résumé du dialogue n'aborde pas. Son objectif est de déterminer les leçons apprises des acteurs et des penseurs influents du Canada et tirées des documents publics disponibles provenant des 19 pays auxquels le système de soins de santé primaires est communément comparé (ou pourrait être comparé). En respect avec la synthèse portant sur les données probantes, les soins de santé primaires doivent normalement inclure des services de premier contact offerts par un ensemble de fournisseurs. La plupart du temps au Canada, ces fournisseurs sont des médecins généralistes et des médecins de famille. Cependant, de plus en plus, ces fournisseurs peuvent également inclure des infirmières praticiennes, des pharmaciens, des lignes téléphoniques d'information, entre autres. De nouveau en accord avec la synthèse portant sur les données probantes de la recherche, les soins de santé primaires doivent également servir une fonction de coordination, afin d'assurer la continuité des soins, alors que les patients recherchent des services plus spécialisés au sein du système de santé. La synthèse d'information accorde une attention particulière aux équipes de soins de santé primaires et détermine un certain nombre de défis rencontrés (et parfois abordés) dans le soutien de leur déploiement.

Les principales caractéristiques du contexte lié aux politiques et au système et relatif à cette synthèse d'information sont les mêmes que celles définies dans la synthèse portant sur les données probantes et elles méritent d'être rappelées ici :

- les systèmes de santé publics provinciaux et territoriaux du Canada se distinguent par une « négociation » prestation privée/paiement public avec les hôpitaux et les médecins;
- la négociation avec les médecins signifie depuis toujours que la plupart des soins de santé primaires sont fournis par des médecins qui travaillent dans le secteur privé avec généralement des honoraires à l'acte et mis en place au premier dollar;
- les autres fournisseurs de soins de santé (comme les infirmières et les psychologues) et les équipes dirigées par d'autres fournisseurs de soins de santé ne sont généralement pas admissibles à un paiement public ou le sont, mais sans permettre aux pratiques indépendantes des soins de santé primaires de devenir viables à une échelle élargie;
- dans la même veine, pour de nombreux canadiens, les médicaments sur ordonnance et les soins à domicile ne sont pas admissibles à un paiement public et, s'ils le sont, ce n'est pas avec le même type de couverture au premier dollar offerte pour les soins dispensés dans les hôpitaux et par les médecins;
- l'élément de la négociation principale axé sur la pratique privée signifie que les médecins sont prudents quant aux atteintes potentielles à leur autonomie professionnelle et commerciale (p. ex., les directives sur la nature des soins qu'ils fournissent ou la manière dont ils organisent et fournissent les soins);

Encadré 3 : Analyse documentaire

Les documents décrivant les expériences canadiennes dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires durables et de haute qualité ont été déterminés en recherchant les documents publiés, les rapports techniques et les documents gouvernementaux à l'aide des bases de données en ligne (MedLine, surveillance des politiques de santé), des sites Web des organisations de recherche non gouvernementales (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Instituts de recherche en santé du Canada, Change Foundation – Fondation pour le changement, Manitoba Centre for Health Policy – Centre de recherche du Manitoba en matière de politique de santé, etc.) et des sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux et du gouvernement fédéral.

Les documents décrivant les expériences internationales dans l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires durables et de haute qualité ont été déterminés à l'aide du site Web de la surveillance des politiques de santé (www.hpm.org), qui publie des descriptions semestrielles des activités liées aux réformes et aux politiques de santé dans les 19 pays à revenu élevé mis en comparaison avec le Canada.

D'autres documents ont été déterminés en examinant les listes de référence des documents obtenues grâce à nos recherches et en communiquant avec les spécialistes des juridictions dans lesquelles les documents sont difficiles à déterminer (ou à obtenir).

Pour être sélectionnés aux fins d'examen, les documents devaient porter sur au moins un des sept domaines décrits dans l'encadré 2.

Une personne a extrait les messages clés de chaque document et, en consultation avec une seconde personne, a analysé les données documentaires de façon thématique dans chacun des sept domaines (et dans les sous-domaines connexes) en utilisant toujours la même méthode comparative.
method.

Renforcer les soins de santé primaires au Canada

- Le rôle direct du gouvernement fédéral canadien dans la prestation de services de santé est principalement axé sur les populations des Premières nations et des Inuits, dont la plupart obtiennent des soins par l'intermédiaire des systèmes provinciaux et territoriaux.(1)

Les entrevues des informateurs clés et l'analyse documentaire puisent dans le cadre organisationnel soutenant le modèle de soins de santé primaires le plus holistique existant pour soutenir proactivement l'accès à un ensemble de programmes, de services et de médicaments efficaces, et leur utilisation (modèle de soins chroniques). Ces six caractéristiques, auxquelles nous faisons ici référence en tant que caractéristiques du système de soins de santé primaires incluent :

- le soutien à l'autogestion (c.-à-d. le fait de donner aux patients la possibilité de gérer leur santé et leurs soins, et les préparer à cette gestion);
- le soutien décisionnel (c.-à-d. la promotion des soins cliniques en accord avec les données probantes scientifiques et les préférences des patients grâce, par exemple, au fait d'intégrer les lignes directrices fondées sur les données probantes à la pratique clinique quotidienne, puis de soutenir leur mise en œuvre grâce à la formation professionnelle continue);
- la conception des systèmes de prestation (c.-à-d. assurer la prestation proactive des soins cliniques efficaces et efficaces qui tient compte des réalités culturelles, et un soutien à l'autogestion par les équipes interprofessionnelles);
- les systèmes d'information clinique (c.-à-d. l'organisation des données des patients et des populations pour faciliter l'efficacité et l'efficience des soins, au moyen, par exemple, d'un dossier médical électronique soutenant des rappels opportuns destinés aux fournisseurs et aux patients de même que la surveillance du rendement des équipes de soins de santé primaires et du système dans lequel elles travaillent);
- le soutien du système de santé (c.-à-d. la création d'une culture, d'une organisation et de mécanismes assurant la promotion de soins sécurisés et de haute qualité susceptibles d'inclure un changement complet appuyant visiblement bien le système et allant au-delà des « silos » pour les soins actifs, les soins de santé primaires, la santé publique, les soins à domicile et les soins de santé mentale);
- ressources communautaires (c.-à-d. la mobilisation des ressources communautaires pour respecter les besoins des patients, même si ces ressources ne font pas officiellement partie des systèmes de santé).(2)

Encadré 4: Entrevues des informateurs clés

Pour interpréter les messages clés définis dans l'analyse documentaire et en étendre la portée, des entretiens téléphoniques sont menés avec des décideurs, des parties prenantes et des chercheurs connaissant les activités de réforme des soins de santé primaires au Canada et au niveau international. Les informateurs clés canadiens proviennent de toutes les compétences canadiennes fédérales, provinciales et territoriales et d'un ensemble de structures (gouvernements, régies régionales de la santé, les soins de santé primaires, les associations de fournisseurs de soins de santé, les universités, entre autres). Les informateurs clés internationaux proviennent de deux pays de comparaison : le Royaume-Uni et les États-Unis.

Au total, 64 informateurs clés ont été invités à une entrevue et 40 ont accepté d'être interrogés. Dix personnes ont décliné l'invitation à une entrevue, mais trois d'entre elles nous ont redirigés vers une personne plus appropriée. Quatorze n'ont pas répondu à notre invitation pour une entrevue. Les entrevues ont été menées pendant une période au cours de laquelle de nombreux décideurs et parties prenantes devaient faire face à la grippe A (H1N1), ce qui a probablement contribué au fait que certaines personnes ont décliné l'invitation pour une entrevue ou n'ont pas répondu à l'invitation.

Le guide des entrevues couvre sept domaines, y compris les six caractéristiques du système de soins de santé primaires (décrites dans le corps de texte) et les cadres politiques et financiers disponibles pour soutenir les soins de santé primaires. Les questions ont porté sur les leçons tirées quant à savoir si et comment l'activité de ces sept domaines contribue à améliorer l'accès à des soins de santé primaires durables et de haute qualité au Canada. En général, deux à trois sous-domaines particuliers ont fait l'objet de questions précises dans chaque domaine.

Une personne a mené toutes les entrevues et, en consultation avec une seconde personne, a analysé les données des entrevues de façon thématique et a utilisé une méthode comparative constante pour adapter les activités types contenues dans le guide des entrevues et pour préciser la définition et l'interprétation des thèmes émergents.

L'approbation d'éthique relative aux entrevues des informateurs clés a été reçue de McMaster University.

Un exemplaire du guide des entrevues est disponible sur demande.

LE PROBLÈME

La synthèse portant sur les données probantes conclut que le problème le plus important réside dans l'accès limité ou inéquitable aux soins de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux. La synthèse a déterminé les trois caractéristiques principales du problème, à savoir :

- Les maladies chroniques représentent actuellement une part importante des conditions courantes que le système de soins de santé primaires doit prévenir ou traiter.
- L'accès des Canadiens à des programmes, des services et des médicaments efficaces n'est pas aussi performant qu'il le devrait, que ce soit lorsque les Canadiens déterminent eux-mêmes leurs besoins en soins ou (de façon plus proactive de la part des fournisseurs de soins de santé) lorsqu'ils ont une indication en la matière ou un besoin de prévention ou de traitement, en particulier de prévention et de traitement des maladies chroniques.
- Les structures des systèmes de santé n'ont pas toujours soutenu la prestation de programmes, de services et de médicaments efficaces. De nombreux canadiens 1) n'ont pas de médecin ou de lieu de soins régulier; 2) ne reçoivent aucun service de gestion efficace des maladies chroniques; ou 3) ne sont pas soignés dans un cabinet de soins de santé primaires qui utilise un dossier médical électronique, qui fait face à toute incitation financière pour la qualité ou qui nécessite la présence d'une infirmière. Le plus difficile à déterminer est la proportion de médecins bénéficiant d'une formation professionnelle continue en matière de gestion des maladies chroniques et la proportion de pratiques de soins de santé primaires : 1) qui sont périodiquement vérifiés pour leur performance dans la gestion des maladies chroniques; 2) qui emploient des modèles de pratiques dirigées par des médecins ou en collaboration; 3) qui adhèrent aux six caractéristiques du modèle de soins de santé primaires le plus holistique existant (modèle de soins chroniques).

La publication récente d'une étude sur les médecins des soins de santé primaires au Canada et les dix pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison a réaffirmé de nombreuses caractéristiques de ce problème.(3)

Alors qu'elles portent principalement sur les options de gestion de ces problèmes et sur les réflexions liées à la mise en œuvre, l'analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés ont permis de déterminer des progrès lents, mais soutenus (même si inégaux) au niveau de l'amélioration de l'accès à des programmes, des services et des médicaments efficaces dans les environnements de soins de santé primaires et de l'adaptation des structures des systèmes de santé pour veiller à ce qu'elles soutiennent la prestation de programmes, de services et de médicaments efficaces dans ces environnements. Cependant, le tableau général émergeant de l'analyse documentaire et des entrevues des informateurs clés est en accord avec les messages clés sur le problème mis en valeur dans la synthèse portant sur les données probantes.

QUATRE OPTIONS DE GESTION DU PROBLÈME

De nombreuses options pourraient être sélectionnées pour gérer le problème de l'accès limité ou inéquitable aux services de santé primaires durables, communautaires et de haute qualité offerts par les systèmes de santé publics fédéraux, provinciaux et territoriaux. Pour promouvoir la discussion autour du pour et du contre dans le choix d'options potentiellement viables, trois options ont été sélectionnées pour un examen plus approfondi dans la synthèse portant sur les données probantes. Elles se déclinent de la façon suivante :

- 1) construire à partir d'une base solide de soins de santé primaires dirigés par un médecin, en soutenant le développement de la gestion des maladies chroniques dans les services de santé dirigés par un médecin, grâce à un ensemble de dossiers médicaux électroniques, de paiements ciblés et grâce à la formation professionnelle continue ainsi qu'à la vérification des pratiques de soins de santé primaires;
- 2) construire à partir de modèles pilote prometteurs de travail en équipe dans les soins de santé primaires en soutenant le développement ciblé des pratiques en collaboration interprofessionnelle;
- 3) entreprendre une série importante de réformes pour soutenir l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les structures de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association de stratégies axées sur le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et la communauté.

La synthèse portant sur les données probantes se penche sur les éléments dont nous disposons sur ces options.

Cette synthèse d'information porte, par ailleurs, sur les leçons tirées de chacune de ces options dans l'analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés. La synthèse d'information inclut également une nouvelle option, la quatrième, à savoir :

- 4) promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme de partage des connaissances pour soutenir l'apprentissage entre les juridictions.

Dans cette section de la synthèse d'information, une attention particulière est accordée aux principaux résultats de l'analyse documentaire et des entrevues des informateurs clés, en lien avec chacune des quatre options. Ces résultats ont été notamment exprimés par un certain nombre d'informateurs clés et le résumé de ces résultats n'inclut généralement pas d'exemples propres à une juridiction particulière. Les résultats détaillés de l'analyse documentaire et des entrevues des informateurs clés, incluant des commentaires plus nuancés de la part des informateurs clés et un certain nombre d'exemples propres à une juridiction particulière, sont décrits dans l'annexe.

En résumant au moins quelques-uns des thèmes les plus importants, un informateur clé remarque ceci :

« Ces autres juridictions (provinces du Canada, Royaume-Uni, Australie) offrent de nombreuses possibilités d'apprentissage, mais leur mise en application fait apparemment défaut. Ce n'est pas uniquement la faute du système. Cela nécessite l'engagement de la politique du gouvernement pour mener le projet, cela nécessite une machine au niveau local ou régional pour le coordonner et, au niveau local, cela nécessite une communauté pour le déployer. »

Option 1 – Appuyer l’extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin, par l’utilisation combinée des dossiers médicaux électroniques, des paiements ciblés, de la formation professionnelle continue et de la vérification de leurs pratiques de soins de santé primaires.

Cette option comporte un certain nombre d’éléments, y compris :

- augmenter la proportion de patients suivis par un médecin régulier dans les soins de santé primaires;
- augmenter la proportion de médecins de soins de santé primaires participant à une équipe dirigée par un médecin;
- augmenter la proportion de médecins de soins de santé primaires offrant un ensemble de programmes et de services de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins de soins de santé primaires utilisant des dossiers médicaux électroniques pour soutenir les programmes et les services de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins recevant des paiements ciblés pour les programmes et les services de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins bénéficiant d’un programme efficace de formation professionnelle continue en matière de gestion des maladies chroniques;
- augmenter la proportion de médecins dont les pratiques de soins de santé primaires sont périodiquement vérifiées ou accréditées, afin d’assurer la qualité de la gestion des maladies chroniques.

La synthèse portant sur les données probantes résume les données de recherche à l’échelle mondiale de la façon suivante :

- « La gestion des maladies chroniques, les dossiers médicaux électroniques, les incitatifs financiers au niveau des médecins et au niveau des fournisseurs de santé (c.-à-d. les paiements ciblés), de même que la formation médicale continue en général et les conférences éducatives en particulier ont amélioré les processus et les résultats obtenus dans les services de santé (bien que la qualité des revues systématiques soutenant ces énoncés soit mitigée).
- Quatre études ont relevé les effets indésirables des incitatifs financiers.
- Des études du prix de revient des dossiers médicaux électroniques ont prévu des économies importantes. »

Ce résumé de haut niveau ne rend pas justice à la richesse de la synthèse des données probantes de la recherche sur ces sujets; cependant, cette synthèse portant sur les données probantes détaille beaucoup plus cette synthèse.

L’analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés ont déterminé un certain nombre de perspectives supplémentaires sur cette option. Les questions des entrevues relatives à trois domaines ont permis d’aborder cette option de façon plus directe : Domaine 3 (conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires); Domaine 4 (systèmes d’information clinique soutenant les équipes de soins de santé primaires) et Domaine 5 (soutien décisionnel destiné aux fournisseurs ou aux équipes de soins de santé primaires).

Dans le Domaine 3 – **conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés concernant le fait d’assurer le rattachement à un médecin, à une équipe de soins de santé primaires dirigée par un médecin ou à une équipe de soins en collaboration interprofessionnelle :

- De nombreux informateurs clés ont souligné l’importance du fait de rattacher les patients officiellement à un médecin, à un autre type de fournisseur ou à une équipe de soins de santé, et ils voient les équipes comme un élément important du renforcement des soins de santé primaires. De nombreux gouvernements provinciaux et territoriaux préconisent la prestation de soins de santé gérés par une équipe.(4;5)

- Toutes les juridictions semblent avoir expérimenté la prestation de soins gérés par une équipe, et certains commentateurs remarquent que les équipes existantes sont souvent dirigées par un médecin et n'intègrent pas entièrement d'autres fournisseurs de soins de santé pour une collaboration totalement interdisciplinaire.(6) Un informateur clé avance que les médecins de soins de santé primaires devraient demeurer au centre de la prestation de soins de santé primaires et que des efforts devraient s'orienter sur la manière de fournir ces soins de santé avec les incitatifs nécessaires pour travailler avec d'autres fournisseurs de soins de santé et avec les régies régionales de la santé.
- Certains informateurs clés avancent que les rôles des équipes devraient être attribués selon la fonction, et non selon la discipline. Ces informateurs clés pensent qu'il est nécessaire de former davantage chaque fournisseur de soins de santé, afin qu'il comprenne les fonctions potentielles de chacun de ses collègues, et que des politiques doivent favoriser un fonctionnement flexible. D'autres informateurs clés ont souligné l'importance de sensibiliser davantage aux soins de santé gérés par une équipe et de forger la demande en soins de santé gérés par une équipe dans les communautés et chez les patients.
- Les informateurs clés remarquent, d'une part, la nécessité de nuancer le fait que les nouveaux diplômés qui se sont formés au Canada n'ont pas besoin d'être beaucoup encouragés pour rejoindre les équipes; d'autre part, il faudrait également nuancer le fait que de nombreux médecins plus âgés ont besoin d'être beaucoup plus encouragés et que de nombreux fournisseurs de soins de santé non-médecins ont besoin de modèles de financement exploitables.
- Les informateurs clés avancent l'idée que les fournisseurs des soins de santé doivent être formés tôt dans leur transition vers les soins de santé gérés par une équipe, afin de travailler plus efficacement dans une équipe et d'être satisfaits de leur travail. Les gouvernements de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan, par exemple, ont investi dans des animateurs d'équipe et dans des formateurs.(7;8)
- Les informateurs clés ont également souligné l'importance du regroupement des services et des soutiens, comme les dossiers médicaux électroniques.
- Les informateurs clés signalent les difficultés associées au fait que les médecins travaillant dans les soins de santé primaires dépendent d'autres personnes que des fournisseurs de soins de santé et au fait que la prestation de soins de santé gérés par une équipe s'accroît en période de ralentissement économique.
- Les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, comme le Danemark, l'Israël, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne et le Royaume-Uni ont mis en place des réformes similaires pour améliorer la prestation de soins de santé primaires gérés par une équipe. Alors que ces équipes incluent un ensemble de fournisseurs de soins de santé, elles sont presque toujours dirigées par un médecin spécialisé dans les soins de santé primaires.(9-15) Comme au Canada, la prestation des soins de santé gérés par une équipe est souvent annoncée comme une approche idéale, en particulier pour les patients atteints d'une maladie complexe ou chronique. Les caractéristiques courantes des équipes performantes présentent une gestion solide, une communication claire et une culture positive.(9;11)

D'autres messages clés ont été avancés au sujet des paiements ciblés pour des services de santé coordonnés et proactifs :

- De nombreuses juridictions canadiennes fournissent des paiements ciblés (ou des incitatifs financiers de façon plus générale) aux fournisseurs de soins de santé primaires, dont certains sont favorables aux services de santé coordonnés et proactifs (comme la prévention et la gestion de conditions chroniques) et d'autres au déplacement des services vers des collectivités mal desservies et à l'inscription des patients non pris en charge par un service de santé primaire.(7;16) Les informateurs clés remarquent que les paiements ciblés doivent être alignés sur les objectifs de population, doivent être conçus pour récompenser une pratique optimale et continuellement ajustés pour traduire les besoins changeants, les nouvelles données de recherche et la réactivité des fournisseurs de soins de santé.
- La plupart des informateurs clés pensent que les incitatifs permettent d'obtenir des résultats et que certains fournisseurs de soins de santé primaires (comme les médecins et les pharmaciens de l'Alberta) ne fourniraient pas de services particuliers sans incitatifs.
- Les incitatifs non financiers, comme l'analyse comparative (dont il est question ci-dessous) sont utilisés dans certains pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, afin d'obtenir des résultats similaires.

Plusieurs informateurs clés indiquent que l'analyse comparative est susceptible de fonctionner également dans un contexte canadien.

- Les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison ont mis en place des incitatifs financiers et non financiers destinés aux fournisseurs de soins de santé. L'Australie, le Danemark, l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande envisagent d'encourager la prestation de soins de santé pour soigner les maladies chroniques et l'inscription des patients aux programmes de gestion des maladies chroniques.(10;12;15;17) La Nouvelle-Zélande offre également des paiements ciblés aux médecins de soins de santé primaires qui fournissent des soins de santé aux populations marginalisées.(18) Le Royaume-Uni a mis en œuvre un certain nombre de mesures incitatives liées au rendement et relatives à l'organisation pratique, à la satisfaction des patients et à la prestation de services supplémentaires.(19) Le système de « paiement au résultat » du Royaume-Uni permet aux patients de choisir leur fournisseur de soins de santé en fonction d'indicateurs de qualité accessibles au public. Cependant, les asymétries de l'information et la disponibilité limitée des fournisseurs limitent l'application de ce système.(19)

Dans le Domaine 4 – **systèmes d'information cliniques soutenant les équipes de soins de santé primaires, les fournisseurs et les patients** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés concernant les dossiers médicaux électroniques :

- Toutes les provinces et tous les territoires du Canada déploient des efforts actifs pour élaborer et renforcer les dossiers médicaux électroniques (l'infrastructure et la planification) avec le soutien financier d'Inforoute Santé du Canada. Ceci étant dit, les provinces et les territoires en sont à différents stades de mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, la Colombie-Britannique ayant presque terminé sa mise en œuvre, l'Ontario projetant de terminer la mise en œuvre avant 2015, et Terre-Neuve-et-Labrador en étant à la phase de planification.(16;20) De plus, le contenu de ces dossiers médicaux électroniques semble également varier selon les juridictions.
- Un informateur clé a fait écho à un certain nombre d'autres informateurs clés en affirmant que les dossiers médicaux électroniques ne sont utiles que lorsqu'ils peuvent démontrer de la « valeur ajoutée ». L'un des principaux avantages des dossiers médicaux électroniques définis par les informateurs clés consiste dans le fait qu'ils peuvent être utilisés pour générer les profils descriptifs d'un regroupement de patients dirigé par un médecin ou par une équipe de soins de santé primaires. Les systèmes des dossiers médicaux électroniques peuvent également faciliter la programmation des rendez-vous, la prescription électronique et les liens vers les ensembles de données. Les informateurs clés remarquent que certaines juridictions canadiennes expérimentent la programmation des rendez-vous avec un accès avancé et le fait que le lien vers les données peut également rendre possible d'autres types d'initiatives.
- Les informateurs avancent que la réussite de la mise en place des dossiers médicaux électroniques repose sur : 1) le financement et les autres incitatifs permettant aux médecins et aux équipes de soins de santé primaires d'acheter le matériel et les logiciels de soutien aux dossiers médicaux électroniques (les rendre obligatoires pour recevoir des paiements ciblés); 2) la formation et le soutien à l'utilisateur (ce qui peut être réalisé en plaçant un spécialiste des technologies de l'information qui comprend les besoins et les contraintes des fournisseurs de soins de santé, dans une clinique pour une période déterminée); 3) les représentants des fournisseurs de soins de santé (parfois rémunérés pour leurs efforts).
- L'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques, nécessaire à l'accessibilité des dossiers par tous les fournisseurs de soins de santé, à tous les niveaux, et peut-être même par le patient, est considérée comme critique par de nombreux informateurs clés. Ils ont déploré l'hétérogénéité des logiciels parmi les fournisseurs de soins de santé et les programmes, ce qui rend l'intégration difficile.
- Parmi les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, le Danemark est le seul à obliger les médecins de famille à passer une heure rémunérée par jour travaillé à répondre aux courriels ou aux appels téléphoniques des patients.(21) Dans le même pays, la multiplicité des unités administratives de santé décentralisées a rendu la mise en œuvre difficile, alors que le regroupement en un nombre limité d'unités a accéléré la mise en œuvre.(21;22) Dans l'état américain du Tennessee, les petites pratiques n'auraient pas pu mettre en place des dossiers médicaux électroniques sans le soutien d'une infrastructure et des capacités techniques.(23)

Les informateurs clés n'avancent aucun point de vue et aucune expérience avec les systèmes de rappel pour les fournisseurs de soins de santé primaires; cependant, plusieurs messages clés ont été soulevés quant aux analyses comparatives cliniques :

- Comme nous l'avons indiqué plus haut, certains informateurs clés suggèrent que les analyses comparatives cliniques (fournissant des commentaires sur la performance grâce à une comparaison avec les pairs) pourraient bien fonctionner dans les juridictions canadiennes.
- Au niveau international, et particulièrement au Danemark et au Royaume-Uni, les analyses comparatives cliniques ont été communément utilisées pour améliorer la qualité des soins de santé.(10;19) Au Royaume-Uni, les indicateurs relatifs aux soins de santé primaires sont accessibles par les fournisseurs des soins de santé et par les patients sur le site Web du Service national de la santé.(19)

La plupart des informateurs clés n'avancent aucun point de vue et aucune expérience quant au fait de fournir une interface pour les patients portant sur les dossiers médicaux électroniques (c.-à-d. un portail pour les patients), mais un informateur clé avance que le fait de soutenir un dossier médical personnel commun (même sur la plateforme des dossiers médicaux personnels de Google) devrait être au centre de tout effort technologique visant à renforcer les systèmes de soins de santé primaires.

D'autres messages clés ont été soulevés quant aux initiatives de cybersanté complémentaires et connexes :

- Télémédecine – l'utilisation de la téléinformatique, voix et vidéo, pour connecter les patients et les fournisseurs de soins de santé – peut améliorer l'accès aux soins pour les patients des régions rurales et éloignées. Les informateurs suggèrent que l'Alberta gère probablement le programme de télémédecine le plus avancé,(24) et que Terre-Neuve-et-Labrador emploie des systèmes de téléconférence ou de vidéoconférence pour les régions éloignées.
- Télésanté – une ligne téléphonique donnant aux patients des conseils immédiats, généralement de la part d'une infirmière, est également monnaie courante dans les juridictions, souvent à des niveaux de couverture totale selon les informateurs clés. Le système de télésanté de l'Ontario permet d'inscrire des patients non pris en charge sur la liste d'un médecin local de soins de santé primaires acceptant de nouveaux patients.

Dans le Domaine 5 – **soutien décisionnel pour les équipes/fournisseurs de services de santé primaires** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés concernant les ressources (exemple : lignes directrices) et les outils :

- En matière de soutien décisionnel clinique, les informateurs clés avancent que les innovations les plus intéressantes résident dans le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique et dans le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario. Le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique offre un soutien à la gestion du changement aux médecins de soins de santé primaires pour les aider à repenser les pratiques et à intégrer de nouvelles caractéristiques de soins de santé primaires (p. ex., des dossiers médicaux électroniques, la gestion des maladies chroniques et la programmation des rendez-vous avec un accès avancé).(7) Un informateur clé attribue la réussite de ce programme à trois facteurs, à savoir : 1) la participation du comité des services de médecine générale (ce qui implique la participation et l'engagement des médecins); 2) la flexibilité et la réactivité aux besoins locaux; 3) la participation des représentants locaux des fournisseurs de services de santé. Le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario introduit, intègre et généralise des méthodes d'amélioration de la qualité, préconise l'utilisation de mesures de performance et construit une communauté d'apprentissage autour des pratiques de soins de santé primaires. Un informateur clé attribue la réussite de ce partenariat en partie à l'engagement financier à long terme du gouvernement de l'Ontario.
- Un certain nombre de juridictions canadiennes recourent, y compris pour leurs pratiques individuelles, à des modèles de soins chroniques, dont le modèle PRIISME pour la gestion du diabète,(25) qui comprend tout un ensemble de ressources et d'outils.
- Les informateurs clés n'avancent aucun point de vue particulier et aucune expérience en matière de soutien décisionnel managérial dans les soins de santé primaires.

- Parmi les pays avec lesquels le Canada a été mis en comparaison, le cadre national des services de santé du Royaume-Uni, qui offre des stratégies pratiques permettant de mettre en place les changements organisationnels nécessaires pour renforcer les soins de santé primaires,(19) partage certaines caractéristiques clés avec le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique. Les outils de soutien décisionnel sur le Web conçus pour soigner les maladies cardiovasculaires et le diabète semblent être communément utilisés en Nouvelle-Zélande,(26) et le modèle de soins chroniques est très largement utilisé aux États-Unis ainsi que dans d'autres pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison.(17;27)

En ce qui concerne la formation professionnelle continue :

- Les informateurs n'avancent également aucun point de vue et aucune expérience de formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins de santé primaires, au-delà d'initiatives comme le Programme susmentionné de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique et le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario.
- En ce qui concerne la formation professionnelle continue des gestionnaires de soins de santé primaires, un certain nombre d'informateurs clés ont cité le programme Formation en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES), appuyé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé comme étant une source valable de formation au leadership et à la gestion, soit pour les cadres eux-mêmes, soit pour les pairs et les collègues (mais pas seulement pour les soins de santé primaires).
- Au niveau des caisses de soins primaires au Royaume-Uni, le programme de mise en service de classe mondiale des services de santé nationaux offre aux décideurs locaux une direction et une formation à la prise de décisions.(19)

Option 2 – Soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle

Cette option est plus directe que l’option 1 dans la mesure où elle ne comporte qu’un élément principal : soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle. La cible pourrait être choisie sur la base des professionnels de santé et des autres travailleurs inclus dans le modèle (ou la portée de la pratique qu’on leur donne au sein du modèle), de la nature des programmes et des services couverts (comme la promotion de la santé et la prévention des maladies *vs* aux soins actifs et la santé mentale *vs* aux autres types de soins) ou des populations cible (comme les patients âgés, les populations autochtones ou les personnes vivant avec une maladie mentale) et pourrait être guidée par une orientation visant l’optimisation des ressources.

La synthèse portant sur les données probantes de la recherche résume les données probantes de la recherche à l’échelle mondiale de la façon suivante :

- « Les équipes interprofessionnelles utilisant des pratiques en collaboration sont associées à des résultats positifs pour les patients, les clients, les fournisseurs et le système dans des domaines spécialisés comme les soins de santé mentale, ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques (bien que la distinction entre les effets et les associations ne soit pas explicitée dans les revues systématiques soutenant ces énoncés).
- Les équipes communautaires en santé mentale permettent de diminuer l’insatisfaction face aux services, les taux d’hospitalisation et les décès par suicide, mais n’ont aucune incidence sur l’admission aux services d’urgence, la prise de contact avec les soins de santé primaires et la prise de contact avec les services sociaux.
- Des économies ont été constatées dans certains services de santé primaires gérés par une équipe utilisant des pratiques en collaboration interprofessionnelle, notamment une diminution du coût moyen du contrôle de l’hypertension artérielle pour le fournisseur et le patient, et une baisse du taux de réadmission pour les soins de santé primaires à domicile gérés par une équipe. »

L’analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés ont déterminé un certain nombre de perspectives supplémentaires sur cette option. Le message général est que les défenseurs de nouveaux modèles de soins de santé primaires devraient soulever l’importance de sensibiliser le grand public à la nécessité de défendre l’amélioration de l’accès aux soins de santé primaires (et pas seulement aux médecins), en précisant bien que la prestation de services assurés par de nombreux membres potentiels de l’équipe de soins de santé primaires n’est pas suffisante pour répondre à la demande potentielle. Les questions de l’entrevue ont porté sur deux domaines permettant d’aborder cette option plus directement : le Domaine 2 (vastes initiatives des systèmes de santé soutenant explicitement les soins de santé primaires) et le Domaine 3 (conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires).

Dans le Domaine 2 – **vastes initiatives du système de santé soutenant explicitement les soins de santé primaires** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés pour accroître l’étendue des pratiques des non-médecins :

- La poussée vers la prestation de soins de santé primaires gérés par une équipe est accompagnée dans certaines juridictions par des efforts plus importants pour accroître l’étendue des pratiques des non-médecins. Les gouvernements de l’Ontario et des Territoires du Nord-Ouest, par exemple, ont étendu la portée des pratiques des infirmières praticiennes pour inclure la prescription de médicaments et la commande de tests diagnostiques.(28;29) Certains informateurs clés indiquent qu’un nombre toujours croissant de médecins est prêt à travailler avec d’autres fournisseurs de soins de santé avec une étendue de pratiques plus vaste. D’autres informateurs clés indiquent que des nombres toujours croissants de communautés avec de faibles niveaux de couverture médicale souhaitent être soignés par des fournisseurs de soins de santé non médecins disposant d’une étendue de pratiques plus vaste. De façon plus générale, certains informateurs clés perçoivent un fort soutien politique et public envers le développement de la

portée des pratiques parmi les fournisseurs de soins de santé non médecins, bien qu'ils remarquent que ce soutien pourrait être limité aux communautés dans lesquelles on constate une sensibilisation importante à la valeur des fournisseurs de soins de santé non médecins et à l'engagement communautaire très fort envers la planification des efforts permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires.

- De nombreux informateurs remarquent que l'étendue de la portée des pratiques doit être accompagnée de nouveaux schémas de financement et de rémunération de même que d'efforts proactifs pour aider les fournisseurs de soins de santé non médecins à travailler dans une portée étendue des pratiques.
- Un certain nombre d'informateurs remarquent que la façon dont l'étendue de la portée des pratiques est négociée et soutenue peut influencer la manière dont cette étendue est perçue par les médecins.
- Dans de nombreux pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, l'étendue des pratiques des infirmières et des infirmières praticiennes est accrue, souvent dans l'optique de réduire les temps d'attente. Au Royaume-Uni, l'introduction de la prescription des règles décisionnelles du National Institute for Health and Clinical Excellence (Institut national de la santé et de l'excellence clinique) limite le champ des interprétations individuelles nécessaires et facilite ainsi l'accès des infirmières à la prescription. La moitié des infirmières du système de service national de la santé sont autorisées à prescrire des médicaments. L'introduction en parallèle d'un centre de leadership en soins infirmiers, offrant un soutien en matière de formation et de surveillance, soulage potentiellement les autres corps professionnels.(19)

Dans le Domaine 3 – **conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés concernant le fait d'assurer le rattachement à une équipe de soins en collaboration interprofessionnelle :

- Les informateurs remarquent que les équipes interprofessionnelles axées sur les soins en collaboration sont moins fréquentes que les équipes dirigées par un médecin. La Saskatchewan semble avoir les équipes de soins de santé primaires les plus interdisciplinaires et les mieux intégrées, pouvant inclure des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières de santé publique, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des physiothérapeutes, du personnel pour les soins à domicile et des pharmaciens (ajoutés récemment). (8;30) Plusieurs informateurs clés remarquent que la collaboration interprofessionnelle est la norme en ce qui concerne les centres de santé communautaires.

D'autres messages clés ont été soulevés quant aux centres de santé communautaires :

- Les centres de santé communautaires, qui constituent techniquement une forme d'équipe, sont souvent considérés comme uniques par rapport aux autres modèles d'équipe, grâce à leur rôle mieux intégré de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. En fait, on peut soutenir que les centres de santé communautaires constituent le modèle de prestation de soins de santé le plus interdisciplinaire et le plus représentatif de la population au Canada; cependant, la couverture est faible dans le pays.(31) Les informateurs clés avancent que ce modèle est habituellement plus adapté aux populations difficiles à rejoindre (p. ex., les personnes très pauvres, les personnes habitant les quartiers centraux de ville, les minorités linguistiques et les groupes ethnoculturels précis) ou aux populations avec des besoins uniques (comme les patients présentant des facteurs de risque multiples ou une maladie chronique). Alors que des informateurs clés tendent à penser que les soins les plus complets dispensés dans les centres de santé communautaire sont, presque par définition, plus onéreux, la question centrale est de savoir si le modèle est plus efficace que d'autres dans l'atteinte d'objectifs particuliers au sein de types particuliers de populations et à quel niveau il est possible de faire évoluer l'utilisation du modèle.

Option 3 – Encourager l'utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires, ce qui signifie l'association entre le soutien à l'autogestion, le soutien décisionnel, la conception des systèmes de prestation, les systèmes d'information clinique, le soutien du système de santé et les ressources communautaires.

D'une part, cette option présente uniquement un seul élément majeur : l'utilisation du modèle de soins chroniques. D'autre part, par définition, cette option inclut les six éléments du modèle de soins chroniques, dont on peut soutenir qu'ils incluent chacun un certain nombre de sous-éléments.

La synthèse portant sur les données probantes de la recherche résume les données probantes de la recherche à l'échelle mondiale de la façon suivante :

- « Le fait d'intégrer la quasi-totalité du modèle de soins chroniques améliore la qualité des soins et les résultats des patients atteints d'une maladie chronique quelconque, et le fait d'intégrer au moins un élément du modèle de soins chroniques améliore les procédés de soins et les résultats cliniques des patients atteints d'asthme, d'insuffisance cardiaque congestive, de dépression et de diabète (bien que la qualité des deux revues systématiques soutenant ces énoncés soit médiocre). »

L'analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés ont déterminé un certain nombre de perspectives supplémentaires sur cette option. Les questions des entrevues relatives à ces six domaines ont permis d'aborder cette option, mais seulement deux de ces domaines n'ont pas été décrits ci-dessus : le Domaine 6 (services de soutien à l'autogestion pour les patients et leur famille) et le Domaine 7 (ressources communautaires pour les patients et leur famille).

Within Domain 6 – **self-management supports for patients and their families** – only a few key messages emerged related to self-management supports for patients and their families:

- Key informants noted that self-management supports are a key feature of community health centres (and often quite innovative, such as their group visits), but such supports are much less common in physician-led primary healthcare team practices. A number of programs and pilot projects exist across jurisdictions, including training programs for patients and patient reminder systems.(32) However, key informants had relatively little to say about these supports. In comparator countries, as in Canada, self-management supports are most commonly linked to chronic disease management programs. In New Zealand, an individualized care plan is provided to patients, and co-ordinated by nurses.(12;15)

Key informants did not volunteer specific views about or experiences with resources and tools for patients in primary healthcare or about peer support groups in primary healthcare, although several key informants from community health centres noted the widespread use of peer support groups in their settings.

Dans le Domaine 7 – **ressources communautaires pour les patients et leur famille**– un certain nombre de messages clés ont été soulevés :

- De nombreuses régions régionales de la santé sont responsables de l'intégration des services de santé primaires dans au moins quelques ressources communautaires, mais en réalité ces régions sont rarement hébergées sous le même toit dans une région donnée, avec l'exception possible des centres de santé communautaires. Plusieurs informateurs clés suggèrent le besoin d'harmoniser les politiques et les stratégies à cet égard, dans un premier temps à un niveau plus stratégique ou à un échelon macroéconomique. D'autres liens ne surgiraient que si on confiait aux organisations de chaque région (p. ex., les soins à domicile) le mandat explicite d'intégrer les soins de santé primaires dans leur planification et leurs activités.
- Les informateurs clés ont déterminé un certain nombre de facteurs facilitant l'intégration : 1) petites régions ou petites communautés dans les régions (comme certaines zones du Manitoba et du Nouveau-Brunswick); 2) soins de santé primaires communautaires gérés par le même vice-président ou directeur dans toutes les régions; 3) encouragement des médecins de soins de santé primaires à recruter des

fournisseurs de soins de santé connaissant les ressources communautaires disponibles (ou à « acheter » des ressources communautaires); 4) intégration des dossiers médicaux électroniques (par opposition à l'utilisation d'un système par chaque service de santé communautaire).

- Un certain nombre d'exemples de réussite dans l'intégration des ressources de soins de santé communautaires existent dans les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison. Au Danemark, les gestionnaires de cas coordonnent les soins de santé et les services sociaux pour les patients nécessitant des soins complexes. (10) En Nouvelle-Zélande, les intervenants en santé communautaire fournissent des soins à domicile et dans des centres communautaires pour les populations marginalisées. (18) En Espagne, les gestionnaires de cas coordonnent les soins de santé et les services sociaux intégrés pour les patients atteints d'une maladie chronique complexe et ils remarquent que les systèmes d'information partagés sont nécessaires pour obtenir de hauts niveaux de coordination. (33) Le Royaume-Uni a intégré des soins de santé et des services sociaux au sein des régies régionales de la santé, mais les commentateurs reconnaissent que la coordination des soins est difficile, lorsque certains services sociaux sont situés dans différentes structures administratives (c.-à-d., dans des municipalités plutôt que dans des régies de la santé). En ce qui concerne les populations particulières du Royaume-Uni, les caisses de soins primaires organisent des soins intégrés, parfois en dehors de l'autorité locale.(19)

Un autre message clé a été soulevé quant au développement des capacités communautaires :

- Les informateurs remarquent que de nombreuses régies régionales de la santé essaient de faire participer les collectivités et sont engagées dans le développement des ressources communautaires. Ils citent également les régies régionales de la santé à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, car elles emploient des facilitateurs travaillant avec les communautés pour forger les capacités.

Option 4 – Promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme d'échange de connaissances afin que les juridictions apprennent de leurs expériences respectives

Cette nouvelle (quatrième) option n'a pas été abordée dans la synthèse portant sur les données probantes, mais a été mentionnée pendant le dialogue avec les parties prenantes au cours duquel la synthèse a été examinée.

L'analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés ont déterminé un certain nombre de perspectives sur cette option. Les trois messages généraux (interdomaines) sont les suivants :

- Alors que les organisations et les gouvernements utilisent différentes approches ou entreprennent différentes activités, ils visent généralement des types similaires d'améliorations dans les systèmes de soins de santé primaires avec les mêmes raisons sous-jacentes.
- Tous les nouveaux efforts pancanadiens doivent se nourrir des expériences associées au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
- Il faudrait considérer le fait d'établir des bulletins électroniques et d'autres mécanismes de partage de l'information, en complément du travail des associations provinciales (comme l'Association des centres de santé de l'Ontario), afin de fournir une alternative à bas coût pour les conférences et les visites de sites, avec l'accent mis sur les leçons tirées des données de recherche au niveau mondial et des initiatives locales (comme les initiatives d'amélioration de la qualité des soins de santé primaires).

Les questions des entrevues relatives à deux domaines permettent d'aborder cette option plus directement : le Domaine 1 (cadres politiques et financiers soutenant les soins de santé primaires) et le Domaine 2 (vastes initiatives des systèmes de santé soutenant explicitement les soins de santé primaires)

Dans le Domaine 1 – **cadres politiques et financiers soutenant les soins de santé primaires** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés concernant l'engagement politique :

- Selon certains informateurs clés, le gouvernement fédéral canadien aurait signalé son engagement politique envers l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires durables et de haute qualité en établissant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en 2000. Ce fonds a permis de distribuer des subventions pendant une durée de six ans, principalement dans le cadre des projets de démonstration.⁽³⁴⁾ L'engagement politique actuel du gouvernement fédéral canadien envers le renforcement des soins de santé primaires a été perçu par certains informateurs clés comme étant moins clair qu'auparavant. De plus, certains informateurs clés ont déterminé que le gouvernement fédéral pourrait également montrer l'exemple en améliorant l'accès à des soins de santé primaires durables et de haute qualité, dans un domaine où le gouvernement fédéral a une responsabilité de premier ordre, à savoir les soins de santé des Premières nations et des Inuits.

D'autres messages clés ont été soulevés quant à un cadre politique provincial ou régional présentant des délais clairs :

- La Colombie-Britannique est en quelque sorte unique, puisqu'elle présente un document stratégique propre au renforcement des soins de santé primaires. La charte des soins de santé primaires de la Colombie-Britannique (The British Columbia Primary Healthcare Charter) a été développée en collaboration avec les groupes de parties prenantes et souligne sept zones de priorité, objectifs précis, délais et indicateurs mesurables pour guider les changements intervenant au niveau du système.⁽²⁰⁾
- Certaines juridictions, comme le Manitoba, sont en train de renouveler leur cadre stratégique des soins de santé primaires, dans un premier temps élaboré en soutien aux activités financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Les informateurs clés provenant d'autres juridictions suggèrent que leurs cadres stratégiques provinciaux ont un point fort, les énoncés des objectifs, et un point faible, la matière elle-même. Ces informateurs clés remarquent l'importance de consacrer plus d'attention au fonctionnement (et à la mise en place) de ces énoncés stratégiques. Plusieurs informateurs clés avancent également que la présence d'une division consacrée aux soins de santé primaires dans les ministères de la santé, comme il en existe dans les juridictions du Nouveau-Brunswick et du Québec, peut soutenir le

renforcement de soins de santé primaires, lorsque la division présente de solides capacités de leadership et une vision claire.

- Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les stratégies et les plans provinciaux et territoriaux (indépendamment de leur orientation) sont généralement plus efficaces, lorsqu'ils sont convertis en plans opérationnels contenant des délais et des objectifs particuliers.

D'autres messages clés ont été soulevés quant aux engagements financiers clairs et progressistes :

- Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les stratégies ainsi que les plans provinciaux et territoriaux (indépendamment de leur orientation) sont généralement plus efficaces, lorsqu'ils sont associés à des engagements financiers. Certains informateurs clés ont émis l'observation selon laquelle les changements organisationnels doivent être associés à des changements dans les mécanismes financiers et dans les mécanismes d'incitation. Plusieurs informateurs clés avancent que les engagements du gouvernement fédéral intéressent les gouvernements provinciaux et territoriaux, lorsqu'ils sont associés à des fonds dédiés (p. ex., lorsque le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires était encore actif). Ces informateurs clés suggèrent que les nouvelles stratégies fédérales et les nouveaux plans fédéraux ne seront pas pris au sérieux sans le financement permettant de les soutenir.

D'autres messages clés ont été soulevés quant à la nécessité de développer une vision pancanadienne :

- Certains informateurs clés suggèrent qu'une vision pancanadienne n'a pas été jugée nécessaire par les décideurs provinciaux et territoriaux, et que leur connaissance des enjeux et des initiatives dans d'autres juridictions est appropriée.
- Un certain nombre d'informateurs clés avancent que l'Accord de 2003 des premiers ministres offre une vision des différentes sortes de soins de santé primaires au Canada.⁽³⁵⁾
- D'autres informateurs clés suggèrent le fait qu'une nouvelle vision pancanadienne relancerait l'activité aux niveaux provinciaux et territoriaux, et que les possibilités d'apprentissage partagé sont toujours valables. Beaucoup avancent qu'une définition commune des soins de santé primaires est au moins nécessaire pour soutenir l'apprentissage partagé (et serait très certainement nécessaire pour tout objectif allant au-delà du soutien à l'apprentissage partagé).
- Tous les informateurs semblent être d'accord sur le fait que la diversité au sein des systèmes de santé et entre les systèmes de santé au Canada nécessite plusieurs modèles et qu'aucune approche uniformisée, aucune approche indûment rigoureuse ou aucune méthode prescriptive ne fonctionnerait. Les visions partagées ou collaboratives orientées vers les soins de santé primaires ont été considérées importantes, mais elles ne peuvent donner de résultats que si elles favorisent une flexibilité locale dans leur fonctionnement et dans leur application. Pour cette raison, de nombreux informateurs clés sont plus favorables aux objectifs élargis liés aux soins de santé primaires. D'autres informateurs clés suggèrent de mettre l'accent sur les piliers communs de soins de santé primaires, ce qui rejoint le langage utilisé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
- Les informateurs ont mélangé les vues sur les avantages des délais et des objectifs pancanadiens visant à renforcer les soins de santé primaires.
- Les informateurs clés semblent s'accorder sur le fait que toute initiative pancanadienne relative aux soins de santé primaires devrait être financée par des fonds supplémentaires. Alors que de nombreux informateurs clés indiquent que des contraintes économiques représentent les meilleurs leviers de changement – un informateur clé remarque que « la confrontation avec la réalité indique que nous devons mieux utiliser les ressources du système, les rediriger et les utiliser plus efficacement » – ces contraintes sont ressenties différemment entre les provinces et ne posent pas nécessairement le cadre d'une initiative pancanadienne.
- De nombreux informateurs clés citent d'autres activités et efforts pancanadiens ciblant le renforcement des soins de santé primaires. Une initiative remarquable d'établissement d'un comité national de coordination visant le renouvellement des soins de santé primaires est représentée par le Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de santé, avec un soutien au personnel apporté par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Un comité de cette nature, composé de parties prenantes venant de tout le pays, permettrait de servir de fondement au financement et aux activités gravitant autour des soins de santé primaires.

D'autres messages clés ont été soulevés quant au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires :

- Les informateurs clés remarquent que le fait de tirer des leçons de l'expérience relative au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires devrait éclairer les initiatives pancanadiennes à venir concernant le renforcement des soins de santé primaires. Ils remarquent que les répercussions de cette expérience sont parfois plus limitées au niveau du système qu'au niveau individuel (télésanté représentant un exemple d'exception à cette règle générale), que cette expérience reste en quelque sorte inachevée (dans la mesure où elle a suscité des idées qui n'ont jamais vraiment été diffusées et mises en application) et qu'elle démontre l'importance de créer un forum pour permettre aux parties prenantes pancanadiennes de se réunir et de résoudre les problèmes collectivement.
- En ce qui concerne les répercussions du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, de nombreux informateurs clés remarquent que ce fonds a un effet limité au niveau du système, dans la mesure où les initiatives prometteuses sont souvent prolongées ou construites au coup par coup, et non de façon systématique, après la fin du financement. Quelques informateurs clés distinguent les initiatives du système de télésanté comme une exception, dans la mesure où ces investissements perdurent à travers des témoignages. Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les répercussions du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ont été ressenties plus vivement au niveau des personnes; beaucoup ont décroché des postes de leadership en raison de leur participation aux activités locales du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
- En considérant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires comme un projet inachevé, les informateurs clés déplorent le manque d'évaluation des projets du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, le manque de leçons tirées au niveau d'un projet (notamment un projet recouvrant plusieurs juridictions), particulièrement au niveau de plusieurs projets, et le manque de diffusion répandue des leçons ainsi déterminées. Les interrogations concernant les raisons pour lesquelles l'adoption des dossiers médicaux électroniques représente un processus lent sont citées comme un exemple de possibilité manquée de diffusion.
- Plusieurs informateurs clés observent que des éléments du processus relatif au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires font partie des idées clés susceptibles d'être extraites de l'expérience. Tout d'abord, certains informateurs clés avancent que ce fonds démontre l'importance de soutenir les forums en bon état de fonctionnement pour permettre aux parties prenantes pancanadiennes de se réunir et de résoudre les problèmes collectivement. Le forum qui a été créé quasiment naturellement après la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (et n'a obtenu de soutien officiel que bien plus tard) garantit le fait que les priorités du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires traduisent les besoins des parties prenantes à l'échelle du pays, et que les parties prenantes qui participent au comité consultatif provincial, territorial et fédéral créent des relations entre elles qui demeurent au-delà du forum et du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Cependant, certains informateurs clés remarquent qu'une communication continue entre ces personnes n'est souvent pas structurée et peut ne pas inclure toutes les parties prenantes pertinentes. Ensuite, certains informateurs clés avancent que le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires démontre l'importance de fournir un forum et des capacités de leadership, tout en n'orientant pas le calendrier. Dans ce cas, c'est le gouvernement fédéral qui oriente le calendrier, mais ce ne sera pas nécessairement le cas à l'avenir. Enfin, certains informateurs clés avancent que le financement assez important, mais ciblé du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires encourage la responsabilisation et la motivation. Un autre informateur clé avance, en outre, que le financement est efficace, dans la mesure où il concerne un intérêt commun : « les personnes prendront part aux discussions si elles le jugent utiles. »

Dans le Domaine 2 – **vastes initiatives du système de santé soutenant explicitement les soins de santé primaires** – un certain nombre de messages clés ont été soulevés quant à la régionalisation, prise en tant que sous-domaine supplémentaire, qu'il serait important d'aborder dans toute vision pancanadienne :

- Une tendance générale à la recentralisation de la planification, du financement et de la responsabilisation a été observée dans un certain nombre de provinces au cours des quelques dernières années.

- Un certain nombre de pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison (comme le Danemark et la Finlande) constatent une tendance similaire à la recentralisation.
- Les rôles et les responsabilités des régies régionales de la santé en ce qui concerne les soins de santé primaires varient en fonction des juridictions. Alors que la plupart des régies régionales de la santé ne sont pas prises en considération dans la planification et la prestation de soins de santé primaires au niveau régional, ou dans le paiement des médecins de soins de santé primaires, des exceptions existent.
- Les informateurs clés ont des opinions mitigées quant à savoir si le renforcement des soins de santé primaires pourrait être soutenu grâce à un vice-président ou à une division des soins de santé primaires dans chaque régie régionale de la santé ou à l'intégration des soins de santé primaires dans toutes les divisions de chaque régie régionale de la santé. La première option, en particulier lorsque la division est cogérée par un directeur médecin et par un directeur non-médecin, comme c'est le cas l'une des régions regroupant des informateurs clés, est supposée faciliter la communication avec la communauté des médecins de soins de santé primaires. Selon un informateur clé, la seconde option améliorerait la visibilité des soins de santé primaires dans la région. Cet informateur clé avance que les régies régionales de la santé « ne peuvent se permettre de dresser des barrières entre les portefeuilles ».
- Les informateurs clés ont des opinions mitigées quant au fait de savoir si les médecins de soins de santé primaires accepteraient d'être payés par des régies régionales de la santé, plutôt que par l'intermédiaire du régime provincial d'assurance-maladie (ou du gouvernement).
- Un certain nombre d'informateurs clés déterminent le rôle central des médecins de soins de santé en matière de prestation de soins de santé comme un obstacle à la réalisation du potentiel de régionalisation. Les informateurs clés sont rarement capables de déterminer dans quelle mesure la régionalisation constitue une aide ou un frein au renforcement des soins de santé primaires, mais la plupart reconnaissent que les changements organisationnels fréquents compliquent leur travail. Plusieurs informateurs clés avancent que les structures et les processus qui facilitent actuellement la communication et la collaboration entre les gouvernements provinciaux et les régies régionales de la santé doivent s'élargir pour inclure les responsables des soins de santé primaires. Le comité trilatéral des services de médecine générale de la Colombie-Britannique est cité par plusieurs informateurs clés comme un exemple réussi de la façon dont les structures et les processus ont été élargis pour inclure les responsables des soins de santé primaires (dans ce cas précis, les responsables issus de l'Association médicale de la Colombie-Britannique).
- Le Royaume-Uni est un exemple de pays de comparaison dans lequel les corps locaux, dans ce cas les caisses de soins primaires, ont un rôle clair et des responsabilités claires en ce qui concerne le renforcement des soins de santé primaires. Les caisses de soins primaires reçoivent des paiements par bloc provenant du Service national de la santé et sont responsables de la mise en fonctionnement des services assurés par les médecins dans les soins de santé primaires et du financement des activités de promotion de la santé.(19) Une critique de ce modèle repose sur le fait que le mécanisme de financement de la capitation utilisé, même s'il est ajusté en fonction du fardeau de la maladie et des besoins de santé au niveau local, n'encourage pas les innovations susceptibles d'améliorer l'efficacité sur le long terme, malgré des coûts plus élevés sur le court terme.(19) Le service national de la santé soutient de nombreux programmes de formation au leadership et au management pour les personnes travaillant dans les caisses de soins primaires, et les chefs de direction de ces caisses doivent rendre des comptes au Comité des comptes publics de la Chambre des communes.(19) Pour déconcentrer plus avant la planification et la mise en fonctionnement des services, le service national de la santé a également mis en place un système de mise en fonctionnement des services fondé sur les pratiques.(36) Grâce à cette mise en fonctionnement, les fournisseurs de soins de santé reçoivent un budget fixe de la part des caisses de soins primaires, afin de contracter des services au nom de leurs patients. Les médecins généralistes peuvent consacrer jusqu'à 70 % de leur excédent budgétaire aux investissements en capital, incitant ainsi les comportements propices à la réalisation d'économies. En 2007, la mise en fonctionnement des services fondée sur les pratiques a été utilisée par 93 % des médecins généralistes et les pratiques étudiées ont réduit les renvois vers les hôpitaux de 25 à 33 %.(36)

RÉFLEXIONS SUR LA MISE EN ŒUVRE

La synthèse portant sur les données probantes met en lumière les obstacles potentiels à la mise en œuvre des trois options, tout en indiquant que peu de données de recherche empiriques peuvent être déterminées concernant ces obstacles ou les stratégies permettant de les gérer (Tableau 1). Une colonne supplémentaire a été ajoutée au tableau, afin d’y intégrer la quatrième option abordée dans cette synthèse d’information. D’autres messages clés sur la mise en œuvre sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1 : Obstacles potentiels à la mise en œuvre des options

Niveaux	Option 1 – Appuyer l’extension de la gestion des maladies chroniques dans les soins de santé dirigés par un médecin	Option 2 – Soutenir l’extension ciblée des pratiques de soins de santé primaires axées sur la collaboration interprofessionnelle	Option 3 – Encourager l’utilisation du modèle de soins chroniques dans les milieux de soins de santé primaires	Option 4 – Promouvoir une vision pancanadienne pour les soins de santé primaires et une plateforme d’échange de connaissances afin que les juridictions apprennent de leurs expériences respectives
Patient / individu		Craintes initiales de certains patients face à des perturbations potentielles dans leur relation avec leur médecin fournisseur de soins primaires (37)	Craintes initiales de certains patients face à des perturbations potentielles dans leur relation avec leur médecin fournisseur de soins primaires (37)	
Fournisseur de soins	Craintes des médecins (notamment des médecins plus âgés) face à de possibles atteintes à leur autonomie professionnelle et commerciale, dans le contexte de la partie prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins(1;38)		Craintes des médecins (notamment des médecins plus âgés) face à de possibles atteintes à leur autonomie professionnelle et commerciale, dans le contexte de la partie prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins(1;38)	Craintes des médecins face à de possibles atteintes à leur autonomie professionnelle et commerciale (particulièrement lorsque des systèmes de surveillance et d’évaluation sont utilisés conformément à un cadre de responsabilisation), dans le contexte de la partie prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins(1;38)
Organisation		L’échelle organisationnelle n’est pas viable dans plusieurs collectivités rurales et éloignées	L’échelle organisationnelle n’est pas viable dans plusieurs collectivités rurales et éloignées	Problème d’action collective dans l’organisation des soins de santé primaires, ce qui limite leur contribution potentielle à une vision pancanadienne
Système		Consentement du gouvernement à étendre le paiement public à d’autres fournisseurs et équipes de	Consentement du gouvernement à élargir la notion de paiement public pour les soins de	Volonté gouvernementale de tenir des engagements à long terme envers une

		soins de santé primaires, tout en maintenant le paiement public aux médecins dans le contexte de la partie prestation privée de la convention « prestation privée / paiement public » avec les médecins, notamment en période de récession(1;38)	santé primaires, notamment en période de récession	vision pancanadienne (et mandats habituellement courts des représentants gouvernementaux rendant difficile à mettre en application la responsabilisation envers ces engagements)
--	--	--	--	--

L'analyse documentaire et les entrevues des informateurs clés ont déterminé un certain nombre de perspectives sur la mise en œuvre. Les quatre messages généraux en lien avec la mise en œuvre sont :

- Les initiatives liées aux soins de santé primaires doivent être flexibles et pertinentes localement pour être mises en œuvre et aboutir aux impacts souhaités.
- Les initiatives liées aux soins de santé primaires à l'échelle du système doivent commencer avec les changements fonctionnels et opérationnels, puis doivent suivre avec succès les structures organisationnelles nécessaires à leur soutien. Dit autrement, les stratégies et les parties prenantes doivent initialement rechercher des solutions fonctionnelles et non des solutions structurelles.
- Un leadership de soutien et visionnaire peut faciliter l'amélioration en lien avec les options ci-dessus.
- Les changements dans les systèmes de santé du Canada sont rarement rapides, c'est pourquoi les stratégies et les parties prenantes qui assurent la promotion ou la direction des initiatives liées aux soins de santé primaires nécessitent de la patience et des engagements à long terme.
- Les questions des entrevues relatives au Domaine 2 (vastes initiatives des systèmes de santé soutenant explicitement les soins de santé primaires) ont permis d'aborder plus directement les réflexions sur la mise en œuvre :

Dans le Domaine 2 – **vastes initiatives du système de santé soutenant explicitement les soins de santé primaires** – un message clé a été soulevé concernant les initiatives liées à l'accès, à la qualité et à la sécurité :

- Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les stratégies et les parties prenantes au niveau des soins de santé primaires doivent s'améliorer en ce qui concerne la mise en valeur des stratégies et des objectifs existants, comme les initiatives liées à la période d'attente, en démontrant la manière dont les systèmes renforcés de soins de santé primaires peuvent soutenir la mise en œuvre de ces stratégies et l'atteinte de ces objectifs. Ils remarquent également que les initiatives liées aux soins de santé primaires doivent mieux s'aligner sur d'autres initiatives politiques, notamment la gestion des maladies chroniques, le fait de vieillir chez soi et les soins de longue durée, et que le rôle des soins de santé primaires pour chacune de ces initiatives doit être articulé plus clairement. Dit autrement, ils remarquent que les soins de santé primaires doivent être grand public, c'est-à-dire intégrés dans toutes les politiques de soins de santé.

Un message clé a également été soulevé quant à la collaboration sous-sectorielle :

- De nombreux informateurs clés remarquent également le manque d'alignement entre les initiatives de soins de santé primaires et d'autres initiatives stratégiques, comme la gestion des maladies chroniques, le fait de vieillir chez soi, les soins de longue durée, entre autres. Ils avancent que ces initiatives doivent être mieux alignées et que le rôle des soins de santé primaires pour chacune de ces initiatives doit être formulé plus clairement. Dit autrement, ils remarquent que les soins de santé primaires doivent être grand public, c'est-à-dire intégrés dans toutes les politiques de soins de santé. La nomination d'un responsable de haut niveau de la politique des soins de santé primaires au niveau provincial ou territorial peut être une façon d'y parvenir. Un autre informateur clé a suggéré d'établir un comité des soins de santé primaires au niveau provincial ou territorial.

D'autres messages clés ont été soulevés quant à la surveillance et à l'évaluation :

- La surveillance et l'évaluation sont considérées par de nombreux informateurs clés comme un élément manquant de la plupart des cadres politiques existants. Ils remarquent qu'un nombre limité de stratégies provinciales et territoriales incluent la désignation d'objectifs et l'établissement de rapports annuels (ou trimestriels), bien que les indicateurs restent plus fortement axés sur le processus de mesure plutôt que sur les résultats. Plusieurs informateurs clés reconnaissent que la définition et la communication d'indicateurs ne sont pas faciles, mais que les mesures prises dans ce sous-domaine amélioreront la responsabilisation des régions régionales de la santé vis-à-vis de la province. Certains informateurs clés remarquent également que chaque ensemble donné d'indicateurs doit inclure un ensemble d'indicateurs à court terme et à long terme : la plupart des objectifs définis au niveau de la population nécessitent une évaluation à long terme (de dix ans, par exemple), alors que les politiciens souhaitent constater des résultats immédiats pendant leur mandat.
- Au niveau pancanadien, certains informateurs clés pensent que les normes d'évaluation pancanadiennes font actuellement défaut; cependant, ces normes sont nécessaires pour amener le Canada au niveau des pays de comparaison qui collectent les données relatives à un certain nombre d'indicateurs liés aux soins de santé primaires, avant d'en faire rapport. Alors que l'Institut canadien d'information sur la santé et certaines organisations de recherche provinciales (comme l'Institute for Clinical Evaluative Sciences in Ontario – Institut des sciences d'évaluation clinique de l'Ontario) ont avancé dans ce domaine,(39;40) les informateurs clés étaient bien plus susceptibles de se référer au travail de l'Institute of Healthcare Improvement (l'Institut de l'amélioration des services de santé) aux États-Unis.
- Un certain nombre d'informateurs clés commentent le fait que la surveillance et l'évaluation ne doivent pas être considérées comme une responsabilité ou un exercice de report, mais plutôt comme un moyen de soutenir l'amélioration. Un informateur clé commente le fait qu'une orientation vers « l'amélioration » pourrait exciter les fournisseurs ainsi que les gestionnaires de soins de santé et les motiver, particulièrement s'ils s'appuient sur des connaissances, des outils et des ressources.

RÉFÉRENCES

1. Lavis JN. Political elites and their influence on health care reform in Canada. In: McIntoch T, Forest P-G, Marchildon GP, eds. *The Governance of Health Care in Canada*. Toronto, Canada: University of Toronto Press; 2004. p. 257-79.
2. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly* 1996;74(4):511-44.
3. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs* 2009;28(6):w1171-w1183.
4. Government of Québec. *Rapport d'Appréciation de la Performance du Système de Santé et de Services Sociaux 2009: Rapport de la Démarche de Consultation Portant sur la Première Ligne de Soins*. Québec City, Canada: Government of Québec; 2009.
5. Yukon Health Care Review. *Final Report September 2008*. Whitehorse, Canada: Yukon Health Care Review; 2008.
6. Canadian Policy Research Networks. An update on primary care reform in Canada. *Health Policy Monitor*; 2008.
7. Government of British Columbia and British Columbia Medical Association. *General Practices Services Committee: Annual Report 2007-2008*. Victoria, Canada: Government of British Columbia and British Columbia Medical Association; 2008.
8. Saskatchewan Ministry of Health. *Annual Report 2008-2009*. Regina, Saskatchewan: Saskatchewan Ministry of Health; 2009.
9. Nolte J, Tremblay M. *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada*. Ottawa, Canada: Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care (EICP) Initiative; 2005.
10. Frolich A, Strandberg-Larsen M, Schiøtz ML. The Chronic Care Model - a new approach in DK. *Health Policy Monitor*; 2008.
11. Wilf-Miron R, Kokia E, Gross R. Redesigning primary care services in Maccabi. *Health Policy Monitor*; 2007.
12. Centre for Health Services Research and Policy. Care Plus: Primary care for high needs patients. *Health Policy Monitor*; 2004.
13. Centre for Health Services Research and Policy. Primary health organisations: management costs. *Health Policy Monitor*; 2005.
14. Centre for Health Services Research and Policy. Intersectoral community action for health. *Health Policy Monitor*; 2006.
15. Gomez D, Ashton T. Evaluation of Care Plus Programme. *Health Policy Monitor*; 2007.
16. Ontario Ministry of Health Long-Term Care, Ontario Medical Association. 2008 Physician Services Agreement - LHIN Physician Collaboration Incentive Fund: Unattached Patients Collaboration

- Incentive - Allocation of 2009/2010 Funding. Toronto, Canada: Ontario Ministry of Health Long-Term Care and Ontario Medical Association; 2009.
17. Blumel M, Busse R. Disease management programs: time to evaluate. *Health Policy Monitor*; 2009.
 18. Walton L. Initiatives for reducing health inequalities. *Health Policy Monitor*; 2007.
 19. Change Foundation. *Integrated Health Care in England: Lessons for Ontario*. Toronto, Canada: Change Foundation; 2009.
 20. British Columbia Ministry of Health. *Primary Health Care Charter: A Collaborative Approach*. Victoria, Canada: British Columbia Ministry of Health; 2007.
 21. Protti D, Edworthy S, Johansen I. Adoption of information technology in primary care physician offices in Alberta and Denmark, part 1: historical, technical and cultural forces. *Healthcare Quarterly* 2007;10(3):95-102.
 22. Appel M. Evaluation of the implementation of EPRs. *Health Policy Monitor*; 2005.
 23. Conis E. Tennessee's e-health initiative. *Health Policy Monitor*; 2008.
 24. Alberta Telehealth. What is Telehealth? Available online at: <http://www.albertatelehealth.com> [Accessed on 22 September 2009].
 25. Prince Edward Island Department of Health. *Annual Report 2007-2008*. Charlottetown, Canada: Prince Edward Island Department of Health; 2009.
 26. Wells S, Ashton T, Jackson R. Electronic clinical decision support. *Health Policy Monitor*; 2005.
 27. Conis E. Vermont's Blueprint Chronic Care Initiative. *Health Policy Monitor*; 2008.
 28. Northwest Territories Health and Social Services System. *Annual Report 2006-2007*. Yellowknife, Canada: Northwest Territories Health and Social Services System; 2008.
 29. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. *Introduction to Nurse Practitioner-Led Clinics*. Toronto, Canada: Ontario Ministry of Health and Long-Term Care; 2009.
 30. Health Council of Canada. *Teams in Action: Saskatchewan*. Toronto, Canada: Health Council of Canada; 2009.
 31. Pineault R, Levesque JF, Roberge D, Hamel M, Lamarche P, Haggerty J. *Accessibility and Continuity of Care: A Study of Primary Healthcare in Québec*. Québec, Canada: Government of Québec; 2009.
 32. New Brunswick Department of Health. *2007-08 Annual Report*. Fredericton, New Brunswick: New Brunswick Department of Health; 2009.
 33. Casado D. Integrating health and social care. *Health Policy Monitor*; 2003.
 34. Health Canada. Primary Health Care Transition Fund. Available online at: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php> [Accessed on 2 October 2009].
 35. Federal Provincial and Territorial Ministers of Health. *First Ministers' Accord on Health Care Renewal*. Ottawa, Canada: Health Canada; 2003.

36. Oliver A. Developments in practice-based commissioning. *Health Policy Monitor*, 2007.
37. Maxwell J, Jackson K, Legowski B, Rosell S, Yano E. *Report on Citizen's Dialogue on the Future of Health Care in Canada*. Ottawa, Canada: Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
38. Hutchison B, Abelson J, Lavis JN. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. *Health Affairs* 2001;20(3):1-16.
39. Canadian Institute for Health Information. *Primary Health Care (PHC) Indicators Chartbook: An Illustrative Example of Using PHC Data for Indicator Reporting*. Ottawa, Canada: CIHI; 2008.
40. Jaakkimainen L, Klein-Geltink J, Guttman A, Barnsley J, Zagorski BM, Kopp A et al. Indicators of primary care based on administrative data. In: Jaakkimainen L, Upshur R, Klein-Geltink J, Leong A, Maaten S, Schultz S et al., eds. *Primary Care in Ontario*. Toronto, Canada: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2006.
41. Vuorenkoski L. Ensuring access to public health care – follow up. *Health Policy Monitor*, 2006.
42. Oliver A. Improving access to GP services. *Health Policy Monitor*, 2007.
43. Change Foundation. *Lessons & Confessions from the Regionalized Health-Care Front: Where Can they Lead Ontario?* Toronto, Canada: Change Foundation; 2008.
44. Government of New Brunswick. *Transforming New Brunswick's Health-Care System: The Provincial Health Plan 2008-2012*. Fredericton, Canada: Government of New Brunswick; 2008.
45. Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services. *Strategic Plan 2008-2011*. St. John's, Canada: Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services; 2008.
46. Commonwealth of Australia. *A Healthier Future for All Australians: Final Report June 2009*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia; 2009.
47. Vuorenkoski L. Restructuring municipal services – follow up. *Health Policy Monitor*, 2008.
48. Manitoba Regional Health Authority External Review Committee. *Report of the Manitoba Regional Health Authority External Review Committee*. Winnipeg, Canada: Manitoba Health and Healthy Living; 2008.
49. Alberta Health and Wellness. *Health Action Plan - Annual Report*. Edmonton, Canada: Alberta Health and Wellness; 2009.
50. Pearson GL. Evolution in the practice of pharmacy - not a revolution! *Canadian Medical Association Journal* 2007;176(9):1295-6.
51. British Columbia Ministry of Health Services. *2009/10 - 2011/12 Service Plan Update*. Victoria, Canada: British Columbia Ministry of Health Services; 2009.
52. Manitoba Health and Healthy Living. *Annual Report 2007-2008*. Winnipeg, Canada: Manitoba Health and Healthy Living; 2008.
53. Osborne Margo Health Law & Policy. *Local Health Integration Networks: Structure, Powers and Accountability*. Toronto, Canada: The Change Foundation; 2008.

ANNEXE

Les constats intégrés issus de l'analyse documentaire et des entrevues avec les informateurs sont organisés selon les sept domaines décrits à l'encadré 2. Pour chacun des domaines, nous présentons un aperçu des activités pertinentes au domaine, avec leur justification, leur cible et leur couverture (si disponible) ainsi que les obstacles rencontrés et les stratégies mises en œuvre ou proposées pour les surmonter. Avant de passer en revue ces constats spécifiques aux différents domaines, nous soulignons les thèmes suivants, qui reviennent dans différents domaines :

- Alors que les organisations et les gouvernements utilisent différentes approches ou entreprennent différentes activités, ils visent généralement des types similaires d'améliorations dans les systèmes de soins de santé primaires avec les mêmes raisons sous-jacentes.
- Les initiatives liées aux soins de santé primaires doivent être flexibles et pertinentes localement pour être mises en œuvre et aboutir aux impacts souhaités.
- Les initiatives liées aux soins de santé primaires à l'échelle du système doivent commencer avec les changements fonctionnels et opérationnels, puis doivent suivre avec succès les structures organisationnelles nécessaires à leur soutien. Dit autrement, les stratégies et les parties prenantes doivent initialement rechercher des solutions fonctionnelles et non des solutions structurelles.
- Un leadership coopératif et visionnaire peut faciliter le changement pour le mieux dans les sept domaines.
- Les changements dans les systèmes de santé du Canada sont rarement rapides, c'est pourquoi les stratégies et les parties prenantes qui assurent la promotion ou la direction des initiatives liées aux soins de santé primaires nécessitent de la patience et des engagements à long terme.
- Tous les nouveaux efforts pancanadiens doivent se nourrir des expériences associées au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.
- Il faudrait considérer le fait d'établir des bulletins électroniques et d'autres mécanismes de partage de l'information, en complément du travail des associations provinciales (comme l'Association des centres de santé de l'Ontario), afin de fournir une alternative à bas coût pour les conférences et les visites de sites, avec l'accent mis sur les leçons tirées des données de recherche au niveau mondial et des initiatives locales (comme les initiatives d'amélioration de la qualité des soins de santé primaires).
- Les défenseurs des nouveaux modèles de soins de santé primaires devraient soulever l'importance de sensibiliser le grand public à la nécessité de défendre l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires (et pas seulement aux médecins), en précisant bien que la prestation de services assurés par de nombreux membres potentiels de l'équipe de soins de santé primaires n'est pas encore suffisante pour répondre à la demande potentielle.

En résumant au moins quelques-uns des thèmes les plus importants, un informateur clé remarque ceci : « Ces autres juridictions (provinces du Canada, Royaume-Uni, Australie) offrent de nombreuses possibilités d'apprentissage, mais leur mise en application fait apparemment défaut. Ce n'est pas uniquement la faute du système. Cela nécessite l'engagement de la politique du gouvernement pour mener

Encadré 5 : Terminologie

Nous utilisons le générique « régies régionales de la santé » pour signifier :

- 1) Les autorités sanitaires (Health Authorities) en Colombie-Britannique;
- 2) Les régies régionales de la santé au Nouveau-Brunswick et en Saskatchewan (où elles sont parfois appelées « Health Regions ») et les offices régionaux de la santé au Manitoba;
- 3) Les organismes appelés « Regional Health Authorities » en Alberta avant leur amalgamation dans la Régie des services de santé de l'Alberta (Alberta Health Services Board);
- 4) les réseaux locaux d'intégration des services de santé en Ontario;
- 5) les agences de la santé et des services sociaux au Québec;
- 6) les offices de santé du district (District Health Authorities) en Nouvelle-Écosse;
- 7) les anciennes régies régionales de la santé (Health Regions) de l'Île-du-Prince-Édouard, avant leur abolition;
- 8) les régies régionales intégrées de la santé (Regional Integrated Health Authorities) à Terre-Neuve;
- 9) les régies de la santé et des services sociaux (Health and Social Services Authorities) dans les Territoires du Nord-Ouest.

le projet, cela nécessite une machine au niveau local ou régional pour le coordonner et, au niveau local, cela nécessite une communauté pour le déployer. »

Domaine 1 : Cadre politique et financier en soutien aux soins de santé primaires

Engagement politique

Selon certains informateurs clés, le gouvernement fédéral canadien aurait signalé son engagement politique envers l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires durables et de haute qualité en établissant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires en 2000. Ce fonds a permis de distribuer des subventions pendant une durée de six ans, principalement dans le cadre des projets de démonstration.(34) L'engagement politique actuel du gouvernement fédéral canadien envers le renforcement des soins de santé primaires a été perçu par certains informateurs clés comme étant moins clair qu'auparavant. De plus, certains informateurs clés ont déterminé que le gouvernement fédéral pourrait également montrer l'exemple en améliorant l'accès à des soins de santé primaires durables et de haute qualité, dans un domaine où le gouvernement fédéral a une responsabilité de premier ordre, à savoir les soins de santé des Premières nations et des Inuits.

Les provinces et les territoires du Canada présentent un engagement politique articulé varié envers les soins de santé primaires durables et de grande qualité, tout en reconnaissant leur importance de façon implicite ou explicite. Les informateurs soulignent que les plans de santé stratégiques de toutes les provinces et de tous les territoires ou presque incluent des objectifs d'amélioration de certains éléments des soins de santé primaires. Les informateurs ont cité nommément l'Ontario et la Colombie-Britannique parmi les juridictions qui offrent actuellement un degré d'engagement politique élevé envers le renforcement des soins de santé primaires.

Comme le Canada, plusieurs pays de comparaison considèrent les soins de santé primaires comme un élément essentiel de leurs systèmes de santé. Certains engagements politiques récents dans ces pays ont mis l'accent sur le temps d'attente pour les soins de santé primaires. En Finlande et au Royaume-Uni, par exemple, le gouvernement national a présenté des projets de loi visant à diminuer le temps d'attente(41;42). Dans les deux cas, la loi a conduit à des améliorations dans la rapidité d'accès aux soins de santé primaires, bien qu'on ne sache pas clairement par quels mécanismes ces lois obtiennent ces résultats(41;42).

Cadre politique provincial et régional présentant des délais clairs

La Colombie-Britannique est en quelque sorte unique, puisqu'elle présente un document stratégique propre au renforcement des soins de santé primaires. La charte des soins de santé primaires de la Colombie-Britannique (The British Columbia Primary Healthcare Charter) a été développée en collaboration avec les groupes de parties prenantes et souligne sept zones de priorité, objectifs précis, délais et indicateurs mesurables pour guider les changements intervenant au niveau du système.(20)

L'un des informateurs considère que la charte constitue « une voix stratégique commune pour les soins de santé primaires dans la province ». Cette personne mentionne que dans le cas de la Colombie-Britannique, la solution opérationnelle est apparue d'abord, les changements structurels ont suivi six ans plus tard.

Certaines juridictions, comme le Manitoba, sont en train de renouveler leur cadre stratégique des soins de santé primaires, dans un premier temps élaboré en soutien aux activités financées par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Les informateurs clés provenant d'autres juridictions suggèrent que leurs cadres stratégiques provinciaux ont un point fort, les énoncés des objectifs, et un point faible, la matière elle-même. Ces informateurs clés remarquent l'importance de consacrer plus d'attention au fonctionnement (et à la mise en place) de ces énoncés stratégiques. Plusieurs informateurs clés avancent également que la présence d'une division consacrée aux soins de santé primaires dans les ministères de la santé, comme il en existe dans les juridictions du Nouveau-Brunswick et du Québec, peut soutenir le renforcement de soins de santé primaires, lorsque la division présente de solides capacités de leadership et une vision claire.

Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les stratégies et les plans provinciaux et territoriaux (indépendamment de leur orientation) sont généralement plus efficaces, lorsqu'ils sont convertis en plans opérationnels contenant des délais et des objectifs particuliers.

Engagements financiers clairs et progressistes

Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les stratégies ainsi que les plans provinciaux et territoriaux (indépendamment de leur orientation) sont généralement plus efficaces, lorsqu'ils sont associés à des engagements financiers. Certains informateurs clés ont émis l'observation selon laquelle les changements organisationnels doivent être associés à des changements dans les mécanismes financiers et dans les mécanismes d'incitation. Plusieurs informateurs clés avancent que les engagements du gouvernement fédéral intéressent les gouvernements provinciaux et territoriaux, lorsqu'ils sont associés à des fonds dédiés (p. ex., lorsque le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires était encore actif). Ces informateurs clés suggèrent que les nouvelles stratégies fédérales et les nouveaux plans fédéraux ne seront pas pris au sérieux sans le financement permettant de les soutenir.

Le besoin d'une vision pancanadienne est un sous-domaine dont l'importance est reconnue

Certains informateurs clés suggèrent qu'une vision pancanadienne *n'a pas été jugée nécessaire* par les décideurs provinciaux et territoriaux, et que leur connaissance des enjeux et des initiatives dans d'autres juridictions est appropriée. Selon le commentaire d'un informateur principal : « la vision n'est pas le problème ». Cette personne fait valoir que la lacune à l'échelle canadienne tient à « une analyse médicolégale profonde et claire des intérêts en jeu et des incitatifs pervers qui nuisent [à la réforme des soins de santé primaires] ». Un autre informateur principal prévient du danger de « tenir des réunions pour le plaisir de se réunir » et met au défi les personnes intéressées par le développement d'une vision pancanadienne de trouver dans les soins de santé primaires un enjeu affectant suffisamment toutes les parties prenantes pour les rassembler.

Un certain nombre d'informateurs clés avancent que l'Accord de 2003 des premiers ministres offre une vision des différentes sortes de soins de santé primaires au Canada.⁽³⁵⁾ L'un des informateurs principaux souligne que les provinces qui vont de l'avant avec des initiatives dans le domaine des soins de santé primaires le font en dépit de cette vision.

D'autres informateurs clés suggèrent le fait qu'une nouvelle vision pancanadienne relancerait l'activité aux niveaux provinciaux et territoriaux, et que les possibilités d'apprentissage partagé sont toujours valables. Beaucoup avancent qu'une définition commune des soins de santé primaires est au moins nécessaire pour soutenir l'apprentissage partagé (et serait très certainement nécessaire pour tout objectif allant au-delà du soutien à l'apprentissage partagé). Un informateur principal fait remarquer que le Canada ne satisfaisait pas aux normes dans son approche des soins de santé primaires et que les efforts du pays en matière de soins de santé primaires n'étaient pas cohérents avec la définition de soins de santé primaires donnée par l'Organisation mondiale de la santé et tiraient de l'arrière comparativement à d'autres pays.

Tous les principaux informateurs semblent être d'accord sur le fait que la diversité au sein des systèmes de santé et entre les systèmes de santé au Canada nécessite plusieurs modèles et qu'aucune approche uniformisée, aucune approche indûment rigoureuse ou aucune méthode prescriptive ne fonctionnerait. Les visions partagées ou collaboratives orientées vers les soins de santé primaires ont été considérées importantes, mais elles ne peuvent donner de résultats que si elles favorisent une flexibilité locale dans leur fonctionnement et dans leur application. Pour cette raison, de nombreux informateurs clés sont plus favorables aux objectifs élargis liés aux soins de santé primaires. D'autres informateurs clés suggèrent de mettre l'accent sur les piliers communs de soins de santé primaires, ce qui rejoint le langage utilisé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Un informateur principal craint qu'il ne soit pas possible d'élaborer une vision horizontale

commune présentant un degré quelconque de spécificité, et que la vision qui émergerait d'un tel exercice n'ajouterait que peu de substance aux discussions sur les soins de santé primaires.

Les informateurs ont des sentiments partagés quant aux avantages des délais et des objectifs pancanadiens visant à renforcer les soins de santé primaires. Un informateur principal dit considérer cela comme une approche possible et souligne que le gouvernement fédéral a appliqué cette approche aux délais d'attente et aux dossiers médicaux électroniques. Cet informateur principal a poursuivi en faisant valoir que les échéanciers et les cibles devaient être établis en collaboration avec les provinces, devaient être basés sur les données probantes et devaient être évalués. Un autre informateur principal a noté que l'Inforoute Santé du Canada était un exemple d'exception à la règle générale selon laquelle une interface fédérale ou provinciale ne pouvait pas fonctionner efficacement. D'un autre côté, un autre informateur principal laisse entendre que les cibles posent trop de problèmes au plan politique et que des cibles déterminées à l'échelle pancanadienne ne seraient pas acceptables pour les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ce même informateur principal propose que ceux qui souhaitent appuyer des efforts pancanadiens travaillent plutôt avec les parties prenantes et les décideurs provinciaux et territoriaux pour fixer leurs propres cibles.

Les informateurs clés semblent s'accorder sur le fait que toute initiative pancanadienne relative aux soins de santé primaires devrait être financée par des fonds supplémentaires. Alors que de nombreux informateurs clés indiquent que des contraintes économiques représentent les meilleurs leviers de changement – un informateur clé remarque que « la confrontation avec la réalité indique que nous devons mieux utiliser les ressources du système, les rediriger et les utiliser plus efficacement » – ces contraintes sont ressenties différemment entre les provinces et ne posent pas nécessairement le cadre d'une initiative pancanadienne. Un informateur principal considère que le financement est nécessaire pour assurer la responsabilité et développer les capacités locales (comme l'a permis le financement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires). Un autre informateur principal mentionne que les initiatives de soins de santé primaires ne peuvent se produire sans un soutien adéquat aux fournisseurs, ce qui exige des ressources. Cet informateur principal prévient qu'il ne faut pas penser que des changements pourraient être réalisés sans dépenser davantage. Un troisième informateur principal fait valoir que des fonds additionnels seraient requis pour mettre en œuvre toute nouvelle vision.

De nombreux informateurs clés citent d'autres activités et efforts pancanadiens ciblant le renforcement des soins de santé primaires. Une initiative remarquable d'établissement d'un comité national de coordination visant le renouvellement des soins de santé primaires est représentée par le Groupe de travail canadien sur l'amélioration des services de santé, avec un soutien au personnel apporté par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Un comité de cette nature, composé de parties prenantes venant de tout le pays, permettrait de servir de fondement au financement et aux activités gravitant autour des soins de santé primaires. Un informateur principal fait valoir que le pays n'a pas besoin d'une nouvelle vision, mais plutôt d'un cercle de réflexion pancanadien pour partager l'information et réduire les chevauchements.

Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a été considéré comme important

Les informateurs clés remarquent que le fait de tirer des leçons de l'expérience relative au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires devrait éclairer les initiatives pancanadiennes à venir concernant le renforcement des soins de santé primaires. Ils remarquent que les répercussions de cette expérience sont parfois plus limitées au niveau du système qu'au niveau individuel (télésanté représentant un exemple d'exception à cette règle générale), que cette expérience reste en quelque sorte inachevée (dans la mesure où elle a suscité des idées qui n'ont jamais vraiment été diffusées et mises en application) et qu'elle démontre l'importance de créer un forum pour permettre aux parties prenantes pancanadiennes de se réunir et de résoudre les problèmes collectivement.

En ce qui concerne les répercussions du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, de nombreux informateurs clés remarquent que ce fonds a un effet limité au niveau du système, dans la mesure où les initiatives prometteuses sont souvent prolongées ou construites au coup par coup, et non de façon

systematique, après la fin du financement. Quelques informateurs clés distinguent les initiatives du système de télésanté comme une exception, dans la mesure où ces investissements perdurent à travers des témoignages. Un certain nombre d'informateurs clés remarquent que les répercussions du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires ont été ressenties plus vivement au niveau des personnes; beaucoup ont décroché des postes de leadership en raison de leur participation aux activités locales du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Un informateur principal fait valoir que le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a « créé des étincelles » qui ont favorisé un changement continu.

En considérant le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires comme un projet inachevé, les informateurs clés déplorent le manque d'évaluation des projets du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, le manque de leçons tirées au niveau d'un projet (notamment un projet recouvrant plusieurs juridictions), particulièrement au niveau de plusieurs projets, et le manque de diffusion répandue des leçons ainsi déterminées. Les interrogations concernant les raisons pour lesquelles l'adoption des dossiers médicaux électroniques représente un processus lent sont citées comme un exemple de possibilité manquée de diffusion. Un informateur principal fait remarquer que « les projets pilotes ne s'étendent pas automatiquement. La situation peut se renverser lorsque le financement prend fin ».

Plusieurs informateurs clés observent que des éléments du processus relatif au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires font partie des idées clés susceptibles d'être extraites de l'expérience. Tout d'abord, certains informateurs clés avancent que ce fonds démontre l'importance de soutenir les forums en bon état de fonctionnement pour permettre aux parties prenantes pancanadiennes de se réunir et de résoudre les problèmes collectivement. Le forum qui a été créé quasiment naturellement après la création du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (et n'a obtenu de soutien officiel que bien plus tard) garantit le fait que les priorités du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires traduisent les besoins des parties prenantes à l'échelle du pays, et que les parties prenantes qui participent au comité consultatif provincial, territorial et fédéral créent des relations entre elles qui demeurent au-delà du forum et du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Cependant, certains informateurs clés remarquent qu'une communication continue entre ces personnes n'est souvent pas structurée et peut ne pas inclure toutes les parties prenantes pertinentes. Ensuite, certains informateurs clés avancent que le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires démontre l'importance de fournir un forum et des capacités de leadership, tout en n'orientant pas le calendrier. Dans ce cas, c'est le gouvernement fédéral qui oriente le calendrier, mais ce ne sera pas nécessairement le cas à l'avenir. Enfin, certains informateurs clés avancent que le financement assez important, mais ciblé du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires encourage la responsabilisation et la motivation. Un autre informateur clé avance, en outre, que le financement est efficace, dans la mesure où il concerne un intérêt commun : « les personnes prendront part aux discussions si elles le jugent utiles. »

Domaine 2 : Vastes initiatives portant sur les systèmes de santé et soutenant explicitement les soins de santé primaires

Initiatives liées à l'accès, à la qualité et à la sécurité

Un certain nombre d'informateurs remarquent que les stratégies et les parties prenantes au niveau des soins de santé primaires doivent s'améliorer en ce qui concerne la mise en valeur des stratégies et des objectifs existants, comme les initiatives liées à la période d'attente, en démontrant la manière dont les systèmes renforcés de soins de santé primaires peuvent soutenir la mise en œuvre de ces stratégies et l'atteinte de ces objectifs.

Collaboration sous-sectorielle

De nombreux informateurs clés remarquent également le manque d'alignement entre les initiatives de soins de santé primaires et d'autres initiatives stratégiques, comme la gestion des maladies chroniques, le fait de vieillir chez soi, les soins de longue durée, entre autres. Ils avancent que ces initiatives doivent être mieux alignées et que le rôle des soins de santé primaires pour chacune de ces initiatives doit être formulé plus clairement. Dit autrement, ils remarquent que les soins de santé primaires doivent être grand public, c'est-à-dire intégrés dans toutes les politiques de soins de santé. La nomination d'un responsable de haut niveau de la politique des soins de santé primaires au niveau provincial ou territorial peut être une façon d'y parvenir. Un autre informateur clé a suggéré d'établir un comité des soins de santé primaires au niveau provincial ou territorial. Un informateur principal de la Colombie-Britannique parle en termes élogieux du Comité de soutien à la pratique générale (General Practice Support Committee) de la province, qui réunit des médecins, des décideurs politiques et des gestionnaires régionaux pour soutenir les améliorations dans les soins de santé primaires. Ce comité œuvre au sein d'un cadre trilatéral plus large avec la British Columbia Medical Association, le gouvernement provincial et les régies régionales de la santé, dont deux informateurs soulignent l'importance dans le développement des consensus et de l'appui politique.

Surveillance et évaluation

La surveillance et l'évaluation sont considérées par de nombreux informateurs clés comme un élément manquant de la plupart des cadres politiques existants. Ils remarquent qu'un nombre limité de stratégies provinciales et territoriales inclut la désignation d'objectifs et l'établissement de rapports annuels (ou trimestriels), bien que les indicateurs restent plus fortement axés sur le processus de mesure plutôt que sur les résultats. Plusieurs informateurs clés reconnaissent que la définition et la communication d'indicateurs ne sont pas faciles, mais que les mesures prises dans ce sous-domaine amélioreront la responsabilisation des régies régionales de la santé vis-à-vis de la province. Certains informateurs clés remarquent également que chaque ensemble donné d'indicateurs doit inclure un ensemble d'indicateurs à court terme et à long terme : la plupart des objectifs définis au niveau de la population nécessitent une évaluation à long terme (de dix ans, par exemple), alors que les politiciens souhaitent constater des résultats immédiats pendant leur mandat. Un informateur principal fait valoir que les indicateurs de résultat indiquent rarement si les plaintes des patients ont été résolues, et que la résolution des plaintes des patients doit rester l'objectif principal des soins de santé primaires.

Au niveau pancanadien, certains informateurs clés pensent que les normes d'évaluation pancanadiennes font actuellement défaut; cependant, ces normes sont nécessaires pour amener le Canada au niveau des pays de comparaison qui collectent les données relatives à un certain nombre d'indicateurs liés aux soins de santé primaires, avant d'en faire rapport. Alors que l'Institut canadien d'information sur la santé et certaines organisations de recherche provinciales (comme l'Institute for Clinical Evaluative Sciences in Ontario –

Institut des sciences d'évaluation clinique de l'Ontario) ont avancé dans ce domaine,(39;40) les informateurs clés étaient bien plus susceptibles de se référer au travail de l'Institute of Healthcare Improvement (l'Institut de l'amélioration des services de santé) aux États-Unis.

Un certain nombre d'informateurs commentent le fait que la surveillance et l'évaluation ne doivent pas être considérées comme une responsabilité ou un exercice de report, mais plutôt comme un moyen de soutenir l'amélioration. Un informateur principal commente le fait qu'une orientation vers « l'amélioration » pourrait exciter les fournisseurs ainsi que les gestionnaires de soins de santé et les motiver, particulièrement s'ils s'appuient sur des connaissances, des outils et des ressources pour éclairer et soutenir leurs efforts d'amélioration.

La régionalisation est un autre sous-domaine dont l'importance a été reconnue

Une tendance générale à la recentralisation de la planification, du financement et de la responsabilisation a été observée dans un certain nombre de provinces au cours des quelques dernières années. En Alberta, les régions régionales de la santé ont été regroupées au sein d'une régie provinciale de la santé en 2008(43). Le gouvernement de la Colombie-Britannique a regroupé 52 régions régionales en cinq, en plus d'une régie provinciale, en 2001(43). Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a regroupé huit régions régionales en deux en 2008(44). Le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a d'abord regroupé 50 régions régionales en 14, avant d'en ramener le nombre à quatre en 2004(45). Les gouvernements de l'Île-du-Prince-Édouard et de la Saskatchewan ont aussi procédé à des regroupements de régions régionales de la santé(43).

Un certain nombre de pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison (comme le Danemark et la Finlande) constatent une tendance similaire à la recentralisation. Un rapport publié récemment préparé pour le gouvernement australien recommande la centralisation des politiques et du financement, les régions régionales conservant la responsabilité de la prestation des soins de santé(46). La justification généralement donnée à la centralisation dans les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, similaire à la justification donnée dans plusieurs juridictions canadiennes, voulant qu'une trop grande décentralisation des systèmes de santé mène à des inefficacités administratives, limite le potentiel d'économies d'échelle et conduit à des dépassements de la capacité de gestion et de gouvernance(47). Un informateur principal suggère que la recentralisation était motivée davantage par des considérations politiques dans plusieurs milieux canadiens : les électeurs étant rarement informés du rôle et des responsabilités des régions régionales relativement à ceux des élus, les politiciens craignent que des décisions impopulaires prises par une régie régionale ne leur soient imputées, réduisant ainsi leurs chances de réélection.

Les rôles et les responsabilités des régions régionales de la santé en ce qui concerne les soins de santé primaires varient en fonction des juridictions. Alors que la plupart des régions régionales de la santé ne sont pas prises en considération dans la planification et la prestation de soins de santé primaires au niveau régional, ou dans le paiement des médecins de soins de santé primaires, des exceptions existent. C'est ainsi par exemple que les offices régionaux de la santé du Manitoba ont la responsabilité de l'établissement des centres de soins de santé primaires(48). De plus, une évaluation de la régionalisation au Manitoba a recommandé au ministère provincial de la Santé d'accélérer la mise en œuvre de modèles offrant des incitatifs financiers aux médecins de famille pour qu'ils acceptent de s'intégrer aux autres fournisseurs de soins de santé au niveau régional, la coordination générale étant assurée par la région(48). Quelques informateurs mentionnent que certaines régions régionales de la santé en Saskatchewan traitent de plus en plus souvent directement avec les médecins. Un informateur principal fait valoir que les régions régionales de la santé en Ontario peuvent s'appuyer sur leur rôle de répartition du financement pour influencer les équipes de santé familiale (qu'elles contrôlent directement ou non les paiements) et que leur supervision des équipes de santé familiale est un élément principal du renforcement des soins de santé primaires dans cette province.

Les informateurs clés ont des opinions mitigées quant à savoir si le renforcement des soins de santé primaires pourrait être soutenu grâce à un vice-président ou à une division des soins de santé primaires dans chaque régie régionale de la santé ou à l'intégration des soins de santé primaires dans toutes les divisions de chaque

régie régionale de la santé. La première option, en particulier lorsque la division est cogérée par un directeur médecin et par un directeur non-médecin, comme c'est le cas l'une des régions regroupant des informateurs clés, est supposée faciliter la communication avec la communauté des médecins de soins de santé primaires. Selon un informateur clé, la seconde option améliorerait la visibilité des soins de santé primaires dans la région. Cet informateur clé avance que les régies régionales de la santé « ne peuvent se permettre de dresser des barrières entre les portefeuilles ».

Les informateurs ont des opinions mitigées quant au fait de savoir si les médecins de soins de santé primaires accepteraient d'être payés par des régies régionales de la santé, plutôt que par l'intermédiaire du régime provincial d'assurance-maladie (ou du gouvernement).

Un informateur principal qui est aussi médecin suggère qu'ils accepteraient cette situation et souligne que cette approche est déjà en place dans certaines régions, notamment celles contenant des sous-régions éloignées ou mal desservies. Un autre informateur principal médecin fait remarquer qu'il est difficile de bâtir la confiance entre les gouvernements provinciaux et les médecins, et que la confiance serait encore plus difficile à bâtir au niveau régional. Un troisième informateur principal fait valoir que dans un monde idéal, les médecins négocieraient directement avec les régies régionales de la santé, mais que cela mettrait les associations médicales provinciales sur la touche (ou à tout le moins exigerait d'elles une réorganisation en profondeur).

Un certain nombre d'informateurs clés déterminent le rôle central des médecins de soins de santé en matière de prestation de soins de santé comme un obstacle à la réalisation du potentiel de régionalisation. Les informateurs clés sont rarement capables de déterminer dans quelle mesure la régionalisation constitue une aide ou un frein au renforcement des soins de santé primaires, mais la plupart reconnaissent que les changements organisationnels fréquents compliquent leur travail. Plusieurs informateurs clés avancent que les structures et les processus qui facilitent actuellement la communication et la collaboration entre les gouvernements provinciaux et les régies régionales de la santé doivent s'élargir pour inclure les responsables des soins de santé primaires. Le comité trilatéral des services de médecine générale de la Colombie-Britannique est cité par plusieurs informateurs clés comme un exemple réussi de la façon dont les structures et les processus ont été élargis pour inclure les responsables des soins de santé primaires (dans ce cas précis, les responsables issus de l'Association médicale de la Colombie-Britannique). Plusieurs informateurs suggèrent que ce modèle pourrait être adopté dans des provinces comme l'Ontario, où il n'existe pas de structure trilatérale (gouvernement provincial, régies régionales et association médicale provinciale). Un informateur principal fait valoir que les initiatives d'engagement communautaire des régies régionales de la santé ont alimenté la demande communautaire pour un renforcement des soins de santé primaires, et que ces initiatives doivent être reprises à plus grande échelle. Un autre informateur principal note que ces initiatives en Ontario n'ont jamais été axées sur les soins de santé primaires.

Le Royaume-Uni est un exemple de pays de comparaison dans lequel les corps locaux, dans ce cas les caisses de soins primaires, ont un rôle clair et des responsabilités claires en ce qui concerne le renforcement des soins de santé primaires. Les caisses de soins primaires reçoivent des paiements par bloc provenant du Service national de la santé et sont responsables de la mise en fonctionnement des services assurés par les médecins dans les soins de santé primaires et du financement des activités de promotion de la santé.(19) Une critique de ce modèle repose sur le fait que le mécanisme de financement de la capitation utilisé, même s'il est ajusté en fonction du fardeau de la maladie et des besoins de santé au niveau local, n'encourage pas les innovations susceptibles d'améliorer l'efficacité sur le long terme, malgré des coûts plus élevés sur le court terme.(19) Le service national de la santé soutient de nombreux programmes de formation au leadership et au management pour les personnes travaillant dans les caisses de soins primaires, et les chefs de direction de ces caisses doivent rendre des comptes au Comité des comptes publics de la Chambre des communes.(19) Pour déconcentrer plus avant la planification et la mise en fonctionnement des services, le service national de la santé a également mis en place un système de mise en fonctionnement des services fondé sur les pratiques.(36) Grâce à cette mise en fonctionnement, les fournisseurs de soins de santé reçoivent un budget fixe de la part des caisses de soins primaires, afin de contracter des services au nom de leurs patients. Les médecins généralistes peuvent consacrer jusqu'à 70 % de leur excédent budgétaire aux investissements en

capital, incitant ainsi les comportements propices à la réalisation d'économies. En 2007, la mise en fonctionnement des services fondée sur les pratiques a été utilisée par 93 % des médecins généralistes et les pratiques étudiées ont réduit les renvois vers les hôpitaux de 25 à 33 %.(36)

L'élargissement de la portée de la pratique des non-médecins a été considéré comme important

La poussée vers la prestation de soins de santé primaires gérés par une équipe, traitée dans le cadre du Domaine 3 (ci-dessous), est accompagnée, dans certaines juridictions, par des efforts plus importants pour accroître l'étendue des pratiques des non-médecins. Les gouvernements de l'Ontario et des Territoires du Nord-Ouest, par exemple, ont étendu la portée de la pratique des infirmières praticiennes pour inclure la prescription de médicaments sur ordonnance et la commande de tests diagnostiques(28;29). Certains informateurs indiquent qu'un nombre toujours croissant de médecins est prêt à travailler avec d'autres fournisseurs de soins de santé avec un rôle élargi de la pratique. D'autres informateurs indiquent que des nombres toujours croissants de communautés avec de faibles niveaux de couverture médicale souhaitent être soignés par des fournisseurs de soins de santé non-médecins disposant d'un rôle élargi de la pratique. De façon plus générale, certains informateurs perçoivent un fort soutien politique et public envers le développement de la portée des pratiques parmi les fournisseurs de soins de santé non-médecins, bien qu'ils remarquent que ce soutien pourrait être limité aux communautés dans lesquelles on constate une sensibilisation importante à la valeur des fournisseurs de soins de santé non-médecins et à l'engagement communautaire très fort envers la planification des efforts permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires.

De nombreux informateurs remarquent que l'élargissement du rôle de la pratique doit être accompagnée de nouveaux schémas de financement et de rémunération de même que d'efforts proactifs pour aider les fournisseurs de soins de santé non-médecins à travailler dans un rôle élargi de la pratique. Par exemple, un informateur principal mentionne que les pharmaciens de l'Alberta ont été lents à adopter un élargissement de leur rôle, en partie à cause d'un manque d'incitatifs(49;50). Le gouvernement de l'Alberta a mis à l'essai un mécanisme pilote, afin de rémunérer les pharmaciens pour les prescriptions. Par contraste, un informateur principal note que les infirmières de Colombie-Britannique ne disposent toujours pas d'une structure de financement qui les soutiendrait dans une pratique indépendante. Un informateur principal indique que les fournisseurs en Colombie-Britannique ont bénéficié d'une formation initiale leur permettant de reconnaître les fonctions et le rôle de leurs collègues, ce qui permet à tous de travailler de concert.

Un certain nombre d'informateurs remarquent que la façon dont l'étendue de la portée des pratiques est négociée et soutenue peut influencer la manière dont cette étendue est perçue par les médecins. Un informateur principal fait valoir qu'un effort visant à étendre la portée de la pratique des pharmaciens en Colombie-Britannique a été contré par les groupes de médecins. Un autre informateur principal a fait valoir que le fait que les infirmières praticiennes dans sa région soient salariées signifie qu'elles ne présentent aucune menace pour le revenu des médecins, de sorte qu'elles ont été bien acceptées par ces derniers. Un informateur principal a fait valoir que l'acceptation par les médecins responsables des soins de santé primaires au Québec d'un rôle élargi de la pratique pour les infirmières est en partie due au fait que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a participé à la planification des politiques concernant les nouveaux modèles de prestation de soins et le rôle des autres fournisseurs.

Dans de nombreux pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, l'étendue des pratiques des infirmières et des infirmières praticiennes est accrue, souvent dans l'optique de réduire les temps d'attente. Au Royaume-Uni, l'introduction de la prescription des règles décisionnelles du National Institute for Health and Clinical Excellence (Institut national de la santé et de l'excellence clinique) limite le champ des interprétations individuelles nécessaires et facilite ainsi l'accès des infirmières à la prescription. La moitié des infirmières du système de service national de la santé sont autorisées à prescrire des médicaments. L'introduction en parallèle d'un centre de leadership en soins infirmiers, offrant un soutien en matière de formation et de surveillance, soulage potentiellement les autres corps professionnels.(19)

Domaine 3 : Conception des systèmes de prestation de soins de santé primaires

Rattachement à un médecin, à une équipe de soins de santé primaires dirigée par un médecin ou à une équipe en collaboration interprofessionnelle.

De nombreux informateurs clés ont souligné l'importance du fait de rattacher les patients officiellement à un médecin, à un autre type de fournisseur ou à une équipe de soins de santé, et ils voient les équipes comme un élément important du renforcement des soins de santé primaires. De nombreux gouvernements provinciaux et territoriaux préconisent la prestation de soins de santé gérés par une équipe.(4;5)

En ce qui concerne la formation professionnelle continue : Dans le cas des équipes dirigées par un médecin, le recrutement de nouveaux médecins de soins de santé primaires peut être crucial. Un informateur principal décrit une approche utilisée dans les Territoires du Nord-Ouest, en vertu de laquelle les médecins qui souhaitent déménager à Yellowknife doivent compléter d'abord une suppléance et être jugés par les autres membres de l'équipe sur la base de leur capacité d'intégration à l'équipe en place. Ce qui peut être attendu d'un médecin de soins de santé primaires qui se joint à une équipe est tout aussi important. Un informateur principal fait valoir que les médecins changent rarement leur style de pratique lorsqu'ils se joignent à une équipe, mais qu'ils tirent souvent plus de satisfaction du travail d'équipe parce qu'ils ont l'impression d'être rémunérés pour leur style de pratique existant par le versement de primes et de modèles de capitation ou de salaires qui leur permettent de passer du temps avec leurs patients. Un informateur principal note que le fait de placer les médecins au centre de l'équipe de soins de santé primaires limite les possibilités d'élargissement de la prestation des soins basée sur l'équipe, notamment dans les régions éloignées et mal desservies. D'un autre côté, un autre informateur principal fait valoir que les médecins de soins de santé primaires doivent rester au centre de la prestation de soins de santé primaires et que les efforts doivent porter sur la façon de leur fournir les incitatifs nécessaires pour les amener à travailler avec d'autres fournisseurs de soins de santé et avec les régies régionales de la santé.

Les équipes de soins en collaboration interprofessionnelle sont moins nombreuses. La Saskatchewan semble compter le plus grand nombre d'équipes interdisciplinaires et intégrées de soins de santé primaires, qui peuvent comprendre des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières en santé publique, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes, des physiothérapeutes, des travailleurs de soins à domicile et des pharmaciens (qui se sont récemment ajoutés)(8;30). Dans les collectivités plus petites de cette province, les équipes sont dirigées par des infirmières praticiennes travaillant avec des médecins se trouvant ailleurs(8;30). L'Ontario a récemment lancé des cliniques dirigées par des infirmières praticiennes dans lesquelles celles-ci travaillent avec une équipe d'autres fournisseurs de soins de santé, dont des médecins. L'Ontario prévoit 25 autres cliniques dirigées par des infirmières praticiennes au cours des prochaines années dans les régions mal desservies(29). Dans les Territoires du Nord-Ouest, les infirmières praticiennes assurent les soins de santé primaires dans la plupart des collectivités, avec des liens vers des médecins omnipraticiens se trouvant ailleurs, un peu comme dans les petites collectivités de la Saskatchewan(28). Les soins interprofessionnels dispensés en collaboration sont aussi bien développés pour certaines conditions particulières, comme les équipes de l'Île-du-Prince-Édouard qui travaillent auprès des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète(25) ou d'autres équipes en Colombie-Britannique et en Saskatchewan qui ciblent les populations présentant des conditions spécifiques ou vivant dans des régions mal desservies(8;51). Plusieurs informateurs notent que la collaboration interprofessionnelle est la norme pour les centres de santé communautaires.

Les informateurs ont offert quelques conseils sur la façon de solutionner les problèmes liés aux rôles des équipes et à leur composition. Certains informateurs avancent que les rôles des équipes devraient être attribués selon la fonction, et non selon la discipline. Ces informateurs pensent qu'il est nécessaire de former davantage chaque fournisseur de soins de santé, afin qu'il comprenne les fonctions potentielles de chacun de ses collègues, et que des politiques doivent favoriser un fonctionnement flexible. Un informateur principal commente que dans une équipe idéale, le médecin de famille jouerait un rôle direct limité dans l'engagement

auprès des patients, mais agirait plutôt à titre de ressource ou de consultant. Certains informateurs font valoir que la composition de l'équipe pourrait être décidée, comme ce fut le cas pour les groupes de médecine familiale au Québec, en organisant des groupes de discussion avec les médecins responsables des soins de santé primaires, en faisant participer de façon proactive les associations de fournisseurs de soins de santé et les partis politiques, en mettant le modèle à l'essai dans le cadre d'un projet pilote et en payant des leaders parmi les médecins pour offrir un soutien à la gestion du changement aux nouvelles équipes. D'autres informateurs insistent sur l'importance de la sensibilisation et du développement de la demande auprès des patients et des collectivités. Ces informateurs notent que les rencontres publiques et les initiatives d'engagement communautaire ont conduit à une plus grande acceptation des soins de santé primaires en général et des équipes dirigées par des infirmières praticiennes en particulier, en réponse à une pénurie de médecins dans certaines provinces.

Les informateurs remarquent, d'une part, la nécessité de nuancer le fait que les nouveaux diplômés qui se sont formés au Canada n'ont pas besoin d'être beaucoup encouragés pour rejoindre les équipes, d'autre part, il faudrait également nuancer le fait que de nombreux médecins plus âgés ont besoin d'être beaucoup plus encouragés et que de nombreux fournisseurs de soins de santé non-médecins ont besoin de modèles de financement exploitables. Plusieurs informateurs notent que les nouveaux diplômés, pour la plupart, souhaitent travailler au sein d'une équipe. Les défis viennent des médecins plus âgés ou des diplômés en médecine qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger et qui n'ont pas reçu leur formation dans un milieu d'équipe (particulièrement nombreux dans des juridictions comme Terre-Neuve et la Saskatchewan). De nombreux médecins plus âgés hésitent à abandonner la rémunération à l'acte et dans plusieurs juridictions cela signifie qu'ils ne peuvent se joindre à une équipe. Des informateurs notent plusieurs exemples dans lesquels les modèles de financement ne suivent pas le rythme des évolutions de la prestation de services basées sur une équipe. À Terre-Neuve par exemple, les pharmaciens ne se sont pas intégrés aux centres de santé communautaires parce qu'ils perdraient des revenus en abandonnant leurs pharmacies privées. Ce n'est pas le cas en Nouvelle-Écosse et au Québec, au moins. Les pharmaciens de Nouvelle-Écosse sont remboursés pour les soins rendus aux patients complexes, ce qui leur permet de participer à titre de membres des équipes interdisciplinaires. Au Québec, les groupes de médecine familiale reçoivent des fonds pour les services des infirmières, les dépenses administratives et les frais généraux, aussi bien qu'ils bénéficient d'une banque d'heures pour la rémunération d'autres fournisseurs de soins de santé (en plus des médecins et des infirmières) participant aux pratiques d'équipe.

La question de la formation a été soulevée par un certain nombre d'informateurs. Les informateurs avancent l'idée que les fournisseurs des soins de santé doivent être formés tôt dans leur transition vers les soins de santé gérés par une équipe, afin de travailler plus efficacement dans une équipe et d'être satisfaits de leur travail. Les gouvernements de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan, par exemple, ont investi dans des facilitateurs et des formateurs d'équipe(7;8). Le gouvernement du Québec a appuyé la formation de 21 mentors pour les infirmières et le développement d'un réseau en ligne permettant aux infirmières d'échanger des outils et des idées, a transféré des sommes aux régies régionales de la santé pour de la formation supplémentaire et a financé des personnes-ressources régionales pendant trois mois pour soutenir les groupes de médecine familiale. Quelques informateurs soulignent l'importance de la formation interprofessionnelle pour les leaders en soins de santé primaires.

Les informateurs ont également souligné l'importance du regroupement des services et des soutiens, comme les dossiers médicaux électroniques. Certaines équipes existantes (généralement celles portant le nom de « réseaux ») sont des équipes virtuelles, comprenant plusieurs médecins en différents endroits pouvant partager les soins en dehors des heures normales, et souvent un service téléphonique 24 heures assuré par des infirmières(6). Cependant, plusieurs informateurs qui dirigent des équipes notent que les équipes travaillent mieux lorsqu'elles partagent un lieu de travail commun, ce qui facilite la collaboration informelle, le développement des liens, l'apprentissage de groupe et la résolution de problème collective. Un certain nombre d'informateurs notent également que les interactions efficaces au sein d'une équipe reposent sur l'utilisation extensive des dossiers médicaux électroniques, qui permettent aux fournisseurs de soins de santé de voir facilement ce qu'ont fait leurs collègues pour les mêmes patients. Le gouvernement du Québec a

également fourni aux groupes de médecine familiale une aide financière pour les immobilisations et les frais généraux.

Les informateurs signalent les difficultés associées au fait que les médecins qui travaillent dans les soins de santé primaires dépendent d'autres personnes que des fournisseurs de soins de santé et au fait que la prestation de soins de santé gérés par une équipe s'accroît en période de ralentissement économique. Un informateur principal note que les équipes au Nouveau-Brunswick éprouvent des difficultés parce que les médecins relèvent d'un chef régional de la médecine familiale, alors que les autres fournisseurs de soins de santé primaires relèvent d'autres cadres de la régie régionale de la santé. Un certain nombre d'informateurs suggèrent que l'extension des équipes a été (et continue d'être) limitée par le coût plus élevé que prévu de la création et du financement des nouvelles équipes, particulièrement dans le contexte économique actuel. En Ontario plus particulièrement, des informateurs donnent à penser que le gouvernement provincial n'était pas préparé pour le niveau de participation aux mesures incitatives et aux programmes de primes.

Les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, comme le Danemark, l'Israël, la Nouvelle-Zélande, l'Espagne et le Royaume-Uni ont mis en place des réformes similaires pour améliorer la prestation de soins de santé primaires gérés par une équipe. Alors que ces équipes incluent un ensemble de fournisseurs de soins de santé, elles sont presque toujours dirigées par un médecin spécialisé dans les soins de santé primaires.(9-15) Comme au Canada, la prestation des soins de santé gérés par une équipe est souvent annoncée comme une approche idéale, en particulier pour les patients atteints d'une maladie complexe ou chronique. Les caractéristiques courantes des équipes performantes présentent une gestion solide, une communication claire et une culture positive.(9;11)

Cibler les paiements pour des soins coordonnés et proactifs

De nombreuses juridictions canadiennes fournissent des paiements ciblés (ou des incitatifs financiers de façon plus générale) aux fournisseurs de soins de santé primaires, dont certains sont favorables aux services de santé coordonnés et proactifs (comme la prévention et la gestion de conditions chroniques) et d'autres au déplacement des services vers des collectivités mal desservies et à l'inscription des patients non pris en charge par un service de santé primaire.(7;16) Les informateurs clés remarquent que les paiements ciblés doivent être alignés sur les objectifs de population, doivent être conçus pour récompenser une pratique optimale et continuellement ajustés pour traduire les besoins changeants, les nouvelles données de recherche et la réactivité des fournisseurs de soins de santé. Dans plusieurs juridictions, les fournisseurs de soins de santé ne sont admissibles aux incitatifs que s'ils font partie d'une équipe.

La plupart des informateurs pensent que les incitatifs permettent d'obtenir des résultats et que certains fournisseurs de soins de santé primaires (comme les médecins et les pharmaciens de l'Alberta) ne fourniraient pas de services particuliers sans incitatifs. Un informateur principal note que les incitatifs peuvent ne pas avoir d'effet dans les juridictions où l'offre est restreinte (p. ex., quand un fournisseur de soins de santé primaires ne peut simplement pas prendre de nouveaux patients en raison de sa charge de travail existante). Un informateur principal note également qu'il est possible que les incitatifs aient des effets nuisibles, faisant valoir que les incitatifs de l'Ontario ont perturbé la pratique interdisciplinaire en payant les médecins pour des services qui étaient fournis (ou qui pourraient l'être) par d'autres fournisseurs de soins de santé. Dans une observation complémentaire, un autre informateur principal indique que les incitatifs donneraient leur pleine mesure si elles visaient les équipes et non les fournisseurs individuels. Les fournisseurs de soins de santé pourraient alors intervenir dans la portée de leur pratique et les médecins, par exemple, ne s'engageraient pas dans les programmes d'abandon du tabac. Un informateur principal mentionne la possibilité que les incitatifs aient des effets non prévus. Il cite la perception selon laquelle les incitatifs du Québec sont trop bureaucratiques et lourds, et empêchent certains médecins de se joindre à un groupe de médecine familiale. De même, lorsqu'on leur demande, de nombreux informateurs conviennent que certains des comportements désirés pourraient se manifester sans incitatifs, comme ils le font dans les centres de santé communautaires où

les fournisseurs peuvent avoir des valeurs intrinsèques différentes. Les incitatifs non financiers, comme l'analyse comparative (dont il est question dans le Domaine 4) sont aussi utilisés dans certains pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, afin d'obtenir des résultats similaires. Plusieurs informateurs indiquent que l'analyse comparative est susceptible de fonctionner également dans un contexte canadien.

Les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison ont mis en place des incitatifs financiers et non financiers destinés aux fournisseurs de soins de santé. L'Australie, le Danemark, l'Allemagne et la Nouvelle-Zélande envisagent d'encourager la prestation de soins de santé pour soigner les maladies chroniques et l'inscription des patients aux programmes de gestion des maladies chroniques.(10;12;15;17) La Nouvelle-Zélande offre également des paiements cibles aux médecins de soins de santé primaires qui fournissent des soins de santé aux populations marginalisées.(18) Le Royaume-Uni a mis en œuvre un certain nombre de mesures incitatives liées au rendement et relatives à l'organisation pratique, à la satisfaction des patients et à la prestation de services supplémentaires.(19) Le système de « paiement au résultat » du Royaume-Uni permet aux patients de choisir leur fournisseur de soins de santé en fonction d'indicateurs de qualité accessibles au public. Cependant, les asymétries de l'information et la disponibilité limitée des fournisseurs limitent l'application de ce système.(19)

Les centres de santé communautaires ont été considérés importants

Les centres de santé communautaires, qui constituent techniquement une forme d'équipe, sont souvent considérés comme uniques par rapport aux autres modèles d'équipe, grâce à leur rôle mieux intégré de fournisseurs de soins de santé et de services sociaux. En fait, on peut soutenir que les centres de santé communautaires constituent le modèle de prestation de soins de santé le plus interdisciplinaire et le plus représentatif de la population au Canada; cependant, la couverture est faible dans le pays.(31) Les informateurs clés avancent que ce modèle est habituellement plus adapté aux populations difficiles à rejoindre (p. ex., les personnes très pauvres, les personnes habitant les quartiers centraux de ville, les minorités linguistiques et les groupes ethnoculturels précis) ou aux populations avec des besoins uniques (comme les patients présentant des facteurs de risque multiples ou une maladie chronique). Alors que des informateurs clés tendent à penser que les soins les plus complets dispensés dans les centres de santé communautaire sont, presque par définition, plus onéreux, la question centrale est de savoir si le modèle est plus efficace que d'autres dans l'atteinte d'objectifs particuliers au sein de types particuliers de populations et à quel niveau il est possible de faire évoluer l'utilisation du modèle. Un informateur principal note que les centres de santé communautaires semblent attirer des fournisseurs de soins de santé avec des valeurs spécifiques qui facilitent le succès dans des domaines comme l'engagement communautaire, le soutien des patients et les soins gérés par une équipe. Un autre informateur principal fait valoir que les mécanismes de financement actuels des centres de santé communautaires doivent être remplacés par un mécanisme de budget global.

Un informateur principal note que dans les provinces de l'Atlantique, certains centres de santé communautaires sont nés après la fermeture de centres hospitaliers communautaires et comptaient à l'origine d'anciens fournisseurs de soins de santé de l'hôpital. Ces centres de santé communautaires ont parfois de la difficulté à adopter un modèle de soins communautaires. Dans certains centres, il a fallu un changement de personnel pour permettre des changements au point de vue de l'organisation. Au Nouveau-Brunswick, un informateur principal fait valoir que les ateliers de formation ont facilité la transition de l'hôpital communautaire au centre de santé communautaire. Ces ateliers étaient offerts par les ministères de la Santé, et les champions étaient recrutés parmi le personnel d'autres centres de santé communautaires. Cet informateur principal ajoute que ces ateliers doivent être offerts sur une base continue.

Domaine 4 : Systèmes d'information clinique soutenant les équipes de soins de santé primaires, les fournisseurs de soins de santé primaires et les patients

Dossiers médicaux électroniques

Toutes les provinces et tous les territoires du Canada déploient des efforts actifs pour élaborer et renforcer les dossiers médicaux électroniques (l'infrastructure et la planification) avec le soutien financier d'Inforoute Santé du Canada. Ceci étant dit, les provinces et les territoires en sont à différents stades de mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques, la Colombie-Britannique ayant presque terminé sa mise en œuvre, l'Ontario projetant de terminer la mise en œuvre avant 2015, et Terre-Neuve-et-Labrador en étant à la phase de planification.(16;20) De plus, le contenu de ces dossiers médicaux électroniques semble également varier selon les juridictions. Les données de base d'un dossier médical électronique comprennent habituellement le dossier médical du patient (plaintes, diagnostics, traitements et plans de suivi), les résultats des tests de laboratoire, l'imagerie diagnostique et l'historique de prescription, mais peuvent aussi comprendre des aides à la décision pour le patient et des outils de soutien à la décision pour le fournisseur de soins de santé. Plusieurs informateurs notent que la variété dans la terminologie utilisée dans le domaine général des dossiers médicaux électroniques rend difficiles les discussions entre les juridictions. Par exemple, ces discussions peuvent faire mention de dossiers médicaux électroniques (qui peuvent être pour certains un tableau numérique dans le bureau d'un médecin), de dossiers de santé électroniques (qui peuvent être une représentation plus complète de la santé du patient et de ses expériences de soins de santé) ou de dossiers de santé personnels (un document que le patient peut créer lui-même avec l'aide des fournisseurs et des équipes de soins de santé). Qui plus est, chacun de ces termes peut être compris d'une manière différente de la définition donnée dans l'exemple ci-dessus.

Un informateur principal a fait écho à un certain nombre d'autres informateurs en affirmant que les dossiers médicaux électroniques ne sont utiles que lorsqu'ils peuvent démontrer de la « valeur ajoutée ». L'un des principaux avantages des dossiers médicaux électroniques définis par les informateurs consiste dans le fait qu'ils peuvent être utilisés pour générer les profils descriptifs d'un regroupement de patients dirigé par un médecin ou par une équipe de soins de santé primaires. Ces informateurs croient que les médecins et les autres membres de l'équipe apprécient ces profils et les utilisent pour réfléchir aux types de maladies ou de problèmes de santé qu'ils voient. Les systèmes des dossiers médicaux électroniques peuvent également faciliter la programmation des rendez-vous, la prescription électronique et les liens vers les ensembles de données. Des informateurs notent que certaines juridictions canadiennes ont mené des expériences avec la prise de rendez-vous avec accès préalable. Ce système permet la prise de rendez-vous le jour même en gardant libre une partie de l'horaire d'un fournisseur de soins de santé. La prise de rendez-vous avec accès préalable a fait l'objet d'un projet pilote dans 17 cliniques au Manitoba(52) et est utilisée par tous les centres de santé communautaires du Nouveau-Brunswick(32). Des informateurs notent que la prescription électronique commence à être utilisée dans des provinces comme la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, mais que les taux de couverture n'ont pas été bien documentés(51). Des informateurs notent que le couplage des données peut rendre possibles d'autres types d'initiatives. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick songe par exemple à relier son système de dossiers médicaux électroniques au système provincial de surveillance de la santé publique, ce qui permettrait une réponse plus rapide en matière de santé publique. (32)

Les principaux informateurs avancent que la réussite de la mise en place repose sur le financement et les autres incitatifs permettant aux médecins et aux équipes de soins de santé primaires d'acheter le matériel et les logiciels de soutien aux dossiers médicaux électroniques (comme les rendre obligatoires pour recevoir des paiements ciblés), à la formation et au soutien à l'utilisateur (ce qui peut être réalisé en plaçant un spécialiste des technologies de l'information, qui comprend les besoins et les contraintes des fournisseurs de soins de santé, dans une clinique pour une période déterminée) et aux représentants des fournisseurs des soins de santé (parfois rémunérés pour leurs efforts). Un informateur principal attribue l'adoption rapide du logiciel de

dossiers médicaux électroniques à la disponibilité des incitatifs et des primes à l'utilisation du logiciel. Un informateur principal note que le gouvernement de la Colombie-Britannique a envoyé des équipes spécialisées pour former et appuyer les utilisateurs, puis qu'il a développé ses plans de mise en place avec la collaboration et l'adhésion de la British Columbia Medical Association(20). Un autre informateur principal note que les champions des fournisseurs de soins de santé ont été tellement motivés par une conférence à laquelle ils ont assisté qu'ils ont mis en place la prise de rendez-vous avec accès préalable dans leur centre de santé communautaire. Un certain nombre d'informateurs ont déploré le manque de consultation des utilisateurs dans le développement et l'achat des dossiers médicaux électroniques ainsi que dans la pratique qui consiste à favoriser des technologies n'offrant aucune valeur ajoutée claire.

L'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques, nécessaire à l'accessibilité des dossiers par tous les fournisseurs de soins de santé, à tous les niveaux, et peut-être même par le patient, est considérée comme critique par de nombreux informateurs. Ils ont déploré l'hétérogénéité des logiciels parmi les fournisseurs de soins de santé et les programmes, ce qui rend l'intégration difficile. Un informateur principal note qu'un différend à propos des fournisseurs de logiciels approuvés entre le gouvernement provincial et l'association médicale provinciale a compliqué la mise en place des dossiers médicaux électroniques dans une juridiction. Certaines provinces, dont le Québec, ont centralisé la mise en place des dossiers médicaux électroniques et utilisent un type de logiciel uniforme pour les hôpitaux, les laboratoires et les services diagnostiques, bien que la mise en place reste lente et difficile.

Parmi les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, le Danemark est le seul à obliger les médecins de famille à passer une heure rémunérée par jour travaillé à répondre aux courriels ou aux appels téléphoniques des patients.(21) Dans le même pays, la multiplicité des unités administratives de santé décentralisées a rendu la mise en œuvre difficile, alors que le regroupement en un nombre limité d'unités a accéléré la mise en œuvre.(21;22) Dans l'état américain du Tennessee, les petites pratiques n'auraient pas pu mettre en place des dossiers médicaux électroniques sans le soutien d'une infrastructure et des capacités techniques.(23)

Systemes de rappel

Les informateurs n'avancent aucun point de vue particulier et aucune expérience en matière de systèmes de rappel pour les fournisseurs de soins de santé primaires.

Analyses comparatives cliniques

Comme nous l'avons indiqué plus haut pour le Domaine 3, certains informateurs suggèrent que les analyses comparatives cliniques (fournissant des commentaires sur la performance grâce à une comparaison avec les pairs) pourraient bien fonctionner dans les juridictions canadiennes. Par ailleurs, un informateur principal note que les médecins manitobains semblent disposés à modifier leur pratique sur la base de ces analyses comparatives. Dans cette province, les profils de pratique ont une dimension comparative et les médecins semblent se faire concurrence sur la base de ces profils.

Au niveau international, et particulièrement au Danemark et au Royaume-Uni, les analyses comparatives cliniques ont été communément utilisées pour améliorer la qualité des soins de santé.(10;19) Au Royaume-Uni, les indicateurs relatifs aux soins de santé primaires sont accessibles par les fournisseurs des soins de santé et par les patients sur le site Web du Service national de la santé.(19)

Portail des patients

La plupart des informateurs n'avancent aucun point de vue et aucune expérience quant au fait de fournir une interface pour les patients portant sur les dossiers médicaux électroniques (c.-à-d. un portail pour les patients), mais un informateur principal avance que le fait de soutenir un dossier médical personnel commun (même sur la plateforme des dossiers médicaux personnels de Google) devrait être au centre de tout effort technologique visant à renforcer les systèmes de soins de santé primaires.

Initiatives de cybersanté complémentaires et connexes ayant été considérées comme importantes

Télémédecine – l'utilisation de la téléinformatique, voix et vidéo, pour connecter les patients et les fournisseurs de soins de santé – peut améliorer l'accès aux soins pour les patients des régions rurales et éloignées. Les informateurs suggèrent que l'Alberta gère probablement le programme de télémédecine le plus avancé,(24) et que Terre-Neuve-et-Labrador emploie des systèmes de téléconférence ou de vidéoconférence pour les régions éloignées.

Télesanté – une ligne téléphonique donnant aux patients des conseils immédiats, généralement de la part d'une infirmière, est également monnaie courante dans les juridictions, souvent à des niveaux de couverture totale selon les informateurs clés. Le système de télesanté de l'Ontario permet d'inscrire des patients non pris en charge sur la liste d'un médecin local de soins de santé primaires acceptant de nouveaux patients.

Domaine 5 : Soutien décisionnel destiné aux fournisseurs et aux équipes de soins de santé primaires

Ressources (p. ex., lignes directrices) et outils

En matière de soutien décisionnel clinique, les informateurs clés avancent que les innovations les plus intéressantes résident dans le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique et dans le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario. Le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique offre un soutien à la gestion du changement aux médecins de soins de santé primaires pour les aider à repenser les pratiques et à intégrer de nouvelles caractéristiques de soins de santé primaires (p. ex., des dossiers médicaux électroniques, la gestion des maladies chroniques et la programmation des rendez-vous avec un accès avancé).(7) Un informateur clé attribue la réussite de ce programme à trois facteurs, à savoir : 1) la participation du comité des services de médecine générale (ce qui implique la participation et l'engagement des médecins); 2) la flexibilité et la réactivité aux besoins locaux; 3) la participation des représentants locaux des fournisseurs de services de santé. Le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario introduit, intègre et généralise des méthodes d'amélioration de la qualité, préconise l'utilisation de mesures de performance et construit une communauté d'apprentissage autour des pratiques de soins de santé primaires. Un informateur clé attribue la réussite de ce partenariat en partie à l'engagement financier à long terme du gouvernement de l'Ontario. Le programme de la Colombie-Britannique et le partenariat de l'Ontario ont affecté du personnel clinique (qui comprend les besoins de la pratique clinique) et du personnel non clinique (qui comprend la gestion du changement). Le Manitoba mène des expériences avec un programme visant à lier plus efficacement les soins de santé primaires et les soins spécialisés grâce à un outil en ligne. Les spécialistes utilisent l'outil pour décrire les types de patients qu'ils voient, ce que les patients doivent attendre de la visite et les tests qu'ils devraient subir avant la visite, et pour retransmettre de l'information au médecin de soins de santé primaires. Un certain nombre de juridictions canadiennes recourent, y compris pour leurs pratiques individuelles, à des modèles de soins chroniques, dont le modèle PRIISME pour la gestion du diabète(25), incluant tout un ensemble de ressources et d'outils.

Les informateurs n'avancent aucun point de vue particulier et aucune expérience en matière de soutien décisionnel managérial dans les soins de santé primaires.

Parmi les pays avec lesquels le Canada a été mis en comparaison, le cadre national des services de santé du Royaume-Uni, qui offre des stratégies pratiques permettant de mettre en place les changements organisationnels nécessaires pour renforcer les soins de santé primaires,(19) partage certaines caractéristiques clés avec le Programme de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique. Les outils de soutien décisionnel sur le Web conçus pour soigner les maladies cardiovasculaires et le diabète semblent être communément utilisés en Nouvelle-Zélande,(26) et le modèle de soins chroniques est très largement utilisé aux États-Unis ainsi que dans d'autres pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison.(17;27)

Formation professionnelle continue

Les principaux informateurs n'avancent également aucun point de vue et aucune expérience de formation professionnelle continue pour les fournisseurs de soins de santé primaires, au-delà d'initiatives comme le Programme susmentionné de soutien de la pratique de la Colombie-Britannique et le Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation de l'Ontario.

En ce qui concerne la formation professionnelle continue des gestionnaires de soins de santé primaires, un certain nombre d'informateurs clés ont cité le programme Formation en recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES), appuyé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé comme étant une source valable de formation au leadership et à la gestion, soit pour les cadres eux-mêmes, soit pour les pairs et les collègues (mais pas seulement pour les soins de santé primaires).

Au niveau des caisses de soins primaires au Royaume-Uni, le programme de mise en service de classe mondiale des services de santé nationaux offre aux décideurs locaux une direction et une formation à la prise de décisions.(19)

Domaine 6 : Soutien à l'autogestion pour les patients et leur famille

Soutien à l'autogestion pour les patients et leur famille

Les principaux informateurs remarquent que le soutien à l'autogestion représente une caractéristique fondamentale des centres de santé communautaire (souvent assez innovants, comme les visites en groupe), mais ce soutien est bien moins fréquent en ce qui concerne les pratiques utilisées par les équipes de soins de santé primaires dirigées par un médecin. Un certain nombre de programmes et de projets pilotes existent entre les juridictions, y compris des programmes de formation pour les patients et des systèmes de rappel pour les patients.(32) Cependant, les informateurs clés n'ont pas grand-chose à dire sur ces services de soutien. Dans les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison, les services de soutien à l'autogestion sont plus communément associés aux programmes de gestion des maladies chroniques. En Nouvelle-Zélande, un plan de soins individualisé est fourni aux patients et coordonné par des infirmières.(12;15)

Ressources (p. ex., lignes directrices) et outils

Les informateurs n'avancent aucun point de vue particulier et aucune expérience en matière de ressources et d'outils pour les patients dans les soins de santé primaires.

Groupes d'entraide

Les informateurs n'avancent aucun point de vue particulier et aucune expérience à l'égard des groupes d'entraide dans les soins de santé primaires, bien que plusieurs informateurs provenant de centres de santé communautaires notent leur forte prévalence dans leur milieu.

Domaine 7 : Ressources communautaires pour les patients et leur famille

De nombreuses régies régionales de la santé sont responsables de l'intégration des soins de santé primaires dans au moins quelques ressources communautaires, mais en réalité ces régies sont rarement hébergées sous le même toit dans une région donnée, avec l'exception possible des centres de santé communautaires. Dans les Territoires du Nord-Ouest par exemple, les services de santé et les services sociaux sont regroupés sous les mêmes « parapluies » régionaux et provinciaux, offrant ainsi une plus grande possibilité d'intégration plus complète. En Colombie-Britannique, les réseaux de santé intégrés formalisent les liens entre les soins de santé primaires et certaines ressources communautaires(20). En Ontario, par contre, les régies régionales de la santé ont la responsabilité d'intégrer de nombreuses ressources de soins de santé et communautaires, mais n'ont pas la responsabilité d'intégrer les soins de santé primaires et les ressources communautaires(53). Plusieurs informateurs suggèrent qu'il est nécessaire d'intégrer d'abord les politiques et les stratégies à cet égard à un niveau plus stratégique ou élevé. D'autres liens ne surgiraient que si on confiait aux organisations de chaque région (p. ex., les soins à domicile) le mandat explicite d'intégrer les soins de santé primaires dans leur planification et leurs activités.

Les informateurs clés ont déterminé un certain nombre de facteurs facilitant l'intégration : 1) petites régions ou petites communautés dans les régions (comme certaines zones du Manitoba et du Nouveau-Brunswick); 2) soins de santé primaires communautaires gérés par le même vice-président ou directeur dans toutes les régions; 3) encouragement des médecins de soins de santé primaires à recruter des fournisseurs de soins de santé connaissant les ressources communautaires disponibles (ou à « acheter » des ressources communautaires); 4) intégration des dossiers médicaux électroniques (par opposition à l'utilisation d'un système par chaque service de santé communautaire). Un informateur principal donne un exemple dans lequel une vice-présidente supervise à la fois les soins de santé primaires et les services communautaires dans une régie régionale de la santé du Canada Atlantique (c.-à-d. un exemple du second facteur). La vice-présidente a mis en place un conseil de leadership réunissant les directeurs de chacun des groupes représentés au sein de son portefeuille et a constaté que ces rencontres mensuelles ont permis d'importants progrès en matière de communication et d'intégration (y compris dans les soins de santé primaires). D'autres informateurs donnent des exemples dans lesquels des fournisseurs et des équipes de soins de santé primaires sont exposés aux ressources communautaires par l'entremise des infirmières qu'ils embauchent (comme cela s'est produit au Québec, où les infirmières connaissent mieux les ressources communautaires disponibles et disposent d'un budget pour y accéder), des infirmières et des diététistes qu'ils embauchent (comme cela s'est produit au Manitoba), et des gestionnaires de cas cliniques affectés à leurs pratiques de soins de santé primaires (comme il est prévu de le faire dans une régie régionale de la santé de Colombie-Britannique). Un autre informateur principal suggère que l'intégration se ferait beaucoup mieux si les médecins chargés des soins de santé primaires étaient responsables des budgets pour les ressources communautaires et de la commande de ces ressources.

Un certain nombre d'exemples de réussite dans l'intégration des ressources de soins de santé communautaires existent dans les pays avec lesquels le Canada est mis en comparaison. Au Danemark, les gestionnaires de cas coordonnent les soins de santé et les services sociaux pour les patients nécessitant des soins complexes. (10) En Nouvelle-Zélande, les intervenants en santé communautaire fournissent des soins à domicile et dans des centres communautaires pour les populations marginalisées. (18) En Espagne, les gestionnaires de cas coordonnent les soins de santé et les services sociaux intégrés pour les patients atteints d'une maladie chronique complexe et ils remarquent que les systèmes d'information partagés sont nécessaires pour obtenir de hauts niveaux de coordination. (33) Le Royaume-Uni a intégré des soins de santé et des services sociaux au sein des régies régionales de la santé, mais les commentateurs reconnaissent que la coordination des soins est difficile, lorsque certains services sociaux sont situés dans différentes structures administratives (c.-à-d., dans des municipalités plutôt que dans des régies de la santé). En ce qui concerne les populations particulières du Royaume-Uni, les caisses de soins primaires organisent des soins intégrés, parfois en dehors de l'autorité locale.(19)

Le développement de la capacité communautaire, un autre sous-domaine ayant été jugé important

Les principaux informateurs remarquent que de nombreuses régions régionales de la santé essaient de faire participer les collectivités et sont engagées dans le développement des ressources communautaires. Ils citent également les régions régionales de la santé à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, car elles emploient des facilitateurs travaillant avec les communautés pour forger les capacités. Au Nouveau-Brunswick, l'accent est solidement placé sur la responsabilisation des collectivités afin, comme le dit un informateur principal, qu'elles « fassent le travail elles-mêmes ». La région régionale de la santé soutient la collectivité lorsqu'elle fait pression auprès du gouvernement pour obtenir des services, mais aussi pour qu'elle voie la santé comme un processus multiforme qui engage tous les déterminants sociaux, non seulement les hôpitaux et les médecins. La région régionale de la santé a engagé la collectivité par des évaluations des besoins, des groupes de discussion et des assemblées publiques, et a développé la capacité communautaire en soutenant des comités consultatifs dans la collectivité. L'informateur fait valoir que l'inclusion des leaders et des éléments dynamiques de la collectivité au sein de ces comités est un facteur de succès essentiel. Dans cette région, des facilitateurs communautaires sont présents dans le seul but de soutenir le développement de la capacité communautaire. Un informateur principal donne l'exemple d'une collectivité du Nouveau-Brunswick qui a demandé l'aide de la région régionale de la santé pour recruter un médecin. Après une évaluation des besoins dirigée par la collectivité et une assemblée publique pour discuter des déterminants sociaux de la santé, ils en sont venus à la conclusion qu'ils n'avaient pas besoin d'un médecin, mais qu'ils devaient utiliser différemment leur centre de santé.

Un informateur principal décrit un processus similaire en Saskatchewan, où les régions font appel à des « consultants en soins de santé primaires » qui travaillent avec les collectivités pour la planification des soins de santé primaires. Il note que le premier contact entre les collectivités et les régions régionales de la santé survient généralement lorsque les collectivités souhaitent recruter un médecin. Les consultants en soins de santé primaires travaillent avec la collectivité pour élargir le débat sur la santé et les soins de santé, puis aider la collectivité à élaborer un plan de soins de santé primaires. Le personnel aide à recadrer le renforcement des soins de santé primaires en les présentant comme une solution de rechange égale (ou plus souhaitable) à l'ajout de médecins ou de services hospitaliers.